



RPS

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

DIRETTORE

Stefano Cecconi

COMITATO SCIENTIFICO

Ugo Ascoli

Jean-Claude Barbier

Pietro Barrera

Enzo Bernardo

Marina Boni

Corrado Bonifazi

Giuliano Bonoli

Paolo Calza Bini

Gianluca Busilacchi

Massimo Campedelli

Francesca Campomori

Dario Canali

Antonio Cantaro

Andrea Ciarini

Giuseppe Costa

Colin Crouch

Gianfranco D'Alessio

Sandro Del Fattore

Paolo De Nardis

Fiorenza Deriu

Francesca De Rugeriis

Luigina De Santis

Nerina Dirindin

Ivana Fellini

Vincenzo Fortunato

Maurizio Franzini

Gianni Geroldi

Maria Grazia Giannichedda

Ian Gough

Elena Granaglia

Mauro Guzzonato

Matteo Jessoula

Angelo Marano

Nicola Marongiu

Saul Meghnagi

Stefano Neri

Massimo Paci

Emmanuele Pavolini

Ivan Pedretti

Laura Pennacchi

Mario Pianta

Gianni Principe

Enrico Pugliese

Michele Raitano

Mario Sai

Giovanni Battista Sgritta

Cristina Solera

Alan Walker



FUTURA

la Rivista delle Politiche Sociali

ITALIAN JOURNAL OF SOCIAL POLICY

RPS

LUGLIO-SETTEMBRE 2020

Direzione, redazione e segreteria
Via delle Quattro Fontane 109 - 00184 Roma
Tel. 345 7011231
rps@ediesseonline.it

Amministrazione e diffusione
Ediesse s.r.l. - Via delle Quattro Fontane 109 - 00184 Roma
Tel. 0039 6 44870260 - Fax 06 44870335

Tariffe di abbonamento 2020
Annuo 50,00 euro
Una copia 16,00 euro
L'importo dell'abbonamento può essere versato
sul conto corrente postale n. 935015
intestato a Ediesse s.r.l., specificando la causale

Proprietà
Ediesse s.r.l. Registrazione Tribunale di Roma
Sezione Stampa n. 57/2004 del 20/02/2004
spedizione A.P. - 45% - art. 2, comma 20/B
legge 662/96, Filiale di Roma

Coordinamento
Rossella Basile

Progetto grafico
Antonella Lupi

Stampa
O.GRA.RO. s.r.l. - Vicolo dei Tabacchi, 1 - Roma
Finito di stampare nel mese di dicembre 2020

Distribuzione in libreria
MESSAGGERIE LIBRI S.P.A.

www.ediesseonline.it/rps/

Egregio Abbonato, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra società, nonché da enti e società esterne a essa collegate, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla nostra attività.

La informiamo inoltre che Lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati od opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione del suddetto decreto legislativo.

COMITATO DI REDAZIONE

Luca Alteri
Lisa Bartoli
Rossella Basile
Francesca Carrera
Stefano Daneri
Roberto Fantozzi
Alessandra Fasano
Mara Nardini
Alessandro Purificato
Alessia Sabbatini
Elisabetta Segre
Leopoldo Tartaglia

DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Andruccioli

La Rivista si avvale della procedura di valutazione e accettazione degli articoli *double blind peer review*

indice

RPS

TEMA

Lavoro e welfare (il welfare crea lavoro e lavorare nel welfare)

a cura di Anna Mori, Stefano Neri ed Emmanuele Pavolini

Anna Mori, Stefano Neri ed Emmanuele Pavolini

Introduzione: il welfare come mercato del lavoro 9

Emmanuele Pavolini

Il welfare come mercato del lavoro: un'agenda di ricerca 15

Gianluca Argentin, Ivana Fellini e Stefano Neri

Chi fa il welfare? Gli occupati nei settori dell'istruzione,
della sanità e dei servizi sociali 47

Giovanna Vicarelli

La valorizzazione delle risorse umane nel Sistema
sanitario nazionale: un principio disatteso 75

Marco Arlotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatinelli

Lavoro di cura. Una nuova frontiera della disegualianza sociale 97

Anna Mori e Stefano Neri

Relazioni industriali e servizi di cura: frammentazione
degli attori e della contrattazione tra pubblico e privato 129

Maarten Kenne e Marcello Pedaci

Nuovi attori, temi e conflitti: le relazioni industriali
nel settore pubblico dopo la crisi finanziaria 153

Il mercato dei servizi di welfare: relazioni di lavoro, traiettorie
recenti di trasformazione e risposte alla crisi pandemica

*Tre interviste ai segretari generali delle federazioni Cgil di categoria
dei lavoratori di: Commercio, turismo e servizi, Funzione pubblica,
Conoscenza (scuola, università, ricerca)* 169

ATTUALITÀ**Salute e sicurezza nel lavoro al tempo del Covid-19***Raffaele Guariniello*

Lavoratori e Rls garanti della sicurezza anticoronavirus 199

Gaetano Natullo

La tutela dei lavoratori nell'emergenza Covid-19 213

DIBATTITO**«Politiche di welfare e investimenti sociali»***Francesco Saraceno*

Investimenti immateriali, crescita e regole europee 231

*Angelo Salento*Politiche sociali e istituzioni del benessere.
Che cosa insegna la parabola del *social investment* 239**RUBRICA****Nuove tecnologie e welfare***a cura di Fiorenza Deriu**Fiorenza Deriu*Luci e ombre dell'innovazione digitale nel welfare
dei servizi alla persona in Italia 255*Fabrizio Martire*La centralità dei dati per un welfare che cambia:
una sfida per la ricerca sociale 273

APPROFONDIMENTO

Maria Concetta Ambra

Le trasformazioni dei modelli nazionali di politiche attive
del lavoro per i giovani Neet in Italia, Germania e Regno Unito 291

Fabio Turato

Sei mesi per cambiare. La presidenza di turno tedesca
nel Consiglio dell'Ue 311

English Abstracts 329

Le autrici e gli autori 337

RPS

indice

TEMA
Lavoro e welfare
(il welfare crea lavoro e lavorare nel welfare)
a cura di Anna Mori, Stefano Neri ed Emmanuele Pavolini

Introduzione: il welfare come mercato del lavoro

Anna Mori, Stefano Neri ed Emmanuele Pavolini

RPS

Da circa un quarto di secolo nei paesi dell'Unione europea i servizi di welfare e, in particolare, quelli di cura alla persona sono stati interessati da profonde trasformazioni innescate da pressioni, non di rado contrastanti, tuttora in piena fase di svolgimento e che la recentissima crisi pandemica (in corso nel momento in cui si scrive) ha contribuito ad acuitizzare in maniera repentina ed inaspettata.

Da un lato, le tendenze socio-demografiche di lungo corso, quali il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro, hanno portato ad una riconfigurazione delle reti familiari e, in stretta connessione con tale processo, alla crescente esigenza di redistribuire il carico di lavoro di cura all'interno di queste reti. Ne è seguito un aumento della domanda di servizi di welfare di varia natura (socio-assistenziali, sanitari ed educativi) non solo in termini prettamente quantitativi, ovvero di allargarne la copertura e potenziarne la fornitura, ma anche significativamente in termini qualitativi. Questi servizi, infatti, devono sempre più rispondere ad esigenze in parte diverse rispetto al passato, facendo fronte – come ci ricordano Arlotti, Parma, Ranci e Sabatinelli nel loro saggio in questo numero – all'emergere di un insieme di nuovi rischi sociali all'interno delle economie avanzate, accanto a quelli tradizionali tipici delle economie industriali fordiste: il riferimento, in particolare, è a tutti quei rischi legati al tema della cura «che comprende l'accudimento e il sostegno allo sviluppo socio-cognitivo dei bambini, soprattutto dei più piccoli, nonché la copertura dei bisogni relativi alla cronicità e alla lungo-assistenza per la popolazione anziana, specie in presenza di forti limitazioni nello svolgimento delle attività di vita quotidiana» (p. 97). Al contempo, il miglioramento del tenore di vita della popolazione ha accresciuto anche le aspettative dei cittadini nei confronti dell'offerta dei servizi di welfare, che devono essere forniti con una qualità maggiore e in maniera più personalizzata rispetto al passato.

Dall'altro lato, dinamiche macro-economiche di medio e lungo termine hanno messo in discussione la capacità di risposta dei governi, soprattutto in alcuni paesi, a bisogni di cura che sono diventati sempre più cruciali nelle società contemporanee: l'aumento della domanda è stato infatti fronteggiato in condizioni di «austerità permanente» (Pierson,

1998) nella gestione delle finanze pubbliche, difficoltà che ha minato la capacità delle autorità pubbliche di fornire direttamente questi servizi, garantendone una copertura adeguata e una qualità soddisfacente. Questa condizione si è rivelata particolarmente drammatica nei paesi del Sud Europa a seguito della crisi economica e finanziaria del 2008-2009 e quella dei debiti sovrani propagatasi nel corso degli anni successivi (Guillén e Pavolini, 2015). La crisi pandemica, a seguito dell'infezione da Covid-19 in corso, ha già mostrato i primi effetti, acuendo lo stato di criticità nel settore del welfare: l'aumento della spesa pubblica per fronteggiare l'emergenza ha aggravato la situazione della finanza pubblica in quei paesi già duramente colpiti dalla crisi del decennio precedente, tra i quali rientra l'Italia.

La traiettoria evolutiva di queste dinamiche, strettamente intrecciate tra loro, è stata ampiamente trattata nel dibattito internazionale, ma generalmente adottando un'ottica precipua che, come sottolinea Pavolini nell'apertura del suo contributo, si focalizza «sugli aspetti di spesa, sul disegno istituzionale degli schemi di welfare (grado di copertura, generosità e universalismo, criteri di accesso, ecc.), sugli effetti di tali politiche in termini di efficacia e di diseguaglianze sociali di varia natura (da quelle di classe al genere) o sulle dinamiche politiche legate all'istituzione o alla trasformazione di tali schemi» (p. 17).

Accanto a questo nutrito dibattito di matrice politologica e welfarista, scarsa attenzione allo sviluppo di queste tematiche è stata dedicata invece ad una prospettiva focalizzata sul fattore lavoro, inteso in senso ampio. Nell'alveo degli studi del mercato del lavoro e delle relazioni industriali sono infatti carenti le analisi che guardano ai servizi di welfare e alle loro trasformazioni in maniera sistematica. L'urgenza di colmare tale lacuna da un punto di vista teorico e della ricerca è tanto più rilevante se si tiene in considerazione la centralità che il lavoro gioca nella fornitura di questi servizi. Il lavoro nel campo del welfare (da quello degli insegnanti, ai medici, agli assistenti familiari) si connota, infatti, come attività *labour intensive*, ad alta intensità di lavoro, ovvero nelle quali la forza lavoro viene impiegata in maniera massiccia e si rivela essere difficilmente sostituibile dalle tecnologie o, al massimo (come in sanità) richiede un forte intreccio fra uso di tecnologie e capacità professionali e di interazione del lavoratore, data la peculiarità intrinseca delle attività incentrata sulla relazione personale con gli utenti/pazienti (cfr. i saggi contenuti in Vicarelli e Bronzini, 2019). Pertanto, la difficoltà dei governi di soddisfare una crescente domanda di servizi e di prestazioni di welfare a fronte di risorse limitate in una fase di austerità, di bassa crescita economica o in fase emergenziale si con-

nota come particolarmente critica per ragioni strettamente connesse alla crucialità del fattore lavoro in questi settori in termini occupazionali, organizzativi, regolativi e delle condizioni di impiego.

Partendo dalle considerazioni legate alle trasformazioni del mercato del lavoro, il settore di welfare riveste un ruolo centrale, non di rado trascurato o sottovalutato, in qualità di datore di lavoro: come documentato in due saggi di questo numero (Pavolini; Argentin, Fellini e Neri) è ancora inadeguata la consapevolezza della capacità di questo settore, in particolare nei comparti sanità e istruzione, di generare opportunità di impiego fondamentali per lo sviluppo e il sostegno dei livelli occupazionali generali nei paesi europei e specialmente in alcune aree dell'Unione europea. Nonostante l'analisi delle ricadute che la configurazione e l'estensione dei sistemi di welfare hanno avuto sui livelli e sulla struttura dell'occupazione sia rimasta sullo sfondo e scarsamente esplorata, il settore occupazionale del welfare non solo si è rivelato relativamente consistente, in particolare in certi gruppi di paesi, ma ha presentato negli ultimi decenni tassi di crescita consistenti, innescando traiettorie evolutive importanti che meritano una più approfondita analisi.

Alle valutazioni occupazionali si legano strettamente considerazioni relative alla regolazione del lavoro nel comparto produttivo del welfare nel suo complesso e alle condizioni di impiego applicate, arene di ricerca ancora poco esplorate malgrado le profonde e radicali trasformazioni che stanno vivendo alla luce dello scenario presentato in apertura. A partire dagli anni '90 del secolo scorso, i governi europei, sotto la spinta di pressioni contrastanti, hanno implementato strategie e scelte politiche simili orientate alla diversificazione nella fornitura dei servizi di welfare attraverso il ricorso a pratiche di esternalizzazione e privatizzazione. Non riuscendo più a governare il processo internamente, tramite la fornitura diretta pubblica *tout court*, le autorità pubbliche hanno cercato di rispondere alla domanda di servizi avvalendosi di una nutrita e crescente schiera di fornitori privati profit e non profit. L'apertura dei confini funzionali del settore del welfare a nuovi attori ha innescato due ordini di ripercussioni sul lavoro, tra loro connesse, che meritano uno sguardo più attento da parte della ricerca teorica ed empirica. Da una parte, questi processi hanno contribuito a frammentare e a indebolire la regolazione del lavoro e la definizione delle condizioni di impiego applicate nei servizi di cura alla persona, generalmente alimentando traiettorie di impoverimento e di precarizzazione del lavoro per gli occupati nel settore. Dall'altra parte, il numero e la natura degli attori coinvolti nell'arena delle relazioni di impiego e ai tavoli di negoziazione nel

RPS

Anna Mori, Stefano Neri ed Emmanuele Pavolini

comparto è radicalmente mutata, con complesse ricadute sull'architettura della contrattazione collettiva e sulla rappresentanza degli interessi. Su questo sfondo, il presente numero monografico vuole offrire un contributo alla comprensione e all'analisi dei servizi di welfare come mercato del lavoro in senso ampio, soddisfacendo una duplice finalità: da un lato, a partire da un intento più teorico, i contributi mirano a colmare le lacune nella letteratura offrendo chiavi di lettura differenti e poco esplorate al dibattito sul tema del welfare mentre, dall'altro lato, un obiettivo più prettamente empirico è alla base della raccolta di dati originali per inquadrare lo stato dell'arte a partire da differenti dimensioni analitiche. La prospettiva multilivello che i diversi saggi offrono consente di sviscerare in profondità alcune questioni chiave che ruotano attorno alla tematica sotto indagine.

A livello macro due saggi offrono una chiara ed esaustiva panoramica della dimensione occupazionale del settore del welfare. Il saggio di Pavolini analizza in prospettiva comparata e diacronica il ruolo che il welfare gioca nel mercato del lavoro europeo, guardando non solamente alla dimensione quantitativa dei livelli occupazionali rispetto, in particolare, agli altri due segmenti del settore dei servizi (terziario avanzato e di consumo), ma approfondisce alcune dimensioni analitiche chiave per comprendere gli sviluppi di questo mercato del lavoro, tra le quali il grado di qualificazione degli occupati, il tasso di femminilizzazione, la qualità del lavoro e il posizionamento di questa forza lavoro rispetto al mercato del lavoro in generale. A partire dall'analisi diacronica di una serie di indicatori, a distanza di due decenni, l'autore propone una ricalibratura dei modelli tradizionali di regolazione del mercato del lavoro nel welfare.

Adottando anch'essi una prospettiva comparata, Argentin, Fellini e Neri offrono una panoramica sull'ampiezza e sulle caratteristiche degli occupati nei servizi di welfare, ponendone a confronto i principali segmenti (scuola e servizi educativi per l'infanzia; sanità e servizi sociali) in sette paesi europei rappresentativi dei diversi modelli di welfare (Danimarca, Svezia, Regno Unito, Germania, Francia, Spagna e Italia).

In particolare, dopo avere posto l'attenzione sul sottodimensionamento dei servizi di welfare italiani, in termini occupazionali, in relazione ai bisogni della popolazione e in confronto agli altri paesi europei, gli autori si concentrano sui profili sociodemografici e lavorativi di un gruppo di occupazioni identificate come caratteristiche nei settori considerati (come insegnanti, medici, infermieri e operatori dell'assistenza). L'analisi comparata di questi gruppi occupazionali mette in evidenza, da un lato, le similarità ma anche le differenze tra i lavoratori dei due settori analizzati, dall'altro le peculiarità del caso italiano.

Sullo sfondo di questo ampio inquadramento europeo dell'occupazione nel settore del welfare si inseriscono tre saggi i quali, muovendo dalla comune premessa circa il ruolo cruciale giocato dal settore pubblico – nella sua molteplice veste di regolatore, datore di lavoro, finanziatore e fornitore di servizi di cura – per comprendere gli sviluppi complessivi nel settore, si collocano ad un livello «meso» di lettura del fenomeno, approfondendo tematiche legate alla regolazione del lavoro, alle relazioni industriali e agli attori in quest'arena di servizi.

L'analisi di Keune e Pedaci offre un primo sguardo generale al dibattito sulla trasformazione delle relazioni industriali nel settore pubblico, in particolare nei comparti sanità e istruzione, a seguito della crisi finanziaria. Comparando la situazione in cinque importanti economie europee (Danimarca, Paesi Bassi, Francia, Italia e Spagna), l'attenzione si concentra sulle strategie adottate dalle organizzazioni sindacali per plasmare e governare i cambiamenti in atto nei due settori analizzati, soprattutto in merito ai livelli e alla qualità dell'occupazione in questi servizi, tenendo conto dei vincoli posti dal contesto istituzionale e dalle scelte della controparte datoriale.

Questo contributo riporta direttamente al secondo saggio nell'alveo delle relazioni di impiego nei settori oggetto di indagine in questa ampia sezione monografica: Mori e Neri, focalizzandosi sul caso italiano, ricostruiscono lo stato dell'arte delle relazioni di lavoro nei servizi di welfare, focalizzandosi in primis sui fattori determinanti l'elevato livello di complessità del fattore lavoro in questo settore; approfondiscono poi il tema della frammentazione degli attori coinvolti nell'arena della definizione delle condizioni di lavoro e della sfide che questa dinamica pone alla rappresentanza degli interessi; infine si concentrano sulle trasformazioni avvenute nella contrattazione collettiva.

Un ulteriore approfondimento del caso italiano, volto più specificatamente all'analisi delle condizioni di lavoro nei servizi di cura alla persona, è offerto dal saggio di Arlotti, Parma, Ranci e Sabatinelli. Comparando il segmento dei servizi pre-scolari alla prima infanzia con il segmento degli interventi e servizi rivolti al supporto della popolazione anziana fragile e non autosufficiente, gli autori presentano in prima battuta un'analisi strutturale di questi servizi, focalizzata sulle caratteristiche e sulle tendenze nella loro fornitura in prospettiva diacronia, per concentrarsi poi sui profili professionali, sulle caratteristiche e sulle condizioni di lavoro dei lavoratori della cura.

Infine, completa la sezione dei saggi il contributo di Vicarelli la quale, a partire da una prospettiva micro, offre una riflessione sulla valorizzazione (mancata) delle risorse umane nel Servizio sanitario nazionale

(Ssn) in Italia. Concentrandosi dapprima sul tema del ridimensionamento e della dequalificazione del personale del comparto sanitario, ricercandone le principali cause, l'autrice prende poi in esame le misure per il personale adottate a seguito della crisi pandemica, fornendo un respiro tanto attuale quanto necessario all'analisi di una componente essenziale del settore del welfare che nel 2020 è finita improvvisamente e drammaticamente al centro dell'attenzione non solo della ricerca, ma anche e soprattutto dei cittadini. In tale ottica, oltre ad un rilancio del reclutamento nel Ssn, su basi continuative, l'emergenza pandemica chiama i *policy makers* a farsi carico di un ridisegno complessivo delle risorse umane, ad oggi sottodimensionate e dequalificate contrattualmente e professionalmente.

Alla luce dei riflessi applicativi che il tema in indagine nel numero monografico presenta, le riflessioni di ricerca sono accompagnate da una sezione dedicata a interviste a testimoni privilegiati rispetto alle tematiche affrontate, nello specifico attori sindacali chiave nei diversi segmenti dei servizi di welfare: Serena Sorrentino, segretaria generale della Fp Cgil; Francesco Sinopoli, segretario generale della Flc Cgil; Maria Grazie Gabrielli, segretaria generale della Filcams Cgil. Le interviste hanno approfondito un corpo comune di tematiche riguardanti le principali linee evolutive e strategiche delle relazioni di lavoro nei rispettivi comparti del welfare nell'ultimo decennio, con uno sguardo particolare agli strumenti e alle azioni per sostenere l'innovazione, per promuovere la professionalità della forza lavoro impiegata e per far fronte alle sfide lanciate dal dilagare dei processi di esternalizzazione e privatizzazione dei servizi di welfare. Infine, è stato affrontato il tema del ruolo delle relazioni industriali e dei suoi istituti all'interno del delicato scenario pandemico nel quale stiamo vivendo.

Riferimenti bibliografici

- Guillén A.M. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *Welfare States under Strain in Southern Europe: Comparing Policy and Governance Changes in Portugal, Greece, Italy and Spain*, «European Journal of Social Security», special issue, vol. 17, n. 2, pp. 147-157.
- Pierson P., 1998, *Irresistible Forces, Immovable Objects: Post-Industrial Welfare States Confront Permanent Austerity*, «Journal of European Public Policy», vol. 5, n. 4, pp. 539-560.
- Vicarelli G. e Bronzini M. (a cura di), 2019, *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, il Mulino, Bologna.

Il welfare come mercato del lavoro: un'agenda di ricerca

Emmanuele Pavolini

Nel corso dell'ultimo quarto di secolo si è aperta nei paesi occidentali un'ampia discussione su quali siano gli scenari e le traiettorie di trasformazione del mercato del lavoro in un contesto sempre più post-industriale. In queste analisi spesso si trascura un'importante parte del settore terziario: i servizi sociali, sanitari e l'istruzione. Tale scarsa attenzione

sia negli studi sul welfare che in quelli del mercato del lavoro, dello sviluppo e delle relazioni industriali rappresenta, però, un'importante limite. Il presente saggio intende offrire un quadro e un'agenda di ricerca tramite cui connettere maggiormente l'area degli studi sul welfare con quella delle analisi sul mercato del lavoro e sullo sviluppo economico.

1. Introduzione

Nel corso dell'ultimo quarto di secolo si è aperta nei paesi occidentali un'ampia discussione su quali siano gli scenari e le traiettorie di trasformazione del mercato del lavoro in un contesto sempre più post-industriale (Reyneri, 2018). Proseguendo un trend già iniziato nei decenni precedenti, da metà anni '90 alla fine del decennio passato l'occupazione nei servizi è, infatti, aumentata di circa il 37% nella «vecchia» Unione europea a 15 (Ue-15) ed in Italia di circa il 28% (dati tratti dall'Eurostat online database), mentre quella nell'industria è diminuita di circa l'8% sia nell'Ue-15 che in Italia. Sotto il profilo occupazionale, quello che si sta verificando a livello europeo ed italiano è, quindi, un processo di terziarizzazione solo in parte legato al crollo dell'industria, bensì caratterizzato dalla forte espansione del settore dei servizi. Vi è un'ampia letteratura che si sta interrogando su quali forme assume ed assumerà tale terziarizzazione dell'economia e del mercato del lavoro, tenendo comunque presente come la fine dell'industria, e in particolare della manifattura, sia stata sancita con eccessiva rapidità (si tengano, ad esempio, presenti la forza della manifattura tedesca e quella rinnovata dei paesi del Centro-Est Europa; Viesti, 2019). Sostanzialmente il dibattito si è orientato attorno al ruolo da attribuire a due segmenti del

terziario. Un primo segmento è quello centrato attorno al cosiddetto «terziario avanzato» e cioè servizi innovativi, qualificati e ad alta produttività (dalla finanza alla ricerca ai servizi alle imprese all'informazione e comunicazione), spesso legati anche al mondo dell'industria. Chi guarda a questa via ne vede le potenzialità sia in termini di valore aggiunto prodotto che di domanda di occupazione qualificata (Wren e al., 2013). Un secondo segmento di crescita è centrato, invece, attorno al cosiddetto «terziario di consumo», composto da commercio, turismo e ristorazione, logistica e trasporti (Fellini, 2017). Chi guarda a questo ultimo segmento ne vede le potenzialità soprattutto sotto il profilo occupazionale ma anche di rilancio di una forma di sviluppo economico differente, soprattutto per quelle aree geografiche in cui il turismo potrebbe essere un volano in territori che sono ricchi di patrimoni artistici e naturalistici e che hanno perso una vocazione manifatturiera (si pensi, ad esempio, al Sud Italia). Tuttavia, entrambe queste vie di crescita presentano problematiche per molti versi speculari. La via del «terziario avanzato» è fortemente selettiva in termini di lavoratori occupabili (debbono essere spesso fortemente qualificati e l'innovazione in questi settori spesso porta gli occupati a dover cambiare lavoro con una certa frequenza ed investire continuamente nell'aggiornamento delle proprie conoscenze). La via del «terziario di consumo» tende ad assorbire una vasta platea di lavoratori, richiedendo un livello medio-basso di qualifiche, ma allo stesso tempo si caratterizza per una bassa produttività (che porta con sé una capacità di crescita economica limitata) e per un modello di competitività spesso basato sul contenimento dei prezzi di vendita, che significa frequentemente condizioni lavorative insoddisfacenti.

Questo saggio non si occuperà delle tematiche appena accennate, ma nasce proprio sullo sfondo di tale dibattito, avendo l'obiettivo di arricchire ed articolare maggiormente le riflessioni sul tema. Se è vero che paesi diversi hanno incentivato (o si sono ritrovati) percorsi differenti di sviluppo economico e del mercato del lavoro, cercando, almeno nelle intenzioni, di mescolare in varia maniera l'apporto della manifattura, delle costruzioni, del terziario avanzato e di quello di consumo, è altrettanto vero che nelle analisi spesso si trascura un altro importante parte del settore terziario: i servizi sociali, sanitari e l'istruzione.

In genere, quando si studiano o si considerano le politiche sociali e quelle di istruzione, l'ottica adottata è quella di concentrarsi sugli aspetti di spesa, sul disegno istituzionale degli schemi di welfare (grado di copertura, generosità e universalismo, criteri di accesso, ecc.), sugli effetti

di tali politiche in termini di efficacia e di diseguaglianze sociali di varia natura (da quelle di classe al genere) o sulle dinamiche politiche legate all'istituzione o alla trasformazione di tali schemi. Allo stesso tempo chi si occupa di mercato del lavoro, come si è appena illustrato, raramente focalizza l'attenzione sul ruolo giocato dai servizi sanitari, sociali e di istruzione rispetto alle dinamiche complessive di trasformazione di tale mercato e del più generale modello di sviluppo. Ugualmente la letteratura sulle relazioni industriali solo recentemente e ancora in maniera relativamente timida sta mettendo a fuoco i settori della scuola e delle politiche sociali quali terreni in cui verificare come funziona la contrattazione e come cambiano le condizioni di lavoro.

Tale scarsa attenzione sia negli studi sul welfare che di quelli del mercato del lavoro, dello sviluppo e delle relazioni industriali rappresenta, però, un «buco» importante e sempre meno appropriato da un punto di vista teorico, della ricerca e delle politiche. In altri termini, nel mondo occidentale i comparti della terziarizzazione non sono solo o unicamente due: quella del terziario avanzato o quella del terziario dei consumi. Ve ne è un terzo, già relativamente presente e diffuso in molti contesti, che concerne l'occupazione e lo sviluppo appunto nel campo della sanità, dei servizi sociali e dell'istruzione. Da questo punto di vista, insegnanti, medici, infermieri, assistenti sociali, professori universitari, educatori, Oss, Ota e molte altre figure professionali, oltre ad assicurare la qualità della cura e della vita di molte persone e l'accumulazione di capitale umano, hanno attualmente rilevanti peso e centralità nel nostro mercato del lavoro e nel sentiero di sviluppo economico, così come stanno diventando uno dei terreni, per certi versi privilegiati, di contrattazione collettiva, dato che ricadono spesso sotto un'area di influenza della regolazione diretta pubblica, terreno in cui è molto forte la presenza sindacale.

Da solo nessuno dei tre comparti è auspicabile che rappresenti l'intero terziario ma sicuramente ha senso chiedersi quale componente andrebbe potenziata e per l'Italia quelle del welfare e del terziario avanzato sono quelle meno sviluppate (Fellini e Fullin, 2018).

Il presente saggio intende offrire un quadro ed una agenda di ricerca tramite cui connettere maggiormente l'area degli studi sul welfare con quella delle analisi sul mercato del lavoro e sullo sviluppo economico. Una premessa definitoria è d'obbligo. Per welfare in questa sede si intende sia l'insieme dei servizi sociali e sanitari che l'istruzione. I dati discussi in questo saggio sono sostanzialmente tratti da fonte Eurostat e fanno riferimento ai seguenti segmenti del mercato del lavoro:

RPS

Emmanuele Pavolini

- a) il welfare «ristretto» (istruzione, servizi sociali e sanitari) e quello «allargato» (i settori precedenti più le occupazioni create dalle famiglie direttamente in qualità di datrici di lavoro); quest'ultima categoria appare particolarmente utile se vogliamo analizzare il ruolo del welfare in paesi quali l'Italia, in cui il ruolo delle assistenti familiari (straniere), assunte direttamente dalle famiglie, è marcato e, spesso, sostitutivo dell'intervento diretto pubblico nel campo della cura;
- b) il «terziario di consumo» (Fellini e Fullin, 2018; Fellini, 2017), comprende i settori del commercio, turismo e ristorazione, trasporto e logistica, attività artistiche e di intrattenimento, attività immobiliari;
- c) il «terziario avanzato», comprende i settori dell'informazione e della comunicazione, le attività assicurativo-finanziarie, quelle professionali e scientifiche e quelle di supporto amministrativo;
- d) la «Pubblica amministrazione», comprende il settore pubblico con l'esclusione dell'occupazione nei servizi di welfare di cui sopra;
- e) l'agricoltura;
- f) l'industria, includente sia la manifattura che l'edilizia, oltre che le attività minerarie e di fornitura di energia ed acqua.

I dati sono riferiti all'anno più recente a disposizione nel momento in cui questo saggio è stato scritto: il 2019. Allo stesso tempo, sono stati fatti confronti diacronici con il 1997 per valutare i cambiamenti intercorsi nel corso di oltre un ventennio¹.

2. Il ruolo del welfare nelle trasformazioni del mercato del lavoro e nello sviluppo: alcune chiavi di lettura

Come accennato nel paragrafo precedente, il welfare ha attirato poco l'attenzione degli studiosi del mercato del lavoro. È, pertanto, difficile trovare letteratura che si occupi specificatamente del tema qui trattato². Occorre, quindi, partire da altri filoni di studio per comprendere come adattare alcune chiavi di lettura alle domande di ricerca di interesse per il presente saggio. In particolare, vi sono due filoni di ricerca molto utili.

¹ Si fa presente che per alcuni paesi del Centro-Est Europa, come la Polonia, l'anno di riferimento nel passato è il 2000, data l'assenza di informazioni rispetto agli anni precedenti.

² Fra le poche analisi in Italia con un taglio come quello qui presentato vi sono gli studi di Argentin (2018) sul mercato del lavoro degli insegnanti.

Il primo si occupa della regolazione dei lavori nel terziario in generale, focalizzando l'attenzione su quelli a media-bassa qualificazione e sul ruolo che il welfare state gioca rispetto a tale regolazione. Il secondo si concentra su quale siano la struttura e la «morfologia» complessive nel mercato del lavoro, derivanti dalle trasformazioni in atto.

Il primo filone di studi è stato in buona parte inaugurato da Esping-Andersen (1990, 1999), riprendendo il concetto di «malattia dei costi di Baumol» e le sue implicazioni sui livelli e sulla crescita relativa dei salari in settori con differenti livelli di produttività. A fronte della crescita occupazionale nel terziario a bassa e medio-bassa produttività, si pone infatti il problema di regolare i salari fra settori con livelli di produttività differenti. Tale studioso ha sottolineato come diversi regimi di welfare tendono ad avere impatti diversi sulla struttura del mercato del lavoro ed in particolare sui lavoratori non coinvolti né nell'industria né nel terziario avanzato. Esping-Andersen non si occupava direttamente del welfare come settore occupazionale. Tuttavia, alcune sue considerazioni sono utili punti di partenza per il ragionamento qui presentato. Dato che sia i servizi di welfare che quelli del cosiddetto terziario di consumo possono essere prodotti dal mercato, dallo stato o dalla famiglia, e in genere sono caratterizzati da limitata produttività e dall'essere *labour-intensive* (anche se tale ragionamento non funziona per una parte della sanità), la logica di funzionamento del welfare influenzerà come verranno prodotti e quali caratteristiche strutturali complessive assumerà il mercato del lavoro. In particolare, l'autore danese individua tre potenziali risposte istituzionali alla «malattia dei costi». La prima è lasciare aumentare la disuguaglianza salariale, consentendo ai salari nei servizi di adattarsi a una minore crescita della produttività, con la conseguenza che si avrà una forte crescita dei posti di lavoro nel terziario di consumo e in parte di quello di welfare, pagati, però, con bassi salari. Sono i regimi di welfare liberali quelli che stimolano la crescita del mercato e dell'occupazione nei servizi privati a bassa retribuzione, consentendo il contenimento dei salari in questo settore e, di conseguenza, dei prezzi. La seconda risposta istituzionale è sovvenzionare i servizi alla persona creando posti di lavoro nel settore pubblico, in particolare nell'assistenza agli anziani, nell'infanzia, nella sanità e nell'istruzione. Sono i regimi socialdemocratici quelli che creano un numero elevato di posti di lavoro nei servizi pubblici soprattutto grazie ai settori welfare «ristretto» (sanità, sociale e istruzione), assumendosi direttamente la responsabilità di assumere lavoratori con salari di importo medio. La terza risposta consiste nel lasciare che i salari nei servizi interpersonali

RPS

Emmanuele Pavolini

seguano l'evoluzione dei salari nell'economia, altrimenti questi servizi faranno fatica ad assumere lavoratori. Di conseguenza, i servizi interpersonali a bassa produttività diventano troppo costosi da sviluppare sul mercato e vengono svolti principalmente all'interno della famiglia. Questa terza opzione è stata adottata soprattutto dai regimi conservatori, che delegano tradizionalmente una parte dei servizi socio-sanitari alle donne all'interno della famiglia, non creando occupazione e basandosi su massicci trasferimenti monetari che supportano un «familismo sostenuto» (Keck e Saraceno, 2010). Questo primo filone di studi si è sviluppato nel tempo in varie direzioni. Un importante contributo è venuto da Iversen e Wren (1998). Secondo questi studiosi ogni regime di welfare affronta un trilemma tra contenimento del bilancio pubblico, assicurare uguaglianza nelle condizioni salariali e crescita dell'occupazione e può scegliere solo una risposta, che, però, non sarà in grado di rispondere a tutti e tre i potenziali obiettivi. Questi studiosi sostengono che la risposta liberale passa attraverso un mercato (deregolato) di servizi privati a bassa retribuzione (che include sia il terziario di consumo che una parte del welfare), che, però, comporta forti disuguaglianze salariali. Quella socialdemocratica passa attraverso l'intervento statale diretto, che, però, comporta un crescente peso fiscale dello stato sull'economia (rischiando di minarne la competitività), e quella conservatrice si traduce in un'elevata disoccupazione (o bassi tassi di attività, soprattutto tra le donne) tra i meno istruiti per assicurare agli altri buone condizioni di lavoro. Il rapporto tra i cambiamenti del mercato del lavoro e il funzionamento del welfare state è al centro anche di un interessante studio di Oesch (2013), il quale si concentra sui cosiddetti «lavoratori dei servizi interpersonali a bassa retribuzione» e su come vari modelli di regolazione del mercato del lavoro e del welfare affrontano il tema di tali profili occupazionali.

Un secondo filone di letteratura riguarda le traiettorie, le dinamiche in atto nel mercato del lavoro verso economie post-fordiste, post-industriali e dei servizi e la forma che tale mercato sta assumendo anche a seguito delle innovazioni tecnologiche (Reyneri, 2018). Da un lato, vi è un approccio radicato attorno al concetto di «società della conoscenza», che interpreta i cambiamenti in atto in termini di «upgrading» della struttura occupazionale e «upskilling» dei contenuti delle mansioni lavorative, occupazioni e professioni e, quindi, ipotizza che complessivamente il mercato del lavoro si sposti verso «l'alto» (in termini di qualità del lavoro e delle condizioni occupazionali). Un'interpretazione alternativa meno ottimistica ipotizza, invece, che la transizione post-fordista

crei una «polarizzazione» nei paesi occidentali (Thalin, 2007; Autor e Dorn, 2013) e una crescente segmentazione del mercato del lavoro con «vincitori», tipicamente impiegati in settori ad alta produttività ed alti salari, e «perdenti», impiegati in settori con bassa produttività, *labour-intensive* e basse retribuzioni. Questa seconda interpretazione postula, quindi, che sia in atto un doppio processo sia di «declassamento» occupazionale e professionale nella parte medio-bassa del mercato del lavoro che di «upgrading» nella parte medio-alta della scala occupazionale (Oesch e Rodríguez Menez, 2011). Il secondo filone di letteratura qui brevemente riportato non si occupa sostanzialmente di welfare e del suo ruolo, tranne che in poche eccezioni (Oesch, 2015; Fellini e Fullin, 2018). Fra queste ultime è importante considerare uno studio di Dwyer sugli Stati Uniti (2013), in cui la studiosa ipotizza che la crescente polarizzazione nel mercato del lavoro americano sia proprio frutto di quello che accade nel «settore della cura» (in cui, però, rispetto all'impostazione del presente saggio, vengono incluse anche occupazioni non strettamente legate al welfare ed, invece, tipiche del «terziario di consumo»), in cui dagli anni '80 alla fine degli anni 2000 è avvenuto un forte incremento di occupazione nella parte alta e in quella bassa della distribuzione delle occupazioni, ma non nel mezzo della stessa.

Il presente saggio riprende le considerazioni provenienti da questi due filoni di ricerca e cerca di adattarle ad un'analisi più puntuale del ruolo del welfare nel mercato del lavoro. Rispetto ai temi qui discussi, è utile aggiungere due ulteriori ordini di riflessioni. Occorre, innanzitutto, riprendere un suggerimento generale espresso da Eurofound (2015) sul ruolo del settore pubblico nelle dinamiche generali di trasformazione del mercato del lavoro: «Il contributo del settore pubblico ai modelli di cambiamento strutturale sembra piuttosto significativo, soprattutto perché è raramente discusso in letteratura. Il dibattito sulle forze che spiegano tali trasformazioni (dai fenomeni di «upgrading» a quelli di polarizzazione del mercato de lavoro) tende a concentrarsi principalmente sull'effetto delle forze di mercato come il cambiamento tecnico e il commercio internazionale, che non sembrano avere un ruolo forte nel settore pubblico. Tuttavia, il ruolo svolto dal settore pubblico è cruciale per comprendere gli sviluppi complessivi» (2015, p. 14). Non va dimenticato che quando si discute di settore pubblico, in realtà, si fa riferimento spesso al welfare: circa due terzi degli occupati nel settore pubblico in Europa occidentale sono impegnati fra sociale, sanità ed istruzione.

Inoltre, il ruolo del welfare nel mercato del lavoro è cresciuto ed è pro-

RPS

Emmanuele Pavolini

babilmente destinato ad aumentare ulteriormente anche per alcuni cambiamenti intervenuti dal lato della domanda di tale tipo di servizi. L'invecchiamento progressivo della popolazione europea comporta un aumento dei bisogni sociali e socio-sanitari per prendersi cura di anziani fragili e con malattie croniche. Inoltre, si è verificato un aumento di attenzione da parte delle famiglie (dovuta alla riduzione del numero di figli per famiglia, all'aumento del livello di istruzione delle famiglie stesse e alla crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro) per le attività di istruzione dei propri figli (dall'università di massa ai servizi per la prima infanzia) e del mondo delle imprese, una parte delle quali richiede conoscenze di base più alte, se non conoscenze avanzate (Thalin, 2007; Wren e al., 2013; Oesch, 2013). Complessivamente, nel campo del welfare la domanda di lavoro (rispetto al «terziario di consumo» come commercio, turismo e pulizie) viene sia dalle famiglie che dallo Stato, con un ruolo molto forte di quest'ultimo nell'influenzare direttamente il tipo e l'entità della domanda da parte delle famiglie.

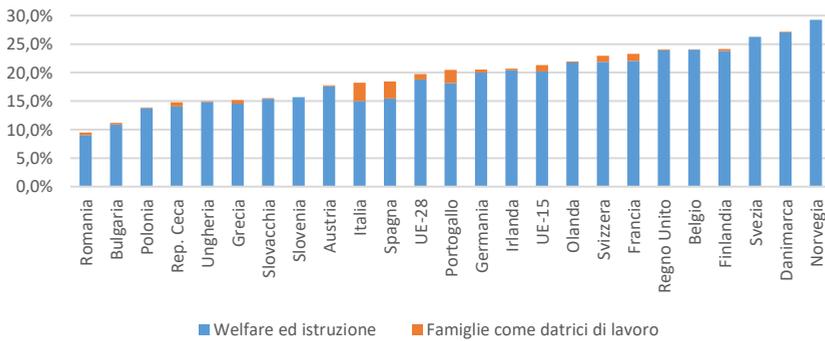
Pertanto, il presente saggio intende offrire alcune risposte alle seguenti sei domande in un'ottica esplorativa e descrittiva. Primo, quale ruolo gioca il welfare nel mercato del lavoro europeo ed italiano. In altri termini, quanti sono gli occupati in questo settore rispetto al totale dei lavoratori. Secondo, quale tipo di occupazioni vengono offerte nel welfare? Quanto sono qualificate? Come si collocano queste occupazioni rispetto alla più generale struttura del mercato del lavoro europeo ed italiano? Terzo, quale è la qualità del lavoro in tale settore? Quarto, come sono cambiate nel tempo il ruolo ed il peso delle occupazioni nel settore del welfare sia all'interno del settore stesso che rispetto ai cambiamenti più generali che si sono verificati negli ultimi decenni nel mercato del lavoro? Quinto, sta avvenendo un percorso di convergenza fra le varie famiglie di welfare europee? Infine, dove collochiamo l'Italia in questo quadro europeo? Ognuno dei prossimi paragrafi è dedicato ad offrire risposte a ciascuna di queste domande.

3. Quanto pesa il welfare nel mercato del lavoro

Il welfare è un settore occupazionale relativamente consistente. Poco meno di un quinto dei lavoratori nell'Unione Europea (Ue-28) è occupato nei settori dell'istruzione, sanità o servizi sociali (18,8%) (fig. 1). Tale percentuale arriva ad un quinto (19,7%) se si includono anche gli occupati che sono stati assunti dalle famiglie (il cosiddetto «welfare al-

largato»). La media dell'Ue cambia, però, se guardiamo la parte occidentale o orientale della stessa. Nella «vecchia» Ue a 15 paesi, infatti, si supera il 21% del totale degli occupati nel settore del welfare allargato.

Figura 1 - Quota di lavoratori nei settori del welfare, istruzione e famiglie rispetto al totale dell'occupazione (anno 2019)



Fonte: Elaborazione da Eurostat online database (indicatore lfsa_egan2).

Sono i paesi nordici quelli che presentano l'incidenza più marcata di tale settore: circa il 26-29% degli occupati in Norvegia, Svezia e Danimarca vi è impegnato. Un secondo gruppo è composto da Finlandia, Regno Unito, Belgio, Svizzera e Francia in cui tale percentuale si attesta attorno al 23-24%. Un terzo gruppo si caratterizza per una incidenza attorno al 21-22% ed è composto da Germania, Olanda, Irlanda e Portogallo. Tutti i paesi fin qui indicati si posizionano al di sopra della media dell'Ue-28 e sono in linea, o spesso superiori anche a quella dell'Ue-15. Al di sotto di tali medie si pongono attorno al 18% Italia, Spagna e Austria. Gran parte dei paesi del Centro-Est Europa, assieme alla Grecia, si attesta attorno al 14-15%, tranne Romania e Bulgaria che raggiungono al massimo l'11%. Sempre la figura 1 mostra come queste percentuali complessive sono raggiunte in maniera diversa nei vari paesi. Mentre nella gran parte di essi le famiglie in qualità di datrici di lavoro giocano un ruolo diretto minimale nel mercato del lavoro, soprattutto in Sud Europa ma anche in una parte dell'Europa continentale queste ultime sono un importante fonte di occupazione alle dipendenze. In particolare, l'Italia (3,2%) e la Spagna (3,0%), seguite dal Portogallo (2,3%) sono i tre paesi in cui l'incidenza di questo tipo di occupazione è più alta. Seguono a distanza Francia (1,2%) e Svizzera (1,1%), mentre tutti gli altri paesi mostrano dati molto contenuti o nulli.

Provando a classificare i vari paesi a seconda di quali siano i due settori più importanti da un punto di vista occupazionale, emergono quattro cluster (tab. 1). Il primo, composto solo da Norvegia e Svezia, si caratterizza per avere il welfare allargato come il principale settore occupazionale, seguito dal terziario di consumo. Buona parte dei paesi dell'Europa occidentale si caratterizza per avere come primo settore il terziario di consumo e come secondo il welfare allargato: fanno parte di questo cluster Danimarca, Finlandia, Regno Unito, Irlanda, Olanda, Belgio, Francia, Svizzera e Grecia. I restanti paesi non hanno ai primi due posti il welfare. I rimanenti paesi dell'Europa occidentale (Germania, Austria, Portogallo, Spagna ed Italia) presentano come due principali settori occupazionali rispettivamente il terziario di consumo e l'industria. Gli stessi due settori, ma con un peso relativo rovesciato, sono quelli più presenti nell'Europa centro-orientale.

Tabella 1 - I paesi europei suddivisi per i due principali settori per quota di occupati alle dipendenze impiegati (anno 2019)

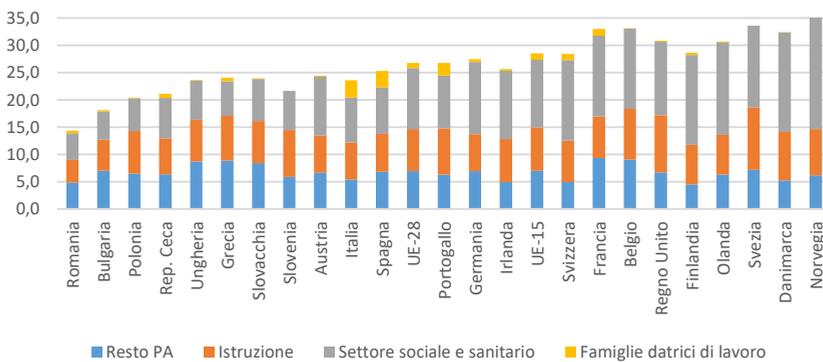
	<i>Settore più importante sotto il profilo occupazionale</i>	<i>Secondo settore più importante</i>
Norvegia e Svezia	Welfare, istruzione e famiglie datrici di lavoro	Terziario di consumo
Danimarca, Finlandia, Regno Unito, Irlanda, Francia, Belgio, Olanda, Svizzera, Grecia	Terziario di consumo	Welfare, istruzione e famiglie datrici di lavoro
Germania, Austria, Portogallo, Italia, Spagna	Terziario di consumo	Industria
Slovenia, Slovacchia, Polonia, Rep. Ceca, Ungheria, Romania, Bulgaria	Industria	Terziario di consumo

Fonte: Elaborazione da Eurostat online database (indicatore lfsa_egan2).

La figura 2 offre un quadro più articolato dell'apporto all'occupazione totale dei singoli segmenti che compongono il welfare. Circa l'8% dei lavoratori è occupato nel settore dell'istruzione. Il peso relativo di tale settore non muta molto fra i paesi: si va dal 4,1% della Romania all'11,5% della Svezia (e gran parte degli altri stati si colloca in una fascia intermedia fra il 6% ed il 9%). Il peso relativo del settore dei servizi sanitari e sociali è più alto (attorno all'11%) e, soprattutto, fa registrare variazioni molto più forti fra paesi: praticamente in tutti i paesi dell'Europa occidentale, tranne quelli del Sud e l'Austria, l'incidenza è pari o superiore al 13%, mentre nel Centro-Est Europa i valori scendono

sotto l'8%. Nel Sud Europa è interessante, comunque, notare come, una volta inclusa l'occupazione creata dalle famiglie, in genere per compiti di cura socio-sanitari (si pensi alle assistenti familiari), l'incidenza dell'occupazione nel settore sanitario e sociale si attesti (almeno) attorno al 12% in Spagna, Italia e Portogallo.

Figura 2 - Ripartizione dei lavoratori nei settori del welfare e della pubblica amministrazione rispetto al totale dell'occupazione (anno 2019)



Sempre nella figura 2 è riportato il dato dell'occupazione nella pubblica amministrazione, escludendo da questa ultima i lavoratori pubblici impegnati nel welfare. Circa il 7% del totale degli occupati è impegnato in questo settore e anche in questo caso le variazioni fra paesi sono abbastanza contenute. Se si tiene presente che gran parte dei lavoratori nei settori di welfare «ristretto» è occupato come dipendente del settore pubblico o è impiegato in imprese ed istituzioni private, che lavorano in convenzione con il settore pubblico³, la figura 2 ci offre in qualche maniera alcune indicazioni anche rispetto a in che cosa consista il settore pubblico, inteso in senso ampio (includendo il lavoro in *contracting-out* nel welfare), in Europa oggi. Si tratta di circa un quarto dell'occupazione complessiva e al suo interno la pubblica amministrazione al netto dell'occupazione nel welfare, ha un ruolo molto limitato: solo un occupato su quattro in questo macro-settore non è impegnato nel welfare. In altri termini, occuparsi di lavoratori nel settore pubblico in Italia ed

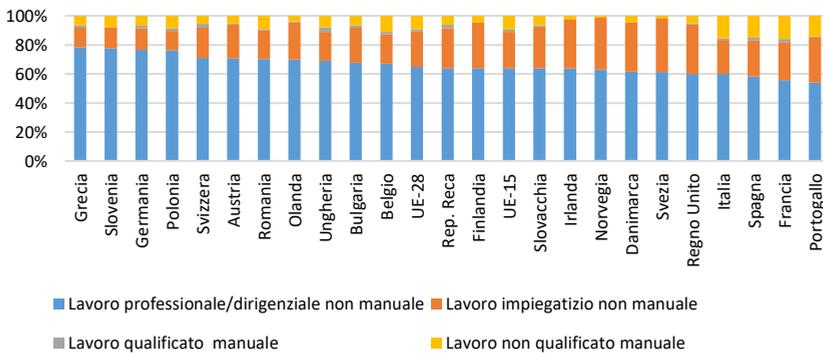
³ Dati Ocse non riportati in tabella, ad esempio, riportano come circa il 95% degli insegnanti nei paesi dell'Unione europea è direttamente assunto dallo Stato o da istituzioni private convenzionate.

Europa significa occuparsi fondamentalmente di lavoratori impegnati nel welfare (incluso l'istruzione).

4. Il tipo di occupazioni offerte

Quale tipo di occupazione viene offerta nei settori del welfare, includendo l'istruzione e le famiglie quali datrici di lavoro? La figura 3 illustra come si tratti spesso di lavoro professionale qualificato non manuale. A livello di Unione Europea circa il 65% degli occupati presenta il profilo appena indicato. Si tratta, appunto, di medici, infermieri, docenti universitari, insegnanti, psicologi, assistenti sociali, educatori e di altre figure professionali. Gran parte dei rimanenti lavoratori è rappresentato da personale con mansioni impiegate (circa un quarto). Un 9% circa svolge funzioni manuali non qualificate: spesso si tratta di persone assunte direttamente dalle famiglie.

Figura 3 - Ripartizione dei lavoratori dentro i settori del welfare allargato per profilo occupazionale (anno 2019)

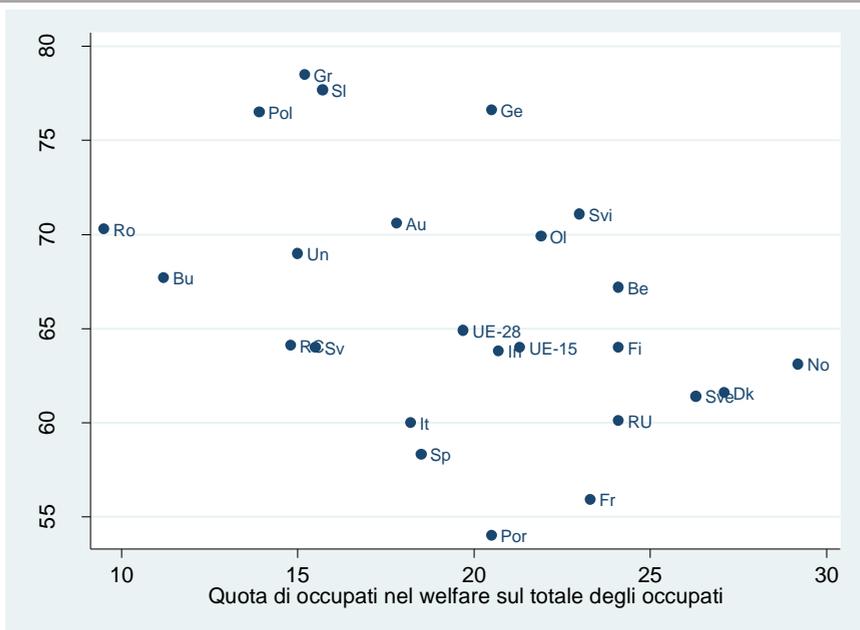


Fonte: Elaborazione da Eurostat online database (indicatore lfsa_eisn2).

Il quadro complessivo appena delineato cambia abbastanza sensibilmente fra gruppi di paesi (fig. 3). In alcuni di questi l'incidenza delle occupazioni più professionali e qualificate raggiunge e spesso supera il 70% degli occupati (Grecia, Slovenia, Germania, Polonia, Svizzera, Austria, Romania, Olanda e Ungheria). All'opposto, in altri tale percentuale si attesta attorno o sotto il 60% (Regno Unito, Italia, Spagna, Francia e Portogallo). L'elenco dei paesi appena riportato mostra come

sia difficile cogliere un nesso fra modello di welfare, tipo di mercato del lavoro e incidenza delle occupazioni qualificate fra quelle di welfare. La difficoltà di trovare un pattern che leghi occupazioni nel welfare allargato e tipo di professioni in questo settore viene in parte spiegata dalle informazioni contenute nella figura 4. Si rileva una certa correlazione negativa fra ampiezza relativa del settore del welfare allargato (in termini di incidenza sul totale dell'occupazione) e quota di occupati altamente professionalizzati dentro il settore. In altri termini, nei paesi in cui sono relativamente contenuti gli occupati nel welfare allargato, i professionisti sono il gruppo più fortemente presente, mentre nei contesti in cui il welfare è più diffuso, si creano spazi per una molteplicità di occupazioni. Ciò indica come sistemi di welfare relativamente ampi in termini occupazionali creano maggiori opportunità anche di lavoro a medio-bassa qualificazione, mentre quelli meno ampi concentrano maggiormente occupazione su profili alti (medici ed insegnanti, ad esempio).

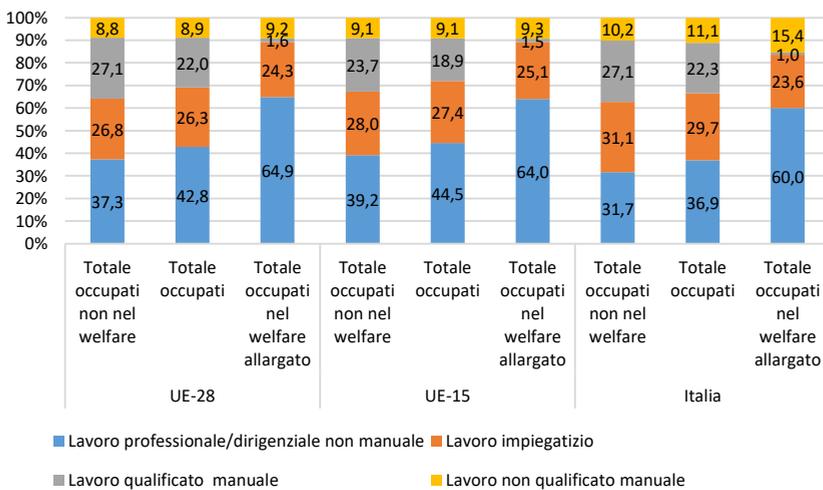
Figura 4 - Classificazione dei paesi europei per ruolo occupazionale del welfare allargato e per incidenza dei profili occupazionali più qualificati al suo interno (anno 2019)



Fonte: Elaborazione da Eurostat online database (indicatori lfsa_egan2 e lfsa_eisn2).

Inoltre, se compariamo la struttura occupazionale interna al welfare allargato con quella della più generale economia, quali differenze principali notiamo (fig. 5)? Due ordini di riflessioni si possono svolgere. Primo, il settore del welfare allargato ha un'incidenza molto più alta di occupati con alta professionalità non manuale che nel resto del mercato del lavoro: il 65% nell'Ue-28 a fronte del 42% del mercato del lavoro complessivo e del 37% di quello composto da tutti gli altri settori economici. Il quadro non cambia sostanzialmente se ci si concentra solo sull'Ue-15. L'Italia presenta una incidenza più bassa dei lavoratori più qualificati nel welfare (60%), ma tale tratto è comunque una caratteristica generale del mercato del lavoro del nostro paese (37%): ne deriva che l'incidenza di questo profilo occupazionale è praticamente quasi doppia nel welfare rispetto a quanto avviene negli altri settori economici (32%).

Figura 5 - Ripartizione dei lavoratori per profilo occupazionale: il welfare ed il resto del mercato del lavoro a confronto (anno 2019)



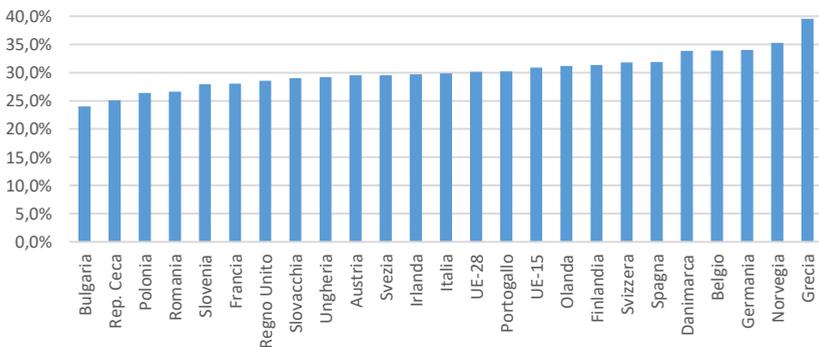
Fonte: Elaborazioni da Eurostat online database (indicatore lfsa_eisn2).

Sempre la figura 5 permette di osservare come apparirebbe il mercato del lavoro se non esistessero occupazioni nel welfare allargato. In questo senso si possono comparare le ripartizioni per profilo occupazionale in assenza di lavoratori nel welfare (prima colonna di sinistra per ogni contesto geografico riportato in figura) e quelle complessive del mercato del lavoro (colonna centrale). Si tratterebbe di un mercato del

lavoro con una immagine molto più «tradizionale» e caratterizzato da una maggiore incidenza di lavoro manuale qualificato.

Se, quindi, molti dei lavori nel welfare sono qualificati non manuali, ci si può anche domandare quanto incidano tali lavori rispetto al totale delle occupazioni professionali e dirigenziali presenti nei vari paesi. Come mostra la figura 6, poco meno di un terzo del totale del lavoro qualificato non manuale a livello di Ue è impegnato nel campo del welfare. Si tratta di una incidenza relativamente alta, che, da un lato, risulta anche più consistente in Grecia, Norvegia, Germania, Belgio e Danimarca, dall'altro, appare invece più contenuta in gran parte dell'Europa centro-orientale. Le ragioni per cui tale quota è alta sono radicalmente opposte per Grecia (dove è scarsamente diffuso altro lavoro qualificato e dunque un welfare non particolarmente ampio pesa molto) e i paesi scandinavi come Danimarca e la Norvegia, dove invece il settore del welfare incide in maniera molto significativa, pesando tanto anche nel lavoro qualificato anche se la struttura occupazione complessiva è spostata verso i livelli alti. Per il caso italiano si segnala l'analisi del ruolo del settore pubblico contenuta in Fullin e Reyneri (2015).

Figura 6 - Incidenza degli occupati con mansioni qualificate non manuale nel welfare allargato rispetto al totale dei lavoratori con profilo occupazionale simile (anno 2019)

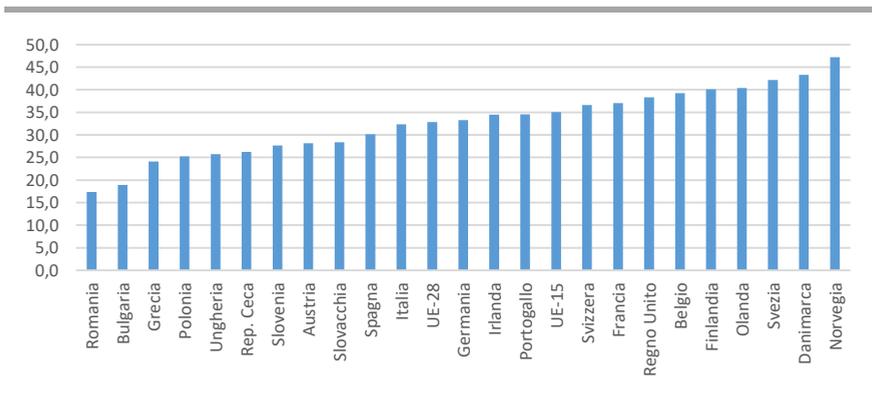


Fonte: Eurostat online database.

Oltre ad essere un settore a forte qualificazione, l'altra caratteristica importante del welfare («allargato» o «ristretto») è l'essere un settore fortemente femminilizzato. Il welfare è il settore in cui è più probabile per le donne trovare lavoro, accanto al terziario di consumo (questo ultimo dato non riportato in figura). Circa un terzo delle donne nell'Ue-28 la-

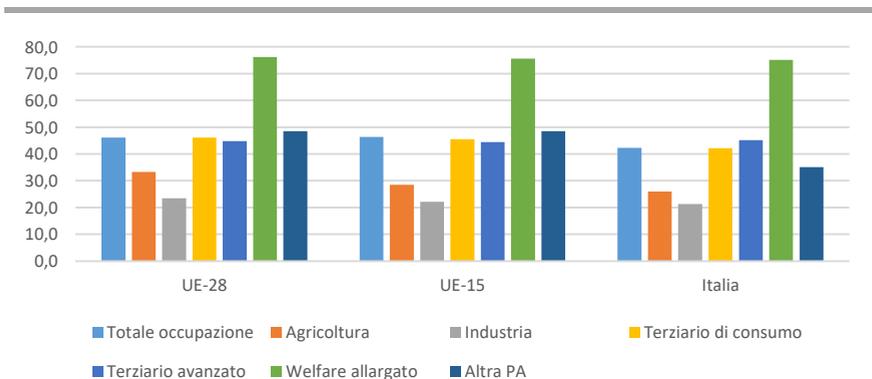
vora nel welfare (fig. 7). Tale percentuale risulta anche più marcata nell'Europa occidentale, raggiungendo il 40% nei paesi nordici e in Olanda, mentre all'opposto si attesta attorno sotto il 25% in buona parte dell'Europa centro-orientale (soprattutto in Romania e Bulgaria) e in Grecia.

Figura 7 - Quota di lavoratrici impegnate nel welfare «allargato» rispetto al totale delle donne occupate (anno 2019)



Fonte: Eurostat online database.

Figura 8 - Incidenza dell'occupazione femminile sul totale dei lavoratori per settore economico (anno 2019)



Fonte: Eurostat online database.

Il welfare è il macro-settore più femminilizzato in assoluto (fig. 8). Circa i tre quarti dei lavoratori in questo settore nell'Ue-28 sono donne, a fronte del 49% nel resto della Pa, del 45-46% nel terziario di consumo

o avanzato. Tale quadro non cambia se si osserva la sola Europa occidentale, mentre nel caso italiano (dove le donne in generale presentano una incidenza più contenuta nel mercato del lavoro rispetto alla media europea), è anche più marcata la differenza fra grado di femminilizzazione nel welfare e quello in altri settori.

5. *La qualità del lavoro*

Valutare la qualità del lavoro è un tema complesso e presenta alcune difficoltà ulteriori nel momento in cui si considera il welfare. Si pensi, ad esempio, alla presenza di lavoratori impegnati nel fine settimana o in orari notturni. Se questo è un indicatore in genere utilizzato dall'Eurostat per misurare la qualità del lavoro, esso è più difficilmente impiegabile per misurare lo stesso concetto in settori come la sanità o i servizi sociali dove la copertura del bisogno deve avvenire su base continuativa. In questa sede si sono utilizzati tre indicatori: l'incidenza di lavoratori con contratti temporanei sul totale degli occupati alle dipendenze; i salari degli insegnanti i vari ordini di scuola; i salari di medici ed infermieri. Gli indicatori sui salari sono espressi in termini di distanza dai salari medi o da quelli dei lavoratori laureati.

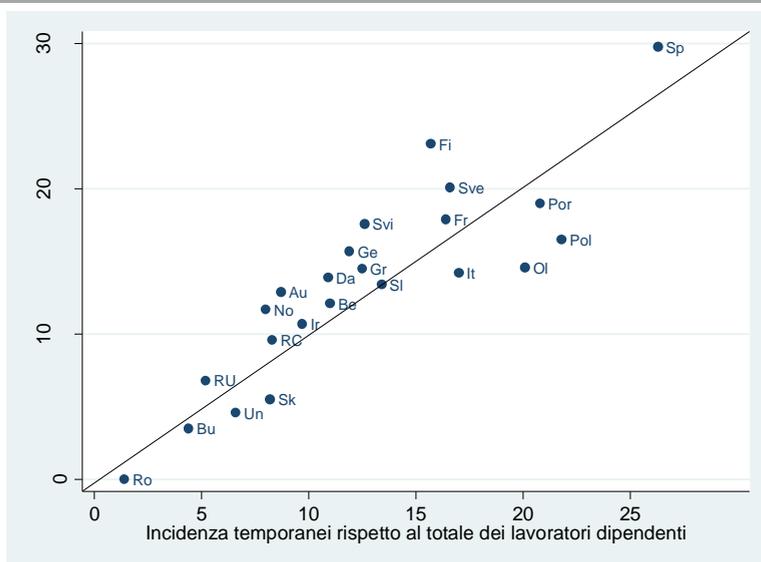
Accanto alla Spagna, che rappresenta un caso estremo di diffusione di lavoratori con contratti temporanei, sia nel welfare che nel mercato del lavoro nel suo insieme, vi è un gruppo di paesi in cui il ricorso a tali contratti è relativamente diffuso: Finlandia, Svezia, Francia, Portogallo, Italia, Polonia ed Olanda, con i primi tre paesi che mostrano una maggiore diffusione di contratti temporanei fra i lavoratori del welfare rispetto a quelli dell'intera economia. A questo gruppo di paesi si aggiungono Germania e Svizzera, che presentano una incidenza di lavoratori con contratti temporanei nel welfare superiore al 15% del totale degli occupati alle dipendenze in questo settore. I rimanenti paesi dell'Europa occidentale fanno registrare tassi compresi fra il 10% ed il 14%, mentre quelli Centro-Est europei ed il Regno Unito si pongono al di sotto del 10%.

I salari dei medici specialisti alle dipendenze sono in tutta Europa superiori al salario medio nazionale (fig. 10). In alcuni paesi (Olanda, Regno Unito, Germania ed Irlanda) sono di oltre tre volte più alti di tale media, mentre in gran parte degli altri contesti sono circa 2-2,5 volte più alti. Situazione diversa è quella degli infermieri ospedalieri. In questo caso, il salario ricevuto è spesso in linea, se non inferiore, con quello medio nazionale. Solo Spagna, Polonia e, soprattutto, Belgio, presentano salari più alti di almeno il 30% rispetto a quelli medi.

RPS

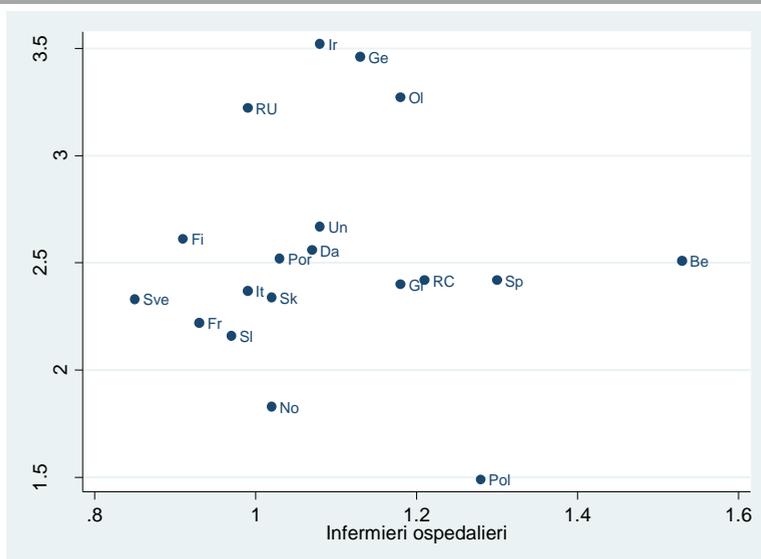
Emmanuele Pavolini

Figura 9 - Incidenza percentuale di lavoratori con contratti temporanei sul totale dei lavoratori dipendenti per settore economico (anno 2019)



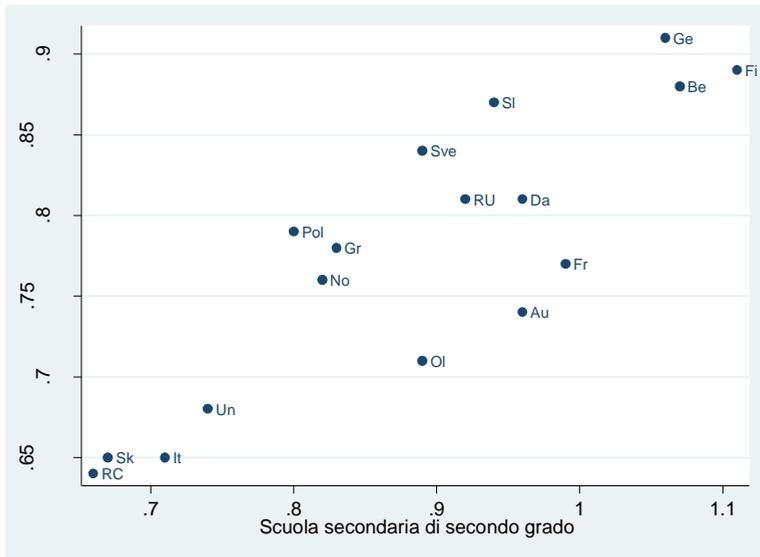
Fonte: Eurostat online database.

Figura 10 - I salari nel settore sanitario (in rapporto al salario medio nazionale; anno 2018 o più recente disponibile)



Fonte: Oecd online database.

Figura 11 - I salari nel settore dell'istruzione (in rapporto al salario medio di un laureato; anno 2018 o più recente disponibile)



Fonte: Oecd online database.

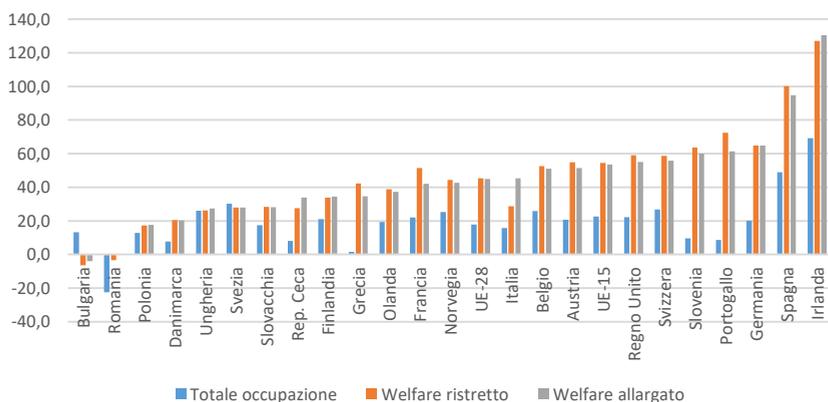
Nel campo dell'istruzione i salari degli insegnanti sono più differenziati a seconda sia dell'ordine scolastico che del paese (fig. 11). Mediamente gli insegnanti delle elementari sono pagati meno di quelli dei docenti delle scuole secondarie di secondo grado. Tuttavia, in tutti i paesi vi è una relazione fra il livello di tali due salari, espressi in rapporto al salario medio di un laureato. Da un lato, vi sono Finlandia, Belgio e Germania, che pagano gli insegnanti quasi (scuola primaria) o leggermente di più (scuola secondaria di secondo grado) del lavoratore medio con laurea. Dall'altro, Slovacchia, Repubblica Ceca, Ungheria ed Italia sono quelli che li pagano di meno. Nel nostro paese un insegnante è pagato circa tra il 30% (scuola secondaria di secondo grado) e il 35% (scuola primaria) in meno di quanto viene pagato mediamente un laureato. Tutti gli altri paesi si pongono in una posizione intermedia fra questi due gruppi.

6. Come è cambiata l'occupazione nel tempo e per settore?

Tranne che in pochi paesi in cui la variazione è stata quasi nulla (Grecia) o addirittura negativa (Romania), nell'ultimo quarto di secolo l'occupazio-

zione in Europa è aumentata in maniera consistente, nonostante la crisi economica iniziata nel 2007-2008. Tale incremento si è attestato complessivamente attorno al +18% fra il 1997 ed il 2019 nell'intera Ue-28 (addirittura +23% nella vecchia Ue-15) (fig. 12). Spagna ed Irlanda hanno fatto registrare aumenti molto consistenti. La figura 9 considera solo il numero di persone sul mercato del lavoro e non se tali lavoratori siano impegnati a tempo pieno o parziale. Questi decenni sono stati un periodo in cui si è fortemente diffuso anche il tempo part-time e, quindi, se ragionassimo in termini di occupazione equivalente a tempo pieno, la variazione sarebbe più contenuta. Tuttavia, il dato di aumento degli occupati nel mercato del lavoro è, comunque, forte.

Figura 12 - Variazione percentuale nel numero di occupati nel periodo 1997-2019: il settore del welfare in ottica comparata



Fonte: Eurostat online database.

Dentro questo quadro generale, possiamo chiederci quale contributo ha fornito il welfare. Una prima risposta a tale domanda viene sempre dalla figura 9. Se l'occupazione in generale è cresciuta, i tassi di variazione registrati nel welfare sia «ristretto» che «allargato» sono stati in genere molto più sostenuti. Nell'Ue-28 tale settore ha fatto registrare un +45%, che diventa +54% nell'Ue-15. In particolare, la crescita più forte si è registrata in Irlanda, Spagna, Germania, Portogallo, Slovenia, Svizzera, Regno Unito, Austria, Belgio e Francia. L'Italia è un caso peculiare in cui il settore delle famiglie quali datrici di lavoro gioca un ruolo particolarmente rilevante e praticamente unico nel panorama europeo per quanto riguarda i tassi di variazione occupazionali. Se osser-

viamo solo di quanto sono aumentati i lavoratori nel welfare «ristretto» (servizi sanitari, sociali ed istruzione), l'aumento è stato consistente ma, in termini relativi, non particolarmente alto (+29%). Se, invece, includiamo le famiglie come datrici di lavoro, il tasso di variazione raggiunge il +45%. Non vi è nessun altro paese in cui tale tasso muti così fortemente a seconda che si consideri o meno il fenomeno del lavoro offerto direttamente dalle famiglie.

Vi è un secondo modo per capire quale ruolo ha giocato il settore del welfare alla più generale variazione nell'occupazione in questi decenni. Si può, infatti, scomporre la variazione assoluta degli occupati in totale in ciascun paese nel periodo 1997-2019, ricostruendo quale apporto i vari principali settori economici hanno dato a tale variazione. La figura 13 considera i principali settori economici in ciascun paese: agricoltura, industria, terziario di consumo, terziario avanzato, welfare allargato e rimanenti occupati nella pubblica amministrazione. Resa pari a 100 la variazione totale degli occupati, circa il 41% di essa è avvenuta grazie alla variazione di occupati nel welfare allargato. Se praticamente ovunque, la variazione totale ha risentito negativamente della diminuzione degli occupati in agricoltura e, in gran parte dell'Europa occidentale, anche di quella nell'industria, terziario di consumo, terziario avanzato e welfare sono tutti cresciuti in maniera molto robusta. In particolare, terziario avanzato e welfare hanno fatto registrare nell'Ue-28 tassi di crescita (rispettivamente +45% e +41%) più sostenuti che il terziario di consumo (+39%). Nel caso della sola Europa occidentale (Ue-15), addirittura, welfare e terziario avanzato sono cresciuti ad un ritmo praticamente uguale (+41%) e nettamente più forte che nel caso del terziario di consumo (+34%). L'Italia si presenta come un paese occidentale sui generis anche in questo caso: il terziario di consumo fa registrare un +45%, mentre il welfare appunto un +42% (e solo se si includono anche gli occupati assunti dalle famiglie). Un ultimo dato interessante riguarda il ruolo dell'occupazione nella pubblica amministrazione, escludendo i settori di welfare: gran parte dei paesi ha fatto registrare un aumento di occupazione anche in questo settore. Fra i pochi contesti in cui, invece, si è verificata una riduzione relativa di tale occupazione vi è l'Italia, che inoltre mostra il calo relativo più accentuato (-16%). I vincoli di bilancio pubblico, l'alto deficit e debito, le conseguenti politiche di austerità (fra cui il blocco del turn over per quasi un decennio) aiutano a spiegare tale caratteristica del caso italiano. Tenendo presente che il settore pubblico in Italia è in buona parte composto da welfare (sanità e scuola pubblica in primis), le dinamiche

RPS

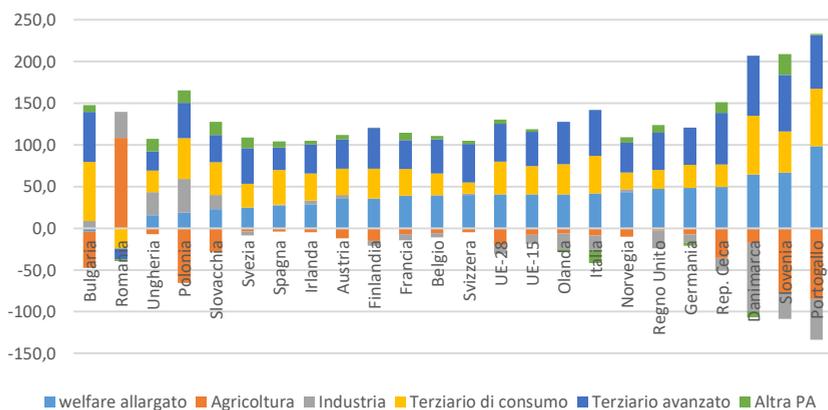
Emmanuele Pavolini

dell'ultimo quarto di secolo hanno reso anche più marcato nel nostro paese la connotazione welfarista dell'occupazione nel settore pubblico.

Figura 13 - Scomposizione per settore economico della variazione totale di occupati nel periodo 1997-2019: il settore del welfare in ottica comparata (quota percentuale di variazione spiegata da ogni settore economico)

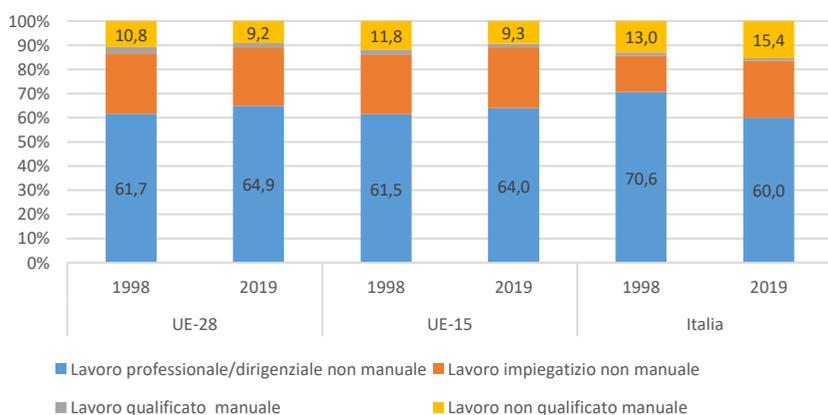
RPS

IL WELFARE COME MERCATO DEL LAVORO: UN'AGENDA DI RICERCA



Fonte: Eurostat online database.

Figura 14 - Incidenza dei lavoratori qualificati professionali sul totale degli occupati nel settore del welfare «allargato»



Fonte: Eurostat online database.

Un ultimo punto riguarda quanto l'occupazione dentro il welfare sia cambiata nel corso del tempo in termini di livello di professionalità ri-

chiesta a chi vi è impiegato. La figura 14 mostra come a livello di Unione europea (sia a 28 paesi che occidentale) è avvenuto un processo di leggero «upgrading» della struttura occupazionale interna al settore: fra il 1998 ed il 2019 sono aumentati i lavoratori con occupazioni qualificate non manuali, mentre è leggermente diminuito il numero dei lavoratori manuali a bassa qualificazione. Dentro questo quadro, l'Italia ha compiuto un percorso inverso di dequalificazione relativa: è diminuita l'occupazione qualificata non manuale (nel 2019 ben al di sotto della media europea), mentre è aumentata quella a bassa qualificazione. Questa tendenza nel welfare italiano è in parte spiegabile per il forte e crescente apporto di lavoratori stranieri assunti direttamente dalle famiglie (si pensi al fenomeno assistenti familiari) e, allo stesso tempo, è una caratteristica più generale di trasformazione del mercato del lavoro italiano, in cui cresce la quota di lavoratori a scarsa qualificazione (Fellini e Fullin, 2018).

7. Segnali di convergenza fra paesi europei?

Per affrontare l'ultima domanda posta in questo saggio dobbiamo partire dai dati degli anni '90 e dalla collocazione dei paesi rispetto a questi dati. Tutti gli indicatori considerati fin qui sono disponibili anche per la seconda parte degli anni '90 ad eccezione di quelli sui salari di insegnanti, medici e infermieri. È a partire da tali dati disponibili che si è effettuata una *cluster analysis*, basata su tre variabili (incidenza occupazione nel settore del welfare su totale occupazione, incidenza nell'occupazione del welfare di occupati con mansioni qualificate non manuali, incidenza dei lavoratori temporanei su totale occupati alle dipendenze nel welfare), che ci restituisce quattro profili di paesi (tab. 2).

Un primo modello, definito di forte investimento nei servizi di welfare, era quello tipicamente scandinavo, con una forte incidenza già negli '90 dell'occupazione nel settore di welfare. Se questo primo cluster risponde al modello social-democratico indicato da Esping-Andersen, in cui viene creato un numero elevato di posti di lavoro nei servizi pubblici nei settori di welfare, la presente analisi mette in luce altre due caratteristiche meno conosciute di tale modello. Primo, una metà degli occupati nel welfare non era un professionista qualificato (percentuale molto più alta rispetto a quella registrata in altri paesi). Secondo, si trattava di un modello con una incidenza relativamente alta di lavoratori temporanei (16%).

RPS

Emmanuele Pavolini

Un secondo modello era quello di investimento medio-forte nei servizi di welfare. Questo cluster, rispetto all'analisi proposta da Esping-Andersen, presenta alcune sorprese. Ne facevano parte, infatti, sia paesi liberali come il Regno Unito, così come Francia, Olanda, Belgio e Finlandia. Quello che accomuna questi paesi è una incidenza medio-alta dell'occupazione nel welfare (attorno al 20%), una composizione dei lavoratori nel settore fortemente centrata attorno ai lavoratori più professionalizzati, ed una incidenza relativamente alta di lavoratori con contratti a termine (15%).

Tabella 2 - Modelli di regolazione del mercato del lavoro nel welfare: la situazione alla fine degli anni '90

	<i>Modello di forte investimento nei servizi di welfare</i>	<i>Modello di investimento medio-forte nei servizi di welfare</i>	<i>Modello di investimento limitato nei servizi di welfare</i>	<i>Modello di investimento scarso nei servizi di welfare</i>
Incidenza occupazione nel settore del welfare su totale occupazione	Alta 25,7%	Medio-Alta 20,5%	Bassa 15,3%	Molto bassa 12,0%
Incidenza nell'occupazione del welfare di occupati con mansioni qualificate non manuali	Media 49,9%	Alta 63,9%	Alta 63,5%	Molto alta 69,0%
Incidenza dei lavoratori temporanei su totale occupati alle dipendenze nel welfare	Medio-alta 16,0%	Medio-alta 15,1%	Medio-bassa 13,7%*	Bassa 7,8%
Paesi	<i>Scandinavi «puri» (Svezia, Norvegia, Danimarca)</i>	<i>Europa centro-nord occidentale (Finlandia, Regno Unito, Francia, Belgio, Olanda)</i>	<i>Area prevalentemente germanica e sud-europea (Germania, Austria, Svizzera, Italia, Spagna, Portogallo, Irlanda)</i>	<i>Centro-Est Europa e Grecia (Romania, Slovenia, Rep. Ceca, Slovacchia Bulgaria, Polonia, Ungheria, Grecia)</i>

* La percentuale scende al 12,0% se si esclude la Spagna che è un forte *outlier* rispetto a tutti gli altri paesi appartenenti al cluster.

** La percentuale fra parentesi si riferisce all'intero mercato del lavoro e non al solo settore del welfare allargato.

Il terzo cluster era composto da paesi dell'Europa occidentale, appartenenti all'area germanica e sud-europea, più l'Irlanda, in cui l'investimento limitato nei servizi di welfare comportava una contenuta incidenza dell'occupazione in questo settore (15%), una forte incidenza relativa di lavoratori qualificati, ed una diffusione medio-bassa di lavoratori temporanei.

L'ultimo cluster era composto dai paesi del Centro-Est Europa e dalla Grecia, caratterizzati da una limitata occupazione nel settore, in gran parte centrata su figure professionali qualificate e un basso ricorso a contratti di lavoro temporanei.

Se quella appena descritta era la situazione negli anni '90, un esercizio simile sui dati della fine del decennio passato, quale immagine ci rimanda? Come si può notare dalla tabella 3, effettuando una *cluster analysis* sempre sulle stesse tre variabili utilizzate per la tabella 2, i quattro cluster individuati per la seconda metà degli anni '90 rimangono sostanzialmente confermati come composizione per paese anche nel 2019. Solo l'Olanda cambia collocazione e passa dal secondo cluster al terzo (con i paesi dell'area germanica e sud-europea): se, infatti, i Paesi Bassi mostravano negli anni '90 una incidenza di lavoratori nel welfare relativamente medio-forte per quegli anni (nel 1997 tale percentuale era pari al 21,2%), nei due decenni successivi la crescita occupazionale nel settore è stata limitata e l'incidenza relativa sul totale dell'occupazione si attestava nel 2019 praticamente agli stessi livelli di due decenni prima (21,9%), mentre molti altri paesi nel frattempo crescevano di più.

Tre considerazioni generali si possono svolgere comparando le tabelle 2 e 3⁴. Primo, a livello complessivo è avvenuto un processo di lenta ma progressiva convergenza «verso l'alto» (in termini di ruolo giocato dal welfare nel mercato del lavoro) fra i primi tre cluster. Se il modello scandinavo di forte investimento nei servizi di welfare rimane sempre un passo avanti agli altri, quelli che erano negli anni '90 rispettivamente il modello di medio-forte investimento e di investimento limitato hanno progressivamente ridotto le distanze, grazie anche ad una variazione degli occupati nel welfare molto forte (pari a circa +50%). La convergenza fra questi tre modelli si nota anche in termini di composizione della forza lavoro, sempre più caratterizzata da una prevalenza di occupati qualificati (circa il 62-65% del totale degli occupati nel welfare), di incidenza dei lavoratori temporanei su totale occupati alle dipendenze nel welfare (attorno al 15-16%). Per quanto riguarda il trattamento economico dei lavoratori nel welfare purtroppo non sono possibili confronti con il passato per mancanza di dati. Da questo punto di vista, i paesi dell'Europa occidentale non scandinava tendono a retribuire i propri professionisti maggiormente rispetto agli altri contesti.

⁴ I risultati riportati in tabella 3 non cambiano sostanzialmente nel caso in cui si mantenga l'Olanda nel secondo cluster e non nel terzo cluster.

Tabella 3 - Modelli di regolazione del mercato del lavoro nel welfare: la situazione alla fine del decennio passato (2019)

	<i>Modello di forte investimento nei servizi di welfare negli anni '90</i>	<i>Modello di investimento medio-forte nei servizi di welfare negli anni '90</i>	<i>Modello di investimento limitato nei servizi di welfare negli anni '90</i>	<i>Modello di investimento scarso nei servizi di welfare negli anni '90</i>
Incidenza occupazione nel settore del welfare su totale occupazione	Molto alta 27,5%	Alta 23,9%	Medio-alta 20,3%	Medio-bassa 15,0%
Variazione in valori assoluti del numero degli occupati nel welfare (1997-2019)	Forte +27,2%	Molto forte +48,9%	Molto forte +51,3%	Forte +28,3
Incidenza nell'occupazione del welfare di occupati con mansioni qualificate non manuali	Alta 62,0%	Alta 61,8%	Alta 65,1%	Molto alta 71,6%
Variazione dell'incidenza nell'occupazione del welfare di occupati con mansioni qualificate non manuali (1997-2019)	Forte aumento	Stabilità	Leggero aumento	Leggero aumento
Incidenza dei lavoratori temporanei su totale occupati alle dipendenze nel welfare	Medio-alta 15,2%	Medio-alta 15,0%	Medio-alta 15,9%	Medio-bassa 10,7%
Salario medio medici specialisti (rapporto rispetto al salario medio nazionale)	2,24	2,64	2,91	2,25
Salario medio infermieri ospedalieri (rapporto rispetto al salario medio nazionale)	0,98	1,09	1,08	1,08
Salari medi insegnati primaria (rapporto rispetto salario laureati)	0,80	0,84	0,92	0,74
Salari medi insegnati secondaria secondo grado (rapporto rispetto salario laureati)	0,89	1,02	1,04	0,77
Paesi	<i>Scandinavi «puri» (Svezia, Norvegia, Danimarca)</i>	<i>Europa centro-nord occidentale (Finlandia, Regno Unito, Francia, Belgio)</i>	<i>Area prevalentemente germanica e sud-europea (Germania, Austria, Svizzera, Olanda, Italia, Spagna, Portogallo, Irlanda)</i>	<i>Centro-Est Europa e Grecia</i>

Secondo, il modello Centro-Est europeo e greco si basa su presupposti molti differenti e appare, invece, distante dal resto dei paesi europei, anche se segnali di convergenza si notano anche in questo caso. L'occupazione nel welfare in questi contesti rimane relativamente contenuta (15% del totale dei lavoratori) ed è aumentata nel tempo ma a ritmi molto meno sostenuti rispetto all'Europa occidentale non scandinava. Si tratta di un modello fortemente centrato attorno ad alte professionalità, con una incidenza dei lavoratori qualificati che è addirittura leggermente aumentata rispetto ai livelli già alti degli anni '90. Questi tratti di per sé non vanno interpretati necessariamente in maniera positiva, dato che indica la scarsa capacità di questo modello di allargare le opportunità occupazionali a varie fasce presenti nel mercato del lavoro). Le retribuzioni del personale qualificato impegnato nel welfare sono in termini comparati medio-basse, con l'eccezione degli infermieri ospedalieri.

L'ultima considerazione riguarda quanto questi quattro cluster di paesi corrispondano ai modelli tradizionali proposti nella letteratura sul welfare state in generale. In parte vi è corrispondenza: il modello socialdemocratico scandinavo, di forte investimento nel welfare e nei servizi, e quello centro-est europeo, con un perimetro di intervento molto più limitato, risultano in linea con le aspettative della letteratura. Appaiono, invece, più complessi da decifrare gli altri due cluster. In particolare, se, da un lato, il terzo cluster qui riportato è quello «tipico» continentale ed include l'area germanica e l'area sud-europea, ma anche l'Irlanda, dall'altro, il secondo cluster è molto più misto. Vi sono paesi francofoni, ma anche il Regno Unito e la Finlandia. La spiegazione va in parte cercata nel fatto che la Francia, rispetto alla Germania, già dagli anni '90 puntava relativamente di più sui servizi di welfare che sui trasferimenti monetari (Anttonen e Sipilä, 1996; Morel e al., 2012). Ugualmente il caso finlandese è spiegabile come una versione meno forte del modello scandinavo, pur avendone ereditato un approccio simile. Dentro questo cluster il caso più interessante è comunque quello britannico. Nella letteratura, i cosiddetti modelli liberali dovrebbero basarsi una forte crescita dei posti di lavoro nel terziario di consumo e in parte di quello di welfare, pagati, però, con salari bassi, quando rivolti all'intera popolazione, o più alti, se riservati, però, alle fasce di popolazione più benestanti ed in grado di pagare servizi costosi. I dati presentati in questo saggio mostrano una realtà differente. Il Regno Unito non solo presenta una forte incidenza di lavoratori nel settore del welfare (circa il 24% del totale dell'occupazione), ma si tratta anche di impieghi ben retribuiti (dati riportati nelle figure 10 e 11): i medici specialisti alle di-

RPS

Emmanuele Pavolini

pendenze sono pagati 3,22 volte rispetto al salario medio (uno dei lavori più alti in Europa), gli infermieri ospedalieri hanno retribuzioni in linea con tale salario (un valore simile a quello registrato nei paesi scandinavi), gli insegnanti di scuola superiore e quelli di scuola primaria hanno un reddito da lavoro pari rispettivamente al 92% e all'81% di quello medio dei laureati (si tratta di valori superiori alla media europea e in linea con quelli di molti altri paesi occidentali).

8. E l'Italia?

Dentro questo quadro generale, l'Italia è collocabile nel terzo cluster, assieme all'area continentale germanica, l'Olanda e il resto del Sud Europa (tranne la Grecia). Tuttavia, i dati più recenti indicano che il nostro paese sta progressivamente diventando una versione debole del cluster di cui fa (ancora) parte (tab. 4).

Tabella 4 - Modelli di regolazione del mercato del lavoro nel welfare: la situazione alla fine del decennio passato

	<i>Italia</i>	<i>Modello di investimento limitato nei servizi di welfare negli anni '90</i>
Incidenza occupazione nel settore del welfare su totale occupazione	18,2%	20,3%
Variatione in valori assoluti del numero degli occupati nel welfare (1997-2019)	+45,3%	+51,3%
Incidenza nell'occupazione del welfare di occupati con mansioni qualificate non manuali	60,0%	65,1%
Variatione dell'incidenza nell'occupazione del welfare di occupati con mansioni qualificate non manuali (1997-2019)	Forte diminuzione	Leggero aumento
Incidenza dei lavoratori temporanei su totale occupati alle dipendenze nel welfare	14,2%	15,9%
Salario medio medici specialisti (rapporto rispetto al salario medio nazionale)	2,37	2,91
Salario medio infermieri ospedalieri (rapporto rispetto al salario medio nazionale)	0,99	1,08
Salari medi insegnanti primaria (rapporto rispetto salario laureati)	0,65	0,92
Salari medi insegnanti secondaria secondo grado (rapporto rispetto salario laureati)	0,71	1,04

Se, infatti, confrontiamo il profilo italiano con quello di tale cluster, appaiono quattro le specificità italiane, in parte già sottolineate nei paragrafi precedenti (si veda anche Fullin e Reyneri, 2015):

- a) l'incidenza occupazionale del settore del welfare rimane più bassa;
- b) un forte peso del welfare come settore che offre occupazioni qualificate;
- c) è avvenuto un processo di dequalificazione dell'occupazione del settore (con la diffusione dell'impiego di persone direttamente assunte dalle famiglie; quest'ultimo gruppo è stato fra i più dinamici in termini di variazioni occupazionali – dato non riportato nel testo – e di incidenza sul totale dell'occupazione – si veda la figura 1);
- d) una qualità del lavoro, misurata perlomeno in termini di retribuzioni, che appare più bassa ma ancora in linea con quella media del cluster di appartenenza (e dell'Europa occidentale) nel campo della sanità, mentre appare ben al di sotto di tale media nel momento in cui ci si sposta nel settore dell'istruzione.

9. Osservazioni conclusive

L'obiettivo del presente saggio era quello di offrire un primo tentativo di lettura del welfare, includendovi l'istruzione, come mercato del lavoro. I dati qui presentati mostrano come tale settore gioca un ruolo importante ed in crescita sotto il profilo sia quantitativo degli occupati che qualitativo in termini di tipo di impieghi offerti. Inoltre, esso tende a caratterizzare in maniera forte i tratti strutturali dei mercati del lavoro europei, che sarebbero appunto mediamente meno qualificati se non considerassimo tale settore. Emergono quattro modelli in Europa: da quello scandinavo di forte investimento nel welfare dei servizi, che porta con sé un forte ruolo occupazionale di tale tipo di terziario, a quello dell'Europa centro-orientale, dove invece il welfare ha un ruolo più limitato sia nell'erogazione di servizi che occupazionale. L'Italia appartiene in termini generali ad un modello tipico del Sud Europa, ma anche dell'area germanica, in cui vi è una crescita dell'occupazione in questo settore, pur rimanendo meno diffusa che nel resto dell'Europa occidentale. Tuttavia, il nostro paese si presenta come una versione relativamente debole di questo modello, non solo per via della più limitata diffusione relativa di occupati, ma anche per le condizioni di lavoro di molti che vi trovano impiego: da una incidenza più alta che altrove di persone assunte direttamente dalle famiglie ai salari più bassi, soprattutto nel campo dell'istruzione.

Complessivamente, quindi, il saggio invita ad analizzare con più attenzione le condizioni di lavoro e le dinamiche occupazionali in un settore assolutamente non trascurabile del mercato del lavoro in Europa, Italia inclusa (non si dimentichi che nel 2019 nel nostro paese vi erano più occupati nel welfare che in manifattura). Rimangono, chiaramente, molte domande aperte e molte tematiche da approfondire. Alcune di queste domande e tematiche trovano risposta in altri saggi presenti in questo volume della rivista.

Riferimenti bibliografici

- Anttonen A. e Sipilä J., 1996, *European Social Care Services: Is It Possible To Identify Models?*, «Journal of European Social Policy», vol. 6, n. 2, pp. 87-100.
- Argentin G., 2018, *Gli insegnanti nella scuola italiana*, il Mulino, Bologna.
- Autor D.H. e Dorn D., 2013, *The Growth of Low-Skill Service Jobs and the Polarization of the US Labor Market*, «The American Economic Review», vol. 103, n. 5, pp. 1553-1597.
- Dwyer R.E., 2013, *The Care Economy? Gender, Economic Restructuring, and Job Polarization in the US Labor Market*, «American Sociological Review», vol. 78, n. 3, pp. 390-416.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Post-Industrial Economies*, Oxford Univ. Press, Oxford.
- Eurofound, 2015, *Upgrading or Polarisation? Long-Term and Global Shifts in the Employment Structure*, European Jobs Monitor.
- Fellini I., 2017, *Il terziario di consumo. Occupazione e professioni*, Carocci, Roma.
- Fellini I. e Fullin G., 2018, *Employment change, institutions and migrant labour. The Italian case in comparative perspective*, «Stato e Mercato», n. 113, pp. 293-330.
- Fullin G. e Reyneri E., 2015, *Mezzo secolo di primi lavori dei giovani. Per una storia del mercato del lavoro italiano*, «Stato e Mercato», vol. 105, n. 3, pp. 419-467.
- Iversen T. e Wren A., 1998, *Equality, Employment, and Budgetary Restraint: The Trilemma of the Service Economy*, «World Politics», vol. 50, n. 4, pp. 507-546.
- Keck W. e Saraceno C., 2010, *Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe?*, «European Societies», vol. 12, n. 5, pp. 675-696.
- Morel N., Palier B. e Palme J. (a cura di), 2012, *Towards a Social Investment State? Ideas, Policies and Challenges*, Policy Press, Bristol.
- Oesch D. e Rodríguez Menes J., 2011, *Upgrading or polarization? Occupational change in Britain, Germany, Spain and Switzerland, 1990–2008*, «Socio-Economic Review», vol. 9, n. 3, pp. 503-532.

- Oesch D., 2013, *Occupational Change in Europe*, Oxford Univ. Press, Oxford.
- Oesch D., 2015, *Welfare Regimes and Change in the Employment Structure: Britain, Denmark and Germany since 1990*, «Journal of European Social Policy», vol. 25, n. 1, pp. 94-110.
- Reyneri E., 2018, *Sociologia del mercato del lavoro*, il Mulino, Bologna.
- Thalin M., 2007, *Skills and Wages in European Labour Markets: Structure and Change*, in Gallie D. (a cura di), *Employment Regimes and the Quality of Work*, Oxford Univ. Press, Oxford, pp. 35-76.
- Viesti G., 2019, *Qualche riflessione sulla nuova geografia economica europea*, «Meridiana», n. 94, pp. 137-164.
- Wren A., Fodor M. e Theodoropoulou S., 2013, *The Trilemma Revisited: Institutions, Inequality, and Employment Creation in an Era of ICT-Intensive Service Expansion*, in Wren A. (a cura di), *The Political Economy of the Service Transition*, Oxford Univ. Press, Oxford, pp. 108-146.

Chi fa il welfare? Gli occupati nei settori dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali

Gianluca Argentin, Ivana Fellini e Stefano Neri

RPS

La pandemia provocata dal Covid-19 ha messo in chiara evidenza l'importanza dei lavoratori della sanità, della scuola e dei servizi sociali, portando l'attenzione anche sulle problematiche esistenti nel mercato del lavoro di questi settori. Scopo di questo articolo è descrivere consistenza, composizione e caratteristiche di questi comparti occupazionali in alcuni paesi europei e come si sono evoluti nell'ultimo decennio. L'analisi condotta sui dati della European Labor Force Survey mostra il sottodimensionamento

di questi settori in Italia rispetto ai principali paesi europei occidentali, con conseguenze sul basso tasso di occupazione totale e, in particolare, su quello femminile. Dal confronto internazionale emerge anche che il caso italiano si colloca spesso in posizione estrema per le caratteristiche socio-demografiche e le condizioni occupazionali della forza lavoro impiegata nei settori del welfare. Le evidenze presentate invitano ad attenta riflessione sul disegno delle future politiche di reclutamento nei settori considerati.

1. Introduzione

La pandemia del 2020 ha portato in primo piano le lavoratrici e i lavoratori del welfare: medici, infermieri, operatori dell'assistenza hanno dovuto affrontare direttamente l'emergenza sanitaria sin da febbraio-marzo, negli ospedali come nelle residenze sanitarie assistenziali, spesso fronteggiandola privi di adeguate conoscenze sulla malattia e degli strumenti minimi necessari, come i dispositivi di protezione individuale. Nei mesi seguenti, con il *lockdown*, è cresciuta l'attenzione su un altro segmento del welfare, quello della scuola e dei servizi educativi. I cittadini hanno potuto constatare direttamente l'eterogenea efficacia con cui gli insegnanti hanno affrontato la sfida della didattica a distanza, avviando anche nell'opinione pubblica dibattiti sui problemi dei docenti italiani sino ad allora discussi prevalentemente tra addetti ai lavori. Dopo un primo assaggio con l'organizzazione della ripresa dei servizi per l'infanzia e dei centri estivi a giugno, il tema della riapertura della scuola è divenuto uno dei problemi centrali nel dibattito estivo e un

RPS

CHI FA IL WELFARE? GLI OCCUPATI NEI SETTORI DELL'ISTRUZIONE, DELLA SANITÀ E DEI SERVIZI SOCIALI

impegno fondamentale del governo in vista di settembre. Anche nel corso dell'autunno 2020, in cui il Covid-19 ha conosciuto nuovamente un'ampia diffusione, la capacità del personale e delle strutture sanitarie di reggere l'urto della seconda ondata del contagio e la possibilità di mantenere aperte le scuole sono state al centro dell'attenzione dei media e dell'opinione pubblica.

Ciò che è successo ha reso quindi evidente la centralità del sistema di welfare nelle nostre vite quotidiane, ma non solo. Infatti, l'emergenza ha mostrato chiaramente la carenza di personale sanitario, prima di tutto, e di quello docente. Tali carenze sono state determinate o aggravate, perlomeno nel settore pubblico, dalle politiche di austerità nella finanza pubblica dell'ultimo decennio, volte proprio a contenere la spesa del personale e a ridurre gradualmente il numero di dipendenti pubblici (Bordogna, 2017; Neri, 2020). Inoltre, almeno per medici e infermieri, l'emergenza ha aumentato fortemente la considerazione e la reputazione del personale sanitario presso l'opinione pubblica e i mass media, dopo anni di scarsa considerazione quando non di vera e propria svalutazione. Evidenza aneddotica suggerisce che anche gli insegnanti possano aver visto migliorare il riconoscimento del proprio lavoro e del proprio ruolo sociale, in seguito alla visibilità di quanto fanno, accresciuta dall'emergenza pandemica.

I mercati del lavoro dell'istruzione, della sanità e dell'assistenza hanno ricevuto in passato scarsa attenzione anche da parte degli studiosi, che non hanno adeguatamente studiato i mercati delle occupazioni caratteristiche di questi settori. È possibile che questo sia dovuto, almeno per la sanità e la scuola dove la pubblica amministrazione è spesso il principale datore di lavoro, allo scarso interesse per i mercati del lavoro del settore pubblico, dominati da regole e meccanismi di reclutamento percepiti come rigidi e burocratici, oltre che *sui generis* rispetto al settore privato assunto come modello teorico di riferimento. In ogni caso, questa lacuna merita di essere colmata sia per il fatto che questi mercati occupazionali riguardano settori destinati ad avere un peso crescente in futuro per l'aumento della domanda di servizi sanitari, assistenziali e di istruzione, sia per le implicazioni che tali mercati hanno sui sistemi di welfare e sulle loro future trasformazioni.

Il *gap* conoscitivo ha coinvolto anche le caratteristiche socio-demografiche e lavorative delle occupazioni tipiche di questi settori, tranne che per alcuni lavori sugli insegnanti (Schizzerotto, 2000; Argentin, 2013, 2018) e per gli studi di sociologia delle professioni relativi soprattutto a quelle sanitarie (per una rassegna, cfr. Neri et al., 2020), che però adot-

tano solitamente prospettive teoriche e un apparato concettuale differenti da quelli tipici dell'analisi del mercato del lavoro (Argentin, 2018). Oltre che per effettuare questo tipo di analisi, le caratteristiche socio-demografiche degli occupati hanno un'importanza fondamentale per comprendere i meccanismi di funzionamento dei servizi scolastici, sanitari e sociali: si tratta infatti di servizi ad alta intensità di personale, difficilmente sostituibile dall'innovazione tecnologica e nei quali il lavoro ha una forte componente di carattere relazionale.

Inoltre, buona parte del personale di questi servizi è formato da professionisti, dotati di competenze elevate, che operano tradizionalmente in condizioni di ampia autonomia e discrezionalità nell'esercizio del proprio lavoro. I processi di aziendalizzazione e managerializzazione della pubblica amministrazione e dei servizi pubblici (Hood, 1991; Pollitt e Bouckaert, 2011) intrapresi a livello internazionale dalla fine degli anni Ottanta (Hood, 1991) hanno cambiato questa condizione, sottoponendo i professionisti a forme di coordinamento e controllo di tipo gerarchico-manageriale che si sono affiancate e in parte hanno sostituito l'autoregolazione professionale (Kirkpatrick e al., 2005; Evetts, 2011). Tali cambiamenti, da un lato, rappresentano una fonte di notevole complessità organizzativa per le organizzazioni di produzione dei servizi come le scuole, gli ospedali o le residenze per anziani, in quanto comportano l'utilizzo di strumenti di governo del personale che rispondono a finalità differenti e spesso contraddittorie; dall'altro, essi hanno innescato trasformazioni molto profonde nei professionisti stessi che, secondo alcuni, hanno incorporato nella loro stessa identità la logica manageriale, fino a parlare di «professionalismo ibrido» (Noordegraaf, 2015).

Tali processi sono di grandissima rilevanza, ma si collocano «a monte» della nostra analisi: l'arco temporale esaminato è infatti successivo a quello in cui è avvenuta in larga misura la managerializzazione. Inoltre, le caratteristiche dei lavoratori qui considerate sono influenzate solo in parte da queste dinamiche di trasformazione, che tipicamente incidono sui processi e sui contenuti del lavoro, nonché sulle scelte organizzative, mentre il profilo degli occupati ne viene influenzato più indirettamente, attraverso le dinamiche dei flussi in uscita (pensionamenti) e in ingresso (reclutamento e condizioni occupazionali a inizio carriera, ad esempio lavoro temporaneo).

Questo saggio intende quindi fornire un contributo alla conoscenza del mercato del lavoro nei settori educativi (dai servizi per l'infanzia per bambini con meno di sei anni ai diversi gradi scolastici e all'università),

RPS

Gianluca Argentin, Ivana Fellini e Stefano Neri

sanitari e dei servizi sociali. Va precisato che si tratta solo di una parte della pubblica amministrazione e si tratta anche di occupazioni che, per una certa quota, sono realizzate al di fuori del settore pubblico, quindi in organizzazioni private che operano nel settore del welfare.

L'analisi condotta si basa sui dati della *European Labor Force Survey*. In questa indagine, si sono selezionate, oltre all'Italia, altre sei nazioni riconducibili a diversi tipi di sistemi di welfare. Più precisamente si sono considerati paesi di riferimento per il welfare europeo continentale la Germania e la Francia; per il welfare nordico la Danimarca e la Svezia; per il welfare anglosassone il Regno Unito; per il welfare mediterraneo la Spagna. La presentazione dei risultati inizia fornendo un quadro delle dimensioni di questi settori in Italia, comparando la loro evoluzione tra diversi paesi europei dal 2008 al 2018 e discutendo brevemente le implicazioni che emergono da questa quantificazione (par. 2). Si concentra poi l'attenzione sulle occupazioni caratterizzanti questi settori, quindi su quelle che adempiono alle funzioni centrali nel campo dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali. Viene quindi effettuata un'analisi comparata e diacronica del profilo socio-demografico e delle condizioni di lavoro di tali occupazioni nel settore educativo, e in quelli dei servizi sanitari e sociali, questi ultimi due considerati unitariamente. Nel terzo paragrafo, si illustrano i criteri con cui si è proceduto a identificare le occupazioni caratterizzanti e a scegliere i paesi europei comparati con l'Italia. Si procede quindi all'analisi di alcune variabili socio-demografiche (età media, genere, livello di istruzione) degli occupati precedentemente identificati, confrontando l'Italia con gli altri sei paesi europei prescelti ed esaminando l'andamento delle caratteristiche di interesse nell'ultimo decennio (par. 4). Infine, nel quinto paragrafo, si procede nel confronto guardando anche ad alcune variabili che descrivono le condizioni di lavoro dei soggetti impiegati nelle occupazioni centrali dei settori considerati (in particolare, si guarda alla diffusione del part-time, ricorso al lavoro temporaneo e *seniority*). Infine, vengono formulate alcune considerazioni finali che emergono dalle analisi condotte (par. 6).

2. La scarsa quota di occupati nel welfare in Italia

Se è da tempo acquisito che, in tutti i paesi avanzati, il settore dei servizi assorbe la maggior parte degli occupati e genera le maggiori opportunità di impiego (Wren, 2013), meno scontata è la consapevolezza del ruolo che i settori del welfare, istruzione e sanità in particolare, rive-

stono non solo per garantire le funzioni essenziali di riproduzione di una società, ma anche per la creazione di opportunità di impiego e perciò per il sostegno e lo sviluppo dei livelli occupazionali complessivi. Messo a fuoco il diverso ruolo della famiglia, dello stato e del mercato nell'organizzazione economica e sociale dei paesi dell'Europa occidentale e la relazione tra il prevalere dell'uno o dell'altro fattore di regolazione e i diversi modelli di sviluppo del welfare (Esping-Andersen, 1990, 2000), il dibattito pubblico e scientifico ha spesso privilegiato l'analisi della capacità dei diversi sistemi di assolvere alle funzioni di protezione sociale, redistribuzione e contrasto delle diseguglianze. Più sullo sfondo è rimasta invece l'analisi di come l'architettura e l'estensione di questi sistemi abbiano avuto, e continuano ad avere, un impatto rilevante non solo sulla struttura e sul livello dell'occupazione nei diversi paesi, ma anche sui processi di stratificazione sociale (Esping-Andersen, 1990; Oesch, 2015; Santiago, 2004).

Per valutare il peso occupazionale di questi settori in alcuni paesi rappresentativi della varietà istituzionale europea, possiamo considerare il rapporto percentuale tra gli occupati nei settori dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali – i tre grandi comparti in cui può essere suddiviso il welfare – e la popolazione, secondo i dati della *European Labor Force Survey* per gli anni che vanno dal 2008 al 2018. La figura 1 mostra l'andamento di tale rapporto nei diversi paesi in questo arco temporale, selezionando alcuni anni che rappresentano momenti significativi del decennio trascorso dal punto di vista dell'evoluzione della crisi e della ripresa. Il rapporto tra occupati e popolazione, ovvero il tasso di occupazione settoriale, è una misura meno utilizzata della più consueta percentuale di occupati nei settori sul totale dell'occupazione ma consente di apprezzare, oltre l'importanza relativa dei diversi settori, anche quella assoluta e cioè quanto i vari settori contribuiscono ai livelli occupazionali complessivi (Bosh e Wagner, 2005). Inoltre, considerando che buona parte delle attività del welfare devono «servire» una popolazione, l'indicatore permette di misurare quanti lavoratori sono occupati in quei servizi rispetto alla popolazione destinataria degli stessi.

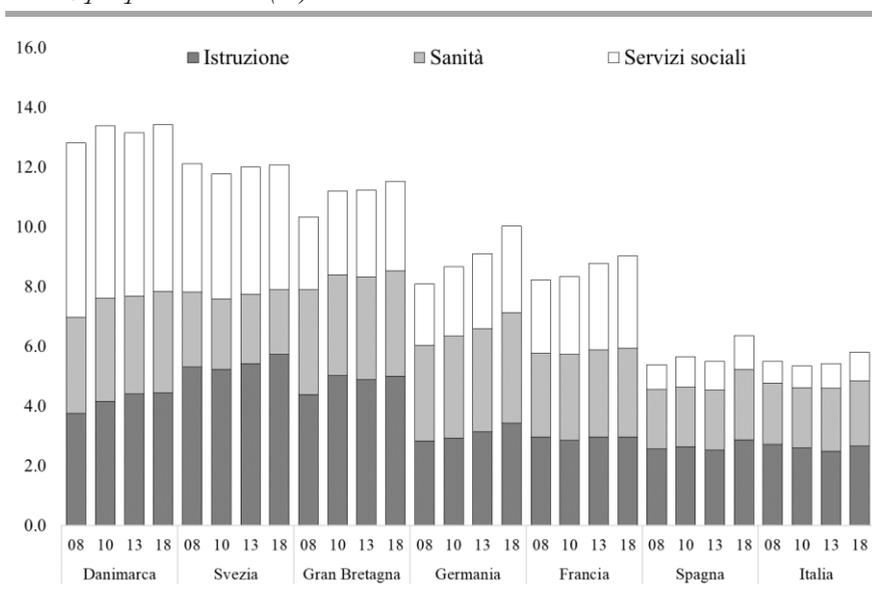
Dal punto di vista comparativo, le differenze strutturali che caratterizzano l'attuale quadro europeo non sono diverse da quelle individuate ormai qualche decennio fa (Esping-Andersen, 1990, 2000). Il modello universalistico dei paesi scandinavi è quello in cui i settori dell'istruzione e della sanità sono più sviluppati: in Danimarca, ad esempio, il tasso di occupazione nei tre settori nel 2018 è pari al 13,40%, ad indicare che ogni 100 abitanti vi erano circa 13,4 occupati nei settori del

RPS

Gianluca Argentini, Ivana Fellini e Stefano Neri

welfare (pubblica amministrazione esclusa), che assorbono il 27% dell'occupazione complessiva. Il tasso di occupazione in Danimarca è del 4,43 % nell'istruzione, il 3,41% nella sanità e il 5,57% nei servizi sociali. Valori molto elevati ma un poco inferiori si registrano in Svezia dove gli occupati nei settori del welfare in rapporto a 100 abitanti sono 12,01: particolarmente elevato è in questo caso il tasso di occupazione nell'istruzione (5,73%) mentre sanità (2,16%) e servizi sociali (4,19%) sono più contenuti.

Figura 1 - Tassi di occupazione nei settori dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali, per paese e anno (%)



Nota: per la Svezia i dati relativi alla popolazione per il calcolo del tasso di occupazione sono desunti dalle statistiche demografiche e non dai dati sulle Forze di Lavoro.

Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat – European Labour Force Survey e Eurostat Database.

Rispetto alla popolazione, gli occupati nei settori del welfare sono numerosi anche in Gran Bretagna, il paese qui rappresentativo del modello liberale e residuale di matrice anglosassone. Ancor più elevato che in Danimarca è il rapporto nell'istruzione (4,99%), poco meno inferiore quello nella sanità (3,52%) ma decisamente inferiore quello nei servizi sociali (2,99%). Se in Gran Bretagna l'occupazione nei tre settori è solo

di poco inferiore a quella registrata nei paesi scandinavi, il *welfare regime* dei due paesi è, come ampiamente noto, radicalmente diverso, con implicazioni assai rilevanti sul funzionamento del mercato del lavoro dei servizi oggetto del nostro saggio. Da un lato, il modello anglosassone ha storicamente privilegiato un'offerta privata dei servizi educativi, sanitari e di assistenza in risposta alla domanda di mercato, al prezzo di una compressione dei livelli retributivi dei lavoratori del settore negli impieghi a minore qualificazione e del costo elevato dei servizi di maggiore qualità che favorisce l'accesso delle famiglie più abbienti. Dall'altro lato, il welfare state socialdemocratico di carattere universalistico ha promosso un'offerta di servizi pubblici agli individui e alle famiglie, finanziata da un significativo prelievo fiscale, che ha favorito al contrario impieghi garantiti e tutelati, spesso part-time, ma relativamente ben retribuiti, in cui le donne hanno trovato un canale privilegiato di inserimento.

Il rapporto tra gli occupati nei settori del welfare e la popolazione è molto più basso nei paesi dell'Europa continentale e bassissimo nei paesi dell'Europa meridionale. In Germania nel 2018 il rapporto è pari a 10,02% (3,41% nell'istruzione, 3,21% nella sanità e 2,91% nei servizi sociali) e in Francia si attesta al 9,01% (2,96%, nell'istruzione e nella sanità e 3,09% nei servizi sociali). Il minore sviluppo dell'occupazione nei settori del welfare nei paesi dell'Europa continentale si spiega, nel quadro delle ovvie specificità nazionali, con le caratteristiche di un sistema di welfare corporativo o conservatore, in cui la protezione sociale è stata selettiva e ha privilegiato la protezione di chi è o è stato occupato. Com'è noto, in questo modello l'offerta di servizi sociali è stata relativamente scarsa e ha prevalso un sistema di trasferimenti monetari alle famiglie che si fanno carico di assorbire i rischi sociali dei propri membri, provvedendo alla gestione dei loro effetti. Nei paesi del Sud Europa come l'Italia e la Spagna che condividono questo modello, lo sviluppo dell'occupazione nei settori del welfare è stato ulteriormente frenato dalla maggiore e persistente centralità della famiglia, che soddisfa ancora gran parte delle funzioni di riproduzione sociale (Ferrera, 1996; Ascoli e Pavolini, 2012, Rizzica, 2020). Il tasso di occupazione nei settori del welfare è pari al 6,34% in Spagna (15,4% degli occupati) e al 5,79% in Italia (15% degli occupati), valori pari a meno della metà di quelli scandinavi o britannici e notevolmente al disotto di quelli di Germania e Francia.

Il quadro che emerge per l'Italia, il paese con il più basso rapporto tra occupati nei settori del welfare e popolazione, è dunque impietoso

RPS

Gianluca Argentini, Ivana Fellini e Stefano Neri

(Reyneri, 2020). Si osserva anche che la posizione dell'Italia non è sostanzialmente cambiata nell'ultimo decennio. Nel 2008, infatti, nel settore dell'istruzione risultavano impiegati in Italia 2,72 lavoratori per 100 residenti, 2,05 nel settore della sanità e solo 0,73 nel settore dei servizi sociali. I tre comparti del welfare assorbivano appena 14% degli occupati, contribuendo a mantenere il tasso di occupazione totale tra i più bassi nel panorama europeo, vista la maggiore convergenza ai valori degli altri paesi dei tassi di occupazione negli altri settori di attività (Fellini, 2015). Il clamoroso sottodimensionamento del comparto dei servizi sociali viene compensato in Italia con attività di cura in cui le famiglie si fanno direttamente carico dei rapporti di lavoro (Da Roit e Sabatinelli, 2005), il settore delle «attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico», contabilizzato tra i servizi privati e non collettivi. Si tratta di un settore irrilevante nei paesi scandinavi e anglosassoni che in Italia impiega, invece, sulla base dei dati sulle forze di lavoro, circa 750 mila lavoratori (inclusi i domestici e baby-sitter) e che impiegherebbe regolarmente, in base a stime su diverse fonti amministrative di dati, almeno 860 mila lavoratori domestici di cui il 46% impiegati in attività di assistenza (Osservatorio Nazionale sul Lavoro Domestico, 2019).

Il decennio trascorso non solo ha lasciato immutato il quadro strutturale, confermando l'Italia fanalino di coda tra i paesi europei, ma ha anche messo in luce una speciale difficoltà per il paese nel sostenere l'occupazione in questi settori rispetto agli altri paesi, Spagna inclusa. Nella prima fase della crisi, il biennio 2008-2010, la maggior parte dei paesi ha registrato una crescita del tasso di occupazione nell'istruzione, ad eccezione della Francia e dell'Italia dove addirittura l'indicatore si è ridotto da 2,72 a 2,59 occupati per residente. Analoghe sono state le tendenze dell'occupazione nella sanità e nei servizi sociali, in crescita pressoché ovunque, mentre in Italia il tasso di occupazione nei due settori si riduceva¹. In Italia dunque, tra il 2008 e il 2010 l'occupazione nei settori del welfare è diminuita (da 5,50% a 5,34%), soprattutto per effetto della riduzione degli occupati nell'istruzione.

¹ La crescita dell'occupazione nella sanità e nei servizi sociali non è ovviamente in contraddizione con le politiche di controllo sulla spesa pubblica messe in atto in molti paesi: i servizi collettivi possono svilupparsi sul mercato privato, in risposta alla crescente domanda di interventi sanitari, assistenziali e sociali indotta dai cambiamenti socio-demografici quali l'invecchiamento della popolazione, la precarizzazione delle carriere lavorative, l'allungamento della fase formativa (Rubery, 2011).

Nel triennio successivo, il tasso di occupazione nei settori del welfare è cresciuto (da 5,34% a 5,40%), in linea con la tendenza della maggior parte degli altri paesi, ma l'occupazione nel settore dell'istruzione si è ridotta ulteriormente (da 2,59% a 2,47%) – caso unico tra i paesi considerati – mentre la sanità e i servizi sociali hanno imboccato un debole sentiero di crescita. Più decisa è stata la crescita di tutti e tre i settori in concomitanza con la ripresa dell'occupazione (Cnel, 2018, 2019): dal 2013 è cresciuto il rapporto tra occupati e popolazione nell'istruzione (da 2,47% a 2,64%), nella sanità (da 2,12% a 2,20%) e nei servizi sociali (da 0,81% a 0,95%)².

Se il settore dell'istruzione ha risentito fortemente delle politiche di controllo sulla spesa pubblica che hanno avuto un impatto diretto sul turnover, i settori della sanità e dei servizi sociali sono stati interessati da aggiustamenti più complessi dal lato della domanda e dell'offerta il cui esito non è scontato. Da una parte, le politiche restrittive della spesa concorrono alla stagnazione del personale nel Servizio sanitario nazionale (Neri e Mori, 2017; Toth e Lizzi, 2019; Vicarelli e Pavolini, 2015); dall'altro lato, l'ampia domanda di servizi che rimane insoddisfatta promuove la crescita di servizi sanitari o sociali privati o in forme «ibride» tra stato e mercato (Neri, 2020).

In Italia, dunque, il bilancio dal 2008 al 2018 pur positivo – il tasso di occupazione nei tre settori è salito al 5,79% e anche l'istruzione è cresciuta con la ripresa pur senza recuperare il valore del 2008 – rimane debole rispetto agli altri paesi. A parte i paesi scandinavi che però partivano da un livello più che doppio rispetto a quello italiano, l'incremento del tasso di occupazione nei settori del welfare è stato ovunque maggiore: molto sostenuto in Germania (quasi +2 punti percentuali, pari a una crescita di oltre 1,5 milioni di occupati) e in Gran Bretagna (+1,8 punti percentuali pari a +1,25 milioni di occupati) ma non trascurabile in Spagna (+1 punto, pari a quasi mezzo milione di occupati in più) e in Francia (+0,8 punti, pari a oltre 900 mila occupati in più). L'incremento in Italia (+0,73 punti) si è tradotto in una crescita dell'occupazione pari a circa 250 mila occupati che però ha interessato solo la sanità (+115 mila occupati) e i servizi sociali (+144 mila) mentre il settore dell'istruzione, in dieci anni, non ha registrato espansione alcuna.

² Una recente analisi sui dati di Contabilità nazionale che considera gli occupati a tempo pieno equivalente evidenzia, considerando l'intero comparto pubblico nel periodo 2007-2017, come in Italia la riduzione dell'occupazione sia stata pari al 7,5%, la quinta più significativa tra i paesi Oecd (Rizzica, 2020).

Di fatto l'Italia con un comparto di circa 3,5 milioni di occupati (poco più di 1,5 milioni nell'istruzione, 1,3 nella sanità e circa 600 mila nei servizi sociali) ha peggiorato in dieci anni la sua posizione relativa. Non sorprende allora che, lungo tutto il decennio, in Italia l'occupazione nel settore del lavoro domestico e di cura, con le famiglie come datori di lavoro, sia stato tra quelli più dinamici, data la sempre più grave inadeguatezza dell'offerta dei servizi sociali rispetto ai fabbisogni delle famiglie (Fellini e Fullin, 2018).

Il notevole sottodimensionamento dell'occupazione nei settori del welfare in Italia implicherebbe uno sforzo poderoso qualora si volesse colmare la distanza dai paesi europei con sistemi di welfare più sviluppati. Una recente stima del numero di occupati aggiuntivi necessari perché l'Italia si allinei alla media europea a 28 paesi quantifica in oltre 2 milioni il *gap* da colmare, pubblica amministrazione inclusa (Reyneri, 2020). In particolare, il settore dell'istruzione richiederebbe un incremento di oltre 480 mila occupati, quello della sanità di oltre 420 mila e quello dei servizi sociali di oltre 660 mila. Incrementi ingenti quindi del contingente attuale, nell'ordine del 30% per l'istruzione e la sanità e di oltre il 110% per i servizi sociali.

3. Le professioni caratteristiche del welfare

Dopo aver rilevato che gli occupati nel welfare state italiano sono molti meno che negli altri paesi scelti per la comparazione, si concentra ora l'attenzione sulle occupazioni caratteristiche del welfare state nei settori educativo, sanitario e dei servizi sociali. Per le analisi che seguono si sono impiegati i dati della *European Labor Force Survey* per gli anni che vanno dal 2011 al 2018, quindi quelli per i quali è possibile una comparazione diacronica nei codici delle occupazioni, uniformati in accordo alla *International Standard Classification of Occupations Isco-08*. I paesi oggetto di confronto sono gli stessi descritti in precedenza.

L'analisi ha ristretto la base occupazionale considerata alle sole professioni caratteristiche del settore, quindi quelle che adempiono alle funzioni centrali nel settore educativo (codice Nace=16, *Education*) e nel settore sanitario e dei servizi sociali (codice Nace=17, *Human health and social work activities*). Si noti che in queste analisi, differentemente da quelle del paragrafo precedente, non è possibile distinguere il settore sanitario da quello dei servizi sociali³. Purtroppo, inoltre, anche qui,

³ Non si considerano inoltre in queste analisi gli occupati impiegati come assistenti familiari o in attività occupazionali affini.

come nel paragrafo precedente, non è possibile distinguere gli occupati del settore pubblico da quello privato.

Per il settore educativo, si sono considerate quali occupazioni caratterizzanti quelle con i seguenti codici Isco-08, attinenti per lo più a figure di insegnamento e di direzione degli istituti educativi:

- 134. Professional services managers
- 231. University and higher education Teachers
- 232. Vocational education teachers
- 233. Secondary education teachers
- 234. Primary school and early childhood teachers
- 235. Other teaching professionals
- 531. Child care workers and teachers' aides

Pur consapevoli della crescita del ruolo esercitato da altre professioni nei settori sociale e, soprattutto, in quello sanitario, si sono considerate quali occupazioni caratteristiche di questi settori, considerati in modo unitario, i seguenti codici Isco, relativi a medici, infermieri e operatori sociali:

- 221. Medical doctors
- 222. Nursing and midwifery professionals
- 223. Traditional and complementary medicine professionals
- 224. Paramedical practitioners
- 226. Other health professionals
- 263. Social and religious professionals
- 321. Medical and pharmaceutical technicians
- 322. Nursing and midwifery associate professionals
- 323. Traditional and complementary medicine associate professionals
- 324. Veterinary technicians and assistants
- 325. Other health associate professionals
- 516. Other personal services workers
- 532. Personal care workers in health services

Le professioni «tipiche» assorbono in tutti i paesi la maggioranza degli occupati nei rispettivi settori, con andamento costante nel tempo, salvo rare eccezioni, ma anche con variabilità degna di nota tra nazioni, probabilmente conseguente ai diversi modi in cui il welfare è organizzato nei differenti contesti. Per l'educazione, in Germania e Francia la quota media di vocazionali nel settore è più bassa che altrove (rispettivamente 55% e 63%), mentre gli altri paesi si attestano, in modo simile, sopra il 70%. Per l'Italia, la quota cresce leggermente e progressivamente dal 68% del 2011 al 72% del 2018. Per il settore socio-sanitario si osserva

RPS

Gianluca Argentini, Ivana Fellini e Stefano Neri

maggiore variabilità tra paesi con una quota di vocazionali che va dal 52% della Danimarca all'82% della Svezia. L'Italia si attesta attorno a un 70% per il periodo oggetto di osservazione, con una lieve crescita non monotonica dal 68% al 71%.

Nell'analisi dei gruppi vocazionali, ci si è soffermati su alcune caratteristiche socio-demografiche dei lavoratori (sesso, età e possesso di un titolo di studio universitario) e su alcune condizioni occupazionali (contratto part time, contratto a tempo determinato e anzianità nella stessa occupazione). Si sono sviluppati due confronti: uno diacronico e comparato relativo all'andamento nelle caratteristiche socio-demografiche e in quelle occupazionali degli occupati in professioni caratterizzanti nel settore educativo e in quello sanitario e sociale (figure 2 e 3); un secondo, limitato alla media delle ultime cinque annualità disponibili nei dati, che ha messo a confronto le già citate caratteristiche degli occupati vocazionali nei due settori con gli altri occupati nei servizi e con gli altri occupati in tutti i settori (figure 4 e 5).

4. Chi sono i lavoratori nelle professioni caratteristiche del welfare

Dopo aver definito il bacino delle occupazioni caratterizzanti per il settore educativo e per quello dei servizi sanitari e sociali, si guarda ora alle caratteristiche socio-demografiche dei lavoratori. I primi due grafici della figura 2 mettono in evidenza una situazione opposta tra i due settori analizzati. In Italia nell'istruzione la quota di lavoratori uomini è la più bassa tra i paesi considerati, mentre nella sanità e nell'assistenza è la più alta, pur tendendo a diminuire lievemente nel corso del tempo. Nel primo caso questo riflette l'elevata femminilizzazione degli insegnanti nella scuola, quasi totale nei servizi per l'infanzia 0-6 e nella primaria, ma ampiamente maggioritaria anche negli altri ordini scolastici. Si tratta di caratteristiche del settore educativo italiano note da tempo (Oecd, 2020a); si è già messo in luce altrove che la femminilizzazione del corpo insegnante è da sempre elevata e che la sua crescita negli ultimi decenni è stata parallela alla femminilizzazione del mercato del lavoro complessivo (Argentin, 2013). Ciò sembra il risultato del fatto che l'offerta di forza lavoro istruita femminile si è affacciata in Italia in modo crescente proprio in concomitanza con l'espansione delle posizioni disponibili nel settore dell'istruzione.

Nel caso della sanità e dei servizi sociali, si può avanzare l'ipotesi che la quota più elevata di maschi rispetto agli altri paesi europei sia ricondu-

cibile in parte alla minore femminilizzazione della professione medica: secondo i dati Oecd (Oecd, 2020b) nel 2015 la percentuale di donne medico in Italia risulta pari al 40,3% del totale: una quota che, pur in crescita nel corso del tempo, è più bassa rispetto a quelle degli altri paesi considerati. Queste vanno infatti dal 44,3% della Francia al 51,6% della Spagna, dato quest'ultimo che potrebbe apparire sorprendente (cfr. Spina e Vicarelli, 2015).

Inoltre, va tenuto presente che, pur essendosi manifestata con la pandemia una carenza di medici, il loro peso sul totale delle occupazioni caratterizzanti la sanità in Italia è elevato in termini comparati. I medici italiani si trovano infatti inseriti in un sistema sanitario ancora molto centrato sul loro lavoro e relativamente poco su quello di altri gruppi come gli infermieri, che rappresentano una professione tradizionalmente ad ampia prevalenza femminile.

Alcune spie di queste caratteristiche sono: a) il rapporto infermieri-medici, uno dei più bassi d'Europa (2,5 infermieri per medico, secondo i dati riportati da Vicarelli in questo stesso numero della Rivista); b) il numero di infermieri per 1.000 abitanti (5,7), che è il più basso nei paesi considerati (solo la Spagna si avvicina con 5,9) e tra i più bassi d'Europa, oltre che molto inferiore alla media Oecd di 8,8 infermieri per 1.000 abitanti; c) il numero relativamente elevato, sempre in termini comparati, di medici per 1.000 abitanti, pari 4,0 nel 2018 e superiore alla media Oecd di 3,6 (Oecd, 2020b), per quanto in questo caso, tra i paesi considerati, Germania e Svezia presentino una quota più elevata (4,3 per 1.000 abitanti).

Se passiamo ora ai due grafici centrali della figura 2, che riportano l'età media degli occupati nelle professioni caratterizzanti, emerge in modo molto evidente come nel settore educativo italiano questa sia molto più elevata che negli altri paesi considerati e tenda anche a crescere ulteriormente nel corso degli anni, passando da poco meno di 47 anni nel 2011 a 48,6 nel 2018. Negli altri paesi l'età media tende invece a diminuire, anche lievemente, tranne che in Spagna dove aumenta di poco, restando comunque distante da quella italiana (43,5 nel 2018). Anche questo è un dato noto per l'Italia (Oecd, 2020a) e pare la conseguenza del fatto che l'espansione delle posizioni nell'insegnamento ha visto una frenata a partire dagli anni novanta e addirittura una contrazione nei decenni seguenti (Argentin, 2018). Non sorprende quindi che, in assenza di un ricambio generazionale, gli insegnanti italiani abbiano presentato una età media non solo più elevata di quella del restante mercato del lavoro, ma anche un invecchiamento maggiore (Argentin, 2013).

RPS

Gianluca Argentin, Ivana Fellini e Stefano Neri

Anche nei settori della sanità e dei servizi sociali l'Italia presenta l'età media più elevata, e in crescita (da 44,3 a 46,1), incrementando la distanza dagli altri paesi, tranne la Germania dove la crescita però parte da livelli assai più bassi, con un'età media che nel 2018 è 42,8 anni. I blocchi dei concorsi e le forti limitazioni al turnover poste dalle politiche di austerità nella pubblica amministrazione hanno sicuramente inciso sulle dinamiche del caso italiano (per la sanità, cfr. Neri e Mori, 2017; per i servizi per l'infanzia 0-6, cfr. Neri, 2020). In questo senso, almeno nel settore pubblico ci aspetteremmo tendenze simili per la Spagna, dato che in questo paese, come in Italia e negli altri paesi mediterranei, dopo la crisi economica e finanziaria cominciata nel 2008 sono state intraprese severe politiche di austerità rivolte alla finanza pubblica e ai sistemi di welfare pubblici (vedi i saggi contenuti in Guillén e Pavolini, 2015). Va tuttavia ricordato che il caso spagnolo è peculiare nelle politiche rivolte al personale pubblico dopo la crisi del 2008, senz'altro meno restrittive che in Italia (Bach e Bordogna, 2016). Tra gli altri paesi, va anche osservato che la Francia si presenta come quello con l'età media più elevata dopo l'Italia nel settore educativo e invece con l'età media meno elevata nella sanità e nell'assistenza.

Infine, i due grafici in basso nella figura 2 riportano la percentuale di lavoratori nelle occupazioni caratterizzanti in possesso di titolo di studio terziario sul totale dei lavoratori di queste occupazioni, nei settori analizzati. L'Italia è il paese con la percentuale minore e, quindi, con meno laureati nel settore educativo e, invece, con la quota più alta di lavoratori con titolo terziario nei settori sociale e sanitario. La Spagna e la Francia hanno la quota più alta in entrambi i settori e la Svezia quella più bassa.

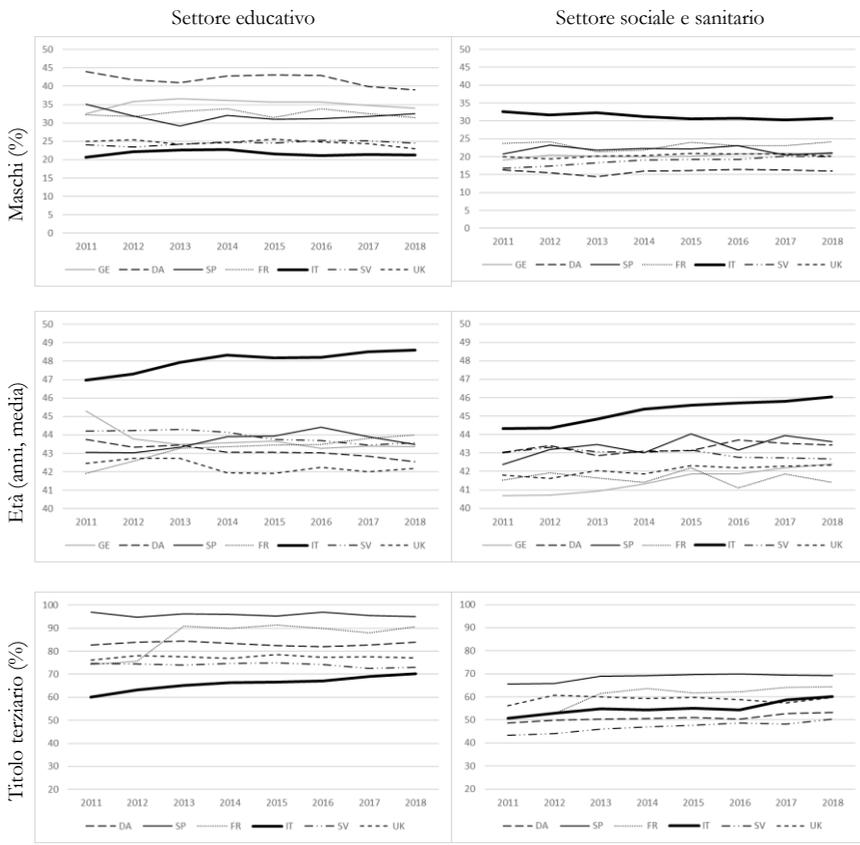
Nel caso italiano, per il settore educativo una possibile spiegazione sta nella prescrizione relativamente recente del requisito della laurea per le insegnanti di scuola primaria e di scuola dell'infanzia, con l'istituzione, nel 1996, della laurea in Scienze della formazione primaria, che ha poi progressivamente sostituito il diploma magistrale per l'accesso all'insegnamento nella scuola dell'infanzia e in quella primaria. Ovviamente, concorre al basso livello del dato italiano il già citato ridotto turnover degli insegnanti italiani, con la conseguente presenza di uno stock di docenti anziani che sono entrati nel settore quando il titolo terziario non era ancora necessario. In quest'ottica, nel corso dei prossimi anni, grazie ai processi di pensionamento di quote importanti di insegnanti e di reclutamento di nuovi docenti necessariamente laureati, la percentuale di titoli terziari aumenterà. Per la sanità, il dato italiano potrebbe

riflettere, di nuovo, il peso dei medici nell'occupazione e nella divisione del lavoro sanitaria, assai medico-centrica. Inoltre, alla presenza di una quota elevata di laureati contribuisce l'introduzione dell'obbligatorietà del titolo universitario per le professioni sanitarie non mediche, avvenuta alla fine degli anni '90. Dato che, come accade per gli insegnanti di scuola dell'infanzia e della primaria, in questi gruppi professionali sono in atto processi di pensionamento di personale più anziano non laureato con colleghi più giovani in possesso del titolo universitario, il dato italiano potrebbe crescere ulteriormente.

RPS

Gianluca Argentini, Ivana Fellini e Stefano Neri

Figura 2 - Caratteristiche socio-demografiche degli occupati nelle professioni caratterizzanti per settore, anno e nazione



Nota: Per la Germania non è disponibile la serie storica dei dati relativi ai livelli di istruzione per le professioni selezionate.

Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat – European Labour Force Survey.

Al di là dell'analisi comparata delle caratteristiche socio-demografiche degli occupati nel tempo, è importante chiedersi anche se tali caratteristiche siano peculiari di quanti sono impegnati in professioni caratterizzanti dell'educazione e dei servizi sanitari e sociali, oppure se siano comuni anche alla restante forza lavoro di ogni paese. Concentrandosi sugli ultimi 5 anni presenti nel nostro database (2014/2018), nella figura 3 si mettono quindi a confronto le caratteristiche socio-demografiche tra gli occupati nelle professioni caratterizzanti il settore educativo e quello sanitario e sociale, prima, con quelle degli altri occupati nei servizi e, poi, con quelle degli occupati nel totale di tutti gli altri settori.

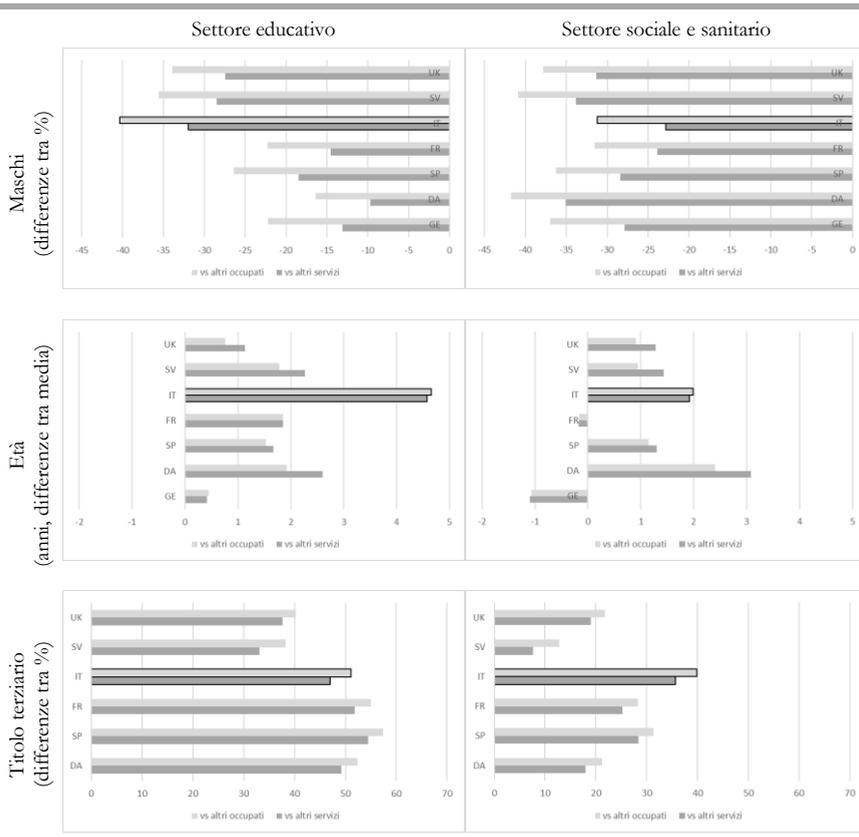
I primi due grafici in alto nella figura 3 evidenziano come la percentuale di lavoratori uomini dei gruppi occupazionali indagati nei due settori risulti inferiore sia a quella dei lavoratori degli altri servizi, sia a quella rilevata in tutti gli occupati; ciò accade in tutti i paesi. Nel caso dell'educazione, per l'Italia il divario è in entrambi i casi il più ampio tra tutti i paesi considerati. Nella sanità, invece, dove la femminilizzazione appare meno marcata, la distanza tra la quota di lavoratori uomini nei due settori e quella presente negli altri servizi e nel totale degli altri occupati è la più bassa tra tutti i paesi oggetto di analisi. Questo probabilmente riflette, almeno in parte, una caratteristica già ricordata, ossia la leggera prevalenza della componente maschile su quella femminile nei medici italiani, in un sistema sanitario ancora molto «medico-centrico» e fondato meno di altri sull'impiego di personale infermieristico.

Per quanto riguarda l'età media (i due grafici centrali nella figura 3), in tutti i paesi europei, i lavoratori appartenenti alle occupazioni caratterizzanti appaiono, in entrambi i settori, mediamente più anziani del totale degli altri occupati e di quelli degli altri servizi, tranne che per quelli del settore sociale e sanitario in Germania e in Francia. L'età media più elevata dei docenti e del personale educativo e scolastico italiano, già rilevata in precedenza, si riflette anche nel divario con l'età media dei lavoratori italiani degli altri servizi e di tutti gli altri settori, che è il più alto tra i paesi europei considerati. Questa caratteristica emerge anche nel caso della sanità e dell'assistenza, dove però i divari più netti sono presenti in Danimarca.

Per concludere il confronto sulle caratteristiche socio-demografiche, guardando all'ultima coppia di grafici presenti in figura 3, va rilevato innanzitutto che in tutti i paesi i lavoratori all'interno dei settori considerati sono mediamente più istruiti dell'insieme dei lavoratori degli altri servizi e di quelli di tutti gli altri settori. Questo risultato non deve stupire dato che abbiamo selezionato due ambiti di servizi in cui operano

tipicamente professionisti, per i quali è necessario il requisito della laurea, e che tale requisito è indispensabile per svolgere molte delle occupazioni da noi selezionate, a partire da insegnanti, medici e infermieri.

Figura 3 - Confronto nelle caratteristiche socio-demografiche tra gli occupati nelle professioni caratterizzanti dei settori educativo e socio-sanitario, gli altri occupati nei servizi e gli occupati totali (differenze – media degli anni 2014-2018)



Nota: Per la Germania non è disponibile la serie storica dei dati relativi ai livelli di istruzione per le professioni selezionate.

Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat – European Labour Force Survey.

Tuttavia, va rilevato come nel caso italiano la differenza tra la quota di lavoratori selezionati dotati della laurea in sanità e la quota di lavoratori laureati tra gli altri occupati e negli altri servizi sia la maggiore registrata nei paesi oggetto di indagine. Possibili spiegazioni di questo fenomeno stanno, nuovamente, nell'elevato numero di medici, in termini compa-

rati, storicamente presenti nel sistema sanitario italiano, cui peraltro si associa l'introduzione, da ormai un ventennio, del requisito della laurea per le professioni sanitarie non mediche; a ciò si aggiungono i bassi livelli di istruzione della popolazione italiana, che fanno risaltare la differenza tra la percentuale di occupati laureati in sanità e quella sia degli altri servizi sia di tutti gli altri settori. Tutto questo peraltro rende ancor più centrale il ruolo del welfare nell'assorbimento della componente qualificata dell'offerta di forza lavoro. Queste interpretazioni paiono sostenute dal fatto che la Spagna, anch'esso paese con sistema sanitario «medico-centrico», presenta il divario più alto dopo l'Italia, seguita dalla Francia.

5. *Le condizioni di lavoro nelle professioni caratteristiche del welfare*

Una volta quantificate le occupazioni caratterizzanti i settori educativo e dei servizi sociali e sanitari e dopo aver definito il profilo socio-demografico di quanti rivestono tali posizioni, è opportuno guardare alle loro condizioni di lavoro. L'attenzione è stata focalizzata sul ricorso al lavoro part-time e sulla stabilità nell'impiego, tanto guardando alla quota di lavoratori temporanei quanto alla *seniority* nell'occupazione, quindi al numero medio di anni trascorsi nella stessa posizione occupazionale per lo stesso datore di lavoro.

Dai primi due grafici in alto nella figura 3 si vede chiaramente che il part-time ha una diffusione molto limitata nel settore educativo in Italia, oscillando per tutto il periodo considerato poco al di sopra del 10%. Si tratta del dato più basso tra tutti i paesi analizzati e probabilmente si spiega, soprattutto, con la presenza di un orario di lavoro settimanale (25,8 ore settimanali nel 2018) molto più ridotto che negli altri paesi, nei quali l'orario medio settimanale va dalle 32,1 ore della Germania alle 32,9 ore della Spagna, fino alle 37,5 della Svezia, sempre nel 2018. A trainare questi valori è il contenuto orario medio d'aula degli insegnanti italiani (Oecd, 2020a; Argentin, 2018) che, pur non rispecchiando certo l'insieme delle attività svolte degli insegnanti, lascia ampio spazio discrezionale a questi e porta a elevata variabilità nell'effettivo ammontare complessivo delle ore di lavoro settimanali. È proprio tale flessibilità nella base oraria minima degli insegnanti (e a maggior ragione degli accademici) a rendere meno necessario il ricorso al part-time nelle professioni caratterizzanti il settore educativo.

Anche nella sanità e nell'assistenza il part-time è poco utilizzato dai lavoratori in professioni caratterizzanti ma è cresciuto considerevol-

mente nel corso degli anni, essendo passato dal 17,5% al 23,4% tra il 2011 e il 2018. Nel 2018 tale quota è ampiamente superiore a quella della Spagna (poco sotto il 16%) e anche della Francia (22,2%). In questi tre paesi il ricorso al part-time nel settore sociale e sanitario è ampiamente inferiore a quello di Germania, Danimarca e Svezia, nella quale peraltro il part-time interessa quasi la metà dei lavoratori (pur essendo in calo). Il Regno Unito si colloca in posizione intermedia tra i due gruppi.

Guardando ora alla diffusione dei contratti a termine e del lavoro precario, l'Italia si colloca in una posizione intermedia o medio-bassa, con tendenza alla crescita più forte nel settore educativo (dove la quota raggiunge il 17,5% nel 2018) e invece lieve nella sanità e nei servizi sociali; in questi due ultimi settori la percentuale di lavoratori temporanei è la più piccola (9,3% nel 2018), a parte il caso del Regno Unito dove le quote sono molto basse anche nell'educazione. Un primo elemento da considerare, per quanto attiene il confronto tra Italia e altri paesi, è l'elevata età media dei lavoratori italiani nelle professioni del welfare (cfr. par. 4). Essa contribuisce a ridurre, in termini comparati, l'incidenza del lavoro a termine nel caso italiano, dal momento che in esso si assiste a una estrema concentrazione del lavoro a tempo determinato proprio sulle generazioni più giovani, ossia quelle in ingresso nel mercato del lavoro (Esping-Andersen e Regini, 2000; Barbieri e Scherer, 2007).

Concentrandosi sulla crescita delle posizioni a termine nel tempo, essa può essere ricondotta alle limitazioni poste alle assunzioni a tempo indeterminato nella pubblica amministrazione, incluso il welfare pubblico, che ha comportato un aumento del ricorso ad incarichi temporanei per la copertura dei vuoti di organico. Questa sostituzione ha riguardato sia la scuola statale, sia i servizi educativi e sociali comunali, per quanto negli enti locali la presenza di vincoli rilevanti anche alle assunzioni a tempo determinato abbia finito in parte per contenere la crescita di queste forme di rapporto di lavoro (Neri, 2020).

La ripresa dei concorsi degli ultimi anni e le tornate di assunzioni annunciate durante la pandemia, almeno per la scuola statale, dovrebbero frenare l'incremento della quota dei lavoratori con rapporti di lavoro a tempo determinato. Questo dovrebbe valere anche per la sanità, dove la pandemia sembra avere accelerato processi di reclutamento di personale sanitario a tempo indeterminato in corso dal 2019-2020, anche per rimediare alla carenza determinatasi negli anni precedenti, divenuta evidente nell'emergenza pandemica (Vicarelli e Pavolini, 2015).

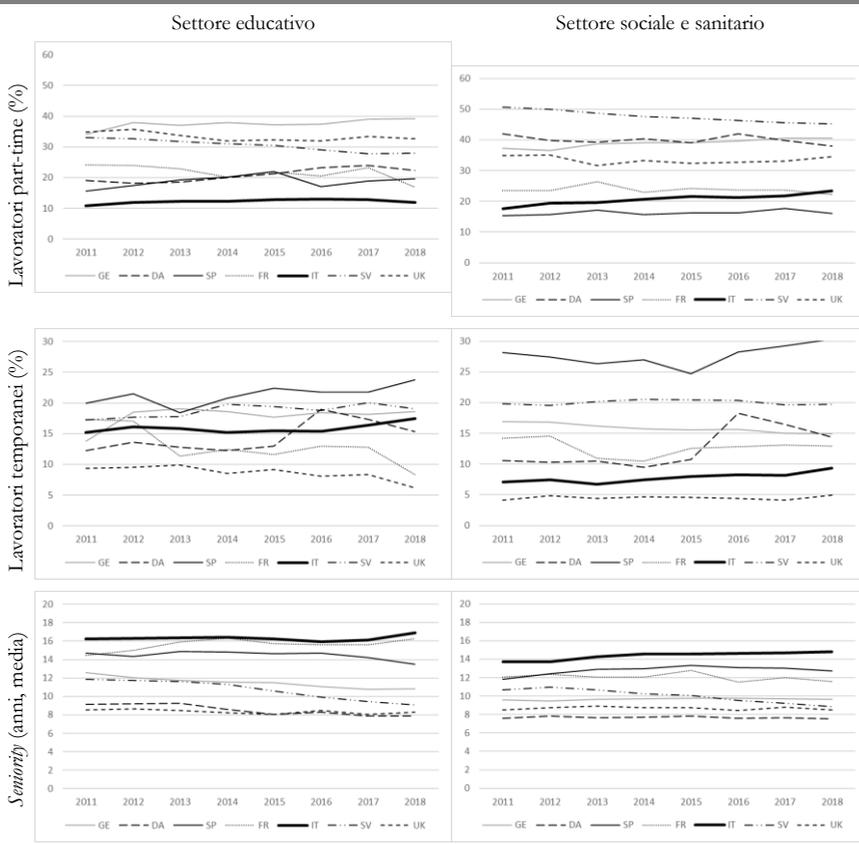
Oltre alle considerazioni precedenti, si può avanzare l'ipotesi che tra gli

RPS

Gianluca Argentini, Ivana Fellini e Stefano Neri

occupati che operano nella scuola, nella sanità e nei servizi sociali l'utilizzo di forme di lavoro flessibili sia più ampio di quanto risulti da questa analisi, per due ragioni forse connesse tra loro. La prima è che la flessibilità potrebbe interessare maggiormente gruppi occupazionali qui non considerati, appartenenti soprattutto a qualifiche più basse e lavori manuali. La seconda ragione è che i rapporti di lavoro temporanei e flessibili potrebbero essere maggiormente diffusi tra i lavoratori appartenenti a servizi esternalizzati dalle organizzazioni scolastiche, da quelle sanitarie e del settore socio-assistenziale. Tali lavoratori potrebbero non figurare nei gruppi occupazionali selezionati perché sarebbero dipendenti di datori di lavoro ricompresi in altri settori di attività economica.

Figura 4 - Caratteristiche del lavoro degli occupati nelle professioni caratterizzanti dei settori educativo e socio-sanitario per settore, anno e nazione



Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat – European Labour Force Survey.

Si pensi, ad esempio, a tutti i lavoratori impegnati nelle pulizie degli spazi dove lavorano i professionisti del welfare. Se l'ipotesi qui avanzata fosse vera, si potrebbe dire che in qualche modo le organizzazioni della scuola, della sanità e dell'assistenza sociale «esternalizzano la flessibilità», ottenendone i vantaggi e cercando di evitarne gli aspetti negativi. Guardando alla *seniority* degli occupati (i due grafici in basso nella figura 4), l'Italia si segnala come il paese con la quota più elevata in entrambi i settori qui considerati e anche con un andamento in crescita negli ultimi anni. L'età media più elevata, con il mancato ricambio determinato dalle restrizioni al reclutamento nel settore pubblico, si associa ad una maggiore esperienza degli occupati caratteristici del welfare educativo e socio-sanitario. Anche questo dato conferma quindi le considerazioni sviluppate in precedenza sull'incidenza del lavoro a termine. Per lo meno nell'insegnamento, una elevata *seniority* pare auspicabile, alla luce del fatto che con l'esperienza i docenti diventano più efficaci sul piano didattico (Kini e Podolsky, 2016; Abbiati e al., 2017), per quanto gran parte dell'evidenza disponibile in merito venga dal contesto anglosassone, piuttosto diverso da quello italiano.

Passando infine alla figura 5, si sviluppa un confronto tra le caratteristiche occupazionali degli occupati appartenenti alle professioni caratteristiche del welfare educativo e sociale e sanitario, gli altri occupati nei servizi e il totale degli altri occupati. Si rileva che l'Italia rappresenta un caso particolare nel panorama dei paesi oggetto di indagine per quanto riguarda la diffusione del part-time nei settori di nostro interesse. Per il settore educativo, essa infatti costituisce l'unico paese, assieme alla Danimarca, in cui la quota di lavoratori part-time è inferiore a quella degli altri gruppi di lavoratori considerati (altri servizi/tutti gli altri occupati). Per l'Italia questo esito riflette la scarsa diffusione del part-time nella scuola. Il caso danese, invece, va forse inquadrato in un contesto in cui il ricorso a questa forma del rapporto di lavoro è mediamente molto più elevato nell'insieme dei servizi, come anche nel totale dei settori produttivi.

Nella sanità e nell'assistenza, in Italia come in Spagna, tra i lavoratori delle occupazioni selezionate la quota di part-time è minore di quella rilevata tra i lavoratori degli altri servizi e di poco superiore rispetto alla quota presente nell'insieme degli occupati. Tra gli altri paesi europei, nella sanità la Francia assomiglia di più a Italia e Spagna, mentre la Svezia è il paese in cui la quota di part-time, per i lavoratori selezionati, è nettamente superiore a quella del totale degli altri servizi e degli altri occupati.

Venendo ai due grafici centrali della figura 5, entrambi i settori di nostra

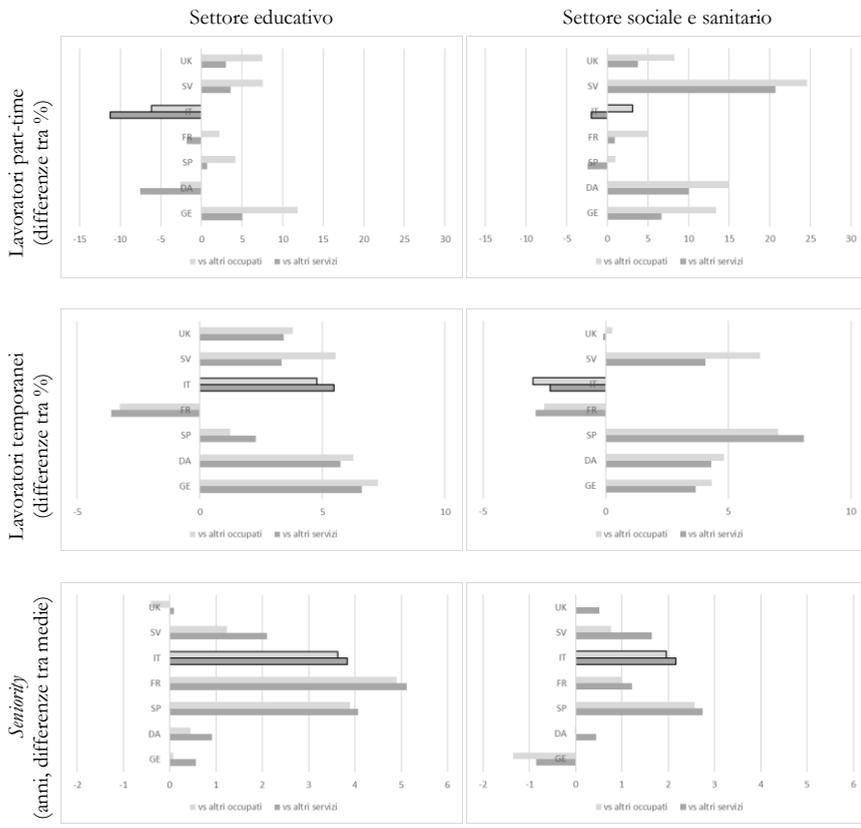
RPS

Gianluca Argentini, Ivana Fellini e Stefano Neri

attenzione mostrano un ricorso al lavoro temporaneo maggiore, in termini percentuali, sia rispetto agli altri servizi sia all'insieme degli altri occupati. Ciò accade in tutti i paesi con alcune eccezioni, ossia la Francia per (entrambi i settori) e l'Italia limitatamente a sanità e assistenza.

RPS

Figura 5 - Confronto nelle caratteristiche del lavoro tra gli occupati nelle professioni caratterizzanti dei settori educativo e socio-sanitario, gli altri occupati nei servizi e gli occupati totali (differenze – media degli anni 2014-2018)



Fonte: elaborazioni su microdati Eurostat – European Labour Force Survey.

In Italia abbiamo quindi due situazioni opposte nei due settori esaminati. Nella scuola, la quota di lavoratori temporanei è più elevata di quella presente negli altri servizi (e tra tutti gli altri occupati). Per la sanità invece, come dicevamo, la situazione si inverte, riflettendo un ricorso all'impiego temporaneo minore rispetto agli altri servizi e agli altri settori produttivi.

Infine, tutti i paesi mostrano una *seniority* maggiore nei lavoratori selezionati nei due settori oggetto di indagine rispetto ai lavoratori degli altri servizi e dell'insieme degli altri settori, con l'eccezione della Germania e, in parte, del Regno Unito. Italia, Francia e Spagna sono i paesi in cui il peso della *seniority* appare più rilevante, sia nella scuola sia nella sanità e nell'assistenza.

6. Considerazioni conclusive

Dalle analisi condotte nelle pagine precedenti emergono alcuni tratti caratteristici dell'occupazione italiana nei settori dell'istruzione, della sanità e dei servizi sociali, spesso trascurati dal dibattito pubblico sul welfare. Si tende a privilegiare in merito la discussione sulla spesa pubblica, sulla copertura dei diversi programmi di intervento rispetto alla popolazione o, al più, sulla sua efficienza. Si lasciano però così in ombra importanti elementi caratterizzanti l'occupazione nel welfare. Il primo è quello del grave sottodimensionamento di questi settori in Italia rispetto ai principali paesi europei occidentali. Questo elemento, messo a nudo con drammatica forza dall'emergenza pandemica, è stato per lungo tempo sottovalutato nonché aggravato dalla lunga fase di austerità seguita alla Grande Recessione del 2008-09. La situazione dell'Italia risulta ancor più impietosa rispetto agli altri paesi se si considerano i lavoratori appartenenti ai settori del welfare in rapporto alla popolazione alla quale tali settori devono fornire servizi, invece che al totale degli occupati, come più usuale.

Il sottodimensionamento è particolarmente grave nel settore della sanità e dei servizi sociali, seppure esso riguardi anche l'istruzione rispetto agli altri paesi. Questo fenomeno non è solo indice dell'inadeguatezza dei servizi collettivi rispetto alle necessità del paese – l'invecchiamento progressivo della popolazione, ad esempio, renderebbe necessario lo sviluppo dei servizi sociali e sanitari, sia in termini assoluti che rispetto a paesi più «giovani» – ma contribuisce anche a mantenere basso il tasso di occupazione totale e molto basso il tasso di occupazione femminile, essendo ovunque i settori del welfare fortemente femminilizzati.

Dal confronto internazionale emerge come la relativa femminilizzazione, la maggiore istruzione e la maggiore anzianità siano caratteristiche strutturali del mercato del lavoro nei settori del welfare, non solo in Italia (Garibaldi e Gomes, 2020; Checchi e al., 2020); inoltre il caso italiano si colloca spesso in posizione estrema rispetto agli altri paesi

RPS

Gianluca Argentini, Ivana Fellini e Stefano Neri

dell'Europa occidentale presi in considerazione, sia in relazione al profilo socio-demografico sia in relazione alle condizioni di lavoro. Questo vale soprattutto per i servizi per l'infanzia e la scuola: gli occupati nelle professioni più caratteristiche in questo ambito (in particolare gli insegnanti) presentano infatti, in Italia, l'età media più elevata, la più ampia prevalenza femminile, la minore diffusione di titoli di studio terziari, un minore ricorso al part-time e una maggiore anzianità. Per la sanità e i servizi sociali, i lavoratori italiani delle professioni selezionate sono mediamente più anziani, anche se le differenze con gli altri paesi sono meno marcate che nella scuola. Il profilo di istruzione degli occupati italiani in questi due settori, considerati congiuntamente, è però più elevato così come la loro *seniority*. Infine, gli occupati italiani nel welfare educativo, sociale e sanitario sono quelli in cui si ha un minore ricorso al part-time e al lavoro temporaneo, fatta eccezione rispettivamente per la Spagna e il Regno Unito.

Il carattere tendenzialmente «estremo» del caso italiano si presta ad interpretazioni non univoche, ma è certamente l'espressione di una serie di criticità: il minore ricorso al lavoro temporaneo in sanità potrebbe essere giudicato positivamente, se questo non riflettesse un mercato del lavoro che offre poche possibilità di inserimento ai neolaureati e abilitati alla professione e quindi non fosse un sintomo di un blocco nel sistema di reclutamento. Anche l'utilizzo limitato del part-time sia nell'istruzione sia nei settori sociale e sanitario, per fare un altro esempio, potrebbe avere una valenza positiva in quanto questa modalità lavorativa è fonte di difficoltà gestionali per le organizzazioni, quando utilizzata in modo esteso. D'altro canto, questo dato può essere espressione della presenza di orari di lavoro molto (e forse troppo) ridotti rispetto agli altri paesi, come nella scuola italiana, e si potrebbe anche dire che nella sanità una maggiore quota di lavoratrici part-time potrebbe consentire un aumento dell'occupazione femminile, in un settore meno femminilizzato in Italia che in altri paesi.

Un discorso a parte merita l'età media dei lavoratori che, soprattutto nella scuola, spicca per essere molto più elevata che negli altri paesi europei. Seppure possa avere aspetti positivi in termini di esperienza dei docenti italiani (come si rileva osservando la variabile *seniority*), questo fattore può costituire un elemento di potenziale difficoltà per l'introduzione di innovazioni didattiche e pedagogiche, oltre che nella recezione e capacità di utilizzo delle nuove tecnologie. Questa difficoltà è emersa con evidenza nel corso dell'emergenza posta alla scuola dal *lockdown* e

alla conseguente necessità di passare repentinamente alla di-dattica a distanza. Se da un lato, come già ricordato, la maggior esperienza nell'insegnamento sembra accompagnarsi a maggiore efficacia didattica (Kini e Podolsky, 2016), non si deve dimenticare che la forza lavoro insegnante italiana più anziana è in larga misura priva di una formazione iniziale specifica all'insegnamento (Argentin 2018) e che insegnanti più anziani (soprattutto se donne) mostrano minore dimestichezza nell'uso delle Ict (Gui, 2010). Dato il processo di crescente introduzione delle nuove tecnologie dell'informazione in sanità, il problema potrebbe essere rilevante anche in questo settore, come sembrano suggerire alcune evidenze internazionali (Lewy, 2015; Curran e al., 2019).

Complessivamente, le evidenze che emergono da queste come da altre analisi sul mercato del lavoro e delle occupazioni di questi settori suggerirebbero un'attenta riflessione sulle politiche di reclutamento, in settori in cui è urgente l'espansione degli occupati e dei servizi, come la sanità, l'assistenza sociale e i servizi per l'infanzia, o un ampio ricambio generazionale del personale, come nella scuola. Mettere a tema i servizi di welfare e i settori educativo, sanitario e sociale come cruciale spazio occupazionale porterebbe a maggiore attenzione anche per le logiche di reclutamento e gestione del personale, con potenziali importanti ricadute sull'efficacia di questi servizi. Ciò appare particolarmente vero in questa fase nella quale, sotto la spinta della pandemia, si sono riaperti spazi rilevanti per le assunzioni sia nella sanità e nel settore socio-assistenziale, sia nella scuola. Pare invece profilarsi il rischio che, in assenza di opportune e documentate riflessioni, prendano il sopravvento logiche di reclutamento improvvisate, dettate esclusivamente dalle condizioni di emergenza.

Riferimenti bibliografici

- Abbiati G., Argentin G. e Gerosa T., 2017, *Different Teachers for Different Students? Evidence on Teacher-Student Matching and its Consequences in the Italian Case*, «Politica Economica», n. 1, pp. 12-58, Doi: <https://doi.org/10.1429/86375> (ultima consultazione: 20/11/2020).
- Argentin G., 2013, *Come cambia la forza lavoro nel sistema scolastico. Le tendenze demografiche degli insegnanti italiani, 1990-2010*, «Sociologia del lavoro», n. 131, pp. 74-88, Doi: <https://doi.org/10.3280/SL2013-131005> (ultima consultazione: 20/11/2020).
- Argentin G., 2018, *Gli insegnanti nella scuola italiana. Ricerche e prospettive di intervento*, il Mulino, Bologna.

RPS

Gianluca Argentin, Ivana Fellini e Stefano Neri

- Ascoli U. e Pavolini E., 2012, *Ombre rosse. Il sistema di welfare italiano dopo venti anni di riforme*, «Stato e mercato», n. 3, pp. 429-464.
- Bach S. e Bordogna L., 2016, *Public Service Management and Employment Relations in Europe: Emerging from the Crisis*, Routledge, New York e Londra.
- Barbieri P. e Scherer S., 2007, *Vite svendute. Uno sguardo analitico sulla costruzione sociale delle prossime generazioni di esclusi*, «Polis», n. 3, pp. 341-362.
- Bordogna L., 2017, *Il lavoro pubblico in Europa dopo la crisi. Una analisi comparata*, in dell'Aringa C. e della Rocca G. (a cura di), *Lavoro pubblico fuori dal tunnel? Retribuzioni, produttività, organizzazione*, il Mulino, Bologna, pp. 39-62.
- Bosh G. e Wagner A., 2005, *Measuring Economic Tertiarisation: A Map of Various European Service Societies*, in Bosh G. e Lenhndorff S. (a cura di), *Working in the Service Sector. A Tale Form Different Worlds*, Routledge, Londra e New York, pp. 35-53.
- Checchi D., Fenizia A. e Lucifora C., 2020, *Working in the Public Sector. Evidence from Europe and the US*, Rapporto presentato a Public Sector Jobs, XXII European Conference, Fondazione de Benedetti, 17 ottobre.
- Cnel, 2018, *XX Rapporto sul mercato del lavoro e contrattazione collettiva 2017-2018*, Cnel, Roma.
- Cnel, 2019, *XXI Rapporto sul mercato del lavoro e contrattazione collettiva 2019*, Cnel, Roma.
- Curran V., Fleet L., Simmons K., Lannon H., Gustafson D.L., Wang C., Garmsiri M. e Wetsch L., 2019, *Adoption and Use of Mobile Learning in Continuing Professional Development by Health and Human Services Professionals*, «The Journal of Continuing Education in the Health Professions», vol. 39, n. 2, pp. 76-85, Doi: <https://doi.org/10.1097/ceh.0000000000000243> (ultima consultazione: 22/11/2020).
- Da Roit B. e Sabatinelli S., 2005, *Il modello mediterraneo di welfare tra famiglia e mercato*, «Stato e mercato, Rivista quadrimestrale», n. 2, pp. 267-290.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton.
- Esping-Andersen G., 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, il Mulino, Bologna.
- Esping-Andersen G. e Regini M., 2000, *Why Deregulate Labour Markets?*, Oxford University Press, Oxford.
- Evetts J., 2011, *A New Professionalism? Challenges and Opportunities*, «Current Sociology», vol. 59, n. 4, pp. 406-422.
- Fellini I., 2015, *Una «via bassa» alla decrescita dell'occupazione: il mercato del lavoro italiano tra crisi e debolezze strutturali*, «Stato e Mercato, Rivista quadrimestrale», n. 3, pp. 469-508.
- Fellini I. e Fullin G., 2018, *Employment Change, Institutions and Migrant Labour:*

- The Italian Case in Comparative Perspective*, «Stato e mercato, Rivista quadrimestrale», n. 2, pp. 293-330.
- Ferrera M., 1996, *The «Southern Model» of Welfare in Social Europe*, «Journal of European Social Policy», vol. 6, n. 1, pp. 17-37.
- Garibaldi P. e Gomes P., 2020, *The Economics of Public Employment: An Overview for Policy Makers*, Rapporto presentato a Public Sector Jobs, XXII European Conference, Fondazione de Benedetti, 17 ottobre.
- Gui M., 2010, *L'uso didattico delle Ict*, in Cavalli A. e Argentin G. (a cura di), *Gli insegnanti italiani: come cambia il modo di fare scuola*, il Mulino, Bologna, pp. 285-302.
- Guillén A.M. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *Welfare States under Strain in Southern Europe: Comparing Policy and Governance Changes in Portugal, Greece, Italy and Spain*, «European Journal of Social Security», Special issue, 17, 2.
- Hood C., 1991, *A Public Management for All Seasons?*, «Public Administration», vol. 1, n. 9, pp. 3-19.
- Kini T. e Podolsky A., 2016, *Does Teaching Experience Increase Teacher Effectiveness? A Review of the Research*, Learning Policy Institute, Washington, DC.
- Kirkpatrick I., Ackroyd S. e Walker R., 2005, *The New Managerialism and Public Service Professionals: Change in Health, Social Services and Housing*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Lewy H., 2015, *Wearable Technologies – Future Challenges for Implementation in Healthcare Services*, «Healthcare Technology Letters», vol. 2, n. 1, pp. 2-5, Doi: <https://doi.org/10.1049/htl.2014.0104> (ultima consultazione: 22/11/2020).
- Neri S., 2020, *Servizi di welfare e comuni. Nuove politiche e trasformazioni organizzative*, Carocci, Roma.
- Neri S. e Mori A., 2017, *Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel Ssn. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?*, «Autonomie locali e servizi sociali», n. 2, pp. 201-220.
- Neri S., Spina E. e Vicarelli G., 2020, *Le configurazioni mutevoli delle professioni sanitarie*, in Cardano M., Giarelli G. e Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna, pp. 269-294.
- Noordegraaf M., 2015, *Hybrid Professionalism and Beyond: (New) Forms of Public Professionalism in Changing Organizational and Societal Contexts*, «Journal of Professions and Organization», vol. 2, n. 2, pp. 187-206.
- Oecd, 2020a, *Education at a Glance 2020: Oecd Indicators*, Oecd Publishing, Parigi, Doi: <https://doi.org/10.1787/69096873-en> (ultima consultazione: 25/10/2020).
- Oecd, 2020b, *Oecd Health Statistics 2020*, Oecd online database, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (ultima consultazione: 10/11/2020).

- Oesch D., 2015, *Welfare Regimes and Change in the Employment Structure: Britain, Denmark and Germany since 1990*, «Journal of European Social Policy», vol. 25, n. 1, pp. 94-110.
- Osservatorio Nazionale sul Lavoro Domestico, *Rapporto 2019*, Roma.
- Pollitt C. e Bouckaert G., 2011, *Public Management Reform: A Comparative Analysis New Public Management, Governance and The Neo-Weberian State*, Oup, New York (3^a ed.).
- Reyneri E., 2020, *Troppo pochi lavoratori nel welfare italiano*, «lavoce.info», 21/08/2020, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.lavoce.info/archives/69562/troppo-pochi-lavoratori-nel-welfare-italiano/> (ultima consultazione: 26/10/2020).
- Rizzica L., 2020, *The Italian Public Sector Workforce: Recent Evolution in the Light of the Rules on Turnover*, Questioni di Economia e Finanza (Occasional Papers), n. 560, Banca d'Italia.
- Rubery J., 2011, *Reconstruction amid Deconstruction: Or Why We Need More of the Social in European Social Models*, «Work, Employment & Society», n. 25, pp. 658-674.
- Santiago P., 2004, *The Labour Market for Teachers*, in Johnes G. e Johnes J. (a cura di), *International Handbook on the Economics of Education*, Edward Elgar Publishing, UK.
- Schizzerotto A., 2000, *La condizione sociale e la carriera lavorativa degli insegnanti italiani*, in Cavalli A. (a cura di), *Gli insegnanti nella scuola che cambia. Seconda indagine Iard sulle condizioni di vita e di lavoro nella scuola italiana*, il Mulino, Bologna, pp. 25-62.
- Spina E. e Vicarelli G., 2015, *Are Young Female Doctors Breaking through the Glass Ceiling in Italy*, «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», vol. 5, n. 9, pp. 121-134.
- Toth F. e Lizzi R., 2019, *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, «Stato e mercato, Rivista quadrimestrale», n. 2, pp. 297-319.
- Vicarelli G. e Pavolini E., 2015, *Health Workforce Governance in Italy*, «Health Policy», vol. 119, n. 12, pp. 1606-1612.
- Wren A., 2013, *Introduction: The Political Economy of Post-Industrial Societies*, in Wren A. (a cura di), *The Political Economy of the Service Transition*, Oxford University Press, Oxford, pp. 1-70.

La valorizzazione delle risorse umane nel Sistema sanitario nazionale: un principio disatteso

Giovanna Vicarelli

RPS

Nel 2008, il Ministero della Salute pubblica un «Libro bianco» sui principi del Servizio sanitario nazionale individuando nella «Valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori» uno degli orientamenti fondanti delle politiche legislative e gestionali del comparto sanitario. A distanza di un decennio dalla pubblicazione del Libro bianco, ci si può chiedere se tale principio sia stato parzialmente disatteso e

quali conseguenze ne siano derivate in occasione della pandemia da Sars-Cov2. Per rispondere a tale interrogativo, nelle prime due parti del contributo ci si concentra sul tema del ridimensionamento del personale del comparto sanitario dal 2009 al 2019, ricercandone le principali cause. Nella terza parte si considerano le misure adottate in merito al personale sanitario a seguito della infezione da Covid-19.

1. Premessa

Nel 2008, il Ministero della Salute pubblica un «Libro bianco» sui principi del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Tale opera viene presentata come una riflessione sulle linee portanti della legislazione sanitaria, nelle quali rintracciare il tessuto connettivo e l'anima di un Servizio nazionale che, seppur non esente da difetti gestionali e da difficoltà dell'operare quotidiano, poggia su alti e saldi principi fondamentali (Luiss, 2008). Tra questi, la «Valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori» viene individuata come un «principio che necessariamente deve orientare le politiche legislative e gestionali che, operando su diversi livelli, sono destinate a incidere sul reclutamento, sulla formazione, sull'inquadramento giuridico-contrattuale, sull'aggiornamento, sulla promozione, sulla produttività e sulla crescita professionale del personale del comparto sanitario» (Luiss, 2008, p. 88). Infatti, se il vero patrimonio delle imprese sono le persone, ciò appare particolarmente evidente nel caso delle aziende sanitarie, nelle quali il fattore della professionalità – inteso non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interazione con l'utenza e lavoro in équipe – risulta determinante ai fini della qualità ed efficacia del servizio erogato.

A distanza di un decennio dalla pubblicazione del Libro bianco, ci si può chiedere se tale principio sia stato parzialmente disatteso e quali conseguenze ne siano derivate in occasione della pandemia da Sars-Cov2. Per rispondere a tale interrogativo, nelle pagine seguenti ci si concentrerà, dapprima, sul tema del ridimensionamento del personale del comparto sanitario (par. 2), ricercandone le principali cause (par. 3), per poi considerare le misure adottate a seguito dell'infezione da Covid-19 (par. 4).

2. La diminuzione e la dequalificazione del lavoro nel comparto sanità (2009-2019)

La recente pubblicazione, da parte della Ragioneria generale dello Stato, dei principali dati del Conto annuale per il periodo 2009-2018 (Mef/Rgs, 2019), permette di avanzare alcune considerazioni sulle dinamiche occupazionali del comparto sanità all'interno della Pubblica amministrazione (Pa).

Il primo dato da sottolineare è che, nel decennio considerato, il comparto perde 45.093 *addetti a tempo indeterminato* (da 693.600 a 648.507), con una diminuzione progressiva che si inverte solo nel 2018 (+1.446 unità). In termini percentuali la contrazione nel numero degli occupati stabili (-6,5%) è superiore a quella complessiva nella Pa (-4,5%).

Alla diminuzione di tale personale fa da riscontro l'incremento del lavoro flessibile (contratti a tempo determinato, contratti interinali e contratti di lavoro socialmente utili). Nel 2018, nel comparto sanità si concentra, infatti, il 45% dell'utilizzo di unità annue a *tempo determinato* di tutta la Pa (35.481 su 79.620) (tab. 1). Tale cifra è il risultato di un primo andamento decrescente (da 33.356 unità del 2009 a 27.337 del 2013), cui fa seguito un notevole incremento nei quattro anni successivi (37.028 unità nel 2017), mentre la riduzione registratasi nel 2018 è da mettere in relazione alla crescita degli assunti a tempo indeterminato. La sanità è anche uno dei pochi comparti che fa ricorso sia al lavoro *interinale* che ai *lavori socialmente utili*. Riguardo alla prima tipologia, dopo una consistente riduzione dal 2009 al 2013 (da 6.221 a 4.270 unità), si nota un rimbalzo rapido che, negli anni seguenti, raggiunge i valori più alti del decennio (6.830 nel 2018) (tab. 1), con un peso del 59,8% sull'utilizzo di tale tipologia in tutta la Pa. Allo stesso modo, rispetto alla seconda modalità di lavoro, dopo una diminuzione dal 2009 al 2012 (da 690 a 576 unità annue) si evidenzia un incremento repentino fino alle 1.093 unità del 2018 (tab. 1), pari all'11,8% dell'utilizzo nell'intera Pa. Complessivamente, nel 2018, il totale del lavoro flessibile nel com-

parto sanità (43.404 unità) è pari al 6,7% del lavoro garantito (tab. 1) e corrisponde, in termini assoluti, quasi totalmente alle posizioni perse nel decennio considerato¹.

Tabella 1 - Forme di lavoro flessibile nel 2018 nella Pa

Comparto	Altro personale	Tempo determinato e formazione lavoro	Contratti di somministr. (interinali)	Lsu/Lpu	Totale lavoro flessibile	Tempo indetermin.	Totale lavoro flessibile / Tempo indetermin.
Funzioni centrali	-	1.497	65	-	1.562	234.142	0,7%
Funzioni locali	-	37.442	3.880	8.124	49.446	512.114	9,7%
Istruzione e ricerca	196.742	18.326	129	13	215.210	1.009.753	21,3%
Sanità	-	35.481	6.830	1.093	43.404	648.507	6,7%
Comparto autonomo o fuori comparto	-	4.428	508	11	4.947	49.214	10,1%
Personale in regime di diritto pubblico	37.435	169	-	-	37.604	536.915	7,0%
<i>Totale</i>	<i>234.177</i>	<i>97.343</i>	<i>11.412</i>	<i>9.241</i>	<i>352.173</i>	<i>2.990.645</i>	<i>11,8%</i>

Legenda: Lsu = Lavori socialmente utili; Lpu = Lavori di pubblica utilità.

Fonte: Mef/Rgs, 2019, p. 36.

Una valutazione a parte va fatta per i *contratti co.co.co.* e per gli *incarichi libero professionali, di studio, ricerca e consulenza*, poiché la normativa ne limita nel tempo la possibilità di utilizzo. Nel Ssn si passa da 8.014 contratti co.co.co del 2009 a 5.003 del 2018, con un decremento (-38%) che è comunque inferiore a quello dell'intera Pa (-55,9%). Allo stesso modo si riducono gli incarichi libero professionali o di altra natura passati da 16.545 del 2009 a 11.324 del 2018 (-31,5%). La spesa per i contratti coordinati e continuativi ammonta, comunque, a 112 milioni di euro (25% del totale della spesa della Pa per tali contratti) e a 199 milioni per i vari tipi di incarico (45% del totale della spesa della Pa per tali incarichi) nel 2018 (Mef/Rgs, 2019).

¹ Occorre, tuttavia, ricordare che dal 2007 si succedono in Italia numerose leggi di stabilizzazione, sia di carattere generale sia relative a settori specifici; inoltre, a partire dal 2013, in ogni concorso pubblico si istituisce una riserva di posti per il personale con contratto di lavoro a termine. Il processo di stabilizzazione è molto intenso negli anni 2007-2011 e, dopo un periodo di relativa stasi, riprende vigore dal 2016 al 2018, con un flusso abbastanza regolare. In sanità nel decennio si contano 27.095 stabilizzazioni pari al 33,2% del totale nella Pa (81.632).

Nel complesso, dunque, appare evidente come, nel decennio considerato, diminuiscano in modo notevole le risorse umane impiegate a tempo indeterminato nel Ssn e come si passi, in modo incrementale, all'utilizzo di contratti di lavoro flessibili (soprattutto a tempo determinato), a fronte di un utilizzo non marginale anche di forme di collaborazione esterne.

Tabella 2 - Personale del Ssn (Asl, Ao e Ao integrate con università) per ruolo nel 2010 e 2017

Italia	Ruolo				Totale	di cui	
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo		Medici e odontoiatri	Personale infermieristico
2010	453.305	1.570	116.607	74.206	646.236	107.448	263.803
2017	431.492	1.278	106.093	64.048	603.375	101.100	253.430
Differenza assoluta 2017-2010	-21.813	-292	-10.514	-10.158	-42.861	-6.348	-10.373
Differenza percentuale 2017/2010	-4,8%	-18,6%	-9,0%	-13,7%	-6,6%	-5,9%	-3,9%

Fonte: elaborazione dell'autrice su dati Ministero della salute, Annuari statistici del Ssn 2010 e 2017.

Entrando nel merito dei ruoli occupazionali si nota, in primo luogo, che, dal 2010 al 2017, diminuiscono gli occupati in tutti i ruoli del comparto sanità² con particolare accentuazione di quelli professionali, tecnici e amministrativi (tab. 2). In valori assoluti, tuttavia, la diminuzione

² La classificazione del personale è quella definita nel d.p.r. del 20 dicembre 1979, n. 761 e nel d.p.r. 28 novembre 1990, n. 384. A livello di aggregazione la normativa identifica quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico, amministrativo. Del ruolo sanitario fanno parte il personale medico (incluso l'odontoiatra e il veterinario), il personale infermieristico, il personale tecnico-sanitario, il personale della riabilitazione, il personale di vigilanza e ispezione (tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro), e altro personale laureato dell'ambito sanitario (farmacista, veterinario, biologo, chimico, fisico, psicologo). Al ruolo tecnico fanno capo: l'addetto alle pulizie, l'ausiliario specializzato, l'operatore tecnico, l'assistente tecnico, l'assistente sociale, l'analista, lo statistico e il sociologo. Del ruolo professionale fanno parte: l'assistente religioso, l'avvocato, l'architetto, l'ingegnere, il geologo. Infine, al ruolo amministrativo afferiscono: il fattorino, il commesso, l'assistente di segreteria, l'assistente amministrativo, il traduttore, il collaboratore amministrativo, gli ispettori amministrativi, contabili, tecnici e traduttori, e, infine, la dirigenza amministrativa (vicedirettori e direttori amministrativi).

del personale sanitario (-21.813 addetti) è superiore a quella degli altri tre ruoli conteggiati assieme (-20.964). Nello specifico, vengono meno 6.348 medici e odontoiatri e 10.373 infermieri (tab. 2).

Tale andamento si riflette, in primo luogo, sul rapporto medici/popolazione che, a livello nazionale, passa da 1,82 per mille abitanti nel 2010 a 1,67 nel 2017, con regioni che restano sostanzialmente stabili (ad esempio il Veneto, Il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana) e regioni che perdono personale del Ssn più di altre (ad esempio il Molise e la Campania) (tab. 3). Per quanto riguarda gli infermieri l'andamento è abbastanza simile con un'incidenza che passa da 4,46 su mille abitanti nel 2010 a 4,18 nel 2017, ma con una variazione regionale maggiore (tab. 3). Nell'un caso e nell'altro solo la Sardegna mostra un andamento in controtendenza con un incremento del personale sia medico che infermieristico. Tali dati non trovano un riscontro diretto a livello internazionale dove il numero dei medici e degli infermieri per abitanti viene calcolato sul totale degli esercenti tale attività e non, come nel nostro caso, solo sui dipendenti del settore pubblico. Ricordiamo, tuttavia, che nel 2017 in Italia l'incidenza dei medici esercenti sulla popolazione è maggiore di quella registrata nei paesi Oecd a 36 (4,0 contro 3,5), mentre per quanto riguarda gli infermieri risulta notevolmente minore (5,8 contro 8,8) (Oecd, 2019). Da questo punto di vista, se la diminuzione dei medici del Ssn potrebbe essere letta come una modalità di allineamento della situazione italiana a quella di altri paesi Oecd, l'ulteriore diminuzione degli infermieri dovrebbe essere considerata come un fattore fortemente negativo vista la necessità di tali figure in una logica assistenziale sempre più di tipo territoriale e domiciliare. D'altro canto, il rapporto numerico infermieri/medici del settore pubblico resta, in Italia, praticamente invariato nel tempo (dal 2,46 del 2010 a 2,51 del 2017) pur scendendo sotto il 2 in Calabria, Sicilia e Sardegna e salendo sopra il 3 in Veneto, Emilia-Romagna e Provincia autonoma di Bolzano (tab. 3). Anche in tal caso, la comparazione internazionale non è immediata poiché l'Oecd considera tutti gli occupati e non solo i dipendenti del sistema sanitario pubblico. Tuttavia, visto che l'Italia avrebbe, nel complesso degli addetti al settore, un rapporto molto basso di infermieri per medico (1,5 contro 2,7 nei paesi Oecd a 36), il dato di 2,5 del Ssn dimostra che, nonostante tutto, il sistema pubblico riesce a garantire un miglior rapporto numerico tra infermieri e medici, più vicino al rapporto medio dei paesi Oecd a 36 (Oecd, 2019).

Non meraviglia che uno degli effetti della politica riduttiva del personale sia l'aumento dell'età media dei dipendenti che nel comparto sanità

RPS

Giovanna Vicarelli

passa da 43,5 anni nel 2001 a 50,7 nel 2018 in linea con l'andamento di tutta la Pa (da 34,4 a 44,1) (Mef/Rgs, 2019) in cui, comunque, l'età media è notevolmente inferiore.

Tabella 3 - Personale medico e infermieristico per regioni nel 2010 e 2017

Regione	2010			2017		
	Rapporto tra personale infermieristico e medici e odontoiatri	Medici e odontoiatri per 1000 abitanti	Infermieri per 1000 abitanti	Rapporto tra personale infermieristico e medici e odontoiatri	Medici e odontoiatri per 1000 abitanti	Infermieri per 1000 abitanti
Piemonte	2,49	2,03	5,07	2,55	1,92	4,90
Valle d'Aosta	2,22	2,36	5,23	2,33	2,45	5,71
Lombardia	2,76	1,34	3,69	2,67	1,29	3,46
Pr. aut. Bolzano	3,40	1,77	6,01	3,39	1,80	6,11
Pr. aut. Trento	3,02	1,80	5,44	2,82	1,98	5,58
Veneto	3,16	1,62	5,13	3,04	1,63	4,95
Friuli-Venezia G.	3,11	1,97	6,14	2,99	1,96	5,86
Liguria	2,70	2,14	5,78	2,66	1,51	4,01
Emilia-Romagna	2,94	1,96	5,76	3,03	1,82	5,52
Toscana	2,67	2,22	5,93	2,61	2,18	5,68
Umbria	2,47	2,17	5,37	2,36	2,23	5,26
Marche	2,75	1,89	5,20	2,77	1,85	5,11
Lazio	2,25	1,63	3,66	2,57	1,22	3,13
Abruzzo	2,39	2,00	4,78	2,20	2,03	4,47
Molise	2,33	2,12	4,93	2,96	1,38	4,08
Campania	1,94	1,87	3,64	2,05	1,52	3,11
Puglia	2,26	1,71	3,86	2,27	1,59	3,60
Basilicata	2,52	2,00	5,03	2,58	1,92	4,95
Calabria	1,86	2,29	4,26	1,96	1,91	3,74
Sicilia	1,72	1,87	3,22	1,96	1,76	3,44
Sardegna	2,02	2,24	4,52	1,97	2,55	5,02
Italia	2,46	1,82	4,46	2,51	1,67	4,18

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute, Annuari statistici del Ssn 2010 e 2017.

A ciò va accostata la crescente femminilizzazione del personale medico che dal 38,3% del 2011 arriva al 42,9% del 2016 (ultimo dato a oggi disponibile). In tal caso, la percentuale di donne medico del Ssn è in linea con quella di tutte le occupate nel settore (42% nel 2017) e comunque inferiore a quella registrata nei paesi Oecd a 36 (48%). Il dato del Ssn può essere, dunque, letto come una trasformazione del settore pubblico coerente con l'andamento complessivo evidenziato nei paesi

occidentali sviluppati (Oecd, 2019). Resta confermata, invece, la tendenziale stabilità di genere del personale infermieristico (da 77,3 nel 2011 a 77,5 nel 2016).

Tabella 4 - Variazioni nel numero dei medici in attività nel 2010 e 2017 per tipologia di lavoro

<i>Tipologia di personale medico</i>	<i>Anno 2010</i>	<i>Anno 2017</i>	<i>Delta %</i>
Istituti di cura pubblici a tempo indeterminato	110.732*	101.100**	-9,5%
Istituti di cura pubblici a tempo determinato	7.192^	7.700^^	6,6%
Universitari (tempo determinato e indeterminato)	6.467*	8.500^	23,9%
Case di cura convenzionate e non/strutt. equiparate al pubblico	33.789*	39.000**	15,1%
Medici di medicina generale	45.536*	43.731**	-4,1%
Pediatri di libera scelta	7.631*	7.590**	-0,5%
Specialisti ambulatoriali	17.007***	18.083^^	5,9%
Comunità assistenziale (guardia medica)	11.564*	11.688**	1,1%
Centri riabilitativi	4.432*	5.140**	13,8%
<i>Totale</i>	<i>244.350</i>	<i>242.532</i>	

*: dati Ministero della Salute annuario statistico 2010; **: dati Ministero della Salute annuario statistico 2017; ^: Statistica e studi Miur; ^^: dati Sumai Assoprof; ***: dati Centro studi Fondazione Enpam.

Una recente ricerca condotta dall'Anao (Di Silverio e al., 2020) permette di ampliare l'analisi della dinamica occupazionale dei medici. Tale indagine rivela che, nel periodo 2010 -2017, la diminuzione riguarda in larga misura i medici a tempo indeterminato operanti negli Istituti di cura pubblici (-9,5%) sostituiti, almeno in parte, con personale a tempo determinato (+6,6%) (tab. 4). Una diminuzione che non tocca né il personale universitario (+23,9%), né quello delle case di cura convenzionate o delle strutture equiparate al pubblico il cui personale è, invece, in netto aumento (+15%). Quest'ultimo dato esprime un assorbimento, da parte della sanità privata, del personale appena laureato o in fuga dal sistema ospedaliero pubblico attraverso forme di prepensionamento. In aumento risultano anche i medici della specialistica convenzionale e in certa misura i medici di continuità assistenziale, mentre diminuiscono i pediatri (-0,5%) e soprattutto i medici di medicina generale (Mmg) (4,1%) (tab. 4). Si consideri che in Italia nel 2017 si ha un'incidenza dei Mmg sul totale del personale medico molto bassa (18%), soprattutto se comparata con quella di altri paesi europei come il Portogallo (46%), la Francia (29%) e la Gran Bretagna (27%), o con il totale dei paesi Oecd a 34 (23%) (Oecd/Eu, 2018). È evidente, dunque, come

il depauperamento delle risorse umane del Ssn riguardi tanto il sistema ospedaliero quanto quello territoriale e tocchi, quindi, tutte le macroaree della tutela sanitaria garantita dal settore pubblico.

Se si guarda ora ai livelli retributivi del personale del comparto sanitario nello stesso arco di tempo, non si può non evidenziare una loro stabilità (o lieve diminuzione) che di fatto si risolve in una netta perdita di potere d'acquisto. Se si considera infatti, l'andamento della spesa per il personale del Ssn in tutte le sue forme contrattuali – tempo indeterminato e le varie tipologie di contratti di lavoro flessibile e di incarichi³ – si nota che, nel decennio 2009-2018, l'incidenza della spesa è stabile (pari al 24% circa della spesa della Pa per il personale). In valori assoluti, il costo del lavoro in sanità passa da 41,2 miliardi del 2009 a 39,5 del 2018 con una diminuzione (-4,1%) assai più ampia di quella registrata nell'intera Pa (-1,9%). Tale andamento è dovuto a un complesso di misure (tra cui il blocco contrattuale) che hanno avvio nel 2010 e che si protraggono fino al 2018 quando sono sottoscritti, di nuovo, i contratti di lavoro di tutti i comparti (compresa la sanità) e al dicembre 2019 quando sono firmati anche i contratti dell'area dirigenziale sanitaria⁴. I

³ Il conto economico considera in questa voce anche le spese non aventi carattere direttamente retributivo, ma comunque correlate al costo del lavoro pubblico (buoni pasto, missione ecc.).

⁴ Ci si riferisce in primo luogo alle misure contenitive introdotte dal d.l. n.78/2010 convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. Tali misure hanno agito su più fronti imponendo, per gli anni 2011, 2012 e 2013, limiti alla crescita delle retribuzioni individuali e dei fondi destinati alla contrattazione integrativa che, successivamente, sono stati applicati anche agli anni a venire divenendo di fatto permanenti. Inoltre, in applicazione dell'articolo 9, comma 17 del d.l. n. 78/2010, i rinnovi contrattuali del pubblico impiego sono stati bloccati per il triennio 2010-2012, blocco ulteriormente prorogato, ai soli effetti economici, per gli anni 2013 e 2014 (comma 453 della legge n. 147/2013) e per il 2015 (comma 254 della legge n. 190/2014). Ciò significa che negli anni di blocco dei rinnovi contrattuali si è proceduto alla corresponsione della sola indennità di vacanza contrattuale (Ivc) nelle misure mensili previste a decorrere dal 1° luglio 2010. In aggiunta, non sono stati effettuati negli anni dal 2011 al 2014 i passaggi di livello (fatti salvi gli effetti di trascinamento di passaggi riferibili all'utilizzo di risorse finanziarie degli anni precedenti al 2011), il che ha contribuito a limitare ulteriormente il costo del lavoro pubblico. Anche le norme sulla limitazione del turnover hanno inciso sulla riduzione della spesa pubblica per il personale laddove hanno previsto un meccanismo di vincolo della spesa correlandola a quella del personale cessante. La Corte costituzionale (sentenza n. 178/2015) ha dichiarato l'illegittimità dell'ulteriore protrarsi di tale blocco e, a seguito dell'accordo tra il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e le Oo.Ss. del 30 novembre

calcoli effettuati dal Ministero dell'Economia e Finanza (Mef) sulle retribuzioni medie del pubblico impiego (riferite al solo personale a tempo indeterminato) permettono di cogliere l'effetto delle suddette normative in termini di retribuzioni medie annue lorde. Ebbene, in sanità tale importo resta pressoché stabile dal 2009 al 2017 (da 38.310 euro a 38.726) e risulta leggermente in crescita nel 2018 (39.341) con una variazione in positivo del 2,7% che è però inferiore a quella dell'intera Pa (4,3%) (Mef/Rgs, 2019). Si consideri, tuttavia, che per il periodo 2009-2018 il tasso di inflazione è significativamente più elevato (12,5%) il che rende il potere di acquisto di tali retribuzioni nettamente più basso di quanto possa indicare la stabilità delle retribuzioni lorde. Per quanto riguarda la dirigenza medica, i sindacati di categoria denunciano, da tempo, un differenziale di remunerazione con gli altri paesi dell'Europa occidentale valutabile intorno a 30/40 mila euro annui in meno (Palermo, 2020). Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute, peraltro, nel periodo 2012-2016 risulterebbero in diminuzione anche i medici che esercitano l'attività libero professionale intramuraria (Alpi) (dal 48% al 43,3%), pur riguardando circa la metà dei medici dipendenti o a tempo determinato (Ministero della Salute, 2016).

Si può, dunque, concludere che, nel decennio 2008-2018, si registra un'effettiva svalorizzazione del personale del comparto sanitario, con particolare riguardo al personale medico e infermieristico. Non solo si ha una diminuzione in termini assoluti degli occupati a tempo indeterminato, con sostituzioni parziali da parte di personale più o meno flessibile e precario, ma le stesse retribuzioni medie lorde restano praticamente invariate a fronte di condizioni di lavoro nettamente peggiorate, come minimo per la minore disponibilità e qualità delle risorse umane presenti.

3. Perché tanta disattenzione per le risorse umane?

Il processo fin qui evidenziato, può essere compreso, guardando, in primo luogo, alla grave crisi economica del secondo decennio del duemila, il quale viene considerato, da alcuni, come uno dei peggiori nella

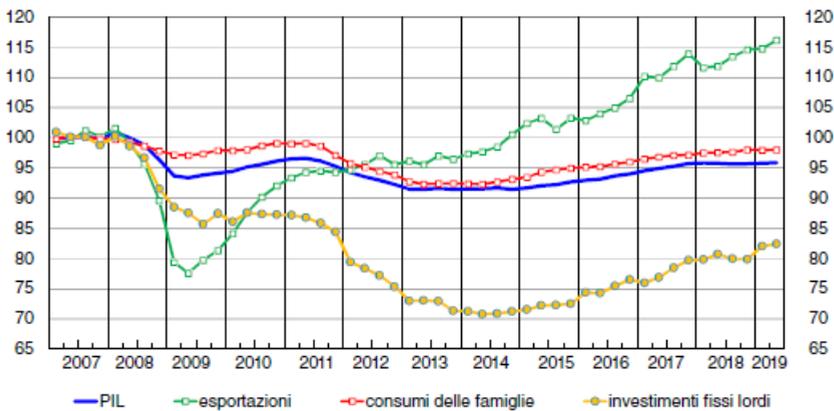
2016, sono state stanziare le risorse occorrenti per la riattivazione del processo negoziale per il periodo 2016/2018. A partire dal 2018, quindi, sono stati sottoscritti i Ccnl di tutti i comparti di contrattazione (compresa la sanità) e nel dicembre 2019 i contratti dell'area dirigenziale sanità.

RPS

Giovanna Vicarelli

storia d'Italia (Cottarelli, 2019). Dal punto di vista della crescita, in questi anni il Pil aumenta mediamente dello 0,2% l'anno, meno di quanto avvenuto nei dieci anni precedenti (0,5%). Si tratta di un andamento difforme da quello di altri paesi europei che presentano, invece, dati di crescita più ampi seppure contenuti (+1,3% del Pil in Francia; 2% in Germania; 1% in Spagna). D'altro canto, nel primo decennio del 2000 il sistema economico italiano è già gravato da problemi strutturali che ne frenano lo sviluppo e che impediscono un'adeguata reazione agli shock economici provenienti sia dalle ripercussioni della crisi finanziaria internazionale del 2007 che della crisi dei debiti sovrani del 2011.

*Grafico 1 - Pil e principali componenti della domanda (dati trimestrali; indici: 2007=100)**



* Valori concatenati; dati destagionalizzati e corretti per i giorni lavorativi.

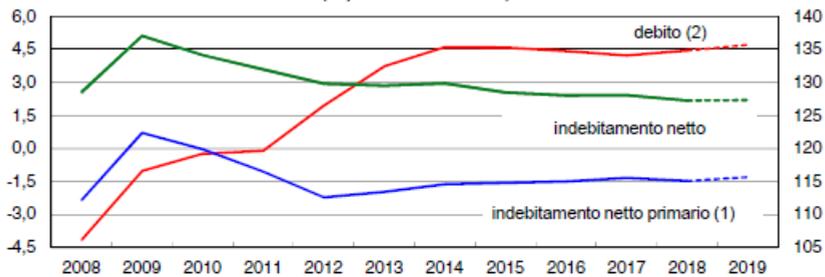
Fonte: elaborazione su dati Istat.

Tali problemi non si risolvono nei dieci anni seguenti, anzi si aggravano, in corrispondenza di un crescente impoverimento delle classi medie con conseguente limitazione dei consumi delle famiglie (grafico 1), di una stagnazione della produzione industriale e decremento degli investimenti fissi lordi (grafico 1) cui si collega il crescere in modo quasi esponenziale del debito pubblico (grafico 2) (Banca d'Italia, 2019).

Se il contesto macroeconomico spiega largamente le scelte restrittive in ambito sanitario effettuate dai governi italiani nel periodo considerato, un ulteriore fattore di comprensione può essere individuato a livello meso organizzativo, nel carattere delle relazioni che si instaurano tra i governi in carica e le associazioni di categoria dei medici e degli infermieri.

Tali relazioni sono marcate dalla debolezza di queste ultime, incapaci di trovare efficaci opportunità di veto nelle diverse arene politiche coinvolte (arena governativa, legislativa, elettorale) (Immergut, 1990).

Grafico 2 - Indebitamento netto, indebitamento netto primario e debito delle amministrazioni pubbliche (in percentuale del Pil)



(1) Saldo complessivo al netto degli interessi. (2) Calcolato secondo i criteri metodologici definiti nel regolamento Ce 2009/479; scala di destra.

Fonte: Istat, per le voci del conto economico delle amministrazioni pubbliche del 2008-2018; Ministero dell'Economia e delle Finanze, Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza (settembre 2019) per le stime del 2019.

L'arena in cui vengono definite le politiche restrittive riguardanti il personale del Ssn è quella governativa poiché i tagli alla spesa pubblica sono introdotti all'interno delle leggi finanziarie da parte di governi di breve durata che, nella maggior parte dei casi, evitano la discussione parlamentare ponendo, su tali provvedimenti, la richiesta della fiducia. Ciò comporta un dibattito molto limitato nell'arena legislativa e una necessità di approvazione immediata dettata anche dai gravi problemi di deficit pubblico e dai limitati spazi di manovra derivanti dalle indicazioni dell'Unione europea. Nello stesso tempo, all'interno dell'arena elettorale viene fatto calare dai mass media un clima di incertezza economica tale da scoraggiare qualsiasi intervento che non risulti coerente con le decisioni di limitare la spesa sanitaria. Se è, dunque, all'interno dell'arena governativa che si sarebbe dovuta esprimere la maggiore capacità di veto delle associazioni di categoria, i rappresentanti dei medici e degli infermieri avrebbero dovuto trovare in essa interlocutori in grado di capire le istanze professionali e schierarsi dalla loro parte. In realtà, dei sei ministri della salute che si succedono dal 2008 al 2020⁵ in

⁵ Maurizio Sacconi e Ferruccio Fazio, entrambi del Popolo della Libertà, nel Governo Berlusconi IV (dall'8 maggio 2008 al 16 novembre 2011). Renato Balduzzi,

sette diversi governi, soltanto due sono medici⁶, mentre dei 13 sottosegretari, nominati in questo stesso periodo di tempo, i medici sono 37, cui va aggiunto il viceministro alla salute nell'attuale Governo Conte II⁸. Nessun infermiere o tecnico sanitario è presente nelle compagini governative del periodo in esame. Questo continuo mutamento nei posti chiave della sanità nazionale e una limitata presenza di professionisti ai vertici del Ministero impediscono alle associazioni sindacali di avviare un processo di negoziazione, nell'arena esecutiva, basato su tempi congrui e su rapporti consolidati di conoscenza e di fiducia. Ciò incide sulle possibilità di esprimere un forte potere di veto sulle politiche riduttive della spesa e del personale. Va notato che da parte medica e delle professioni sanitarie si assiste, al contrario di quello che avviene a livello governativo, a una stabilità dei vertici sindacali⁹ che, tuttavia, non è sufficiente a garantire il necessario potere di intervento sulle politiche effettuate in questi anni.

D'altro canto, le associazioni sindacali si trovano prive del tutto di una seconda arena di decisione politica relativa alla contrattazione del pubblico impiego. Infatti, nell'ambito del più complessivo sforzo per la riduzione della spesa pubblica, il Governo Berlusconi IV dispone nel 2010 (articolo 9, commi 17-21, del d.l. 78/2010) il blocco, per il triennio 2011-2013, della contrattazione nel pubblico impiego e quindi anche

indipendente, nel Governo Monti (dal 16 novembre 2011 al 27 aprile 2013). Beatrice Lorenzin, Popolo della Libertà, Nuovo centrodestra. Alternativa popolare, nei Governi Letta (dal 28 aprile 2013 al 21 febbraio 2014), Renzi (dal 22 febbraio 2014 al 12 dicembre 2016) e Gentiloni (dal 12 dicembre 2016 al 1° giugno 2018). Giulia Grillo, Movimento 5 Stelle, nel Governo Conte (dal 1° giugno 2018 al 4 settembre 2019). Roberto Speranza, Articolo 1, nel Governo Conte II (dal 5 settembre 2019, in corso).

⁶ Si tratta del ministro Fazio nel Governo Berlusconi IV e ministro Grillo nel Governo Conte I. Peraltro, dall'8 maggio 2008 al 13 dicembre 2009 il Ministero della Salute è accorpato al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali con un responsabile (il ministro Sacconi) che non è un tecnico del settore sanitario, ma che ha come viceministro con delega alla sanità per alcuni mesi (dal 21 maggio al 15 dicembre 2009) il dottor Ferruccio Fazio, che diventerà in seguito ministro della salute.

⁷ Ferruccio Fazio nel Governo Berlusconi IV; Adelfio Elio Cardinale nel Governo Monti; Armando Bertolazzi nel Governo Conte I.

⁸ Si tratta del dott. Pierpaolo Sileri.

⁹ Il maggior sindacato di categoria dei medici dipendenti del Ssn, l'Anaa-Asso-med, è guidato ininterrottamente dal 2010 al 2018 dal dott. Costantino Troise. Il maggior sindacato dei medici di medicina generale, la Fimmg, è guidato dal 2008 al 2016 dal dott. Giacomo Milillo. Dal 2000 al 2015 presidente della Federazione nazionale dei collegi Ispasvi è Annalisa Silvestro.

nel settore sanitario. I governi seguenti prorogano il congelamento degli stipendi e del contratto di lavoro che, nel 2015, è però dichiarato illegittimo dalla Corte costituzionale. Quest'ultima obbliga il governo Renzi a riaprire la contrattazione con i sindacati senza prevedere nessun effetto retroattivo sui salari poiché illegittime sono considerate le proroghe, ma non la norma del 2010. Per quasi tutto il decennio, dunque, viene a mancare un'arena di confronto che in passato aveva dato al personale della sanità la possibilità di far sentire la propria voce a favore dei propri interessi, ma anche del Servizio sanitario pubblico.

Una terza arena, ugualmente debole, in termini di possibili opzioni di veto riguarda le Aziende sanitarie e quindi i contesti politici regionali che regolano le condizioni di lavoro del personale del Ssn. Qui fanno sentire il loro peso non solo i limitati investimenti tecnologici, derivanti dai tagli alla spesa sanitaria, ma soprattutto le deroghe all'orario di lavoro. Rispetto a quest'ultimo punto, occorre ricordare che nel novembre 2003 è emanata la Direttiva della Comunità europea (Ce) 88/2003 che definisce la salute nel senso più ampio del termine, comprendente, ad esempio, il rispetto della vita familiare o il benessere psicologico. Sono, quindi, fissati dei criteri «minimi» relativi a riposi, pause, ferie, orario massimo di lavoro, lavoro notturno¹⁰. Tuttavia, se con il d.lgs n. 66/2003 il Parlamento italiano recepisce la direttiva Ce sull'orario di lavoro, nella legge finanziaria 2008 (Governo Prodi) è introdotta una prima deroga sui riposi per il personale delle aree dirigenziali degli enti e delle aziende del Ssn. Pochi mesi dopo (Governo Berlusconi IV) con la legge 133/2008, oltre alla normativa sul riposo è derogata anche quella inerente al limite massimo dell'orario di lavoro settimanale, demandando alla contrattazione collettiva e alle decisioni regionali la tutela di un diritto previsto nella legislazione comunitaria. Di fatto, si crea una situazione per cui ogni regione sceglie una propria strada. In regioni come la Toscana o la Puglia la normativa contrattuale recepisce la direttiva Ce, mentre in altre, come la Lombardia, le tutele sono di fatto ridotte. Sulle modifiche legislative dei governi italiani si inserisce la Comunità europea che, dopo ripetute sollecitazioni da parte dell'Anao Assomed e della Fems (Federazione europea medici salarati) apre una procedura di infrazione presso la Corte di giustizia europea. A questo

¹⁰ Per il riposo giornaliero la misura considerata «minima» dalla Ce è quella di 11 ore consecutive nell'arco di 24 ore partendo dall'inizio dell'attività, mentre il tempo di lavoro massimo settimanale è individuato in 48 ore, comprendendo, oltre all'orario contrattuale, anche le eventuali ore di lavoro straordinario, che in ogni caso non possono essere imposte al lavoratore.

punto il Governo Renzi, per evitare la condanna della Corte di giustizia, con l'art. 14 della legge 161/2014, riconosce (a partire dal novembre 2015) il diritto all'orario stabilito dalla normativa europea che stenta però ad essere applicata. Il malessere, dunque, che deriva da questa situazione a tutto il personale sanitario indebolisce fortemente le associazioni sindacali verso le quali si esprimono pareri fortemente negativi, in un clima caratterizzato da una conduzione meramente economicistica delle aziende sanitarie (Vicarelli, 2019; Neri, 2019).

Né contano, in questo stesso arco di tempo, le voci degli ordini e dei collegi professionali che, pur denunciando le carenze di personale, la mancata programmazione degli accessi universitari e alle scuole di specializzazione, le peggiorate condizioni di lavoro, la crescente ostilità espressa dai cittadini-utenti, restano ampiamente inascoltate. In tal caso, la debolezza va rintracciata nella separatezza e nella conflittualità latente tra gli ordini dei medici da un lato e i collegi delle professioni sanitarie dall'altro. Infatti, sono le problematiche giurisdizionali sulle aree di attività degli uni e degli altri¹¹ a tenere ampiamente occupati i rappresentanti delle due categorie, piuttosto che le condizioni comuni del loro lavoro e del loro disagio.

In conclusione, ci sembra possibile attribuire al difficilissimo clima economico del decennio 2000-2019 le scelte restrittive sulla spesa sanitaria e conseguentemente sul personale del Ssn, anche se un certo rilievo possono averlo avuto le mancate o limitate opportunità di veto espresse dalle associazioni di categoria.

4. *Verso una nuova valorizzazione (2019-2020)?*

Stante le dinamiche fin qui ricordate, il 2020 si apre con alcune importanti novità per il comparto sanitario dovute sia alle scelte del nuovo

¹¹ Si veda, a titolo di esempio, l'aspro scontro tra le associazioni di categoria dei medici e quelle delle professioni sanitarie a seguito del comma 566 previsto nella legge di Stabilità 2015. Il comma, ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, demanda a una pluralità di soggetti – Stato, regioni, associazioni scientifiche, sindacali, professionali delle professioni sanitarie – la definizione del campo di attività e di responsabilità di queste ultime, senza prevedere nella concertazione le rappresentanze mediche e, anzi, definendo di fatto l'atto medico con una terminologia a dir poco confusa. Perché, infatti, andrebbero considerati come prerogativa dei medici solo gli atti complessi e specialistici in tema di prevenzione, diagnosi, cura e terapia? E come possono essere identificati tali atti? (Vicarelli, 2017).

RPS

Giovanna Vicarelli

governo entrato in carica nel settembre 2019 (Conte II) sia alle azioni del ministro della salute Roberto Speranza. Da un lato, il governo conferma la promessa di incrementare le risorse per il Ssn inserendo, nella Legge di bilancio, due miliardi in più per il Fondo sanitario, stanziando ulteriori due miliardi per il Fondo dell'edilizia sanitaria e abolendo da settembre 2020 il superticket (185 milioni). Altra novità lo stanziamento di 235 milioni di euro per la diagnostica di primo livello dei medici di famiglia e pediatri, nonché ulteriori fondi per l'aumento delle borse di specializzazione medica. Dall'altro lato, il ministro imprime un'accelerazione alla firma del «Patto per la salute» (chiuso il 18 dicembre 2019) dopo un lungo anno di discussione e rinvii tra Stato e regioni. Sono questi atti a creare un clima di moderato ottimismo all'interno delle associazioni sindacali del comparto sanità che guardano al nuovo anno auspicando, in modo unanime, la valorizzazione degli operatori e del loro benessere lavorativo, in una rinnovata unità professionale¹². «Per salvaguardare il Ssn – afferma ad esempio Andrea Filippi, segretario nazionale Fp Cgil Medici – dovremmo farci carico dell'inderogabile necessità della promozione di una nuova cultura che, attraverso la condivisione e la partecipazione, sia in grado di rilanciare da una parte il riconoscimento della multiprofessionalità nel lavoro d'equipe come cuore pulsante dei nostri servizi e dall'altra sia promotrice del contrasto alla propaganda denigratoria messa in campo in questi anni contro gli operatori sanitari che è peraltro la principale causa delle aggressioni che si consumano quotidianamente ai loro danni» (Fassari, 2020a, p. 1). Nella stessa direzione si muove Carlo Palermo, segretario nazionale del maggior sindacato autonomo della dirigenza medica (Anaa-Assomed): «Il 2020 può realmente rappresentare l'anno della svolta per il nostro servizio sanitario, almeno per quanto riguarda tre delle criticità che da anni mettono in pericolo la qualità delle cure erogate e la sopravvivenza stessa del Ssn: il depauperamento delle dotazioni organiche, la remunerazione dei professionisti e la formazione specialistica *post lauream*. Tutti fattori che sono implicati, direttamente o indirettamente, in quello che noi definiamo disagio lavorativo e quindi nella scarsa attrattività del lavoro in ospedale e nella fuga verso il privato o verso l'estero che oggi osserviamo da parte di una quota consistente del nostro mondo professionale, anche prima di raggiungere i limiti pensionistici» (Fassari, 2020b, p. 1). I medici di medicina generale, dal canto loro, plaudono,

¹² Si tratta delle risposte date, con l'arrivo del nuovo anno, a Quotidiano Sanità che ha voluto promuovere un forum con diverse associazioni sindacali del settore per mettere a fuoco preoccupazioni e aspettative del settore.

RPS

LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

con le parole di Silvestro Scotti, segretario nazionale della Fimmg, allo stanziamento promesso dal ministro per la dotazione di strumentazione di diagnostica di primo livello nei propri studi, auspicando una rapida conclusione della Convenzione nazionale (Ccn) e dei conseguenti Accordi integrativi regionali (Air); accordi che «diano innanzitutto respiro al necessario recupero economico di una categoria ancora ferma redditualmente al 2010, ma che contengano anche elementi di coinvolgimento professionale e obiettivi per una nuova medicina generale, più capace di presa in carico delle varie sfide assistenziale e di evoluzione delle offerte di cura del Ssn e non solo; più capace, inoltre, di normare i modelli di coordinamento con gli altri soggetti professionali» (Fassari, 2020c, p. 1).

E in questo scenario, dunque, di relativa innovazione delle politiche sanitarie che a fine febbraio 2020 l'Italia e il suo Ssn si trovano a far fronte alla crisi innescata dalla Covid-19. In pochissimi giorni, il personale sanitario, soprattutto delle regioni centro-settentrionali, viene coinvolto in un'emergenza senza precedenti che evidenzia, in primo luogo, le criticità istituzionali e organizzative del sistema: i rapporti tra stato e regioni, ad esempio, così come le difficili e diversificate interdipendenze tra assistenza territoriale e ospedaliera (Giarelli e Vicarelli, 2020). In secondo luogo, con la stessa rapidità, la pandemia rivela le insufficienze del personale del Ssn nonostante il coraggio e la dedizione dei professionisti della salute che vengono, da subito, etichettati come gli eroi e i martiri della guerra intrapresa contro il virus. I sindacati confederali denunciano, infatti, fin dai primi giorni di propagazione dell'infezione «Orari di lavoro dilatati, turni senza soluzione di continuità, tutto determinato dall'esigenza di non sguarnire reparti che si affollano, di minuto in minuto, di pazienti affetti da Covid-19 da curare senza una terapia specifica, con difficoltà nei processi diagnostici, in carenza di ventilatori, senza protocolli omogenei che da subito definissero percorsi separati dal pronto soccorso alle degenze» (Qs 27 aprile, 2020, p. 1). D'altro canto, un sondaggio svolto da Anaao e Nursing Piemonte, tra il 27 aprile e l'8 maggio 2020, evidenzia come gli operatori sanitari si sentano assolutamente non protetti e, al contrario, esposti al rischio di contrarre la malattia a causa, anzitutto, della mancanza di dispositivi di protezione individuale (Anaao Piemonte e Nursing Piemonte, 2020). Viene alla luce, oltre la stanchezza fisica, anche lo stress emotivo elevatissimo cui contribuiscono l'alta facilità di contagio, la letalità nei casi più gravi, il fatto che non vi sia un farmaco specifico per prevenire o curare l'infezione, senza dimenticare il timore per la propagazione del virus

nelle proprie famiglie. Un'indagine realizzata dall'Università Tor Vergata di Roma, tra il 27 e il 31 marzo 2020 su 1.400 operatori, rivela come il 25% di essi denunci depressione grave, il 20% ansia, l'8% insonnia e quasi il 22% stress. Sono più a rischio medici e infermieri in prima linea, le donne giovani e coloro i cui colleghi si sono ammalati o sono deceduti a causa del virus (Rossi e al., 2020). Non meraviglia, dunque, che al 28 aprile 2020 in Italia risultino 20.618 professionisti del Ssn affetti da Covid-19, di cui oltre 10.000 infermieri. A quella data risultano morti 151 medici e oltre 30 infermieri di cui 2 suicidi (Panorama della Sanità, 2020). Si tratta di cifre che, presumibilmente, sottovalutano il fenomeno e che dovranno essere sottoposte a un'attenta analisi consuntiva.

A fronte di tale situazione, le azioni che il governo intraprende nella prima fase dell'emergenza mirano a rafforzare il Ssn attraverso risorse economiche e disposizioni normative rivolte, in larga parte, al personale sanitario. Due sono i provvedimenti principali di questa fase: il decreto Cura Italia (d.l. 17 marzo 2020, n. 18)¹³, che riordina le indicazioni normative precedenti, e il decreto Rilancio (d.l. 19 maggio 2020, n. 34)¹⁴.

Il primo, mettendo a disposizione 1,410 miliardi a favore del Ssn, prevede una pluralità di interventi emergenziali volti a incrementare la disponibilità di personale ospedaliero e territoriale, facendo leva su diversi dispositivi: un finanziamento aggiuntivo per incentivi in favore del personale dipendente; misure straordinarie per l'assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario; misure straordinarie per la permanenza in servizio del personale sanitario; misure urgenti per il reclutamento dei Mmg e dei pediatri di libera scelta; l'incremento delle ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale; l'arruolamento temporaneo di medici e infermieri militari; il potenziamento delle risorse umane dell'Inail, dell'Istituto superiore di sanità e del Ministero della Salute. Si consideri che il decreto entra anche nel merito dell'orario di lavoro «prevedendo che agli esercenti le professioni sanitarie, impegnati a far fronte alla gestione dell'emergenza epidemiologica, non si applicheranno le disposizioni sui limiti massimi di orario di lavoro prescritti dai contratti collettivi nazionali di lavoro di settore, a condizione che venga loro concessa una protezione appropriata, secondo modalità individuate mediante accordo quadro nazionale, sentite le rappresentanze sindacali unitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative» (articolo 5-*sexies*).

¹³ Convertito con modificazioni dalla l. 24 aprile 2020, n. 27 (in S.O. n. 16, relativo alla G.U. 29/04/2020, n. 110).

¹⁴ G.U. serie generale n. 128 del 19/05/2020 - Suppl. ordinario n. 21.

Con il secondo decreto vengono immessi nel Ssn altri 3,250 miliardi con l'obiettivo di regolare l'assistenza ospedaliera e territoriale per il fronteggiamento del virus, anche qui sono numerose le disposizioni per l'assunzione di personale sanitario. Nello specifico, il decreto destina 1,256 miliardi per i servizi territoriali incrementando: a) l'assistenza domiciliare; b) la rete di prevenzione territoriale e le Unità di continuità assistenziale (Usca) con al loro interno anche medici specialisti ambulatoriali convenzionati; c) i servizi infermieristici territoriali con l'introduzione dell'infermiere di quartiere (9.600 nuovi infermieri, 8 ogni 50 mila abitanti, anche a supporto delle Usca); d) il personale infermieristico a supporto degli studi di medicina generale; e) l'integrazione con i servizi sociosanitari attraverso la figura degli assistenti sociali; f) le strutture territoriali di isolamento con fondi previsti per infermieri, operatori tecnici assistenziali, sanificazione, formazione del personale alberghiero, lavanderia, manutenzione delle strutture. Il decreto prevede 1,467 miliardi per l'assistenza ospedaliera volti a rafforzare: a) i Covid-hospital; b) le terapie intensive e gli ospedali mobili per giungere a 11.091 posti letto di terapia intensiva (+115% rispetto alla disponibilità in pre-emergenza); c) le terapie semintensive; d) i pronto soccorso e Dea che saranno ristrutturati e riorganizzati, prevedendo la separazione delle strutture, l'acquisto di attrezzature, la creazione di percorsi distinti per i malati Covid-19; e) le Covid-ambulance con dotazione di personale medico, infermiere e autista/barelliere dedicato. Infine, si prevede uno stanziamento di 526 milioni finalizzati a incrementare: a) le risorse per straordinari del personale ospedaliero, indennità contrattuali, produttività e risultato; b) ulteriori assunzioni; c) borse di specializzazione in area medica, in particolare in anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, pneumologia, malattie infettive e loro specialità equipollenti. Stante questi provvedimenti appaiono coerenti le dichiarazioni del ministro Speranza che rivendica di aver portato nel comparto sanità, in cinque mesi, a partire dalla legge di bilancio 2020, 8,845 miliardi di euro, più di quanto investito nei cinque anni precedenti nel settore (Qs 14 maggio, 2020). Finanziamenti largamente rivolti ad aumentare o sostenere il personale del Ssn di cui appare evidente, ora, a tutti l'importanza del loro operare.

5. Considerazioni conclusive

Al momento attuale (2020), non sembra possibile capire se e quanto le politiche sanitarie del primo periodo emergenziale saranno confermate

nei mesi e negli anni a venire, né se saranno in grado di modificare sostanzialmente la devalorizzazione del personale sanitario che si è espressa nell'ultimo decennio.

Le risorse umane costituiscono un patrimonio strategico da manipolare con grande cura poiché può infrangersi con facilità procurando danni cruciali a ogni forma di organizzazione del lavoro. Ciò appare tanto più vero in ambito sanitario in cui le conoscenze e le competenze si coniugano con orientamenti di valore (il benessere dei pazienti) che costituiscono i fondamenti del sistema sanitario pubblico. Se, come è avvenuto in Italia a partire dal 2009, non ci si prende cura dei professionisti del settore, ma anzi se ne usa strumentalmente l'orientamento etico per obiettivi prevalentemente economici, si rischia di disperderne il potenziale non solo in termini quantitativi, ma anche qualitativi. Sembra possibile, infatti, ipotizzare che al processo di disvalore sopra evidenziato si sia affiancato un processo di disaffezione crescente verso il Ssn, oltre che di perdita (seppure parziale) di identità «pubblica» da parte degli operatori del comparto sanità. Come è noto, il Ssn ha stentato in Italia a nascere, crescere e proporsi come un valore collettivo, trovando in alcune categorie professionali (tra cui quella medica) una forte resistenza. Nonostante ciò, alcune generazioni di professionisti, soprattutto quelle entrate nel Ssn negli anni settanta e ottanta del Novecento, vi hanno creduto e vi si sono impegnate (Vicarelli, 2010). Tali generazioni, tuttavia, sono le stesse che hanno subito le politiche recessive sopra evidenziate e che si stanno, presumibilmente, disamorando del sistema pubblico influenzando le generazioni più giovani. Non va dimenticato, infatti, che la sanità è un ambito in cui si assiste a un'ampia trasmissione del lavoro tra familiari (padre/madre-figlio/a), ma anche alla condivisione professionale di orientamenti e valori. Da questo punto di vista, la disaffezione va considerata come un fenomeno importante perché può incidere tanto sull'uscita parziale o totale dal settore pubblico (prepensionamento, incremento libera professione esterna ecc.), quanto sulla qualità del lavoro svolto cioè sulle relazioni professionisti/pazienti, sullo sviluppo della ricerca scientifica, sull'impegno morale espresso.

Se tale processo di disaffezione è al momento solo ipotizzabile (dovrà essere la ricerca futura a verificarne l'esistenza e il peso) è indubbio che esso andrebbe ad affiancarsi a una trasformazione professionale, in atto da alcuni decenni, marcata da una perdita strisciante di potere, di prestigio e di redditualità dei medici, contro un incremento costante delle responsabilità e delle funzioni del personale infermieristico (Vicarelli,

RPS

Giovanna Vicarelli

2012, 2017). Tali tendenze, largamente influenzate dall'applicazione del New Public Management ai sistemi sanitari contemporanei, vanno modificando le forme tradizionali del professionalismo medico in una logica di crescente burocratizzazione o managerializzazione dell'attività clinica che al momento crea ulteriore disagio alla categoria. D'altro lato, vanno emergendo nuovi profili professionali (soprattutto tecnici e infermieristici) la cui collocazione in termini di classe sociale, status e potere ha importanti ricadute in termini di cooperazione o conflittualità interprofessionale (Neri e al., 2020).

Tutto ciò significa che le politiche per il personale del Ssn, che scaturiranno dalle risposte date alla crisi sanitaria innescata dalla Covid-19, non potranno limitarsi a un mero ripristino del numero degli addetti al comparto sanitario (seppur basilare), ma farsi carico di una ridefinizione più complessiva delle loro posizioni e relazioni professionali in una logica di gestione attiva delle risorse umane che si è dimostrata del tutto carente nell'ultimo decennio e che la pandemia ha messo in evidenza in tutta la sua importanza.

Riferimenti bibliografici

- Anaa Assomed Piemonte e Nursing Piemonte, 2020, *Sondaggio per fotografare le difficoltà vissute nei primi mesi dell'emergenza Covid. Comunicato del 9 maggio 2020: i risultati*, disponibile all'indirizzo internet: www.anaa.it.
- Banca d'Italia, 2019, *L'economia italiana in breve*, n. 150, ottobre 2019, disponibile all'indirizzo internet: www.bancaditalia.it.
- Cottarelli C., 2019, *Si chiude un decennio orribile per l'economia con la crescita più bassa dall'unità d'Italia*, «La Stampa», 30 dicembre.
- Di Silverio P., Cosentini V., Capiello M., Ragazzo F. e D'Arienzo M., 2020, *Ospedali. L'inesorabile declino del pubblico. Confronto 2010/2017*, «QS», 4 febbraio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.quotidianosanita.it>.
- Fassari L. (a cura di), 2020a, *Le prime «tre» priorità per la sanità 2020. Forum con i sindacati della dirigenza medica e sanitaria. Rispondono Cgil Medici, Cisl Medici, Fasid e Aaroi-Emac (prima parte)*, «QS», 14 gennaio 2020, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.quotidianosanita.it>.
- Fassari L. (a cura di), 2020b, *Le prime «tre» priorità per la sanità 2020. Forum con i sindacati della dirigenza medica e sanitaria. Rispondono Anaa, Cimo-Fesmed e FVM (seconda parte)*, «QS», 16 gennaio 2020, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.quotidianosanita.it>.
- Fassari L. (a cura di), 2020c, *Le prime «tre» priorità per la sanità 2020. Forum con i*

- sindacati della medicina convenzionata. Rispondono Fimmg, Fimp e Sumai-Assoprof (terza parte)*, «QS», 19 gennaio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.quotidianosanita.it>.
- Giarelli G. e Vicarelli G., 2020, *Politiche, sistemi sanitari e impatto sociale della pandemia da Covid-19: Una lettura sociologica*, «Ais. Sociologia Italiana. The Journal of the Italian Sociological Association», n. 16, pp. 69-86, Doi: <https://doi.org/10.1485/2281-2652-202016-5>.
- Immergut E., 1990, *Institutions, Veto Points, and Policy Results: A Comparative Analysis of Health Care*, «Journal of Public Policy», vol. 10, n. 4, pp. 391-416, Doi: <https://doi.org/10.1017/S0143814X00006061>.
- Luisi Guido Carli (a cura di), 2008, *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.
- Mef/Rgs, 2019, *Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2009-2018. Dati aggiornati al 29 novembre 2019*, disponibile all'indirizzo internet: www.contoannuale.mef.gov.it.
- Ministero della Salute, 2010 e 2017, *Annuari statistici del SSN*, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.
- Ministero della Salute, 2016, *Personale delle Asl e degli istituti di cura pubblici*, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.
- Neri S., 2019, *The Italian National Health Service after the Economic Crisis: From Decentralization to Differentiated Federalism*, «E-Cadernos Ces», n. 31, pp. 147-169, Doi: <https://doi.org/10.4000/eces.4403>.
- Neri S., Spina E. e Vicarelli G., 2020, *Le configurazioni mutevoli delle professioni sanitarie*, in Cardano M., Giarelli G. e Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
- Oecd/Eu, 2018, *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the Eu Cycle*, Ocse, Parigi, Doi: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Oecd/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019, *Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the Eu*, Oecd Publishing, Parigi/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.
- Palermo C., 2020, *Lo dice anche la Ue: il Ssn va rafforzato, a partire dal personale*, «QS», 22 maggio, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.quotidianosanita.it>.
- Panorama della Sanità 28 aprile, 2020, *Cnai: Troppi sanitari morti. Potenziare il settore della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro*, disponibile all'indirizzo internet: www.panoramasanita.it.
- Qs 27 aprile, 2020, *Nel «Cura Italia» risposte inadeguate per il personale del Ssn. Le critiche di Cgil Cisl Uil*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.quotidianosanita.it>.
- Qs 14 maggio, 2020, *In 5 mesi investiti 8,845 mld nel Ssn. Speranza: «Più di quanto fatto negli ultimi 5 anni». Ecco tutti i numeri degli ultimi decreti Covid*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.quotidianosanita.it>.

- Rossi R., Soggi V., Pacitti F., Di Lorenzo G., Di Marco A., Siracusano A. e Rossi A., 2020, *Mental Health Outcomes among Front and Second Line Health Workers Associated with the Covid-19 Pandemic in Italy*, «medRxiv», preprint 22 aprile, disponibile all'indirizzo internet: www.medRxiv.org.
- Vicarelli G., 2010, *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma.
- Vicarelli G., 2012, *Medici e manager. Verso un nuovo professionalismo?*, «Cambio», vol. 2, n. 3, pp. 125-136, Doi: <https://doi.org/10.1400/202884>.
- Vicarelli G., 2017, *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali», n. 2, pp. 221-238.
- Vicarelli G., 2019, *Dalla implementazione alla ricalibratura del Ssn: le specificità del caso italiano*, in Giarelli G. e Giovannetti V. (a cura di), *Il Servizio sanitario nazionale italiano in prospettiva europea. Una analisi comparata*, FrancoAngeli, Milano.

Lavoro di cura. Una nuova frontiera della disegualianza sociale

Marco Arlotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatinelli

RPS

L'obiettivo dell'articolo è quello di indagare, con un focus specifico sul caso italiano, le condizioni di lavoro nel settore della cura con riferimento ai servizi pre-scolari rivolti alla prima infanzia e a quelli per il supporto alla popolazione anziana fragile e non autosufficiente. L'analisi intende rispondere alle seguenti domande di ricerca: quali sono le condizioni del lavoro di cura in questi due settori? Si riscontrano elementi di similarità o differenza

tra di essi? In che modo si discostano o meno da ciò che si registra in altri settori del welfare? I risultati della ricerca mettono in evidenza l'esistenza di condizioni problematiche nel lavoro di cura, trasversali ai due settori analizzati, che si legano al grado di istituzionalizzazione e regolazione dell'offerta dei servizi così come – in parte anche conseguentemente – al livello di incidenza del mercato privato (formale e informale).

1. Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni, i mutamenti strutturali avvenuti (e tuttora in corso) sia sul versante socio-demografico (es. crescente invecchiamento della popolazione, mutamento delle strutture familiari), che socio-economico (es. crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro), hanno stimolato l'emergere nelle società occidentali di un insieme di «nuovi» rischi sociali, accanto a quelli «vecchi», tipici della società industriale fordista (Taylor Gooby, 2004; Ranci e Pavolini, 2015).

Fra questi «nuovi» rischi, rientra indubbiamente il tema della «cura», che comprende l'accudimento e il sostegno allo sviluppo socio-cognitivo dei bambini, soprattutto dei più piccoli, nonché la copertura dei bisogni relativi alla cronicità e alla lungo-assistenza per la popolazione anziana, specie in presenza di forti limitazioni nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

La crescente centralità della cura nelle società contemporanee ha portato nel corso degli anni una copiosa letteratura sul welfare ad analizzare come i diversi paesi hanno cercato di fronteggiare questo nuovo

rischio, considerando il ruolo giocato dalle politiche pubbliche, dalle reti di reciprocità e dal mercato, nonché le implicazioni connesse.

Entro tale quadro un tema su cui, tuttavia, si registra un certo ritardo è la questione del lavoro nel settore della cura, cioè quali profili, condizioni contrattuali e salariali caratterizzano il mercato del lavoro in questo settore. Si tratta di una questione non irrilevante, tenuto conto che – essendo i servizi di cura fortemente *labour intensive* – la «variabile» lavoro costituisce un fattore cruciale nella dinamica di produzione del servizio stesso.

A partire da queste premesse l'articolo intende contribuire alla conoscenza e al dibattito sul fenomeno del lavoro e delle sue condizioni nel settore della cura, con un focus specifico sul caso italiano. Saranno considerate da un lato la componente dei servizi pre-scolari alla prima infanzia e dall'altro la componente di interventi e servizi rivolti al supporto della popolazione anziana fragile e non autosufficiente.

L'analisi intende rispondere alle seguenti domande di ricerca: quali sono le condizioni del lavoro di cura in questi due settori? Si riscontrano elementi di similarità o differenza tra di essi? In che modo esse si discostano o meno da ciò che si registra in altri settori del welfare?

L'ipotesi di fondo da cui muove l'articolo è che le condizioni dei lavoratori nel settore della cura, ed in particolare i tratti di forte problematicità che – come vedremo – emergono dall'analisi empirica, risultano fortemente modellate dalla struttura regolativa ed istituzionale caratterizzante lo sviluppo del sistema dei servizi nel nostro paese. In particolare, si ipotizza che il grado di istituzionalizzazione e regolazione dell'offerta dei servizi così come – in parte anche conseguentemente – il livello di incidenza del mercato privato (formale e informale) nell'erogazione degli stessi, giochino un ruolo fondamentale nel determinare diverse criticità dal punto di vista delle condizioni di lavoro.

Fatta questa premessa introduttiva, l'articolo sarà organizzato nel modo che segue. Il paragrafo 2 traccia le coordinate del dibattito sullo sviluppo dei servizi di cura e le implicazioni sul fronte lavoro. Il paragrafo 3 ricostruisce le caratteristiche strutturali di fondo del sistema dei servizi di cura nel nostro paese, in generale e più specificamente nell'ambito della non autosufficienza e della prima infanzia. Il paragrafo 4 presenta brevemente la base dati utilizzata per l'analisi nonché i profili considerati, mentre il paragrafo 5 analizza le condizioni dei lavoratori impiegati nella cura degli anziani e della prima infanzia. Infine, nel paragrafo 6 vengono riassunti i principali esiti dell'analisi svolta.

2. Lo sviluppo dei servizi di cura e le implicazioni sul fronte lavoro: il dibattito

Come già anticipato nel paragrafo introduttivo, il tema della cura ha assunto un'importanza crescente nel corso degli ultimi decenni nelle società contemporanee. L'emergere di questo «nuovo» rischio sociale (Taylor Gooby, 2004; Ranci e Pavolini, 2015) ha portato i diversi paesi ad attivare differenti strategie di fronteggiamento e di policy, spesso piuttosto coerenti con gli assetti strutturali di fondo dei regimi di welfare nazionale (Esping-Andersen, 2000). I vincoli di bilancio e l'esigenza programmatica di contenimento dei costi in un clima di «austerità permanente» (Pierson, 2001) hanno, tuttavia, portato i diversi paesi ad imboccare percorsi di risposta in parte anche simili.

Fra questi abbiamo in particolare una certa espansione delle politiche di cura non solo attraverso la leva tradizionale dell'intervento pubblico *tout court*, ma anche attraverso un coinvolgimento crescente di attori privati (sia profit che non profit) nell'erogazione e gestione dei servizi stessi (Kazepov, 2010). Tale percorso ha rappresentato una soluzione strategica nel fronteggiare quelli che sono i «dilemmi» inestricabilmente connessi allo sviluppo dei servizi, inclusi quelli per la cura (Palier, 2010; Wren, 2013). Infatti, essendo i servizi fortemente *labour intensive*, cioè connotati da un'elevata intensità di lavoro umano, essi notoriamente sono afflitti da una bassa capacità di incremento della produttività, che si ripercuote in costi che possono minacciare l'accessibilità della domanda, oppure nel rischio che miglioramenti nell'efficienza gestionale abbiano ripercussioni negative sulla qualità dei servizi: la cosiddetta «malattia dei costi» (Baumol, 1967). Questo aspetto, se da un lato richiama la necessità di un investimento pubblico in questi servizi finalizzato a superare i forti rischi di fallimento del mercato, dall'altro può complicare lo sviluppo quantitativo dei servizi stessi, a causa del forte sforzo finanziario che viene richiesto.

In questo quadro, il coinvolgimento crescente di attori privati nell'erogazione e gestione dei servizi a finanziamento pubblico ha rappresentato una delle soluzioni adottate nei vari paesi al fine di garantire un'estensione nell'offerta, in risposta alle tensioni emergenti sul versante dei bisogni di cura, senza tuttavia intaccare eccessivamente gli equilibri di bilancio. Per tale motivo le implicazioni di tali processi sono fortemente dibattute in letteratura.

Da un lato si evidenzia, infatti, come attraverso i processi di privatizzazione dei servizi si è reso possibile non solo estendere la copertura, ma

RPS

Marco Adlotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatunelli

anche aumentarne l'efficienza e l'efficacia attraverso un'articolazione più flessibile dei servizi a fronte di bisogni diversificati espressi dall'utenza (Domberger e al., 1986; Savas, 1987; Blöchliger, 2008; Dorigatti e al., 2018).

Dall'altro lato, tuttavia, si rilevano risvolti particolarmente critici che si riflettono in particolare sul versante del lavoro. Tradizionalmente il tema delle condizioni di lavoro nel welfare è stato considerato in modo molto limitato dalla letteratura, essendo l'attenzione principalmente rivolta all'analisi delle caratteristiche dei sistemi di protezione sociale e ai rispettivi impatti redistributivi. Di recente, però, diversi studi hanno iniziato a porvi maggiore attenzione (Daly e Szebehely, 2012; León e al., 2014; Meagher e al., 2016; León e al., 2019; Atkinson e Crozier, 2020), segnalando le criticità dei processi di privatizzazione in termini di impatto sulle condizioni del lavoro di cura e, conseguentemente, sulla qualità dell'offerta. La privatizzazione, infatti, avrebbe garantito nei vari paesi una tendenziale estensione nella capacità di copertura della domanda compatibile con i vincoli di bilancio, tuttavia a detrimento delle condizioni di lavoro degli operatori dei servizi, schiacciati in un settore del mercato del lavoro secondario, affetto da condizioni lavorative fortemente problematiche (Broadbent, 2014; Meagher e al., 2016). Attraverso il passaggio da una gestione pubblica ad una privata, avviene infatti uno slittamento da settori in cui la regolazione delle condizioni di lavoro – attraverso l'inquadramento nel pubblico impiego e la contrattazione collettiva nazionale – è più vantaggiosa per i lavoratori, ad altri in cui invece lo è in misura decisamente inferiore, sia dal punto di vista «normativo» (es. forme contrattuali non standard, fenomeni di «sotto-inquadramento»), un maggior numero di ore settimanali a fronte di salari più ridotti, minori garanzie in termini di ferie, permessi, aspettative, formazione, ecc.) che «retributivo» (es. salari più bassi, part-time involontario, mancata remunerazione del tempo dedicato a formazione e progettazione delle attività, ecc.) (Dorigatti, 2017; Neri, 2017).

Gli effetti di crescente deterioramento nelle condizioni di lavoro all'interno dei servizi tenderebbero, inoltre, nella realtà ad essere ancor più marcati a causa dell'ampia diffusione di lavoro sommerso e informale, nonché a fronte di significativi livelli di segregazione per quanto riguarda il profilo dei lavoratori coinvolti (es. per genere, livello di istruzione, nazionalità, ecc.).

3. Il settore dei servizi alla cura: un'analisi strutturale

L'analisi delle condizioni di lavoro nel settore della cura nel caso italiano non può che prendere avvio da una ricostruzione degli assetti strutturali di fondo dei servizi di welfare nel nostro paese, e più in particolare dei due settori che saranno oggetto di approfondimento in questo articolo. Inizieremo, dunque, in questo paragrafo con una disamina generale sul sistema dei servizi nel nostro paese, anche in ottica comparata, per poi passare ad un'analisi più focalizzata sul sistema dei servizi per la popolazione anziana e la prima infanzia.

3.1 Il settore dei servizi di cura in Italia

Nel dibattito comparato sui regimi di welfare, è noto come l'Italia venga inclusa nel cosiddetto modello «familista sud-europeo» (Ferrera, 1996; Ascoli e Pavolini, 2015). Entro tale modello un tratto distintivo riguarda la rilevanza del ruolo delle famiglie e delle reti informali di reciprocità (con forti asimmetrie di genere) nel sostegno e nella cura delle persone più fragili e dei più piccoli. Una rilevanza che viene assunta sia «implicitamente» che «esplicitamente» dalle politiche pubbliche (Saraceno, 2016) le quali, oltre a presentare tratti di marcata frammentazione e disarticolazione, risultano essere anche fortemente residuali, in particolare nella componente dei servizi.

La residualità della componente dei servizi si lega a diversi fattori che attengono lo sviluppo storico del modello di regolazione sociale nel nostro paese (Paci, 1989), inclusa una maggiore inclinazione verso l'implementazione di forme di intervento basate precipuamente, anziché sui servizi, su trasferimenti monetari (Ferrera e al., 2012), più «funzionali» alla gestione spesso clientelare del consenso, nonché nel sostegno a dinamiche di endogenizzazione familiare e di informalità nella copertura dei bisogni, inclusi quelli di cura, della popolazione. Anche il *timing* (Bonoli, 2007) con cui il nostro paese ha affrontato lo sviluppo dei servizi di welfare sembra avere giocato un ruolo decisivo in questo senso, diminuendo gli spazi di manovra finanziari necessari per politiche pubbliche espansive (Fargion, 2000). Una prima finestra temporale si è infatti presentata in particolare durante gli anni '80 del secolo scorso, quando l'obiettivo di strutturare un sistema territoriale dei servizi si è posto proprio al tramonto del trentennio glorioso di sviluppo del welfare post-bellico; una seconda, in relazione a una pressione funzionale crescente, agli albori del secondo millennio, in epoca di austerità per-

RPS

Marco Adlotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatelli

manente ormai conclamata, anche a seguito dei vincoli finanziari europei e, in seguito, della Grande Recessione.

Questo tratto di estrema residualità della componente dei servizi di welfare emerge in modo netto se si confronta, in prospettiva comparata europea e con riferimento al periodo più recente, il dato dell'Italia per quanto riguarda la quota di occupati nel settore dei servizi sociali. Come si vede dai dati contenuti nella tabella 1, infatti, nel 2019 la quota di occupati in servizi organizzati in Italia risulta essere sempre ben al di sotto del dato europeo, nonché ben lontana da quella che si registra in paesi più simili a noi dal punto di vista dello sviluppo socio-economico (come Germania, Francia e Regno Unito). Al contrario, l'occupazione alle dipendenze dirette delle famiglie (colf oppure badanti) risulta notevolmente più elevata, e in ulteriore crescita negli anni successivi alla Grande Recessione.

Tabella 1 - Incidenza dell'occupazione nei servizi di welfare sulla popolazione 15-64 anni, 2008 e 2019

	<i>Servizi sociali residenziali</i>			<i>Servizi sociali domiciliari</i>			<i>Attività dirette presso le famiglie</i>		
	2008	2019	<i>Diff. 2008-2019</i>	2008	2019	<i>Diff. 2008-2019</i>	2008	2019	<i>Diff. 2008-2019</i>
Eu-28	1,8	2,4	0,6	2,1	2,4	0,3	1,1	0,9	-0,2
Eu-15	2	2,7	0,7	2,4	2,8	0,4	1,4	1,1	-0,3
Germania	2,4	3,1	0,7	2	2,7	0,7	0,5	0,5	0,0
Francia	1,4	1,8	0,4	2,6	2,9	0,3	1,6	0,8	-0,8
Regno Unito	1,2	2,4	1,2	2,7	2,4	-0,3	0,3	0,1	-0,2
<i>Italia</i>	<i>0,6</i>	<i>0,8</i>	<i>0,2</i>	<i>0,5</i>	<i>0,7</i>	<i>0,2</i>	<i>1,1</i>	<i>1,7</i>	<i>0,6</i>

Fonte: Elaborazione su dati Labour Force Survey scaricati sul datawarehouse Eurostat.

Nel complesso, la bassa occupazione nei servizi organizzati di welfare rappresenta una nota debolezza strutturale del mercato del lavoro italiano ed è uno dei motivi per cui il tasso complessivo di occupazione del nostro paese rimane fra i più bassi a livello europeo (Fellini, 2015). Tale aspetto, come mostrano sempre i dati contenuti nella tabella 1, non sembra essersi peraltro in alcun modo modificato nel corso nell'ultimo decennio. Anzi, per certi versi si è registrata una radicalizzazione ulteriore. Infatti, fra il 2008 e il 2019 il livello di occupazione nei servizi nel nostro paese ha teso ad allontanarsi sempre di più dai dati medi europei, fatta eccezione – come già detto – per le attività dirette di servizio presso le famiglie che, mentre in tutti gli altri paesi analizzati

hanno teso a diminuire, in Italia sono invece aumentate. Questo aspetto mette in evidenza come la pur limitata esternalizzazione della cura al di fuori delle reti familiari avvenuta nel nostro paese nell'ultimo decennio abbia preso piede principalmente attraverso un ricorso diretto delle famiglie al mercato privato dell'assistenza. Un fenomeno che – come si vedrà poco sotto – si è tuttavia caratterizzato, in particolare nel settore dell'assistenza agli anziani, per ampi tratti di irregolarità e sommerso.

3.2 I servizi di cura per la popolazione anziana: caratteristiche e tendenze

Coerentemente con la residualità assunta dal sistema dei servizi nel nostro paese, anche nell'area degli anziani l'onere principale della cura ricade sulle famiglie e sulla solidarietà intergenerazionale (Saraceno, 2016). Nonostante il progressivo invecchiamento della popolazione e la riconfigurazione delle reti familiari, come si vede dai dati contenuti nella tabella 2, l'offerta di servizi di assistenza domiciliare e residenziale è rimasta infatti alquanto limitata, ed è anzi calata nel corso degli anni (eccezion fatta per la residenzialità nel periodo 2000-2009), arrivando a coprire poco più di un anziano su cento per l'assistenza domiciliare, e poco più di due su cento per la residenzialità. Pur in presenza di una certa differenziazione territoriale, in particolare fra Nord e Sud, anche nei territori più «avanzati» lo sviluppo dei servizi non è decisamente più significativo rispetto a quanto avviene in media nel paese (Arlotti e al., 2020).

Tabella 2 - Tassi di copertura di servizi di assistenza domiciliare e residenziale, % over 65, anni vari

	2005	2010	2017
Tasso di copertura assistenza domiciliare	1,6	1,4	1,0
	2000	2009	2016
Tasso di copertura assistenza residenziale	2,0	2,5	2,1

Fonte: Nostra elaborazione su dati Istat (Indagine censuaria servizi sociali) e Istat (Indagine sui presidi residenziali).

La «familizzazione» e l'estrema marginalità del sistema dei servizi fanno il paio con il ruolo centrale tradizionalmente svolto in questo settore dagli attori privati, in particolare di carattere non profit come istituzioni religiose, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali (Paci, 1989).

I dati disponibili riguardanti la composizione pubblico-privato dei sistemi di offerta, mettono per esempio in evidenza (vedi tabella 3) come nell'ambito della residenzialità la prevalenza degli attori privati (non profit e profit) è infatti rimasta costante dai primi anni duemila agli anni più recenti. Peraltro, va considerato che agli inizi degli anni duemila, i dati sulla quota pubblica consideravano anche le ex Ipab, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (poi sciolte dalla legge), le quali però costituivano tradizionalmente un modello ibrido di gestione pubblico-privata. Lo scioglimento delle ex Ipab (in alcuni casi trasformate in fondazioni di ente privato, in altri casi pubblicizzate come aziende di servizi alla persona) spiega il motivo per cui a partire dal 2009 si registra un forte calo della quota di gestione pubblica la quale, tuttavia, a «conti fatti», già agli inizi degli anni duemila risultava sostantivamente più bassa proprio per la presenza delle ex Ipab.

Tabella 3 - Indicatori relativi allo sviluppo dell'assistenza residenziale per tipo di ente gestore, 2000-2009-2016

	2000	2009	2016
<i>Distribuzione posti letto totali per tipo di gestione</i>			
Pubblico	44,9	27,3	21,4
Privato non profit	40,3	54,7	58,4
Privato profit	14,8	18,0	20,2

Nota: I dati fanno riferimento al totale della residenzialità, non essendo disponibili dati disaggregati per aree di utenza. Tuttavia, l'area anziani rappresenta la parte preminente in questo settore (nel 2016 oltre il 70% dei posti letto operativi afferriva infatti a questa area).

Fonte: Nostra elaborazione su dati Istat (Indagine sui presidi residenziali).

Considerazioni analoghe rispetto alla rilevanza degli attori privati nella gestione dei servizi per anziani valgono anche per il settore dell'assistenza domiciliare, nell'ambito del quale peraltro nel corso degli anni si è assistito ad un processo spinto di esternalizzazione, in primo luogo verso le cooperative sociali.

La rilevanza degli attori privati nel settore dei servizi per anziani si lega a una storica forte carenza della politica pubblica di regolazione del settore. Sul piano nazionale, infatti, l'assenza di definizione e garanzia di livelli essenziali delle prestazioni ha alimentato – come si è già detto sopra – una certa residualità e frammentazione dei sistemi di intervento

a livello territoriale, che ha investito anche i dispositivi di autorizzazione e accreditamento ai servizi: una dimensione cruciale dal punto di vista della definizione delle caratteristiche dei servizi offerti, così come delle condizioni di lavoro in essi. Il grado di regolazione di tali dispositivi, peraltro, tende a differenziarsi non solo da un punto di vista territoriale, ma anche fra servizi. Per esempio, nel campo delle strutture per anziani l'adozione di dispositivi di regolazione (regionali e locali) per quanto riguarda l'autorizzazione e l'accredimento ha conosciuto maggiore diffusione, talvolta anche con standard assistenziali e di garanzia di un certo livello, a fronte della particolare fragilità dei target di utenza e delle professionalità coinvolte (si pensi, per esempio, alle strutture residenziali a carattere socio-sanitario). Al contrario, essi risultano molto meno diffusi in altri settori come, per esempio, quello degli interventi domiciliari.

Se, dunque, i servizi rappresentano nel settore della cura degli anziani un comparto estremamente residuale, affetto da debole regolazione pubblica e con un apporto decisivo degli attori privati, va tuttavia notato come le linee di intervento in questo settore si sviluppano anche attraverso altri canali, che rimandano in primo luogo al ruolo centrale ricoperto dal sistema dei trasferimenti monetari, ed in primis dall'Indennità di accompagnamento (d'ora in avanti Ida). L'Ida assorbe, infatti, da sola circa il 45% della spesa stimata complessiva nel settore della lungo assistenza (Mef-Rgs, 2019). Essa prevede l'erogazione, indipendente dal reddito, di una somma fissa liberamente spendibile (nel 2020 l'ammontare mensile è di circa 520 euro) alle persone accertate come totalmente inabili e che presentano l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure che hanno un bisogno di assistenza continua nel compiere gli atti quotidiani della vita. Il suo carattere di trasferimento monetario indistinto, senza nessuna regola di controllo e rendicontazione, ha favorito nel corso degli anni un impiego estremamente flessibile di queste risorse da parte delle famiglie, tradizionalmente come forma di sostegno all'endogenizzazione della cura a livello familiare, con forti asimmetrie di genere.

A partire dagli anni duemila l'Ida è stata crescentemente impiegata dalle famiglie per sostenere il costo dell'accesso al mercato privato delle assistenti familiari, le cosiddette «badanti» (Ranci e Sabatinelli, 2014; Arlotti e al., 2020). Si tratta di un fenomeno che ha avuto una notevole espansione nel corso degli anni, e che non si è praticamente arrestato anche a seguito della crisi economica. Le stime indicano come fra il 2008 e il 2017 il numero complessivo di badanti è passato da 774 mila

RPS

Marco Arlotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatinelli

a 840 mila (Pasquinelli e Rusmini, 2008; Cavalcoli, 2017), seppur in condizioni salariali e di lavoro spesso particolarmente critiche. Si è infatti di fronte ad un settore del mercato del lavoro fortemente sommerso e irregolare, dove si stima che oltre il 55% degli occupati risultino in condizioni di irregolarità, talvolta parziale (regolarità di permanenza, ma assenza di contratto), in altri casi (circa 2 su 10) totale (cioè senza regolare permesso di soggiorno e senza contratto) (Cavalcoli, 2017).

3.3 I servizi di cura alla prima infanzia: caratteristiche e tendenze

L'organizzazione dei servizi di cura alla prima infanzia si è storicamente strutturata in Italia attraverso un sistema non unitario, ovvero in due cicli separati: uno prettamente pre-scolare (rivolto alla fascia dai 3 ai 5 anni) e uno per i bambini più piccoli (0-2 anni). Tale assetto, solo di recente messo in discussione dal punto di vista normativo (vedi le disposizioni sul sistema integrato 0-6) (Arlotti e Sabatinelli, 2015), ha comportato nel lungo periodo una mancata generalizzazione ed omogeneizzazione degli standard per questi servizi, favorendo piuttosto la segmentazione e diversificazione, sia quantitativa che qualitativa, fra il ciclo pre-scolare e quello per i bambini più piccoli.

In Italia, infatti, le scuole dell'infanzia – che accolgono i bambini fra i 3 e 5 anni – pur non essendo obbligatorie afferiscono al settore educativo, sotto la responsabilità del Ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca (Miur), e presentano tassi di copertura quasi universalistici, che si attestano già da trent'anni ben oltre il 90%.

Tale copertura è il risultato del processo di statalizzazione condotto a partire dagli anni '70 e '80 del secolo scorso: attualmente, infatti, circa sei bambini su dieci iscritti alla scuola dell'infanzia sono accolti nelle scuole statali, cui si aggiunge il 10% di posti in scuole comunali, concentrati soprattutto nelle grandi città; la quota rimanente (meno del 30%) fa riferimento alle scuole paritarie private (vedi tabella 4). L'impegno pubblico – e in particolare dello Stato centrale – in questo settore è un tratto che si è ampiamente confermato nel corso degli ultimi decenni.

Al contrario, i servizi socio-educativi per i bambini sino a 3 anni che, afferendo al settore sociale rientrano tra le competenze di regioni e comuni, si caratterizzano per tassi di copertura fra i più bassi in Europa. Nell'a.s. 2017/2018 la copertura pubblica (che comprende i posti erogati nei nidi comunali a gestione diretta o indiretta e i posti acquistati in regime di convenzione presso strutture private) era pari al 13,5% della

popolazione compresa nella fascia d'età 0-2, considerando anche l'1% raggiunto dai servizi integrativi (che, occorre ricordare, non assolvono alla funzione di conciliazione) (vedi tabella 5)¹. L'offerta pubblica è presente solo in poco più della metà dei comuni italiani (58,3%), e mostra profonde differenze non solo tra regioni (la copertura varia da oltre il 27% in Emilia-Romagna e nella Provincia autonoma di Trento al 3% in Calabria), ma anche tra comuni delle stesse regioni (Istat, 2019).

Tabella 4 - Distribuzione % iscritti alla scuola di infanzia per tipo di gestione, 2003-2009-2018

	2003	2009	2018
<i>Pubblica</i>	71,6	69,6	71,9
Statale	n.d.	58,5	61,7
Non statale pubblica	n.d.	11,1	10,2
<i>Privata</i>	28,4	30,4	28,1

Fonte: Elaborazioni su dati 2003 (Istat, <https://www.istat.it/it/archivio/17290>), 2009 (dati Istat in Dorigatti e al., 2018) e 2018 dati Istat (online datawarehouse).

Questo livello di sviluppo e di differenziazione territoriale sono strettamente legati a un impegno dello Stato centrale che è stato ben più episodico rispetto al segmento 3-5 anni. Lo Stato è intervenuto in materia nel 1971, con la storica legge nazionale sui nidi comunali, definendo solo una cornice piuttosto generale e demandando a regioni e comuni lo sviluppo del settore sino ai finanziamenti ministeriali dei primi anni duemila, e in particolare al Piano straordinario Nidi del 2006, la cui implementazione è avvenuta in regime di competenza concorrente con le regioni, come da riforma costituzionale del 2001, ed è stata limitata dall'entità delle risorse stanziare prima e dal deflagrare della Grande Recessione poi. Solo nel 2015, come già detto sopra, il decreto sull'istituzione del «sistema 0-6» ha finalmente iniziato a porre le basi per livelli essenziali e standard nazionali, riconoscendo al tempo stesso i servizi 0-2 come parte integrante dei servizi educativi (Sabatinelli, 2016).

¹ A questa copertura si aggiunge anche la quota di bambini che frequentano le scuole dell'infanzia pur non avendo ancora compiuto i 3 anni di età (cosiddetti «anticipatori»), che si stima rappresentino il 5,2% dei bambini tra 0 e 2 anni in media nazionale (Istat, 2020).

A fronte di una crescita della copertura pubblica insufficiente a tenere il passo con il progressivo – anche se non lineare – incremento dei bisogni, si è assistito soprattutto a partire dagli anni duemila all’espansione dell’offerta privata di servizi 0-2. La copertura dei posti in servizi privati non convenzionati con e non sovvenzionati dagli enti pubblici è stimata al 9,9% della popolazione 0-2 anni nel 2017/2018, una quota poco inferiore alla copertura pubblica (Istat, 2020).

Tabella 5 - Indicatori relativi allo sviluppo dei servizi socio-educativi per la prima infanzia 2000-2012-2017

	2000	2012/2013	2017/2018
Tasso di copertura dei servizi comunali ^a per 100 residenti 0-2 anni			
<i>Nidi^b</i>	6,5	11,9	12,5
<i>Servizi integrativi^c</i>	0,6	1,1	1,1
Totale servizi socio-educativi	6,6	13,0	13,5
Distribuzione % iscritti ai nidi comunali per tipo di gestione ^d			
Pubblica	82,9	58,2	56,0
Privata ^e	17,1	41,8	44,0
Tasso di copertura dei servizi pubblici e privati per 100 residenti 0-2 anni	7,4	21,0	23,4

^a Sono compresi i posti erogati nei nidi comunali a gestione diretta o indiretta e i posti acquistati in regime di convenzione presso strutture private.

^b Sono compresi i nidi, i micronidi, i nidi aziendali e le sezioni primavera.

^c Sono compresi gli spazi gioco, i centri bambini-genitori e i servizi educativi in contesto domiciliare.

^d La rilevazione Istat sull’offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia rileva anche i contributi e i voucher erogati dai comuni per la frequenza dei nidi pubblici e privati. Tuttavia, non è chiaramente distinguibile l’attribuzione pubblico/privato di tali contributi né in quale misura insistano su bambini che sono già contati come utenti di servizi a titolarità pubblica. Questa voce, comunque marginale (si stima che raggiunga lo 0,9% della popolazione 0-2 anni) non è stata dunque considerata (si veda anche Dorigatti e al., 2018).

Fonte: Elaborazione su dati 2000 (Istituto degli Innocenti, 2002), 2012/2013 e 2017/2018 (dati Istat, online datawarehouse).

Le difficoltà da parte delle famiglie nell’affrontare le rette dei nidi – molto elevate nelle strutture private non convenzionate ma mediamente alte anche nelle strutture pubbliche, e alleviate solo recente-

mente con l'introduzione di vari bonus (nazionali e regionali) di abbattimento delle rette – hanno spinto in molti casi al ricorso alla cura familiare (con forti asimmetrie di genere e conseguenti ripercussioni sull'offerta di lavoro), nonché alla solidarietà inter-generazionale (con un preminente ruolo dei nonni), a cui si aggiunge l'utilizzo di soluzioni a basso costo che, tuttavia, non garantiscono analoghi standard di qualità, né la stessa valenza in termini di educazione e socializzazione precoce. Si pensi in particolare ai servizi semi-individuali, quali i nidi-famiglia, e individuali, ovvero tate e baby-sitter, che si stima lavorino per oltre il 70% senza contratto (Ires-Cgil, 2009).

Al contempo molti enti locali, stretti nella morsa della riduzione dei trasferimenti statali, inclusi quelli vincolati, e del contenimento della spesa pubblica (vedi Patto di stabilità interno), hanno puntato ad una strategia di espansione dell'offerta di servizi basata largamente su processi di esternalizzazione ed appalto a soggetti privati (Ranci e Sabatinelli, 2014; Neri, 2017). Questa tendenza è chiaramente illustrata dai dati contenuti nella tabella 5. Pur con tutte le cautele derivanti dall'utilizzo di dati che provengono da fonti differenti (in particolare il dato per il 2000 è relativo ad un'indagine dell'Istituto degli Innocenti, differente dall'indagine Istat utilizzata per i rimanenti due anni), si vede infatti come la quota di iscritti ai nidi comunali tramite gestione privata è più che raddoppiata, passando dal 17% del 2000 a oltre il 40% nel 2017. Il ricorso ad attori privati nella gestione dei servizi ha reso possibile agli enti locali il perseguimento di una pur limitata espansione della copertura pubblica (fra il 2000 e il 2017 il tasso di copertura sulla popolazione 0-2 è infatti passato dal 6,6% al 13,5%) (vedi tabella 5), nel quadro di rigidi vincoli di bilancio. Diversi studi mettono tuttavia in evidenza come i costi di questa difficile «quadratura» del cerchio siano stati scaricati sulla compressione del fattore lavoro, attraverso la stipula di contratti a basso salario, con scarsa codifica dei contenuti professionali, nonché ad elevata precarizzazione (Da Roit e Sabatinelli, 2005; Ranci e Sabatinelli, 2014; Cerea e al., 2015; Kazepov e Ranci, 2016).

Tali condizioni si verificano attraverso la possibilità che hanno gli enti privati, profit e non profit, sia che si rivolgano al mercato privato, sia che gestiscano servizi pubblici esternalizzati o che operino in convenzione con i comuni, di applicare contratti di lavoro collettivi meno generosi e garantiti rispetto a quelli applicati ai lavoratori dei servizi occupati – anche a parità di mansioni – nel settore pubblico. In alcuni casi tali processi di deterioramento sembrano essere stati, in parte, contenuti dagli enti locali attraverso un processo di esternalizzazione non

RPS

Marco Adlotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatinelli

verso attori privati ma verso organizzazioni «ibride» (es. conferimento del personale pubblico ad istituzioni, aziende speciali, fondazioni). Queste soluzioni, se da un lato hanno indubbiamente permesso di «mitigare» il gap esistente nelle condizioni contrattuali fra gli operatori del pubblico e quelli del privato (Dorigatti e al., 2018), d'altro lato hanno creato un terreno favorevole per una ulteriore frammentazione contrattuale e regolativa del lavoro in questo settore (Neri, 2017).

4. *Dati e profili considerati*

Per portare evidenza empirica utile a rispondere alle domande di ricerca presentate nell'introduzione, svilupperemo nel prossimo paragrafo un'analisi statistica descrittiva basata sui dati della Rilevazione sulle forze lavoro condotta da Istat. In particolare, vengono considerati i dati trimestrali relativi agli anni 2017 e 2018. Per i soggetti intervistati più volte nel periodo, il riferimento è al solo primo trimestre in cui l'individuo viene intervistato.

Nell'ambito dei settori della cura degli anziani e della prima infanzia verranno analizzate le condizioni di lavoro per professione (Classificazione delle professioni Istat-4 Digit) e per classi Ateco di riferimento (ovvero i codici Ateco-4 digit).

Più nello specifico, per quanto riguarda la cura degli anziani le figure professionali considerate sono quelle qualificate nei servizi sanitari e sociali, che comprendono gli Oss (cioè gli operatori socio-sanitari con funzioni di sostegno alle attività di vita quotidiana, sia tutelari che assistenziali), ma non gli infermieri, e gli addetti all'assistenza personale, che comprendono gli Asa (cioè gli operatori con funzioni strettamente assistenziali) e i/le «badanti». Il profilo Oss, istituito nel 2001, si consegue dopo un percorso formativo di 1.000 ore che riguarda sia l'area sanitaria che quella sociale ed è più qualificato rispetto a quello Asa (per cui sono previste invece 800 ore di formazione).

Queste categorie di lavoratori verranno analizzate considerando la loro classe Ateco di impiego tra: a) strutture di assistenza infermieristica residenziale, b) strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili², c) assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili, d) attività

² Come si vede, in questo caso le classi Ateco di riferimento includono non solo gli anziani ma anche la cura dei soggetti disabili. Ciononostante, gli anziani rappresentano la maggior parte dell'utenza di questi servizi.

presso famiglie come datori di lavoro per personale domestico. Riprendendo una metodologia già adottata in León e al. (2019) in uno studio sui lavoratori dei servizi alla prima infanzia in Italia e in Spagna, per meglio contestualizzare l'analisi le condizioni di lavoro nel settore in esame saranno comparate con quelle che caratterizzano le stesse figure professionali inquadrate però in un altro settore, che possa fungere da *benchmark*.

L'ipotesi è che i settori di intervento segnati da uno sviluppo più precoce e maggiormente inclusivi siano contraddistinti anche da un maggiore riconoscimento dei lavoratori ivi occupati, che si traduce in migliori condizioni di lavoro, pur a parità di profilo, rispetto ai settori di intervento più marginali e con una più larga rilevanza del mercato privato. Come settore di riferimento per quello della cura degli anziani non autosufficienti si è, quindi, deciso di considerare l'area dei servizi ospedalieri, storicamente più istituzionalizzata ed inclusiva, specie in seguito alla riforma universalistica del 1978 che introdusse il Sistema sanitario nazionale.

Per quanto riguarda la prima infanzia, si considereranno gli insegnanti di scuola dell'infanzia e gli addetti alla sorveglianza di bambini e professioni assimilate (che includono tate e baby-sitter). Queste categorie professionali saranno analizzate secondo il loro settore di impiego, così come definito da Istat, distinguendo tra: a) scuola dell'infanzia, b) servizi di asili nido e assistenza diurna per minori disabili, c) attività presso famiglie come datori di lavoro. Similmente all'analisi dei dati per l'area anziani, anche in questo caso si sono inclusi nell'analisi gli insegnanti della scuola primaria come *benchmark* con cui confrontare i profili occupati nella cura ed educazione della prima infanzia.

In questa analisi, per entrambi i settori, si considerano congiuntamente sia i servizi pubblici che quelli privati. Infatti, la base dati sfortunatamente non permette di distinguere gli impiegati pubblici da chi lavora in servizi pubblici ma tramite contratti di esternalizzazione o da chi è occupato nell'offerta privata.

Infine, la rilevazione sulle forze lavoro considera tutti i rapporti di lavoro da cui si riceva un guadagno, anche se basati solo su accordi verbali. Quindi, teoricamente, anche il lavoro sommerso viene incluso anche se probabilmente la sua quota è sottostimata a causa della indesiderabilità sociale di tali dichiarazioni. Nella nostra analisi, questa situazione è rilevante specialmente per le attività che vedono le famiglie come datori di lavoro, che sono tradizionalmente caratterizzate da una forte diffusione di lavoro sommerso.

RPS

Marco Adotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatelli

5. I lavoratori della cura: profili, caratteristiche e condizioni d'impiego

In questo paragrafo analizziamo in modo approfondito le caratteristiche dei lavoratori della cura nel nostro paese, considerando sia l'ambito della cura degli anziani che quello della prima infanzia. Ricordiamo che l'obiettivo dell'analisi è duplice. Da un lato, verificare se in ciascuno dei due settori emergono differenziazioni e disuguaglianze nelle condizioni di lavoro fra i diversi profili di lavoratori in termini normativi e retributivi; dall'altro, se le disuguaglianze eventualmente esistenti rispondono a logiche differenti, segnalando una prevalenza di elementi esplicativi specifici per area di intervento, o invece simili. In quest'ultimo caso, emergerebbe dunque piuttosto la rilevanza dei fattori che le due aree di intervento hanno in comune, propri del più ampio settore del *care*, come ampiamente discusso in letteratura (cfr. tra gli altri Naldini e Saraceno, 2008; Da Roit e Sabatinelli, 2013; Ranci e Sabatinelli, 2014).

5.1 La distribuzione dei diversi profili

In primo luogo, procederemo con il verificare la distribuzione delle categorie occupazionali considerate per classe Ateco.

Nel settore degli anziani (vedi tabella 6), la differenziazione/complessità delle diverse funzioni di cura svolte porta ad una distribuzione specifica dei vari profili che vede una netta prevalenza, pari all'80%, di operatori socio-sanitari (Oss) nei servizi ospedalieri. Incidenza che scende al 65% nel caso delle strutture residenziali di assistenza infermieristica, al 58% in quelle residenziali, per arrivare a circa 1/3 nell'assistenza domiciliare. Di converso, i profili professionali tipo Asa e «badante» diventano maggioritari nell'assistenza domiciliare, nonché coprono quasi per intero chi è impiegato direttamente dalle famiglie. La classificazione delle professioni fornita da Istat non permette purtroppo di distinguere le operatrici socio-assistenziali (Asa) dalle badanti (vedi sopra paragrafo 4), anche se l'incrocio dell'informazione del profilo professionale con il settore di impiego consente alcune supposizioni.

Infatti, nei servizi ospedalieri così come nelle strutture residenziali e nell'assistenza domiciliare, gli addetti all'assistenza personale sono tendenzialmente Asa, mentre per il personale assunto direttamente dalle famiglie la normativa non prevede la definizione di requisiti minimi di qualificazione, il che favorisce la diffusione dell'impiego di badanti senza certificazioni. Per tale motivo a seguire, pur essendo unitaria la

categoria occupazionale, nell'analisi delle caratteristiche emergenti all'interno di ciascuna classe Ateco faremo riferimento a tale distinzione. L'analisi della distribuzione dei profili professionali per settore conferma il quadro emerso sino ad ora. Se il 39% degli Oss lavora in ospedali e il 31% in strutture di assistenza infermieristica residenziale, solo il 20% è impiegato nella residenzialità senza servizi infermieristici e il 9% nell'assistenza domiciliare. Dall'altro lato, la distribuzione degli Asa per settori (senza considerare le famiglie come datori di lavoro) vede solo il 17% impiegato in strutture ospedaliere rispetto a circa il 31% impiegato nell'assistenza domiciliare, al 24% in strutture residenziali e al 28% in strutture di assistenza infermieristica a carattere residenziale.

Tabella 6 - Area anziani: distribuzione (%) dei lavoratori di ogni classe Ateco considerata per tipo di professione

	Servizi ospedalieri	Strutture di assistenza infermieristica residenziale	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Oss	78,9	65,4	57,9	31,5	0,8
Asa-Badante	21,1	34,6	42,1	68,4	99,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Nel caso della prima infanzia (vedi tabella 7) la corrispondenza tra professioni e settori di riferimento è ancor più nettamente determinata dalla differenziazione/complexità delle funzioni svolte. Nella scuola primaria, infatti, gli insegnanti di scuola primaria rappresentano la quasi totalità degli operatori, nella scuola dell'infanzia lo stesso accade per gli insegnanti di scuola dell'infanzia, che rappresentano una larga maggioranza anche nei nidi. Gli addetti alla sorveglianza mostrano una presenza minima nella scuola primaria, appena più significativa nella scuola dell'infanzia, sfiorano il 10% nei nidi, mentre rappresentano la totalità di coloro che sono impiegati presso le famiglie.

Come ci si attendeva, emerge una forte tendenza alla segregazione di genere in entrambi i settori. Infatti, le donne sono il 94% della forza lavoro occupata nella cura della prima infanzia e l'88% in quello della cura degli anziani.

Nel settore della cura degli anziani, anche la percentuale di lavoratori stranieri è significativa. Se tra gli operatori dei servizi ospedalieri è ri-

dotta (5%), la quota di addetti non italiani sale ad oltre il 15% sia nell'assistenza residenziale che in quella domiciliare. Tra le Asa-badanti arriva al 78%.

Tabella 7 - Area infanzia: distribuzione (%) dei lavoratori di ogni classe Ateco considerata per tipo di professione

	Istruzione primaria	Scuola dell'infanzia	Nidi	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Insegnante primaria	99,4	0,6	0,4	0,0
Insegnante scuola dell'infanzia	0,3	97,8	90,6	0,0
Addetti sorveglianza e assimilati	0,2	1,6	9,0	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazioni su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Nel settore dell'istruzione formale, invece, la presenza di lavoratori stranieri è quasi nulla, mentre tra il personale impiegato direttamente dalle famiglie è significativa (37%) anche se non raggiunge i livelli registrati nella cura degli anziani.

5.2 L'inquadramento contrattuale e la precarietà lavorativa

Osservando il tipo di inquadramento contrattuale, emergono ulteriori differenze a seconda della classe Ateco di riferimento. Considerando l'incidenza dei contratti a tempo determinato che rappresenta una «spia» di potenziali dinamiche di precarizzazione lavorativa, vediamo infatti come nel caso della cura degli anziani la quota di lavoratori con questo tipo di contratto è particolarmente bassa nei servizi ospedalieri (vedi tabella 8): in media è pari all'8% (nello specifico 7,5% tra gli Oss e 12% tra gli Asa). Nelle strutture residenziali, invece, la quota di lavoratori a termine sale in media ad oltre il 13% in quelle di assistenza infermieristica e al 16% in quelle che non hanno una particolare intensità sanitaria (ma è ben il 23% tra gli Asa). Nell'assistenza domiciliare non residenziale i contratti a termine sono il 22% senza differenze significative tra i due profili considerati. Tra gli addetti alla cura impiegati direttamente dalle famiglie, ovvero le badanti, i contratti a termine sono solo l'8%, ma va sottolineato che in queste situazioni i contratti, anche se nominalmente a tempo indeterminato, in sostanza dipendono dalla permanenza in vita del soggetto da accudire. Inoltre va ricordato che,

pur essendo inclusa – in via teorica – nei dati qui utilizzati anche la quota di lavoro sommerso, è presumibile una sottostima di questo fenomeno (vedi *supra*), che risulta tuttavia alquanto diffuso nel settore delle assistenti famigliari per anziani, tradizionalmente caratterizzato da una forte presenza di lavoro non contrattualizzato (Da Roit e Sabatini, 2013), per definizione connotato da precarietà.

Anche nella cura ed educazione della prima infanzia emergono differenze tra classi Ateco (vedi tabella 9). Nell'istruzione primaria e nella scuola dell'infanzia l'incidenza complessiva dei contratti a termine è rispettivamente pari al 12 e al 17%, mentre essa sale al 26% nel caso dei nidi. Inoltre, anche a parità di profilo, la quota di insegnanti dei nidi con contratti a termine è pari al 23% rispetto al 16% di insegnanti della scuola dell'infanzia e al 12% di quelle della scuola primaria. Tra il personale assunto direttamente dalle famiglie, principalmente baby-sitter e tate, la quota di precarietà contrattuale sale al 27%. Anche in questo caso, come per le assistenti famigliari, è però da notare che l'incidenza del lavoro non contrattualizzato è presumibilmente molto più ampia.

Tabella 8 - Area anziani: incidenza (%) lavoratori con contratto a tempo determinato

	Servizi ospedalieri	Strutture di assistenza infermieristica residenziale	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	Attività presso famiglie in qualità di datori di lavoro
Oss	7,5	13,3	10,3	23,9	0,0
Asa-Badante	12,1	13,7	23,3	21,8	8,2
Totale	8,5	13,5	16,3	22,2	8,2

Fonte: elaborazioni su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Tabella 9 - Area infanzia: incidenza (%) lavoratori con contratto a tempo determinato

	Istruzione primaria	Scuola dell'infanzia	Nidi	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Insegnante primaria	12,2	0,0	0,0	0,0
Insegnante scuola dell'infanzia	0,0	16,5	22,6	0,0
Addetti sorveglianza e assimilati	0,0	34,4	47,3	27,0
Totale	12,2	17,3	25,6	27,0

Fonte: elaborazioni su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

RPS

Marco Adotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatelli

5.3 L'inquadramento contrattuale e l'utilizzo del part-time

Dunque, se leggiamo questi dati anche alla luce della ricostruzione strutturale del sistema dei servizi condotta nel paragrafo 3, possiamo dire che la quota di lavoro non standard è maggiore tra i lavoratori collocati nei segmenti dei servizi di cura in cui il grado di istituzionalizzazione e di regolazione tende ad essere più debole, il ruolo degli attori privati più forte e il processo di informalizzazione della cura a livello «domiciliare/familiare» più spinto, sia per quanto concerne la cura degli anziani, sia nell'educazione dei bambini più piccoli. Dinamiche simili emergono anche da un'analisi del dato relativo alla diffusione del lavoro a tempo parziale (vedi tabelle 10 e 11). Per l'area anziani, la quota di lavoratori part-time passa dall'11% registrato nei servizi ospedalieri a ben oltre il 50% nel caso dell'assistenza sociale domiciliare. Tale aspetto si conferma anche a parità di profilo professionale, con una maggiore incidenza in particolare nei profili professionali più assistenziali come le Asa.

Tabella 10 - Area anziani: incidenza (%) lavoratori con contratto part-time

	Servizi ospedalieri	Strutture di assistenza infermieristica residenziale	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Oss	9,7	16,0	20,5	55,1	0,0
Asa-Badante	17,4	25,4	32,7	53,4	33,1
Totale	11,3	19,3	25,4	54,5	33,1

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Indagine sulle forze lavoro» (2017-2018).

Tabella 11 - Area infanzia: incidenza (%) lavoratori con contratto part-time

	Istruzione primaria	Scuola dell'infanzia	Nidi	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Insegnante primaria	6,5	0,0	0,0	0,0
Insegnante scuola dell'infanzia	0,0	10,8	33,1	0,0
Addetti sorveglianza e assimilati	0,0	51,9	71,9	71,9
Totale	6,5	11,5	36,0	71,9

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Indagine sulle forze lavoro» (2017-2018).

Per quanto concerne l'area infanzia, il part-time è ridotto fra le insegnanti della scuola primaria (6,5%) e della prima infanzia (10,8%), mentre raggiunge il 33% tra le educatrici degli asili nido.

Tra chi è impiegato direttamente dalle famiglie, orari part-time non sono la maggioranza nella cura degli anziani (che spesso necessitano di assistenza in ogni aspetto e momento della vita quotidiana). Come da previsioni, invece, tate e baby-sitter sono impiegate principalmente con orari ridotti: ben il 72% ha un orario di lavoro part-time e oltre la metà lavora meno di 20 ore settimanali.

L'elevata diffusione del part-time in un settore del mercato del lavoro che, come già detto, presenta una forte incidenza femminile potrebbe rappresentare all'apparenza un importante strumento – in un contesto come quello italiano, in cui permangono profonde asimmetrie di genere nelle responsabilità di cura – funzionale alla conciliazione famiglia/lavoro. Tuttavia, i dati analizzati indicano come, fra i settori e i profili dove è maggiore la diffusione dell'impiego a tempo parziale, in larga parte si tratta di una riduzione di attività lavorativa a carattere involontario. Infatti, a mano a mano che ci sposta dal settore ospedaliero a quello dell'assistenza domiciliare, passando dai profili più sanitari (Oss) a quelli più caratterizzati da prestazioni assistenziali di cura (Asa), la quota di part-time involontario (sul totale di coloro che sono impiegati a tempo parziale) aumenta, raggiungendo un'incidenza pari a due terzi e oltre rispettivamente nel comparto della residenzialità non infermieristica e in quello dell'assistenza domiciliare (vedi tabella 12).

Tabella 12 - Area anziani: incidenza (%) part-time involontario sul totale del lavoro a tempo parziale

	Servizi ospedalieri	Strutture di assistenza infermieristica residenziale	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Oss	43,3	46,7	51,7	61,9	0,0
Asa-Badante	37,7	59,4	75,0	76,0	81,3
Totale	41,5	52,5	63,6	71,8	81,3

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Nel settore dell'infanzia (vedi tabella 13), l'incidenza del part-time involontario fra le insegnanti si attesta al 43% nella scuola primaria, ad oltre il 50% nelle scuole dell'infanzia, per salire anche qui ad oltre il

70% in un settore, quello dei nidi, in cui come si è visto sopra l'incidenza del part-time è rilevante. Similmente, la quota di part-time involontario è particolarmente alta anche fra gli addetti alla sorveglianza di bambini, sia che essi siano impiegati negli asili nido che direttamente dalle famiglie.

Tabella 13 - Area infanzia: incidenza (%) part-time involontario sul totale del lavoro a tempo parziale

	Istruzione primaria	Scuola dell'infanzia	Nidi	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Insegnante primaria	43,2	0,0	0,0	0,0
Insegnante scuola dell'infanzia	0,0	52,9	71,8	0,0
Addetti sorveglianza e assimilati	0,0	84,8	81,6	74,0
Totale	43,2	55,0	73,0	74,0

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

5.4 La condizione salariale

Vediamo ora in che modo si caratterizza il lavoro nel settore della cura dal punto di vista della condizione salariale. In termini di salario percepito emerge chiaramente come, nell'area anziani (vedi tabella 14), l'ammontare mensile netto sia maggiore per gli operatori di qualunque tipo che lavorano all'interno del settore ospedaliero (oltre 1.200 euro), mentre scende leggermente tra gli operatori di strutture residenziali (1.100 circa). Tra gli operatori dell'assistenza domiciliare lo stipendio medio è di 900 euro circa al mese, mentre tra le badanti scende a 800 euro.

Differenze significative si riscontrano anche nella cura ed educazione della prima infanzia (vedi tabella 15). Infatti le insegnanti di scuola primaria guadagnano circa 1.400 euro al mese. Nella scuola dell'infanzia in media lo stipendio percepito dalle insegnanti è di 1.300 euro al mese. Le educatrici dei nidi, invece, ricevono circa 1.000 euro al mese. Questo gap è tendenzialmente costante per titolo di studio, anche se tra le laureate è meno intenso benché ancora rilevante (si veda tabella 16). Infatti, tra le educatrici dei nidi, il possedere la laurea si traduce in un leggero beneficio salariale. Tra le insegnanti delle scuole, invece, un titolo di studio più elevato non è collegato a stipendi maggiori, dato che gli aumenti salariali dipendono dagli scatti di anzianità basati sugli anni

di servizio svolto, che premiano dunque i lavoratori più anziani, perlopiù in possesso di diploma magistrale.

Tabella 14 - Area anziani: salario netto medio mensile, valori assoluti in €

	Servizi ospedalieri	Strutture di assistenza infermieristica residenziale	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Oss	1.239	1.161	1.140	940	-
Asa-Badante	1.230	1.086	1.023	867	812
Totale	1.237	1.135	1.094	893	812

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Tabella 15 - Area infanzia: salario netto medio mensile, valori assoluti in €

	Istruzione primaria	Scuola dell'infanzia	Nidi	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Insegnante primaria	1.423	-	-	-
Insegnate scuola dell'infanzia	-	1.312	1.043	-
Addetti sorveglianza e assimilati	-	1.064	705	592
Totale	1.423	1.310	989	592

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Tabella 16 - Area infanzia: salario netto medio mensile insegnanti/educatori per livello di istruzione, valori assoluti in €

	Diploma	Laurea
Primaria	1.442	1.393
Infanzia	1.322	1.277
Nidi	1.026	1.069

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

A quali elementi possono essere ricondotte queste differenze salariali tra i diversi profili? Nell'area anziani, se si stima la paga oraria, dividendo lo stipendio mensile per le ore lavorate dichiarate, si conferma che gli operatori socio-sanitari che lavorano in ospedale hanno una paga maggiore (8,7 euro all'ora) (vedi tabella 17).

Tabella 17 - Area anziani: stima retribuzione media oraria, valori assoluti in €

	Servizi ospedalieri	Strutture di assistenza infermieristica residenziale	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Oss	8,7	8,1	8,1	8,2	-
Asa-Badante	8,7	8,1	7,8	8,4	6,1
Totale	8,7	8,1	8,0	8,3	6,1

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Al contempo, nel confronto fra classi Ateco, vediamo come in questa circostanza non emergono, invece, differenze tra coloro che lavorano in strutture residenziali rispetto a coloro che sono impiegati nell'assistenza domiciliare (remunerati circa 8 euro all'ora). Dunque, le differenze nei salari percepiti per gli operatori di questi settori sembrerebbero essere largamente dovute – come visto in precedenza – alla maggiore quota di lavoratori part-time, spesso involontario, in particolare tra gli operatori dell'assistenza domiciliare. Si conferma, invece, per chi svolge lavoro di cura direttamente presso le famiglie – le badanti – una condizione salariale particolarmente problematica (6 euro all'ora). Va sottolineato che, almeno nei casi di convivenza (molto diffusi nel nostro paese), la bassa retribuzione può essere compensata in parte dalla copertura del vitto, nonché dal godimento della disponibilità gratuita dell'alloggio. Questa situazione presenta, però, altre problematiche come la perdita di tali fattori integrativi contestualmente alla perdita del lavoro, nonché la compressione della propria privacy e dei tempi di riposo.

Nel campo dell'educazione/istruzione, invece, la minore retribuzione delle educatrici degli asili nido non dipende solo dalla maggiore presenza di rapporti a tempo parziale. Infatti, la loro retribuzione oraria è, in media, inferiore ai 9 euro all'ora, rispetto ai 12 e ai 14 euro degli insegnanti di scuola dell'infanzia e di quella primaria (vedi tabella 18). Dunque, per le operatrici dei nidi la criticità è doppia: ad una maggiore presenza di part-time (involontario), si accompagna anche una minore retribuzione oraria, che amplia notevolmente il divario rispetto alle insegnanti sia della scuola primaria che della scuola dell'infanzia. A ciò si aggiunge un'ulteriore criticità che colpisce le operatrici degli asili nido impiegate in servizi privati o anche in servizi pubblici con gestione esternalizzata ad attori privati: durante il periodo estivo la fase di sospensione delle attività non risulta remunerata. Questo contribuisce ad abbattere ulteriormente le retribuzioni percepite su base annua.

Tabella 18 - Area infanzia: stima retribuzione media oraria, valori assoluti in €

	Istruzione primaria	Scuola dell'infanzia	Nidi	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Insegnante primaria	14,0	-	-	-
Insegnate scuola dell'infanzia	-	12,4	8,8	-
Addetti sorveglianza e assimilati	-	14,0	7,3	8,2
Totale	14,0	12,4	8,7	8,2

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

5.5 Le carriere lavorative

La scarsa capacità remunerativa di alcuni profili dipende anche dalla minore continuità lavorativa che li caratterizza, che a sua volta è causata – come in parte già visto sopra – dalla maggiore diffusione di rapporti non standard in alcuni delle classi Ateco considerate.

Tabella 19 - Area anziani: durata impiego presso datore di lavoro corrente, numero anni (valori medi)

	Servizi ospedalieri	Strutture di assistenza infermieristica residenziale	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Oss	12	11	10	10	-
Asa-Badante	12	10	5	6	4
Totale	12	10	7	7	4
<i>Lavoratori con meno di 45 anni di età</i>					
Oss	8	8	4	2	-
Asa-Badante	8	4	5	5	5
<i>Lavoratori con più di 45 anni di età</i>					
Oss	13	13	12	15	-
Asa-Badante	19	11	4	8	5

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Nella cura degli anziani (vedi tabella 19), gli operatori ospedalieri, che siano essi Oss o Asa, sono quelli da maggiore tempo impiegati con il datore di lavoro corrente: in media da 12 anni. Se nella residenzialità a

carattere infermieristico la durata media (10 anni) è vicina a quella dei dipendenti ospedalieri, questa è minore (7 anni) sia nelle strutture di assistenza residenziale che nei servizi domiciliari. In entrambi questi ultimi casi, sono gli operatori Asa che fanno registrare la minore continuità lavorativa con il datore di lavoro attuale (5 e 6 anni). Questo gap non dipende da fattori anagrafici, dato che l'età media sia di Asa che di Oss impiegati nelle strutture residenziali e nei servizi domiciliari è di circa 44 anni. Va, però, rimarcato che tra i lavoratori con un'età superiore ai 45 anni, il divario nella continuità lavorativa tra Asa e Oss è molto più marcato, con l'eccezione delle strutture ospedaliere (in cui gli Asa fanno registrare una continuità lavorativa maggiore rispetto agli Oss).

Anche nella cura della prima infanzia (vedi tabella 20) si nota come alcuni profili presentino situazioni più precarie. Le insegnanti delle scuole primaria e dell'infanzia sono in media da 18-17 anni con il datore di lavoro attuale, mentre il dato rilevato tra le educatrici dei nidi scende a 9 anni. Questa minore continuità delle educatrici dei nidi è doppiamente penalizzante. Infatti, non solo una maggiore precarietà è legata a retribuzioni minori ma, a parità di durata del rapporto di lavoro attuale, il divario tra il livello salariale degli operatori dei nidi e quello delle insegnanti sia della scuola dell'infanzia che della primaria è più elevato proprio per coloro che sono impiegati con il datore di lavoro corrente da meno di 20 anni (León e al., 2019), ovvero da quando ha iniziato ad aumentare significativamente sia l'offerta privata-privata sia l'offerta pubblica esternalizzata, nell'ambito delle quali sono applicabili contratti meno garantiti e generosi.

Tabella 20 - Area infanzia: durata impiego presso datore di lavoro corrente, numero anni (valori medi)

	Istruzione primaria	Scuola dell'infanzia	Nidi	Attività presso famiglie come datori di lavoro
Insegnante primaria	18	-	-	-
Insegnate scuola dell'infanzia	-	17	9	-
Addetti sorveglianza e assimilati	-	2	12	6
Totale	18	17	9	6

Fonte: Elaborazione su dati Istat «Rilevazione sulle forze lavoro» (2017-2018).

Sia nella cura degli anziani che in quella dei più piccoli, chi è assunto

direttamente dalle famiglie ha una continuità lavorativa ancora minore: 4 anni per gli anziani (a dimostrazione che l'alta percentuale di contratti a tempo indeterminato in questo profilo è solo virtuale) e 6 per i bambini. Se nel caso delle badanti la lunghezza del rapporto di lavoro è principalmente legata all'aspettativa di vita delle persone fragili che accudiscono, nella cura della prima infanzia rileva la maggiore (ancorché non esclusiva) concentrazione delle necessità di cura quando i bambini sono piccoli e non autonomi, e in particolare fino al compimento dei tre anni, quando la quasi totalità inizia a frequentare almeno per metà giornata la scuola dell'infanzia.

5.6 Un breve quadro di sintesi

In sintesi, l'analisi mostra come sia nel settore della cura degli anziani che in quello della prima infanzia sono presenti forti diseguaglianze interne nella diffusione delle condizioni di lavoro più problematiche.

Queste, se consideriamo per esempio variabili come l'incidenza di contratti a tempo determinato o del part-time involontario, risultano essere concentrate principalmente tra chi svolge attività di cura nell'assistenza domiciliare o familiare per quanto riguarda gli anziani e negli asili nido e tra tate e baby sitter per quanto riguarda i bambini.

Nel settore della cura della prima infanzia, emerge chiaramente anche un minore capacità salariale delle lavoratrici impiegate negli asili nido rispetto alle insegnanti della scuola dell'infanzia, che sono maggiormente allineate alle condizioni delle insegnanti di scuola primaria. La minore retribuzione dipende sia da una maggiore diffusione di contratti non standard e part-time che da una remunerazione oraria di partenza inferiore. Nella cura degli anziani, invece, le differenze negli stipendi percepiti sono principalmente legate proprio alla differente distribuzione del part-time (che colpisce maggiormente i lavoratori coinvolti nel settore della domiciliarità), con l'eccezione delle badanti che sono meno remunerate anche controllando per l'orario di lavoro.

6. Conclusioni

Dall'analisi condotta in questo articolo emerge un quadro fortemente problematico del lavoro di cura: un elemento che indica quella che può essere ritenuta una vera e propria sottovalutazione del ruolo centrale e strategico che i lavoratori della cura assumono invece oggi nella nostra società.

RPS

Marco Adotti, Andrea Parma, Costanzo Ranci e Stefania Sabatelli

Pur con tutte le cautele del caso, derivanti da un impianto di analisi che al momento considera solo una fotografia «statica» del fenomeno, emergono infatti in modo evidente una diffusione significativa di situazioni particolarmente critiche per i lavoratori coinvolti in questo settore, in termini di precarizzazione contrattuale, part-time involontario, bassi salari. Tratti la cui diffusione tende vieppiù ad accrescersi in quei segmenti dei servizi della cura, in primis servizi domiciliari, nidi, attività alle dirette dipendenze delle famiglie, in cui il grado di istituzionalizzazione e regolazione è più debole, così come è molto rilevante il ruolo del mercato privato.

Si tratta di processi che non possono che avere implicazioni particolarmente critiche dal punto di vista delle condizioni sostantive di vita dei lavoratori coinvolti, ma anche presumibilmente per quanto riguarda la qualità dei servizi offerti e la loro sostenibilità.

Infatti, quantunque gli effetti di tali processi sulla qualità dei servizi richieda un esame più preciso, sulla scorta della letteratura internazionale (CoRe, 2011, p. 49; Oecd, 2011, p. 14), si può ipotizzare che, in servizi ad alta intensità di lavoro e fortemente relazionali, le ripercussioni sui beneficiari di un peggioramento relativo delle condizioni di lavoro possano risultare talvolta assai problematiche, pur senza disconoscere i potenziali vantaggi che sul versante della domanda delle famiglie un'organizzazione più flessibile dei servizi stessi può avere.

La problematicità delle condizioni di lavoro rischia, infine, di avere implicazioni anche sulla stessa capacità di tenuta del settore dei servizi: l'attrazione e il mantenimento di capitale umano può risultare, infatti, in tali circostanze particolarmente difficile, minando in questo modo la capacità di risposta ad un bisogno, quello della cura, che come si è esplicitato in premessa è sempre più centrale nelle società contemporanee.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M. e Sabatinelli S., 2015, *Verso un sistema pre-scolare integrato? I servizi all'infanzia nella riforma la buona scuola*, «Politiche sociali/Social policies», n. 2, pp. 341-346.
- Arlotti M., Parma A. e Ranci C., 2020, *Politiche di Ltc e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, «Politiche Sociali/Social policies», n. 1, pp. 125-148.
- Ascoli U. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *The Italian Welfare State in a European Perspective*, Policy Press, Bristol.

- Atkinson C. e Crozier S., 2020, *Fragmented Time and Domiciliary Care Quality*, «Employee Relations: The International Journal», vol. 42, n. 1, pp. 35-51.
- Baumol W.J., 1967, *Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis*, «Am. Econ. Rev.», vol. 57, n. 3, pp. 415-426.
- Bonoli G., 2007, *Time Matters: Postindustrialization, New Social Risks, and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies*, «Comparative Political Studies», vol. 40, n. 5, pp. 495-520.
- Blöchliger H., 2008, *Market Mechanisms in Public Service Provision*, «Oecd Network on Fiscal Relations Across Levels of Government», Working Paper n. 6, COM/CTPA/ECO/GOV/WP(2008)6.
- Broadbent K., 2014, *I'd Rather Work in a Supermarket»: Privatization of Home Care Work in Japan*, «Work, employment and society», vol. 28, n. 5, pp. 702-717.
- Cerea S., Giannone M., Salvati A. e Saruis T., 2015, *I dilemmi dell'investimento sociale nelle politiche locali per l'infanzia*, in Ascoli U., Ranci C. e Sgritta G.B. (a cura di), *Investire nel sociale. La difficile innovazione del welfare italiano*, il Mulino, Bologna, pp. 75-99.
- CoRe, 2011, *Competence Requirements in Early Childhood Education and Care*, University of East London e Ghent University, disponibile all'indirizzo internet: http://ec.europa.eu/education/moreinformation/doc/2011/core_en.pdf.
- Daly T. e Szebehely M., 2012, *Unheard Voices, Unmapped Terrain: Care Work in Long-Term Residential Care for Older People in Canada and Sweden*, «Int J Soc Welfare», n. 21, pp. 139-148.
- Da Roit B. e Sabatinelli S., 2005, *Il modello mediterraneo di welfare tra famiglia e mercato*, «Stato e Mercato», n. 2, pp. 267-290.
- Da Roit B. e Sabatinelli S., 2013, *Nothing on the Move or Just Going Private? Understanding the Freeze on Care Policies in Italy*, «Social Politics», vol. 20, n. 3, pp. 430-453.
- Domberger S., Medowcroft S.A. e Thompson D.J., 1986, *Competitive Tendering and Efficiency: The Case of Refuse Collection*, «Fiscal Studies», vol. 7, n. 4, pp. 69-87.
- Dorigatti L., 2017, *Condizioni di lavoro nei servizi sociali: disintegrazione verticale e procurement pubblico*, «Stato e Mercato», n. 3, pp. 459-487.
- Dorigatti L., Mori A. e Neri S., 2018, *Pubblico e privato nei servizi sociali ed educativi: il ruolo delle istituzioni del mercato del lavoro e delle dinamiche politiche*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 219-231.
- Esping-Andersen G., 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, il Mulino, Bologna.
- Fargion V., 2000, *Timing and the Development of Social Care Services in Europe*, «West European Politics», n. 23, pp. 59-88.

- Fellini I., 2015, *Una via bassa alla decrescita dell'occupazione: il mercato del lavoro italiano tra crisi e debolezze strutturali*, «Stato e Mercato», n. 3, pp. 469-508.
- Ferrera M., 1996, *The Southern Model of Welfare in Social Europe*, «Journal of European Social Policy», n. 6, pp. 17-37.
- Ferrera M., Jessoula M. e Fargion V., 2012, *Alle radici del welfare all'italiana. Origini e futuro di un modello sociale squilibrato*, Marsilio, Padova.
- Ires-Cgil, 2009, *Il lavoro domestico e di cura: scenario, condizioni di lavoro e discriminazioni*, Rapporto di ricerca, Ires, Roma.
- Istat, 2019, *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/236666>.
- Istat, 2020, *Nidi e servizi educativi per l'infanzia giugno 2020. Stato dell'arte, criticità e sviluppi del sistema educativo integrato 0-6*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: https://www.istat.it/it/files//2020/06/report-infanzia_def.pdf.
- Istituto degli Innocenti, 2002, *I nidi d'infanzia e gli altri servizi educativi per i bambini e le famiglie*, Quaderno 21, Firenze.
- Kazepov Y. (a cura di), 2010, *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*, Ashgate, Farnham.
- Kazepov Y. e Ranci C., 2016, *Is Every Country Fit for Social Investment? Italy as an Adverse Case*, «Journal of European Social Policy», vol. 27, n. 1, pp. 90-104.
- León M., Pavolini E. e Rostgaard T., 2014, *Cross-National Variations in Care and Care as a Labour Market*, in León M. (a cura di), *The Transformation of Care in European Societies*, Houndmills Basingstoke, Palgrave Macmillan, pp. 34-61.
- León M., Ranci C., Sabatinelli S. e Ibáñez Z., 2019, *Tensions between Quantity and Quality in Social Investment Agendas: Working Conditions of Ecec Teaching Staff in Italy and Spain*, «Journal of European Social Policy», vol. 29, n. 4, pp. 564-576.
- Meagher G., Szebehely M. e Mears J., 2016, *How Institutions Matter for job Characteristics, Quality and Experiences: A Comparison of Home Care Work for Older People in Australia and Sweden*, «Work, employment and society», vol. 30, n. 5, pp. 731-749.
- Mef-Rgs, 2019, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Ministero dell'Economia e delle finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Rapporto n. 20, Roma.
- Naldini M. e Saraceno C., 2008, *Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms*, «Social Policy and Administration», vol. 42, n. 7, pp. 733-748.
- Neri S., 2017, *L'ibridazione dei servizi di cura e le conseguenze sul lavoro. Il caso dei servizi per l'infanzia comunali*, «Quaderni di Rassegna Sindacale», n. 2, pp. 93-110.

- Oecd, 2011, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Oecd, Parigi.
- Paci M., 1989, *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori, Napoli.
- Palier B. (a cura di), 2010, *A long good-bye to Bismarck. The politics of Welfare Reforms in Continental Europe*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Pasquinelli S. e Rusmini G., 2008, *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Dossier di Ricerca, Irs, <https://prospettive.socialiesanitarie.it/materiali/DOSSIER%20Badanti%20la%20nuova%20generazione.pdf>.
- Pierson P. (a cura di), 2001, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Ranci C. e Sabatinelli S., 2014, *Long Term and Child Care Policies in Italy between Familism and Privatisation*, in Leòn M. (a cura di), *The Transformation of Care in European Societies*, Palgrave Macmillan, Houndmills Basingstoke, pp. 233-255.
- Ranci C. e Pavolini E., 2015, *Le politiche di welfare*, il Mulino, Bologna.
- Savas E.S., 1987, *Privatization: The Key to Better Government*, Chatham House, Chatham, NJ.
- Sabatinelli S., 2016, *Politiche per crescere. La prima infanzia tra cura e investimento sociale*, il Mulino, Bologna.
- Saraceno C., 2016, *Varieties of Familialism: Comparing Four Southern European and East Asian Welfare Regimes*, «Journal of European Social Policy», n. 26, pp. 314-326.
- Taylor Gooby P. (a cura di), 2004, *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Cavalcoli D., 2017, *Le badanti in Italia*, Welforum, disponibile all'indirizzo internet: <https://welforum.it/il-punto/la-badante-non-basta-piu/badanti-in-italia/>.
- Wren A. (a cura di), 2013, *The Political Economy of the Service Transition*, Oxford University Press, Oxford.

Relazioni industriali e servizi di cura: frammentazione degli attori e della contrattazione tra pubblico e privato

Anna Mori e Stefano Neri

RPS

Negli ultimi decenni in Europa i servizi di welfare sono stati oggetto di profonde trasformazioni: di fronte alla necessità di soddisfare una domanda crescente di prestazioni di cura in un'epoca di crisi o di bassa crescita economica e, quindi, di risorse limitate, la pubblica amministrazione ha intensificato i processi di affidamento all'esterno dei servizi a privati. In tale contesto le relazioni di lavoro e le condizioni di lavoro sono state sottoposte a notevoli pressioni, per contenere il costo del lavoro e aumentare la flessibilità di utilizzo del personale.

Il presente contributo vuole offrire una ricostruzione dello stato dell'arte delle relazioni di lavoro nel settore dei servizi di welfare e, specificatamente, dei servizi sanitari, socio-educativi e della scuola, focalizzandosi in particolare sulle principali traiettorie di trasformazione che questi servizi hanno vissuto nell'ultimo decennio, sulla frammentazione degli attori nelle relazioni di lavoro di questo segmento produttivo e sulle relative tendenze e problematiche in atto nella contrattazione collettiva.

1. Le trasformazioni nei servizi di cura alla persona e il lavoro

Negli ultimi decenni in Europa i servizi di welfare e, al loro interno, quelli di cura alla persona sono stati oggetto di profondi cambiamenti, tuttora in pieno svolgimento, intrapresi sotto la spinta di pressioni contrastanti. Da una parte, le tendenze socio-demografiche di lungo periodo come la crescita della partecipazione delle donne al mercato del lavoro e l'invecchiamento progressivo della popolazione hanno portato ad una domanda crescente di servizi di cura (educativi, sanitari, socio-assistenziali); questi servizi inoltre sono in parte differenti rispetto al passato e devono essere forniti con una qualità mediamente più alta, per soddisfare le maggiori aspettative di una popolazione con tenore di vita più elevato.

Dall'altra parte, l'incremento della domanda, molto forte in diversi paesi, è stato fronteggiato in condizioni di austerità nella finanza pubblica, che ha messo in discussione la capacità delle autorità pubbliche

di fornire questi servizi, garantendo una copertura adeguata e una qualità soddisfacente del servizio. Ciò è risultato particolarmente evidente dopo la crisi economica e finanziaria del 2008-2009 e quella dei debiti sovrani degli anni successivi, soprattutto nei paesi dell'Europa del Sud (si vedano i saggi contenuti in Guillén e Pavolini, 2015).

Infatti, oltre a riforme strutturali (come quella delle pensioni nel 2012-2013 in Italia) e ai tagli nelle risorse destinate al finanziamento del welfare, le politiche di austerità hanno perseguito l'obiettivo di ridurre le dimensioni complessive del settore pubblico e il peso da questo esercitato sui bilanci pubblici, mediante un insieme di misure volte al contenimento della spesa per il personale e il calo progressivo degli effettivi. Tali misure hanno pienamente coinvolto i settori e gli enti dell'amministrazione pubblica incaricati dell'erogazione dei servizi sanitari, sociali e educativi (Neri e Mori, 2017; Neri, 2020).

La pandemia esplosa nel 2020 rischia di acuire tali difficoltà, dato che sta portando ad un aumento delle spese e ad un aggravamento della situazione debitoria di paesi come l'Italia, anche se, spinta dall'emergenza determinata dal Covid-19, l'Ue sembra avere allentato, se non abbandonato, l'orientamento all'austerità.

In queste condizioni, per garantire ed anzi incrementare quali-quantitativamente l'offerta di servizi di cura, le organizzazioni pubbliche hanno aumentato i processi di coinvolgimento del settore privato, incrementando in vario modo il ricorso all'esternalizzazione, ai meccanismi di accreditamento e convenzionamento o a forme di voucherizzazione dei servizi, soprattutto in ambito socio-assistenziale.

L'apertura all'offerta privata, perseguita in modo più esteso che in passato, ha un impatto molto rilevante non solo sulle condizioni di lavoro (Dorigatti e al., 2018, 2020), ma anche sulle relazioni industriali nei servizi di cura alla persona.

In particolare, l'esternalizzazione ha innescato due ordini di mutamenti nelle relazioni di lavoro, strettamente connessi tra loro. Prima di tutto, essa ha aperto l'ambito delle relazioni industriali nel settore pubblico ad un'ampia platea di nuovi attori, sia sul versante dei datori di lavoro, mutandone in profondità natura e composizione interna, sia su quello dei lavoratori, con cambiamenti molto profondi nelle strutture della rappresentanza e nella regolazione del lavoro. A ciò è seguita una trasformazione e una frammentazione dei tavoli di negoziazione e dei contratti collettivi di lavoro applicati al personale nei servizi, con un profondo mutamento delle logiche e dei meccanismi che regolavano e sottostavano quest'arena di relazioni d'impiego.

Data l'importanza del fattore lavoro nei servizi di welfare e, in particolare, in quelli di cura, il cambiamento nelle relazioni di lavoro è di estrema rilevanza, in quanto cambia il sistema delle regole, attori e meccanismi che presiedono alla definizione e alla regolamentazione dei rapporti di lavoro e delle condizioni di lavoro. Appare quindi più che opportuno un contributo dedicato a questi temi, nel contesto di questo numero della rivista.

Questo saggio propone una ricostruzione dello stato dell'arte delle relazioni di lavoro nel settore dei servizi di welfare e, specificatamente, di quelli di cura alla persona in Italia: in questo ambito includiamo il comparto sanitario, quello educativo limitatamente ai servizi per l'infanzia per bambini con meno di sei anni (principalmente asili nido e scuole dell'infanzia) e i servizi sociali.

Il paragrafo seguente fornirà un breve inquadramento teorico delle problematiche descritte in questa introduzione servendosi dell'apparato concettuale introdotto da alcuni famosi contributi sui «dilemmi» dei servizi di cura; il paragrafo 3 illustrerà i fattori determinanti l'elevato livello di complessità di questo settore, concentrandoci in particolare sulle conseguenze dei cambiamenti in atto nelle pubbliche amministrazioni; il quarto paragrafo sarà dedicato all'analisi dei temi della rappresentanza e dei sindacati nel settore e ci si concentrerà successivamente sulla contrattazione collettiva. Seguiranno alcune considerazioni finali.

2. I dilemmi dei servizi di cura: implicazioni per le relazioni di lavoro

La difficoltà di rispondere ad una domanda crescente di servizi di cura alla persona non è dovuta solo ad una condizione contingente di ristrettezza di risorse determinata dalle politiche di austerità. Essa va ricondotta a problematiche molto più ampie, che chiamano in causa direttamente la centralità del lavoro umano nei servizi di cura, dove viene impiegato in modo massiccio e difficilmente sostituibile dalle tecnologie, e con le sue caratteristiche costitutive, incentrate sulla relazione personale con gli utenti.

Per comprendere meglio questi aspetti possiamo fare riferimento al noto dilemma di Esping-Andersen (1990, 1999), basato sulla teoria della «malattia o trappola dei costi» di Baumol (*cost disease*) (1967).

Secondo Baumol, nei settori ad elevata produttività (*progressive sectors*) come quelli industriali ma anche in servizi come quelli bancari (Baumol, 2012), gli incrementi di produttività resi possibili dall'innovazione tec-

nologica sono tali da rendere possibile una crescita salariale senza che questa si ripercuota sui costi di produzione (anzi questi tendono a ridursi). L'aumento dei salari dei lavoratori dei settori ad elevata produttività ha un effetto di trascinamento sui salari dei lavoratori dei settori a bassa produttività (*stagnant sectors*), come i servizi di cura, la scuola, o anche i servizi come quello di polizia. In questi ambiti di attività le caratteristiche del lavoro rendono impossibile conseguire gli aumenti di produttività tipici dei settori *progressive* e anche le tecnologie, ove applicabili, sono di scarso aiuto avendo una bassa capacità di sostituire il lavoro umano o di accrescerne comunque la produttività operando a supporto dei lavoratori. I servizi di cura, con il loro carattere eminentemente relazionale, illustrano bene questo punto¹.

Nei settori *stagnant*, quindi, data la bassa produttività, l'adeguamento delle retribuzioni porta ad una crescita del costo del lavoro, quale componente fondamentale dei costi di produzione e, l'incremento si scarica sui prezzi dei beni e servizi erogati. Nel medio-lungo termine l'aumento dei prezzi dei servizi a bassa produttività ne limita l'acquisto da parte degli utenti/consumatori, ostacolando fortemente lo sviluppo dell'offerta, che rimane inadeguata rispetto alla domanda.

Nei servizi di cura questo fenomeno aiuta a spiegare come mai, al di là delle politiche di austerità, le potenzialità di sviluppo di questo settore non riescano a trovare adeguata espressione, nonostante la presenza di una domanda molto forte. Il risultato della crescita insufficiente dei servizi di cura è quello di non riuscire ad innescare un circolo virtuoso promuovendo la crescita dell'occupazione, soprattutto femminile, che stimolerebbe a sua volta l'espansione ulteriore di tali servizi (Hemerijck e al., 2000; Paci, 2006). Ne deriva inoltre il mancato verificarsi di quegli effetti ampiamente benefici, oltre che sul sistema produttivo, sulla riduzione delle diseguaglianze di genere e su quelle sociali di derivazione familiare, evidenziati dall'approccio del *social investment* (Esping-Andersen e al., 2011; per l'Italia si veda Ascoli e al., 2016).

Il problema derivante dalla trappola dei costi è stato configurato da Esping-Andersen (1990, 1999) come una scelta tra due alternative. Da una parte si può promuovere una forte de-regolazione dei rapporti di lavoro che favorisca un'espansione dei servizi mediante lo sviluppo

¹ Questo è vero, anche se gli sviluppi delle tecnologie dell'informazione, della robotica e dell'intelligenza artificiale in sanità stanno portando ad incrementi di produttività di entità molto rilevante e potrebbero mettere in dubbio nel tempo la validità della teoria della trappola dei costi per questo settore (cfr. Neri, 2019).

dell'offerta privata. Questa scelta rende possibile mantenere un basso livello di tassazione, ma comporta un forte peggioramento delle condizioni dei lavoratori dei servizi, i cui salari non possono tenere il passo con quelli dei lavoratori dei settori con elevata crescita della produttività. Si tratta della soluzione perseguita con più convinzione dai paesi anglosassoni e, in particolare, dagli Stati Uniti. Essa comporta l'accettazione di un elevato livello di disegualianza nei salari e nelle condizioni di lavoro tra i lavoratori.

Dall'altra, si può agire per espandere i servizi e, in particolare, quelli di welfare e di cura, attraverso un massiccio investimento pubblico sia dal punto di vista finanziario sia, ancora di più, come fornitore diretto di servizi. Ciò consente di mantenere una relativa eguaglianza tra i salari praticati nei settori ad alta e a bassa produttività, a beneficio anche dei lavoratori con minore qualificazione. Tuttavia, in questo caso è necessario ricorrere a livelli elevati di tassazione per finanziare i servizi, che sono percepiti come insostenibili nel contesto delle economie post-fordiste, tanto più nella fase attuale.

Il dilemma di Esping-Andersen diventa in sostanza un trilemma, nella formulazione di Iversen e Wren (1998), che inseriscono nello schema un terzo elemento, ossia l'adozione di politiche economiche ispirate ad una disciplina fiscale e di bilancio, conseguita principalmente mediante politiche di austerità nella finanza pubblica. Nell'economia dei servizi vi sono infatti tre obiettivi egualmente desiderabili da parte dei decisori pubblici, ma al massimo solo due possono essere perseguiti contemporaneamente: la crescita dell'occupazione; un basso grado di disegualianza retributiva e nel lavoro; la disciplina fiscale e di bilancio.

Nell'ultimo decennio i paesi dell'Europa continentale e, in particolare, quelli della zona euro hanno privilegiato la combinazione rappresentata dalla disciplina fiscale e di bilancio, conseguita mediante politiche di austerità, e la ricerca della crescita dell'occupazione (Ferrera, 2016), accettando di aumentare le disegualianze esistenti nel mercato del lavoro, nel sistema economico e nella società (si veda ad es. Emmenegger e al., 2011).

In tale contesto, le relazioni di lavoro sono state sottoposte a notevoli pressioni, al fine di contenere il costo del lavoro e di aumentare la flessibilità di utilizzo della forza lavoro. Nel settore pubblico, questo obiettivo si è combinato con quello della riduzione complessiva delle sue dimensioni e del peso esercitato sui bilanci pubblici, perseguiti, prima di tutto, mediante il contenimento della spesa per il personale e il calo progressivo degli effettivi. Si sono così innescate trasformazioni molto

profonde nelle pubbliche amministrazioni, determinando, forse, un cambiamento strutturale di natura epocale nel settore pubblico, nella sua struttura e nelle relazioni di lavoro (Bach e Bordogna, 2016).

È proprio da queste trasformazioni che occorre partire per comprendere i caratteri assunti sia dalla regolazione del lavoro sia dalle relazioni industriali nei servizi di cura. Entrambe queste dimensioni, che si pongono all'incrocio tra pubblico e privato, sono caratterizzate da un grado di frammentazione e di complessità difficili da gestire. In tale contesto, la pubblica amministrazione non solo costituisce l'attore che ha promosso questo esito in modo determinante, anche se non sempre consapevole, ma rappresenta anche l'unico che possa aiutare ad uscire dalle difficoltà create dalla iper-frammentazione.

3. Le trasformazioni della pubblica amministrazione e i servizi di cura

Il ruolo dello Stato nei servizi di cura è fondamentale: lo Stato (comprendendo con questo termine anche regioni, enti locali ed altri enti pubblici) non è solo il regolatore e la principale fonte di finanziamento, ma è anche un importante fornitore di servizi (il principale in sanità e anche nei servizi educativi 0-6 anni). Pertanto, nel mercato del lavoro e nei sistemi di relazioni industriali, lo Stato può essere coinvolto non solo come regolatore e come terza parte nella contrattazione collettiva e nel dialogo sociale, ma anche come datore di lavoro diretto del personale pubblico che opera nelle sue unità a gestione diretta.

Come si è accennato, nel campo del welfare da alcuni decenni le pubbliche amministrazioni si trovano di fronte alla necessità di assicurare un numero crescente di prestazioni, di qualità adeguata. Questi compiti devono essere assolti in un contesto socio-economico, ma anche politico, orientato a ridurre il peso del settore pubblico sull'economia e sul sistema produttivo, reputando il welfare state tradizionale ormai insostenibile nel contesto della globalizzazione economica e finanziaria.

Le risposte fornite dalle autorità pubbliche e dalle pubbliche amministrazioni incaricate dell'erogazione dei servizi di cura sono state di due tipi. Prima di tutto, le esigenze di contenimento della spesa e le restrizioni di bilancio hanno spinto ad intensificare l'adozione di tecniche e logiche manageriali all'interno delle unità di produzione a gestione pubblica e degli apparati amministrativi in cui queste unità sono inserite (Klenk e Pavolini, 2015). Si tratta di un fenomeno in continuità con le riforme avviate a partire dagli anni ottanta-novanta del Novecento

all'insegna del *New Public Management* o *Npm* (Hood, 1991; Pollitt e Bouckaert, 2011).

Inoltre, come si è già accennato, sono proseguiti e si sono intensificati i processi di affidamento all'esterno dei servizi, in particolare (ma non solo) a soggetti privati, e in qualche caso anche di vera e propria privatizzazione delle strutture pubbliche. Cresce anche l'affidamento di servizi a gestione diretta a soggetti partecipati dalle pubbliche amministrazioni, dotati di gradi variabili di autonomia e di personalità giuridica propria, spesso privata (Neri, 2020).

All'incrocio tra queste due tendenze, si è diffuso sempre di più l'utilizzo di meccanismi di mercato o quasi-mercato (Le Grand e Bartlett, 1993) per la regolazione dell'offerta di servizi finanziata in tutto o in parte con risorse pubbliche: a tali meccanismi sono tendenzialmente sottoposti sia i fornitori pubblici sia quelli privati, nel settore sanitario così come in quello socio-assistenziale ed educativo, seppure in forme diverse tra loro.

Anche l'affermazione di principi come quello della libertà di scelta del fornitore di servizi, da parte dell'utente, e l'utilizzo di strumenti che cercano di tradurre concretamente questo principio, dal lato della domanda (come i voucher o i «buoni» di diverso tipo) e da quello dell'offerta (pensiamo ai meccanismi di accreditamento), vanno inseriti all'interno di tendenze alla mercatizzazione e consumerizzazione dei servizi di cura e delle prestazioni di welfare (Clarke e al., 2007).

Uno degli esiti principali di questi processi è la riduzione complessiva dei servizi a gestione diretta forniti dalla pubblica amministrazione e la crescita della fornitura di soggetti esterni, principalmente di natura privata. Questo comporta il ridisegno, deliberato o implicito, delle relazioni tra soggetti pubblici e privati, con la costruzione di reti che comprendono le organizzazioni, pubbliche e private, coinvolte nella programmazione ed erogazione dei servizi. I rapporti tra pubblico e privato, così come quelli tra diverse organizzazioni pubbliche sono sempre più improntati a relazioni di tipo contrattuale, secondo una tendenza avviata da tempo in sanità e nel welfare locale socio-assistenziale (Bifulco, 2015), ma presente nella pubblica amministrazione nel suo insieme (Bobbio, 2000).

In paesi come l'Italia, l'affidamento di servizi precedentemente gestiti in economia dai soggetti pubblici e, in particolare dagli enti locali, è indirettamente ma chiaramente incentivato da una legislazione che, a partire dalla fine del 2006 ma in modo più intenso dal 2010, ha posto vincoli e limitazioni sia alla spesa per il personale sia alle possibilità di

assunzione e di turn-over delle pubbliche amministrazioni (Neri, 2020; Neri e Mori, 2017).

Tali vincoli sono mutati quasi ogni anno, risultando più intensi nella prima parte del decennio e attenuati in epoca più recente. Tuttavia, contrariamente a quanto spesso si pensa, non sono affatto scomparsi: la sostituzione dei vecchi meccanismi basati sulle percentuali di spesa per assunzioni calcolate sulla spesa sostenuta per i dipendenti cessati dal servizio negli anni precedenti, con il criterio della sostenibilità finanziaria ha finito per penalizzare gli enti (in particolare i comuni) che hanno una dotazione più ampia di servizi a gestione diretta. Questo è infatti l'esito, voluto o meno, dell'introduzione del meccanismo dei «valori soglia» definiti come percentuale della spesa per il personale sulle entrate correnti degli anni precedenti, introdotto dal decreto legge 34/2009 e poi precisato dal d.p.c.m. del 17 marzo 2020 («cura Italia») e da successivi circolari del Ministero dell'Interno (per una descrizione dettagliata, si rimanda a Neri, 2020). Ne deriva un ulteriore incentivo o costrizione alla riduzione dei servizi a gestione diretta, tenendo anche presente la riduzione delle entrate fiscali causata dal *lockdown* e dall'emergenza coronavirus, con effetti molto rilevanti sulla finanza degli enti locali.

Nel complesso, secondo i dati del Rendiconto generale dello Stato della Ragioneria generale dello Stato (Rgs), tra il 2009 e il 2018 i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono passati da 3.376.082 a 3.224.882 (-4,5%) (Mef-Rgs, 2019)². In termini percentuali, il comparto contrattuale in cui sono inseriti i ministeri (le funzioni centrali) è quello che subisce il calo più forte (18,9% dei dipendenti, ossia 54.582 addetti). In termini assoluti, però, è il comparto in cui sono inseriti comuni e regioni (le funzioni locali) quello che, in termini assoluti, ha fornito il maggiore contributo alla riduzione dei dipendenti pubblici, passando da 593.498 dipendenti nel 2009 a 512.114 nel 2018, con un calo di 81.384 addetti, pari al 13,7% (Mef-Rgs, 2019). La diminuzione dei dipendenti è più forte nel 2015 (-3,5% rispetto al 2014) e presenta tassi di riduzione che vanno ben oltre il 2% tra il 2010 e il 2011, ma anche nel triennio 2016-2018, a testimonianza del perdurare delle politiche di contenimento del personale degli enti locali e della persistenza degli effetti delle misure messe in atto nella prima parte del decennio. Il numero di dipendenti

² La riduzione è più forte (-6,3%) se il raffronto viene effettuato a parità del numero di enti considerati: infatti, nel 2011 e nel 2014, nella rilevazione della Ragioneria generale dello Stato sono stati inseriti enti precedentemente non censiti, che contano rispettivamente circa 24.000 e 34.000 dipendenti (Mef-Rgs, 2019).

comunali per 1.000 abitanti passa da 8,04 nel 2007 (7,75 nel 2009) a 6,40 dipendenti per 1.000 abitanti nel 2016 (-20,4%), con una forte variabilità tra le regioni: limitandosi alle regioni a statuto ordinario, si va infatti da 8,07 per 1.000 abitanti in Liguria a 4,08 per 1.000 abitanti in Puglia (Ifel, 2018). In sanità i dipendenti del Servizio sanitario nazionale passano da 693.600 nel 2009 a 648.507 nel 2018, con una riduzione complessiva del 6,5% (Mef-Rgs, 2019). Le contrazioni più rilevanti si verificano tra il 2011 e il 2012 (-1,3%) e tra il 2014 e il 2015 (-1,6%). Mentre si riduceva il numero di dipendenti, cresceva fortemente la spesa per acquisti di beni e servizi. Se prendiamo i comuni ed elaboriamo i dati sui bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali, emerge infatti che la spesa corrente complessiva per beni e servizi è passata da 22 miliardi e 900 milioni di euro nel 2007 a oltre 37 miliardi e 300 milioni di euro nel 2018, con un aumento di poco meno del 39% in 11 anni. Restringendo il confronto al periodo successivo alla crisi del debito sovrano italiano (2010-2011), tra il 2012 e il 2018 la quota della spesa corrente per acquisti di beni e servizi sul totale della spesa corrente dei comuni è passata dal 53,0% al 54,3% del totale, con una punta del 54,7% nel 2017; pur con qualche approssimazione, si può invece calcolare che la spesa corrente per il personale sia passata dal 28,3% al 25,5% del totale delle spese correnti, con una riduzione del 2,8% (elaborazioni su dati Istat, 2020).

La riduzione dei dipendenti pubblici e dei servizi di cura a gestione diretta pubblica e l'espansione della fornitura privata hanno conseguenze molti rilevanti per un settore in cui la regolazione pubblica e quella privata del lavoro sono tradizionalmente molto differenti, con condizioni di lavoro migliori per i lavoratori nel settore pubblico che nel privato (Dorigatti e al., 2018, 2020). Queste differenze, che riguardano anche il rapporto di lavoro e le relazioni industriali, in buona parte permangono nonostante la privatizzazione del pubblico impiego degli anni '90 e i processi di riforma della pubblica amministrazione italiana complessivamente ispirati al Npm (seppure non sempre in modo coerente) variamente intrapresi a partire da quel decennio fino ad oggi e le spinte al controllo del costo del lavoro e, almeno indirettamente, ad un avvicinamento alla regolazione privata connesse alle politiche di austerità (si vedano i contributi contenuti in dell'Aringa e Della Rocca, 2017).

Inoltre, le politiche di contenimento dei costi delle amministrazioni pubbliche hanno esercitato una pressione al ribasso sui corrispettivi garantiti ai privati incaricati in vario modo della fornitura dei servizi (convenzionamenti, appalti, accreditamento con contratto di servizio come

in sanità), favorendo una deregolamentazione del mercato del lavoro e un generale deterioramento delle condizioni salariali e lavorative (Luciarini, 2020; Dorigatti e al., 2018).

RPS

4. Frammentazione degli attori delle relazioni industriali

Le dinamiche descritte nei paragrafi precedenti hanno innescato una profonda trasformazione nella gestione dei servizi di cura in Italia, allargando la fornitura ad una pluralità di agenti diversi dalle pubbliche amministrazioni, tradizionalmente preposte in qualità sia di finanziatrici che di dirette produttrici dei servizi stessi. Si tratta di un'ampia platea di organizzazioni private con e senza scopo di lucro, imprese cooperative e operatori individuali nel caso dei servizi socio-sanitari, che operano come fornitori per conto dello stato, nelle sue differenti articolazioni territoriali, attraverso contratti di appalto, convenzionamenti, accordi di servizio (come in sanità), o altre forme di erogazione di servizi con diverso grado di coinvolgimento e di responsabilità delle pubbliche amministrazioni. In una rete così articolata, il mercato interno del lavoro collegato a questi servizi è inevitabilmente, mutato, innescando una frammentazione senza precedenti degli attori coinvolti nell'arena della contrattazione collettiva.

Gli agenti nelle relazioni d'impiego nel segmento pubblico del welfare, se originariamente presentavano tratti strutturali distintivi, separati da quelli che caratterizzavano il settore privato, nel corso degli ultimi decenni la loro peculiarità si è gradualmente erosa. Storicamente, infatti, lo Stato, nella sua molteplice veste di regolatore, datore di lavoro pubblico, fornitore di servizi pubblici e diretto finanziatore ha a lungo giocato un ruolo cruciale nella definizione dei confini funzionali all'interno dei quali gli attori e le istituzioni delle relazioni industriali avevano titolarità ad agire, delle parti sociali ammesse in quest'arena e dell'impalcatura regolativa da adottare.

Su questo sfondo, sul fronte datoriale pubblico nel 1993 (e successivi interventi legislativi di modifica intervenuti nel 1997 e nel 2001) venne appositamente istituita per legge l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran), un ente centrale indipendente specificatamente preposto alla rappresentanza monopolistica e obbligatoria di tutte le pubbliche amministrazioni nella contrattazione collettiva a livello nazionale. La creazione dell'Aran rifletté la volontà politica di centralizzare le trattative nel settore pubblico, sostituendo la

molteplicità di agenti pubblici precedentemente coinvolti ai tavoli negoziali e di isolare il processo di contrattazione dalle interferenze politiche e parlamentari, garantendo così maggiore trasparenza e un maggior grado di autonomia alle parti (Bordogna, 2016). Quest'importante innovazione nella rappresentanza datoriale pubblica ha permesso, inoltre, di superare il problema dell'efficacia generale dei contratti collettivi, realizzandone nella pratica un'estensione universale a tutto il comparto pubblico di riferimento (Carinci e Carinci, 1993): lo Stato, in qualità di datore di lavoro pubblico ha, in tal modo, garantito uniformità contrattuale a tutti gli enti pubblici coinvolti nei servizi di cura: dalle strutture ospedaliere a agli enti locali responsabili della fornitura dei servizi sociali e di quelli per la prima infanzia sul territorio di propria competenza³.

Anche sul versante sindacale la scelta delle organizzazioni alle quali venne attribuito il potere di rappresentanza negoziale – quindi ammesse ai tavoli negoziali come controparte dell'Aran – è caratterizzata da una forte giuridificazione. Nonostante le tre principali confederazioni italiane – Cgil, Cisl e Uil – abbiano storicamente rappresentato la grande maggioranza del personale pubblico, la struttura della rappresentanza nel settore pubblico del welfare è sempre stata caratterizzato da una marcata e composita frammentazione organizzativa che va ben oltre la divisione storica lungo le direttrici politiche e ideologiche seguite dalle tre confederazioni. Tale frammentazione è dovuta alla proliferazione di sindacati autonomi (o indipendenti) non affiliati alle tre confederazioni: le loro origini risalgono alla tipica segmentazione professionale e occupazionale del mercato interno del lavoro pubblico e la cui moltiplicazione è stata facilitata dal potere altamente dirompente di cui godono questi lavoratori grazie alla posizione strategica ricoperta nel mercato del lavoro (Bordogna e al., 1999). Più di cinquecento sindacati nel settore pubblico in generale sono stati registrati all'Aran, di cui la gran parte ha meno di dieci membri: un numero così trascurabile di iscritti da poterli definire sindacati «personali» o «quasi personali» (Bordogna e Pedersini, 2019, p. 213).

Per superare questa frammentazione, criteri chiari sono stati fissati per legge per misurare il grado di rappresentatività effettiva dei sindacati

³ Fanno parziale eccezione le scuole dell'infanzia pubbliche che, se statali, adottano il contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto istruzione e ricerca (ex scuola), se comunali, il contratto degli enti locali. Le differenze nelle condizioni economico-normative tra i due contratti sono rilevanti (Mari, 2016).

nel settore. Ai sensi del decreto legislativo n. 396/1997 un sindacato è considerato rappresentativo nel settore se raggiunge una soglia di almeno il cinque per cento nel comparto di riferimento, soglia calcolata come valore medio tra il dato associativo e quello elettorale. Il parametro associativo corrisponde alla percentuale di membri affiliati sul numero totale di iscritti al sindacato nel comparto. Il criterio elettorale, invece, corrisponde alla percentuale di voti raccolti da un sindacato sul totale dei voti nelle elezioni per gli organi di rappresentanza dei lavoratori sul posto di lavoro. La rappresentatività è controllata e certificata dall'agenzia Aran ogni tre anni. La certificazione della rappresentatività è cruciale poiché solo le organizzazioni selezionate ottengono il diritto di partecipare alla contrattazione collettiva nazionale di settore. Secondo i dati sulla rappresentatività certificati dall'Aran, nel triennio 2019-2021 nel comparto funzioni locali, nel quale rientrano i lavoratori pubblici occupati nei servizi sociali e negli asili nido, solamente quattro sigle sindacali su un totale di 128 sindacati registrati nel settore ai fini dell'accertamento della rappresentatività superano il valore soglia del 5% (Fp Cgil con il 34,81%; Fp Cisl con il 27,67%; Fpl Uil con il 18,23% e Csa Regioni Autonomie Locali con un valore di 8,09%). Nel comparto sanitario, similmente, sei organizzazioni sindacali su 116 sigle (in ordine Fp Cgil con il 23,14%; Fp Cism con il 22,45%; Fpl Uil con il 18,83%; Fials con un valore pari a 11,43%; Nursind con il 9,15% e Nursing up attestandosi a 7,34%), mentre nel comparto istruzione e ricerca, che include il personale delle scuole per l'infanzia statali, sei sindacati su ben 175 sigle registrate sono legittimamente ammessi ai tavoli (Cisl Fsur con il 24,73%; Flc Cgil con il 24,01%; Federazione Uil Scuola Rua che si attesta al 15,60%; Snals Confsal al 13,65%; Federazione Gilda Unams con il 9,24% e Anief con un valore pari a 6,16%)(Aran, 2020).

Una siffatta infrastruttura regolativa della rappresentanza, seppur mostrando una grande capacità selettiva che ha permesso una drastica semplificazione dei tavoli di contrattazione nei servizi pubblici, si rivela però inapplicabile nel mutato scenario dei servizi di cura. L'arena pubblica delle relazioni di lavoro, fortemente regolata dal potere autoritativo dello Stato – che ha permesso di mantenerla a lungo stabile e relativamente protetta dalle pressioni del mercato – ha gradualmente perso i propri tratti strutturali in seguito all'apertura alla competizione e alla regolazione del mercato, con il coinvolgimento più ampio dell'offerta privata. Peraltro, i tentativi di introdurre meccanismi di certificazione della rappresentatività sia per le organizzazioni sindacali sia per

quelle datoriali, seppur rappresentando importanti innovazioni nel sistema di relazioni industriali italiano non hanno ancora trovato compiuta applicazione. I due accordi interconfederali di riferimento – il cosiddetto «Testo unico sulla rappresentanza» del 10 gennaio 2014 e quello del 9 marzo 2018 «Contenuti e indirizzi delle relazioni industriali e della contrattazione collettiva di Confindustria e Cgil, Cisl e Uil» – riprendono la struttura della misurazione certificata della rappresentanza adottata nel settore pubblico, ma essendo di matrice pattizia, e non legislativa come nel settore pubblico, al momento vincolano solo le parti segnatarie.

Di conseguenza, la fornitura di servizi di cura da parte di organizzazioni di diritto privato moltiplica notevolmente gli interessi sul fronte della rappresentanza datoriale. Nuove associazioni di rappresentanza delle imprese entrano nell'arena delle relazioni di impiego, portando avanti interessi spesso profondamente contrastanti rispetto alla finalità dello stato. Se le prime rappresentano organizzazioni che operano in un regime mercato e che seguono, in ultima istanza, la logica del profitto, l'autorità pubblica, viceversa ha l'obiettivo ultimo di fornire servizi universali e di qualità su tutto il territorio di competenza, a prescindere dalla redditività dell'attività.

Tra le principali associazioni di categoria nel comparto istruzione si distinguono, per numerosità degli enti affiliati (si veda anche Mari, 2016): la Federazione italiana scuole materne (Fism), che rappresenta circa 8.000 scuole materne di ispirazione cattolica; l'Associazione gestori istituti dipendenti dall'autorità ecclesiastica (Agidae), anch'essa di matrice cattolica, e l'Associazione nazionale istituti non statali di educazione e di istruzione (Aninsei), associazione laica affiliata a Confindustria che raggruppa più di 500 istituti distribuiti tra i diversi livelli di istruzione. Parimenti, nel settore sanitario, importanti associazioni di categoria private occupano la scena dei servizi di cura pubblici: l'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop), affiliata a Confindustria, rappresenta 550 strutture sanitarie e circa 330 datori di lavoro organizzati sotto forma di grossi gruppi di imprese (per esempio il Gruppo San Donato, l'Humanitas o il Villamaria); la seconda associazione in termini dimensionali è l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), la quale conta circa duecento strutture di ispirazione cattolica; e infine la Fondazione Don Carlo Gnocchi che rappresenta ventotto strutture sanitarie. Nel settore della fornitura dei servizi sociali e socio-assistenziali quattro associazioni nazionali operano in segmenti diversi di mercato, di cui tre organizzano il mondo iper-atomizzato del cooperativismo ti-

pico del tessuto produttivo italiano. In ordine di grandezza in termini di forza lavoro occupata troviamo Confcooperative Federsolidarietà che organizza circa 6.250 cooperative; circa 2.700 cooperative di grandi dimensioni sono affiliate a Legacoop sociali, di cui 1.670 attive nella fornitura di servizi sociali; infine circa 7,000 cooperative di piccole dimensioni sono registrate presso l'Associazione generale cooperative italiane (Agci-Solidarietà). A queste si aggiungono l'Unione nazionale cooperative italiane (Unci) di matrice cattolica e l'Ancos (Associazione nazionale cooperative sociali). All'esperienza cooperativa si affianca l'associazione di categoria cattolica Uneba (Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale) che raccoglie circa mille istituti. Un aspetto di cruciale importanza legato all'allargata platea di attori che operano sul versante datoriale è il fatto che ciascuno di questi negozia e applica il proprio contratto collettivo, come vedremo nel paragrafo seguente.

Oltre alla moltiplicazione delle associazioni degli interessi dei datori di lavoro, nel settore privato, a differenza del pubblico, non vige per le imprese e le organizzazioni il principio di obbligatorietà né nell'adesione ad un'associazione di categoria né nella rappresentanza ai tavoli negoziali. L'ingresso di grandi multinazionali nella platea di soggetti produttori non di rado ha portato alla firma di accordi separati, preferendo questi grandi gruppi non aderire ad alcuna associazione di rappresentanza. In altri casi, frequenti tra le numerose cooperative cosiddette spurie operanti nei servizi sociali e socio-sanitari, la scelta imprenditoriale è di non aderire ad alcuna associazione di rappresentanza con lo scopo precipuo di applicare discrezionalmente tra diversi contratti collettivi sottoscritti quello ritenuto più vantaggioso, invece che vincolarsi a quello negoziato dall'associazione di appartenenza. Peraltro, in tal modo, queste cooperative sono riuscite ad eludere i controlli degli standard dei servizi e delle condizioni tecniche e materiali che le associazioni di rappresentanza svolgono periodicamente tra i propri affiliati. Specularmente, è aumentato anche il numero di sigle sindacali legittimamente ammesse ai tavoli negoziali e che possono, quindi, siglare accordi applicabili nel mercato del lavoro privato del welfare, dove i tentativi di introdurre meccanismi di certificazione della rappresentatività dei sindacati non hanno ancora trovato compiuta applicazione. L'accesso pressoché universale alla contrattazione collettiva nazionale ha innescato sfide alle associazioni di rappresentanza di varia natura. Un primo ordine di problemi interessa l'organizzazione interna delle tre principali confederazioni sindacali, che si sono tradizionalmente strut-

turate in categorie su base settoriale. La categoria della Funziona Pubblica è preposta quindi alla rappresentanza nel comparto delle funzioni locali e della sanità sia pubblica che privata (rispettivamente Fp Cgil, Fp Cisl e Fpl Uil), mentre una categoria separata organizza il comparto pubblico e privato dell'istruzione (Flc Cgil, Fsur Cisl, Federazione Uil Scuola Rua). Quest'organizzazione interna si scontra con una marcata rigidità nel momento in cui lavoratori e lavoratrici di altri settori iniziano ad essere impiegati in attività che tradizionalmente ricadevano all'interno del comparto pubblico. È questo il caso dei servizi appaltati, all'interno dei quali viene impiegata una forza lavoro segmentata fornita da datori di lavoro di diversa natura – pubblico, privato for profit, imprese cooperative – le cui condizioni di lavoro sono regolate da contratti collettivi di settore merceologici differenti (Dorigatti e al., 2018, 2020; Mori, 2020). Non di rado nell'alveo dei servizi socio-assistenziali sono coinvolte le categorie del terziario delle confederazioni (per loro articolazione interna in particolare Fisascat Cisl e Uiltucs), coinvolte ai tavoli negoziali nel settore privato: la compresenza ha creato però sovrapposizioni nell'azione organizzativa e innescato un principio di competizione nel reclutamento di nuovi iscritti.

Un secondo ordine di problemi riguarda la proliferazione di sigle sindacali legittimate a firmare accordi a tutti gli effetti esigibili da parte delle imprese nel settore, seppur si tratti di sindacati poco o per nulla rappresentativi, con un numero trascurabile di deleghe in azienda, spesso afferenti al mondo del sindacalismo autonomo di base. Nel settore sanitario, per esempio, una serie di sigle sindacali, non risultate rappresentative in base alla misurazione certificata che è stata effettuata dall'Arasn, firmano regolarmente accordi nella sanità privata operante in regime di accreditamento per il pubblico, come ad esempio Ugl Sanità, Anpo, Aupi, Cisal Fpc. A queste si aggiungono ulteriori sigle minori che organizzano lavoratori nel privato e firmano accordi sindacali come il Civemp, Cimop, S.I.Dir.S.S, Si.Na.Fo., Sds-Snabi. Anche il segmento dei servizi socio-assistenziali è particolarmente esemplificativo in questo senso: come vedremo nel paragrafo successivo non solo il numero di contratti collettivi firmati è ampio, ma sono numerosi quelli sottoscritti da sigle assolutamente minoritarie nel panorama dalla rappresentanza nel settore, come nel caso del Ccnl per i dipendenti e soci delle cooperative sociali esercenti nel settore socio-sanitario, assistenziale – educativo e di inserimenti lavorativo firmato dal sindacato Cisl Terziario e da due piccole associazioni datoriali – Uinci e Ancos.

L'effetto combinato di queste dinamiche ha contribuito, come ve-

dremo nel prossimo paragrafo, all'ulteriore deregolazione del settore, con un aumento della frammentazione della contrattazione.

5. *Tendenze e problematiche in atto nella contrattazione collettiva*

Le trasformazioni socio-economiche in atto nell'arena del welfare hanno avuto considerevoli ricadute anche sulla contrattazione collettiva. Le relazioni di lavoro nel settore pubblico hanno storicamente rappresentato un'eccezione all'approccio volontaristico che caratterizza il modello italiano nel settore privato, plasmate «dal maggior grado di giuridificazione e dal sostanziale condizionamento esercitato su di esse dalla struttura amministrativa dello Stato» (Bordogna e Pedersini 2019, p. 189). Come già detto, ma è importante ribadirlo in quanto rappresenta il punto di partenza della presente riflessione, una lunga tradizione di intervento statale nella definizione delle regole procedurali per la contrattazione collettiva, delle parti sociali autorizzate a partecipare alle negoziazioni, della struttura salariale e della quantità di risorse finanziarie messe a disposizione per la contrattazione sia a livello nazionale che decentrato connota le relazioni di lavoro nel settore pubblico, definendone tratti strutturali separati rispetto a quelli consolidati nel settore privato dell'economia. All'interno di questo quadro normativo, un unico contratto collettivo nazionale di lavoro (Ccnl) per il personale non dirigente ed uno per quello dirigente viene negoziato e reso immediatamente efficace in ciascun comparto pubblico di nostro interesse – Sanità, Funzioni locali, Istruzione e ricerca – dai sindacati riconosciuti come rappresentativi nel comparto e l'Aran. L'attribuzione all'Aran della rappresentanza negoziale obbligatoria di tutte le amministrazioni pubbliche, precludendole però la possibilità di negoziare con interlocutori sindacali non rappresentativi e di siglare accordi «di minoranza» con sigle che complessivamente non raggiungono una rappresentatività di almeno il 51% del comparto di riferimento, ha portato ad estendere l'efficacia generale dei Ccnl pubblici, realizzandone di fatto un'applicazione *erga omnes*. Di conseguenza, i dipendenti pubblici nei servizi di cura hanno operato in un mercato interno del lavoro che ha a lungo garantito condizioni di lavoro stabili, generose e uniformi, a partire dalla stabilità dell'impiego e da dinamiche retributive molto vantaggiose. A queste tutele sostanziali, la contrattazione nel settore pubblico assicura anche importanti tutele formali, implementate attraverso una serie di istituti e regole del mercato interno del lavoro particolarmente

protettive riguardanti, tra gli altri, i percorsi di mobilità e di carriera, nonché l'inquadramento professionale.

Su questo sfondo si innestano le trasformazioni che hanno messo a dura prova la contrattazione nei servizi pubblici di welfare. In primo luogo, come si è già accennato, per arginare gli effetti dirompenti della crisi economica sulle finanze pubbliche, una serie di misure di austerità sono state introdotte nel 2008 e rafforzate nel 2010-2011. Una parte importante di tali misure riguarda il contenimento delle dinamiche salariali per i dipendenti pubblici. Dopo il ciclo di contrattazione per il triennio 2008-2009 che ha accordato aumenti salariali molto moderati – circa la metà dell'aumento concordato per i trienni precedenti 2004-2005 e 2006-2007 (Aran, 2011) – il ciclo di contrattazione per il biennio 2010-2012 è stato bloccato (d.l. n. 78/2010), revocando ogni possibilità di recupero degli scarti salariali nei negoziati successivi, secondo la prassi consolidata nel settore pubblico. I successivi interventi legislativi hanno esteso il blocco della contrattazione collettiva anche al 2013 e al 2014. Parallelamente, la contrattazione collettiva a livello decentralizzato è stata soggetta a severi vincoli di bilancio, compreso il divieto di superare l'ammontare delle risorse utilizzate nel 2010. Ne è seguito che le risorse finanziarie disponibili a livello aziendale per negoziare i contratti integrativi sono state limitate ad una quota residua degli incrementi di produttività realizzati in ciascuna pubblica amministrazione, certificati dal governo centrale. Pertanto, il trattamento economico percepito dai dipendenti pubblici impiegati nei servizi di cura ha subito un rallentamento nel 2008-2009, seguito da un sostanziale congelamento a partire dal 2010.

La contrattazione collettiva nel settore pubblico è stata sbloccata solamente nel 2016, a seguito di un'articolata sentenza della Corte costituzionale (sentenza n. 178 del 24 giugno 2015) che ha dichiarato l'illegittimità del cosiddetto «blocco dei contratti dei pubblici dipendenti». Nelle motivazioni la Corte sottolinea l'importanza del ruolo rivestito dal contratto collettivo nel regolare non soltanto la dimensione economica nelle sue componenti sia fondamentali sia accessorie, ma anche gli aspetti relativi al rapporto di lavoro e agli istituti delle relazioni sindacali. A seguito di questa pronuncia della Corte, la contrattazione è stata effettivamente rilanciata, dopo sette anni di stallo, con l'accordo del 2 dicembre 2016 firmato tra le confederazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil e la ministra per la Semplificazione e Pubblica amministrazione Marianna Madia: con questo accordo il governo si è impegnato a riconoscere le risorse stanziare nel cosiddetto «Fondo per il pubblico impiego»

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

e previste nella Legge di bilancio del 2017 (l. n. 232/ 2016), destinandone la quota prevalente al rinnovo dei contratti pubblici. Nel 2018 sono stati finalmente rinnovati, in ritardo, i contratti collettivi per tutti i comparti pubblici relativi al periodo 2016-2018.

In secondo luogo, il fenomeno di ben più lungo corso che ha contribuito in maniera decisiva – e da vari punti di osservazione anche irreversibilmente, se non ad altissimi costi – a trasformare lo scenario della contrattazione collettiva nei servizi di cura pubblici riguarda l'apertura dei confini funzionali del segmento del welfare alle dinamiche di mercato. Questo passaggio ha minato i tratti distintivi della contrattazione: la creazione di una complessa rete di appalti e affidamenti ha moltiplicato il numero dei Ccnl applicati nel settore, comportando crescenti disuguaglianze e un generale deterioramento delle condizioni di lavoro. Per avere una dimensione del fenomeno, basti pensare che nell'ambito dei servizi sociali circa il 45% del personale impiegato è assunto dal settore pubblico, mentre la quota restante viene fornita dal settore privato profit (10% circa) e non profit (45% circa) (Lethbridge, 2017). A differenza di quanto stabilito nel settore pubblico, infatti, non si applicano nel settore privato clausole che impediscano ai datori di lavoro di individuare liberamente la propria controparte negoziale, almeno fino a quando non vedranno una compiuta applicazione gli accordi interconfederali del 2014 e del 2018 attraverso un intervento normativo vincolante per tutte le parti. Il settore privato, inoltre, esula dal principio maggioritario per l'approvazione di contratti collettivi nazionali di validità generale: di conseguenza le parti possono scegliere di sottoscrivere accordi di minoranza e i cosiddetti «contratti pirata» firmati da organizzazioni di dubbia rappresentatività sia sul versante datoriale sia su quello sindacale. La contrattazione ha, di conseguenza, vissuto una fortissima frammentazione, associata peraltro ad una segmentazione delle condizioni di lavoro definite nei diversi contratti.

Nell'ambito dei servizi sociali la frammentazione della contrattazione è particolarmente marcata: una dozzina di contratti collettivi sono stati siglati, acquisendo a tutti gli effetti efficacia ed esigibilità, nonostante non vengano regolarmente rinnovati (Anffas, Uneba, Anaste, Aias, Agidae, Valdesi, Avis, Fenascop, Anpas, Misericordie, Agespi, Agci-Confcooperative Federsolidarietà-Legacoop sociali; Unci-Ancos). Nel settore sanitario il contratto principale per il personale non medico è quello per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata Aiop – Aris – Don Gnocchi, rinnovato nella parte normativa l'ultima volta per il periodo 2002-2005, mentre il biennio economico è riferito

al 2002-2003 e quello dei medici dell'ospedalità privata, anch'esso fermo al 2005. Infine, nel settore dei servizi per la prima infanzia offerti da personale privato sono validi numerosi Ccnl (Mari, 2016): i più importanti sono il contratto per il personale occupato nei servizi dell'infanzia e della prima infanzia delle scuole e degli enti aderenti e/o rappresentati dalla Fism, rinnovato per il biennio 2016-2018; quello delle scuole non statali facenti capo all'Aninsei per il triennio 2015/2018; nonché il contratto per gli istituti scolastici privati affiliati ad Agidae, sottoscritto per il biennio 2016-2018.

Il quadro che emerge è rivelatore della strategia imprenditoriale nel segmento privato dei servizi di cura: facendo leva sull'ampio margine di discrezionalità che hanno, firmano accordi separati per la propria associazione di rappresentanza, rinnovandolo solamente qualora individuino condizioni a loro vantaggiose. Come visto poc'anzi, la grande maggioranza dei tavoli negoziali, soprattutto nel settore sanitario e socio-assistenziale, sono fermi al 2005. Il rinnovo tardivo, se non addirittura il mancato rinnovo, dei contratti collettivi nel settore privato del welfare rappresenta un ulteriore aspetto problematico che si somma ai precedenti: non di rado le parti in causa, non trovando un accordo di compromesso, non rinnovano gli accordi, nonostante le pressioni delle sigle sindacali. E a differenza del settore pubblico nel quale le procedure di rinnovo sono fortemente giuridificate, nel settore privato sono affidate all'approccio volontaristico delle parti. Nel momento in cui si sta scrivendo sono in corso una serie di scioperi indetti dall'organizzazione sindacale Ugl Sanità coinvolta nella trattativa per il rinnovo del contratto collettivo della sanità privata Aris-Aiop, fermo al 2005.

La pletera di contratti collettivi siglati ha, inoltre, permesso alle imprese operanti nel mercato del welfare non affiliate ad alcuna associazione di categoria di fare leva sulla pratica del *regime shopping* contrattuale, adottando cioè all'interno della propria organizzazione il contratto complessivamente più vantaggioso per l'impresa da un punto di vista materiale e procedurale. Le condizioni economiche, infatti, non solamente sono diverse rispetto ai contratti pubblici, e in linea di principio tendenzialmente inferiori o peggiorative, ma variano notevolmente anche tra Ccnl privati. Inoltre sono molto differenti anche le condizioni normative stabilite – in termini di ferie, pause, sicurezza – e le condizioni materiali di lavoro, relative all'effettivo svolgimento tecnico del lavoro. Questa discrezionalità dei datori di lavoro è resa possibile dal fatto che l'unico riferimento vincolante relativo all'applicazione dei contratti collettivi si rifà al dettato costituzionale, e nello specifico all'articolo 36 in base al

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

quale «il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa». Risulta essere pertanto giuridicamente legittima l'applicazione di un qualunque contratto collettivo purché valido e sottoscritto nel settore merceologico di riferimento. Anche se si tratta di un contratto minoritario siglato da organizzazioni datoriali e sindacali pirata: per fornire un esempio concreto il Ccnl per i dipendenti e soci delle Cooperative sociali esercenti nel settore socio-sanitario, assistenziale – educativo e di inserimenti lavorativo è stato firmato da due piccole associazioni datoriali – Unci e Ancos – e dal sindacato Cisl Terziario, una sigla assolutamente minoritaria nel panorama dalla rappresentanza nel settore terziario.

6. *Considerazioni conclusive*

Nel 2007, alla vigilia dello scoppio della crisi economica e finanziaria, uno degli autori di questo articolo aveva definito il mercato del lavoro nel settore dell'assistenza come «balcanizzato» (Neri, 2007), evidenziando come i processi di liberalizzazione e privatizzazione dell'offerta nei servizi sociali e sanitari stessero provocando una frammentazione delle relazioni di lavoro, con l'aumento, tra l'altro, di disegualianze tra lavoratori appartenenti agli stessi gruppi professionali ma dipendenti di datori di lavoro di diversa natura.

Quasi quindici anni dopo, tali criticità non sono state superate ed anzi sembrano essersi approfondite ed estese all'intero ambito dei servizi di cura, sotto la spinta delle politiche di austerità e della pressione al contenimento del costo del lavoro. Il tentativo di rispondere alla domanda crescente di servizi, in condizioni di particolare scarsità di risorse, ha portato a restringere ulteriormente la sfera della produzione pubblica e dei rapporti di impiego pubblico e ad estendere l'area dell'offerta privata e dei rapporti di lavoro privato.

L'effetto generale è, da un lato, quello di un contenimento del costo del lavoro e di un peggioramento complessivo delle condizioni dei lavoratori; dall'altro, quello di una frammentazione regolativa e contrattuale sempre più accentuata. In questo senso, non si assiste tanto ad una dualizzazione del mercato del lavoro o, se vogliamo, ad un rafforzamento dei dualismi preesistenti, ma piuttosto ad una segmentazione progressiva di tale mercato in un numero crescente di parti o, appunto, di segmenti differenti, alcuni dei quali tendono a sfuggire ad una qualsiasi forma di regolamentazione collettiva e di controllo efficace.

Per far fronte a questa situazione, è da tempo in atto un dibattito tra le parti sociali, animato soprattutto dal versante sindacale, sulle modalità per giungere, se non proprio a «contratti unici di settore», ad una ricomposizione contrattuale in grado di assicurare una maggiore omogeneità nelle condizioni economico-normative assicurate nei Ccnl e nella regolazione del lavoro. Questo potrebbe essere d'aiuto anche a quegli attori privati, con affiliazioni o rilievo nazionali, che vogliono frenare la competizione al ribasso praticata da alcune componenti dell'offerta, soprattutto in ambito locale.

La riflessione in merito alla regolazione del lavoro e alla rappresentanza collettiva della forza lavoro all'interno di questo segmento produttivo è tanto più cruciale quanto necessaria considerando la natura precipua del lavoro di cura, riconducibile (soprattutto per la componente meno professionalizzata) all'alveo del cosiddetto lavoro *pink-collar*, che lo distingue per tratti intrinseci dal resto del mercato del lavoro (ad es. Mastracci, 2004). La ricerca della sempre maggiore produttività del lavoro per abbassarne i costi e l'estrazione di valore non dovrebbero essere le logiche che guidano l'organizzazione e la regolazione dell'impiego in attività, più o meno professionalizzate ma comunque incentrate sulla relazione con l'utente/paziente e sull'investimento umano, nelle quali, quindi, il valore d'uso si attesterebbe su valori più elevati rispetto al valore di scambio. Nella pratica, alla luce del trilemma della malattia dei costi nella formulazione di Iversen e Wren (1998), questo rapporto si è pericolosamente invertito, riportando l'enfasi sulla produttività.

Le difficoltà indotte dall'emergenza Covid del 2020 nell'offerta privata, evidenti in settori come quello dei servizi per l'infanzia e dell'assistenza sociale, potrebbero indurre i grandi gruppi privati e le loro associazioni di rappresentanza a promuovere il processo di ricomposizione contrattuale con più decisione rispetto al passato o, invece, spingerle ad abbandonare ogni disponibilità in questo senso, alla luce dei costi che tale processo potrebbe comportare. Non è possibile in questo momento sapere quale di questi due esiti finirà per prevalere. Tuttavia, alla luce del passato, è più che giustificato essere pessimisti.

Riferimenti bibliografici

- Aran, 2011, *Rapporto semestrale sulle retribuzioni dei dipendenti pubblici*, Servizio Studi Aran, Roma.
- Aran, 2020, *Tabelle accertamento provvisorio rappresentatività triennio 2019-2021*, di-

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

- sponibili all'indirizzo internet: <https://www.aranagenzia.it/rappresentativita-sindacale-loader/rappresentativita/triennio-2019-2021-provvisorio.html>.
- Ascoli U., Ranci C. e Sgritta G.B. (a cura di), 2016, *Investire nel sociale. La difficile innovazione del welfare italiano*, il Mulino, Bologna.
- Bach S. e Bordogna L., 2016, *Public Service Management and Employment Relations in Europe: Emerging from the Crisis*, Routledge, New York and London.
- Baumol W., 1967, *The Macroeconomics of Unbalanced Growth*, «American Economic Review», vol. 57, pp. 415-426.
- Baumol W., 2012, *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, Yale University Press, New Haven.
- Bifulco L., 2015, *Il welfare locale*, Carocci, Roma.
- Bobbio L., 2000, *Produzione di politiche a mezzo di contratti nella pubblica amministrazione italiana*, «Stato e mercato», n. 1, pp. 111-141.
- Bordogna L., 2016, *Italy: The Uncertainties of Endless Reform. Public Service Employment Relations Confronting Financial Sustainability Constraints*, in Bach S. e Bordogna L. (a cura di), *Public Service Management and Employment Relations in Europe. Emerging from the Crisis*, Routledge, Londra, pp. 84-111.
- Bordogna L. e Pedersini R., 2019, *Relazioni industriali. L'esperienza italiana nel contesto internazionale*, il Mulino, Bologna.
- Bordogna L., Dell'Aringa C. e Della Rocca G., 1999, *Italy. A Case of Co-Ordinated Decentralization*, in Bach S., Bordogna L., Della Rocca G. e Winchester D. (a cura di), *Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia?*, Routledge, Londra, pp. 76-105.
- Carinci M. e Carinci M.T., 1993, *La «privatizzazione» del rapporto di lavoro*, inserto a «Diritto e pratica del lavoro», n. 15, pp. iii-xx.
- Clarke J., Newman J., Smith J., Vidler E. e Westmarland L., 2007, *Creating Citizen-Consumers. Changing Publics and Changing Public Services*, Sage, Londra.
- Dell'Aringa C. e Della Rocca G. (a cura di), 2017, *Lavoro pubblico fuori dal tunnel? Retribuzioni, produttività, organizzazione*, il Mulino, Bologna.
- Dorigatti L., Mori A. e Neri S., 2018, *Pubblico e privato nei servizi sociali ed educativi: il ruolo delle istituzioni del mercato del lavoro e delle dinamiche politiche*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 209-234.
- Dorigatti L., Mori A. e Neri S., 2020, *Public, Private or Hybrid? Providing Care Services under Austerity: The Case of Italy*, «International Journal of Sociology and Social Policy», on-line first, vol. ahead-of-print, n. ahead-of-print, Doi: <https://doi.org/10.1108/IJSSP-02-2019-0037>.
- Emmenegger P., Usermann S.J. e Palier B. (a cura di), 2011, *The Age of Dualization: The Changing Face of Inequality in Deindustrializing Societies*, Oxford University Press, Oxford-New York.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Western Capitalism*, Polity Press, Cambridge.

- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford-New York (trad. it. 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, il Mulino, Bologna).
- Esping-Andersen G., 2011, *La rivoluzione incompiuta. Donne, famiglie, welfare*, il Mulino, Bologna.
- Ferrera M., 2016, *Rotta di collisione. Euro contro welfare?*, Laterza, Roma-Bari.
- Guillén A.M. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *Welfare States under Strain in Southern Europe: Comparing Policy and Governance Changes in Portugal, Greece, Italy and Spain*, «European Journal of Social Security», special issue, vol. 17, n. 2.
- Hemerijck A., Ferrera M. e Rhodes M., 2000, *The Future of Social Europe. Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Celta Editores, Oeiras.
- Hood C., 1991, *A Public Management for All Seasons?*, «Public Administration», vol. 69, pp. 3-19.
- Ifel, 2018, *I comuni italiani 2018*, disponibile all'indirizzo internet: https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/download/2657_7d033e4d08a30d7f2ed1e1127e83d3b2.
- Istat, 2020, *I bilanci consuntivi dei comuni, anni vari (per gli anni precedenti al 2018, I bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali)*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/241922>.
- Iversen T. e Wren A., 1998, *Equality, Employment, and Budgetary Restraint: The Trilemma of the Service Economy*, «World Politics», vol. 50, n. 4, pp. 507-546.
- Klenk T. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *Restructuring Welfare Governance Marketisation, Managerialism and Welfare State Professionalism*, Edward Edgar, Cheltenham.
- Le Grand J. e Bartlett W., 1993, *Quasi-Markets and Social Policy*, MacMillan, Houndmills.
- Lethbridge J., 2017, *Project Pessis 3: Promoting Employers' Social Services in Social Dialogue. Final European Report 3*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.socialserviceseuropa.eu/pessis-iii>.
- Lucciarini S. (con De Vita L.), 2020, *Tra autonomia e subordinazione: il caso delle professioni sanitarie nei servizi esternalizzati*, SistemaSalute.
- Mari M., 2016, *La contrattualistica nei servizi educativi e nelle scuole dell'infanzia*, in Gruppo nazionale nidi e infanzia (a cura di), *Gestire il sistema educativo territoriale integrato*, Zeroseiup, Bergamo, pp. 75-84.
- Mastracci S., 2004, *Breaking out of the Pink-Collar Ghetto: Policy Solutions for Non-College Women*, Sharpe, Armonk.
- Mef-Rgs, 2019, *Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2009-2018*, Ministero dell'Economia-Ragioneria generale dello Stato, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202009-2018.pdf>.

- Mori A., 2020, *Employment Relations in Outsourced Public Services. Working between Market and State*, Palgrave MacMillan, Londra.
- Neri S., 2007, *Il mercato del lavoro nei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti*, in Costa G. (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Carocci, Roma, pp. 117-136.
- Neri S., 2019, *Produttività e lavoro in sanità nell'era dell'innovazione tecnologica*, in Vicarelli G. e Bronzini M. (a cura di), *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, il Mulino, Bologna, pp. 29-48.
- Neri S., 2020, *Servizi di welfare e comuni*, Carocci, Roma.
- Neri S. e Mori A., 2017, *Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel Ssn. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali», vol. 40, n. 2, p. 201-220.
- Paci M., 2006, *Nuovi lavori, nuovo welfare*, il Mulino, Bologna.
- Pollitt C. e Bouckaert G., 2011, *Public Management Reform: A Comparative Analysis New Public Management, Governance and The Neo-Weberian State*, Oxford University Press, New York (3^a ed.).

Nuovi attori, temi e conflitti: le relazioni industriali nel settore pubblico dopo la crisi finanziaria

Maarten Keune e Marcello Pedaci

RPS

Numerosi studi hanno messo in evidenza l'intensificarsi delle pressioni sulle relazioni di lavoro del settore pubblico, soprattutto dopo la crisi finanziaria. L'articolo, basato sui risultati di un progetto internazionale di ricerca, esamina i cambiamenti avvenuti, dalla crisi del 2008, nelle relazioni industriali nei sotto-settori della scuola primaria e degli ospedali, proponendo una comparazione tra cinque paesi europei (Danimarca, Paesi Bassi, Francia, Italia e Spagna). I risultati evidenziano diverse tendenze

generali; insieme alla crescita dell'unilateralismo, una maggiore frammentazione della rappresentanza, con l'emergere di sindacati di mestiere e occupazionali, e una maggiore conflittualità; ma si osservano anche maggiori investimenti per alleanze e coalizioni con movimenti sociali e organizzazioni della società civile. E in tale ambito, l'erosione della qualità dei servizi pubblici è diventata una questione centrale nelle richieste dei sindacati, che enfatizzano il legame tra questa e la buona qualità del lavoro dei dipendenti pubblici.

1. Introduzione

Da alcuni decenni, in quasi tutti i paesi europei, il settore pubblico è sotto pressione per ridurre i suoi costi e le risorse a esso destinate. Mentre fino agli anni '70 la sua crescita era vista come un segno di sviluppo, dal decennio successivo la visione dominante è cambiata; il debito pubblico è aumentato e la spesa pubblica è stata sottoposta a stretto controllo, portando a una situazione di «austerità permanente» (Pierson, 1998). Nello stesso tempo, il programma del *New public management* (Npm), con le sue raccomandazioni organizzative e gestionali, quali privatizzazione, decentramento, introduzione di meccanismi di mercato o quasi-mercato nella fornitura dei servizi, tra cui l'esternalizzazione, ha conquistato l'Europa, anche se in misura diversa e in modi diversi nei vari paesi (Walsh, 1995; Ridley, 1996; Bach e Bordogna, 2011; Pollitt e Bouckaert, 2011). Dopo la crisi finanziaria le pressioni per il contenimento dei costi si sono notevolmente rafforzate e con esse le spinte

verso misure di austerità, mercatizzazione, ecc. (Streeck, 2014; Van Gyes e Schulten, 2015), in particolare nei paesi dell'Europa meridionale, più dipendenti dal sostegno finanziario esterno e con più stringenti esigenze di controllo della finanza pubblica (Pavolini e al., 2015). Tali pressioni hanno portato a riforme e ulteriori – e spesso più rilevanti – «tagli» alla spesa per le diverse aree/attività del settore pubblico, dalla scuola all'amministrazione centrale dello Stato. E da più parti si avanzano preoccupazioni per gli effetti negativi sul modello sociale europeo (Herrmann, 2017) e sulla disponibilità e qualità dei servizi pubblici e per il rischio di maggiori *gaps* di protezione sociale, vulnerabilità e disuguaglianze (Heidenreich, 2016).

Le misure di austerità approvate negli ultimi anni e le riforme relative al pubblico impiego in generale o a specifiche aree/attività hanno ovviamente avuto effetti anche sui livelli di occupazione, sulla qualità del lavoro e sulle relazioni industriali nel settore pubblico. Le ricerche hanno evidenziato innanzitutto la perdita di posti e la contrazione del personale, ma anche la stagnazione o il declino delle retribuzioni, il deteriorarsi di altre condizioni, l'aumento dell'unilateralismo, l'indebolimento del dialogo sociale, la marginalizzazione dei sindacati e la riduzione del loro ruolo nella *governance* del settore (Glassner, 2010; Glassner e Keune, 2012; Bordogna e Pedersini, 2013; European Commission, 2013; Culpepper e Regan, 2014; Bach e Bordogna, 2016), con una netta inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti (Bordogna, 2008). Cambiamenti agevolati dal diffondersi di un atteggiamento meno benevolo – o più conflittuale – verso i sindacati e dalle spinte per ridurre le loro prerogative (Gumbrell-McCormick e Hyman, 2013; Marginson, 2015). Permangono ancora differenze tra paesi nelle dinamiche dell'occupazione, della qualità del lavoro e delle relazioni industriali nel settore pubblico, ma si osservano crescenti convergenze, a partire dalla maggiore esposizione alle pressioni esterne, internazionali, non solo dell'Ue, ma anche dei mercati finanziari (Schulten and Müller, 2012; Gottschall e al., 2015; Keune, 2015; Bach e Bordogna, 2016). In tale quadro, alcuni studi hanno esaminato – più spesso con analisi su singoli paesi – le risposte dei lavoratori e delle loro organizzazioni ai cambiamenti in atto, ovvero al deteriorarsi delle relazioni e condizioni di lavoro, evidenziando l'aumento della conflittualità, delle mobilitazioni e delle proteste (Vandaele, 2011; European Commission, 2013; Vaughan-Whitehead, 2013; Schmidt e al., 2019).

L'articolo intende contribuire a tale dibattito sui cambiamenti nelle relazioni industriali nel settore pubblico dopo la crisi finanziaria, osser-

vando anche le strategie implementate dai sindacati per influenzare le trasformazioni del settore e in particolare i livelli e la qualità dell'occupazione; strategie sempre vincolate dalle scelte dei datori di lavoro e dalle politiche (Gumbrell-McCormick e Hyman, 2013; Simms, 2017). L'analisi si concentra su due specifici comparti della pubblica amministrazione, la sanità (in particolare gli ospedali) e la scuola (in particolare la scuola primaria), e propone una comparazione tra cinque paesi europei: Danimarca, Paesi Bassi, Francia, Italia e Spagna. Essa si basa sui risultati del progetto internazionale di ricerca *Bargaining and Social Dialogue at the Public Sector* (Barsop) (si veda Keune e al., 2020). Tale analisi e la riflessione sui suoi risultati appaiono ancor più interessanti in questo momento, in cui la pandemia di Covid-19 se da un lato ha reso evidente l'importanza del settore pubblico e dei lavoratori che lo fanno funzionare, dall'altro minaccia ulteriori deterioramenti sia dei livelli di occupazione che delle condizioni di lavoro per vari segmenti della forza-lavoro. Nelle pagine successive, dopo aver brevemente illustrato la ricerca e la sua metodologia, discuteremo i principali risultati sui cambiamenti delle relazioni industriali nei sotto-settori considerati.

2. La ricerca

Come anticipato, l'articolo si basa sui risultati del progetto internazionale di ricerca *Barsop*¹. La ricerca è stata condotta in vari paesi europei e si è focalizzata su più sotto-settori pubblici. Il materiale empirico usato per l'analisi qui presentata proviene dunque da studi di caso realizzati all'interno di diversi contesti nazionali; questi sono stati condotti tra il 2016 e il 2018. Per la loro realizzazione sono stati utilizzati più metodi e tecniche di indagine: si è proceduto innanzitutto con un'ampia e approfondita analisi di documenti (legislazione e altri documenti di istituzioni pubbliche, contratti collettivi, verbali, documenti ufficiali, pagine web e di social network degli attori sociali, in particolare dei sindacati), statistiche di vari fonti, nazionali e internazionali, rapporti di ricerca. Tale materiale è stato integrato con interviste semi-strutturate a sindacalisti dei diversi paesi coinvolti, soprattutto di livello nazionale e dei sotto-settori pubblici esaminati, identificati per la loro posizione e responsabilità e/o per la loro conoscenza di (e coinvolgimento in) specifiche iniziative.

¹ Il progetto è stato finanziato dalla Commissione europea, Dg Occupazione, affari sociali e inclusione, e coordinato dall'*Amsterdams Instituut voor ArbeidsStudies* (Aias) dell'Università di Amsterdam.

Inoltre, si sono realizzate alcune interviste a studiosi ed esperti. In totale, nei paesi qui presi in esame, sono state condotte 52 interviste.

L'analisi che proponiamo si focalizza su Danimarca, Paesi Bassi, Francia, Italia e Spagna: questi cinque paesi presentano caratteristiche diverse in termini di regimi di welfare e relazioni industriali nel settore pubblico (Bordogna e Pedersini, 2013; Bach e Bordogna, 2016), ma tutti sono stati colpiti dagli effetti della crisi finanziaria e in tutti sono state implementate misure di austerità, con implicazioni per il pubblico impiego, sia pure con alcune differenze a seconda della gravità della situazione e delle pressioni esterne. In tali contesti, l'analisi considera due sotto-settori, che in tutti i paesi comprendono una parte rilevante dell'occupazione nel settore pubblico: la sanità (in particolare gli ospedali) e la scuola (in particolare la scuola primaria); e si concentra sul personale dedicato alle funzioni *core* (medici e infermieri, insegnanti). La sindacalizzazione, in questi sotto-settori, come storicamente in tutta la pubblica amministrazione, è da sempre più elevata che nel settore privato (da più dell'80% in Danimarca, a circa il 50% in Italia, a percentuali tra il 25% e il 30% in Francia, Spagna e Paesi Bassi) (cfr. Keune e al., 2020; Visser, 2019). Rispetto al settore privato, si ha però una maggiore frammentazione della rappresentanza, con la presenza di numerose organizzazioni di mestiere e occupazionali (European Commission, 2013), una tendenza storica nel settore pubblico (Bordogna, 1994). I processi di «privatizzazione» delle relazioni di lavoro hanno progressivamente esteso il ruolo della contrattazione collettiva, sia pure con importanti variazioni tra paesi (Bordogna e Neri, 2011; Bach e Bordogna, 2016), che ha ovunque una copertura abbastanza elevata tra il 90% e il 100%.

3. Occupazione e condizioni di lavoro sotto pressione: le principali preoccupazioni dei sindacati

Vari studi hanno evidenziato la riduzione dei livelli di occupazione nel settore pubblico – scuola primaria e ospedali inclusi – collegata a riforme e misure di austerità approvate dopo la crisi finanziaria (European Commission, 2013; Bach e Bordogna, 2016). E questo è uno dei principali temi affrontati anche dai sindacati, che insistono sul moltiplicarsi delle situazioni di carenza di personale e sulle loro ricadute sulla qualità del lavoro². Tra le ripercussioni di «tagli» e vincoli alla spesa pub-

² Va osservato che negli anni più recenti, in vari paesi, inclusa l'Italia, si è registrato

-blica si pone in evidenza innanzitutto l'aumento del ricorso a contratti di lavoro a termine, soprattutto in Francia, Italia e Spagna, dove più stringenti sono stati i limiti alle nuove assunzioni (Molina e Godino, 2020; Pedaci e al., 2020; Ramos Martín, 2020). In Spagna e Italia si sono manifestati per altro vari abusi delle occupazioni «a scadenza», incluso l'uso reiterato e continuativo di contratti a tempo determinato, condannato anche dalla Corte di giustizia europea. Queste tendenze si accompagnano alla stagnazione o al declino delle retribuzioni – preoccupazione comune a tutti i sindacati, anche se di più nei paesi mediterranei e nel sotto-settore scuola. In Spagna, i sindacati hanno fortemente denunciato la perdita (stimata) di circa il 15-20% delle retribuzioni degli insegnanti della scuola primaria dal 2008 al 2014 (Molina e Godino, 2020). Simili argomenti e iniziative si trovano anche in Italia; per esempio, la Flc-Cgil in un suo studio ha stimato una perdita di più del 10% delle retribuzioni degli insegnanti (sempre dal 2008 al 2014) e una perdita di potere di acquisto di quasi 9.000 euro (Pedaci e al., 2020).

Comune a tutti i sindacati dei paesi considerati – sia della scuola che della sanità – è anche la preoccupazione per l'intensificazione del lavoro, ossia l'aumento dei carichi, dei ritmi, la maggior pressione sui tempi di esecuzione delle prestazioni, spesso accompagnata da un allungamento delle ore di lavoro. Un fenomeno spesso confermato da indagini e studi scientifici (si vedano per esempio Pedaci, 2010; Muñoz e Antón, 2013; Dares, 2014; Caraker e al., 2015), che ha effetti rilevanti in termini di aumento di stress e *burnout*. Esso è connesso, da un lato, alle carenze di personale e, dall'altro, all'ampliamento di compiti e alle modifiche all'organizzazione del lavoro ispirate dai principi del Npm (come, ad esempio, quelle che hanno rafforzato i sistemi di valutazione delle performance, il controllo degli *outcomes*, la flessibilità funzionale). Il principale sindacato olandese del settore pubblico, Fnv, basandosi su un'indagine diretta, ha evidenziato che il 75% dei lavoratori degli ospedali ha accusato un aumento dell'intensità del lavoro (Stiller e Boonstra, 2020). La stessa cosa, in Danimarca, è stata evidenziata dal Dlf, il principale sindacato degli insegnanti, e dal Dsr, sindacato degli infermieri (Mailand e Larsen, 2020). Ma i temi indicati sono stati al centro di campagne e altre iniziative anche dei sindacati francesi, spagnoli, italiani. Considerando questi ultimi, si può menzionare, a titolo di esempio,

però un aumento dell'occupazione, soprattutto nella scuola. Per un esame dettagliato sul caso italiano si rinvia a Pedaci e al. (2020). E ulteriori nuove assunzioni sono state annunciate dopo l'esplosione della crisi del coronavirus, mentre scriviamo.

RPS

Maarten Keune e Marcello Pedaci

l'ampia campagna *#giustOrario*, che ha denunciato l'allungamento degli orari di lavoro di medici e infermieri, spesso in violazione delle regole europee. Collegato alle tendenze menzionate è poi il tema della riduzione della soddisfazione tra i lavoratori, della loro motivazione e dell'attrattività dell'impiego pubblico. Secondo un'indagine promossa dal sindacato olandese Fnv, il 50% dei lavoratori degli ospedali ha preso in considerazione la possibilità di cambiare lavoro (Stiller e Boonstra, 2020). E indicazioni simili emergono anche in Danimarca, in particolare per la scuola, e in Francia, dove i sindacati hanno spesso denunciato la «scarsa attrattività» delle condizioni di lavoro nella scuola pubblica e i crescenti problemi di reclutamento (Ramos Martín, 2020).

4. *Unilateralismo e conflittualità*

Come si è detto, la letteratura sulle relazioni di lavoro nel settore pubblico ha ampiamente evidenziato la progressiva riduzione del ruolo e della portata della contrattazione collettiva, sia a livello nazionale che decentrato, e delle prerogative sindacali dopo la crisi finanziaria, sottolineando lo spostamento verso un maggior unilateralismo del datore di lavoro (Glassner, 2010; Bordogna e Pedersini, 2013; European Commission, 2013; Bach e Bordogna, 2016). I risultati della ricerca confermano, in riferimento a scuola primaria e ospedali, sia il minor coinvolgimento dei sindacati nella definizione delle condizioni di lavoro, sia l'indebolimento di pratiche di consultazione per il disegno e l'implementazione delle politiche e riforme del periodo, spesso ispirate ai principi del Npm e sinergiche con le misure di austerità e i tagli alla spesa pubblica. Ciò è molto evidente nei paesi sottoposti a più forti pressioni per un aggiustamento economico e una riduzione del debito pubblico, come Spagna, Italia, ma anche Francia. In Spagna, per esempio, gli interventi sul sistema educativo della fine degli anni duemila, in particolare l'importante *Legge organica per il miglioramento della qualità dell'istruzione (Ley orgánica para la mejora de la calidad educativa)* del 2013, che hanno toccato vari aspetti dell'organizzazione della scuola (inclusi i contenuti formativi) e sempre finalizzati a rafforzare mercatizzazione, competizione e contenimento dei costi, sono stati approvati senza un reale confronto con i sindacati, come avvenuto invece negli anni precedenti (Molina e Godino, 2020). Lo stesso è accaduto in Italia, dove oltre ai ripetuti tagli a spesa e investimenti, si sono approvate importanti riforme: ne è un esempio la cosiddetta *Riforma Gelmini* della scuola, che ha innalzato la

dimensione massima delle classi, modificato l'organizzazione della didattica, ridotto il tempo scuola, contribuendo al declino dei livelli di occupazione e della qualità del lavoro; ma anche la riforma *Buona scuola*, approvata dal governo di centro-sinistra (Pedaci e al., 2020). In Francia i sindacati parlano di «pseudo-dialogo sociale» in merito a interventi che hanno comportato cambiamenti rilevanti anche su carichi e altre condizioni di lavoro, come per esempio quelli che hanno aumentato la dimensione delle classi, introdotto nuovi temi/programmi e nuovi compiti per gli insegnanti (Ramos Martín, 2020). Tuttavia, un indebolimento del confronto con i sindacati si può osservare anche negli altri paesi, con prassi più consolidate di dialogo sociale. Nei Paesi Bassi, in entrambi i sotto-settori presi in esame, si è intensificato il confronto solo con alcuni *stakeholders* – datori di lavoro, gruppi professionali, organizzazioni di utenti/pazienti – ma non con i lavoratori e i loro rappresentanti, che parlano di «tagli silenziosi» (Stiller e Boonstra, 2020). Similmente, in Danimarca i sindacati lamentano di essere stati coinvolti in ritardo, a decisione prese, o di essere stati coinvolti solo nel monitoraggio delle riforme. Esemplicativi sono gli interventi, connessi alla *Riforma della scuola elementare (Folkeskole reformen)* del 2013, che hanno ridotto il ruolo della contrattazione collettiva nella regolazione degli orari di lavoro degli insegnanti, rafforzando le prerogative dei dirigenti (Hansen e Mailand, 2015), e hanno introdotto nuovi obblighi per il personale scolastico, portando – come è stato sostenuto – un peggioramento delle condizioni lavorative (Mailand and Larsen, 2020).

L'indebolimento del dialogo sociale e delle negoziazioni collettive, delle possibilità di partecipare ai processi di definizione delle politiche, l'aumento dell'unilateralismo, la crescente insoddisfazione per il deteriorarsi delle condizioni di lavoro hanno portato a un incremento delle tensioni e dei conflitti da parte dei lavoratori e delle loro rappresentanze, interrompendo spesso precedenti relazioni collaborative; e questo è uno degli sviluppi più rilevanti delle relazioni industriali nei due comparti considerati e più in generale nel settore pubblico (Keune e al., 2020). Tale conflittualità si è rivolta soprattutto contro i rispettivi governi (o i ministeri), ma sovente anche contro gli enti pubblici nei territori (regioni, comuni, direzioni scolastiche, ecc.) e le singole organizzazioni. Ma qualche volta i lavoratori hanno agito in coalizione con queste ultime, chiedendo più fondi e normative diverse. Più spesso però hanno collaborato, come diremo meglio in seguito, con organizzazioni della società civile. Le proteste hanno assunto una varietà di forme: campagne di informazione, eventi pubblici, *flash mobs*, scioperi;

RPS

Marteen Keune e Marcello Pedaci

spesso con un massiccio uso delle tecnologie, in tutte le fasi e integrate con mezzi e modalità tradizionali. Oggetto principale delle mobilitazioni è stato il deterioramento dei salari, delle condizioni di lavoro, in particolare dei carichi e dell'organizzazione del lavoro, ma anche l'abuso di lavoratori con contratti a termine; temi collegati alle misure di austerità, ai tagli alla spesa e al declino dell'occupazione. Negli anni più recenti è diventato centrale il tema della qualità dei servizi, come spiegato nel paragrafo seguente.

A titolo di esempio si possono menzionare la campagna *Fai la scuola giusta*, lanciata dalla Flc-Cgil nel 2014, che ha largamente utilizzato il web, i social network, YouTube. Sfociata nel ciclo di proteste a cui hanno aderito tutti i principali sindacati italiani e culminato, nel maggio 2015, in uno dei più grandi scioperi del comparto scuola, con la partecipazione di circa il 65% dei lavoratori (Pedaci e al., 2020). E si possono menzionare le ondate di proteste organizzate da *Marea verde* e *Marea blanca* in Spagna, a cui hanno aderito i sindacati e di cui diremo meglio in seguito; la serie di scioperi nazionali in Francia, a partire dal 2008, che hanno coinvolto spesso tutti i principali sindacati e tutti i dipendenti pubblici. In Danimarca, la conflittualità è aumentata meno rispetto agli altri paesi esaminati, ma anche in questo caso c'è stato un incremento, con punte inconsuete e assai rilevante nella scuola (Mailand, 2016) e con costi (anche economici, per sostenere le mobilitazioni) importanti per i sindacati, che hanno indotto a rafforzare le iniziative per l'unità sindacale e verso ampie coalizioni (Mailand e Larsen, 2020). Le mobilitazioni hanno ottenuto risultati parziali; in alcuni casi sono riuscite ad attenuare i tagli alla spesa, spesso in collaborazione con gli enti locali, o a influenzare almeno l'implementazione delle riforme: in Danimarca, per esempio, i conflitti sulla questione degli orari degli insegnanti hanno portato alla sottoscrizione di accordi decentrati che hanno, almeno in parte, ridotto la discrezionalità dei dirigenti; in Italia, l'ampia mobilitazione contro la Riforma Gelmini è riuscita a limitare molto l'applicazione, nei singoli istituti scolastici, del «taglio» del tempo scuola, che avrebbe portato a un'ulteriore riduzione del personale.

5. Nuovi attori, tentativi di alleanze, nuovi temi

Le tendenze sopra menzionate (maggiore unilateralismo e crescente insoddisfazione dei lavoratori) hanno comportato altri cambiamenti nelle relazioni industriali, incluso l'emergere di nuovi attori e coalizioni. In

primo luogo, sono cresciuti e/o si sono rafforzati, in termini di *membership* e capacità di influenza, i sindacati di mestiere od occupazionali, spesso semplici associazioni professionali con funzione di *lobbying* sul potere politico (caso molto frequente tra i medici). Questi hanno approfittato dei risultati modesti dei sindacati tradizionali, spesso accusati di essere troppo accomodanti, e dell'insoddisfazione dei lavoratori, proponendo in genere iniziative più radicali e conflittuali per tutelare gli interessi dei loro membri. Ne è derivato un aumento della frammentazione della rappresentanza del lavoro, soprattutto in quei paesi in cui era già abbastanza elevata. In Italia, il numero di organizzazioni che hanno partecipato alle elezioni delle Rappresentanze sindacali unitarie (Rsu) è cresciuto, arrivando a più di 100 nella sanità e a più di 170 nel comparto che comprende anche la scuola primaria (cfr. Bordogna e Pedersini, 2019)³. Lo stesso è accaduto in Spagna, dove, oltre alla presenza dei sindacati «nazionalisti», nelle ultime elezioni dei delegati, in entrambi i sotto-settori esaminati, i sindacati occupazionali hanno registrato una costante crescita (cfr. Alós e al., 2015). In Danimarca e nei Paesi Bassi sono cresciute molto le associazioni professionali, ma anche i sindacati occupazionali, in genere di piccole dimensioni, in particolare nel settore sanitario, per la rappresentanza di medici e più spesso di infermieri.

In secondo luogo, il quadro delle mobilitazioni contro le misure di austerità, i tagli alla spesa pubblica, le riforme della scuola e dei servizi ospedalieri ha visto il protagonismo di movimenti sociali, organizzazioni della società civile, organizzazioni di utenti (associazioni di genitori/studenti, consumatori, pazienti, malati, ecc.), nate al di fuori dei sindacati e spesso distanti da essi. Tali attori hanno evidenziato un progressivo declino della disponibilità e qualità dei servizi pubblici, collegato anche alla riduzione del personale di scuole e ospedali e al peggioramento delle condizioni di lavoro. E su questi temi si sono ampiamente mobilitati, con vari tipi di iniziative. In tutti i paesi i sindacati, almeno quelli più rappresentativi, hanno cercato alleanze con tali movimenti e organizzazioni. Si può menzionare, per esempio, nel contesto spagnolo, il movimento *Marea verde*, per la scuola, e *Marea blanca*, per la

³ Come emerge dagli accertamenti dell'Aran sulla rappresentatività, ciò non si è tradotto però in un incremento significativo di organizzazioni ammesse ai tavoli negoziali. Queste, come stabilito dalla legge 396/1997, devono avere una rappresentatività non inferiore al 5% come media tra percentuale di deleghe e percentuale di voti ottenuti alle elezioni delle Rsu.

sanità. Il primo è sorto nel 2011 contro il taglio di più di 3.000 lavoratori temporanei della scuola, ma la sua protesta si è subito estesa a tutta la politica per il sistema educativo, lanciando *Piattaforma statale per la scuola pubblica* (*Plataforma estatal por la escuela pública*): ne fanno parte associazioni studentesche, di genitori, gruppi di insegnanti, associazioni di consumatori e hanno aderito anche i principali sindacati. *Marea blanca* si è sviluppata nel 2012, nella regione di Madrid, contro le iniziative per privatizzare alcuni ospedali dell'area, ma poi si è estesa a tutto il territorio e a temi più generali, coinvolgendo diversi tipi di organizzazioni. Rispetto al precedente, qui i sindacati (CcOo, Ugt, ma anche sindacati di mestiere e occupazionali) hanno avuto un ruolo più proattivo e importante, come dimostrano i due scioperi generali organizzati nel 2012 e nel 2013 (Molina e Godino, 2020). Un altro esempio è la coalizione *Scuola primaria in azione* (*Po in actie*) nei Paesi Bassi, emersa nel 2016, a cui hanno aderito molteplici gruppi e associazioni di insegnanti per protestare contro le politiche del governo e il peggioramento delle condizioni di lavoro nella scuola primaria. I sindacati hanno anch'essi aderito alla coalizione, supportandola e contribuendo a organizzare una serie di scioperi nazionali e regionali: nel 2019, dopo intense mobilitazioni il governo è intervenuto sui carichi di lavoro degli insegnanti, ma non sui livelli di retribuzione (Stiller e Boonstra, 2020). Alleanze e colazioni tra sindacati e altri soggetti, anche se meno strutturate e durature, si osservano anche negli altri paesi, sorte per protestare contro specifiche riforme e più spesso in occasione di grandi mobilitazioni (come quelle sopra menzionate in Italia e Francia).

Una terza tendenza comune – collegata alle precedenti – è che sempre più spesso, e comunque più che nel passato, argomento centrale dei vari tipi di iniziativa dei (vecchi e nuovi) sindacati dei sotto-settori considerati è stata la riduzione della disponibilità e qualità dei servizi pubblici. E si è insistito sul ruolo determinante avuto dall'erosione dell'occupazione e delle condizioni di lavoro; si è enfatizzata in altri termini la connessione tra «buoni lavori» e buoni livelli delle prestazioni sanitarie e della scuola primaria per tutti i cittadini. Nello specifico, i sindacati hanno sottolineato i rischi derivanti dai tagli e dalle conseguenti carenze di personale, dall'intensificazione del lavoro, dai carichi eccessivi, dall'incremento dello stress, dalla mancanza di tempo per svolgere in modo adeguato i propri compiti, dalle minori possibilità di formazione. Su tale connessione i sindacati hanno trovato alleanze e convergenze con movimenti sociali e organizzazioni della società civile e le loro iniziative hanno spesso ottenuto forte risonanza sui mass-media. Esempi

sono le campagne del Dsr, in Danimarca, sul rischio di errori o problemi nelle cure sanitarie derivanti dall'intensificazione dei ritmi (Mairland e Larsen, 2020); quelle dei sindacati olandesi della scuola sul peggioramento della qualità dell'istruzione a causa della riduzione del personale e dell'aumento dei carichi di lavoro (Stiller e Boonstra, 2020). In Francia, molte sono state – per fare altri esempi – le iniziative della Cgt su questi temi, soprattutto dal 2014, con svariati *flash mobs*, manifestazioni, campagne mediatiche (Ramos Martín, 2020). Lo stesso in Spagna, dentro le *mareas*, come ad esempio l'ampia campagna *Ora il pubblico* (*Ahora lo Público*) (Molina e Godino, 2020). In Italia, invece, si possono menzionare le campagne lanciate dai principali sindacati italiani, come *Salviamo la salute*, iniziata nel 2016, con vari tipi di iniziative (conferenze, eventi pubblici, punti di informazione, ecc.), a livello sia nazionale che regionale; o la più recente *Una sanità pubblica forte, di qualità, per tutti*, che ha visto il coinvolgimento, oltre che dei principali sindacati del comparto, di diverse organizzazioni della società civile a livello locale.

6. Conclusioni

L'analisi dei cambiamenti delle relazioni industriali, successivi alla crisi (e innescati dalle misure per contrastarla), nei sotto-settori scuola primaria e ospedali, ha evidenziato alcune tendenze comuni ai vari paesi. Ha innanzitutto confermato che differenti fattori – che includono le pressioni per il controllo della finanza pubblica, il prevalere del discorso sull'austerità permanente, le spinte dell'ideologia del Npm e quelle per la disintermediazione – hanno creato un contesto meno/poco favorevole alle relazioni industriali nel settore pubblico, come sottolineato da vari studi (European Commission, 2013; Bach e Bordogna, 2016). Nei paesi considerati, con riferimento a scuola primaria e ospedali, è emerso un aumento dell'unilateralismo, l'indebolimento del dialogo sociale e della contrattazione collettiva, una riduzione del ruolo dei lavoratori e delle loro rappresentanze nel disegno e nella implementazione delle politiche, incluse quelle con implicazioni rilevanti per il lavoro. Si tratta di traiettorie comuni, collegate a pressioni simili. Tuttavia, va specificato che tali traiettorie comuni non portano necessariamente a una convergenza dei sistemi di relazioni industriali dei diversi paesi/sotto-settori pubblici. Le differenze che essi mostravano prima della crisi (a partire da ruolo, potere e capacità di influenza dei sindacati) permangono. Insomma, le traiettorie comuni individuate hanno cambiato – e cambiano

– le relazioni industriali in tutti i paesi/sotto-settori, ma ciò non si traduce in una convergenza trasversale.

In tale quadro, i risultati dello studio evidenziano l'aumento della conflittualità, con una varietà di forme di protesta, rivolte soprattutto contro i governi, ma anche contro gli enti pubblici nei territori, le singole scuole, i singoli ospedali, realizzate in genere attraverso la congiunzione di vari strumenti e modalità operative. Dunque, si è modificata la tendenza degli anni precedenti verso un'estesa negoziazione collettiva e si sono interrotte o rovinare – con diversi gradi di gravità – relazioni collaborative, spesso di lunga data, sia a livello nazionale che all'interno delle singole organizzazioni. Inoltre, si è osservata una crescita della frammentazione della rappresentanza del lavoro a seguito dell'emergere e del rafforzamento di sindacati di mestiere od occupazionali, concentrati sulla tutela di gruppi, professioni, interessi particolari, che hanno approfittato del deteriorarsi delle relazioni tra le parti e della crescente insoddisfazione dei lavoratori.

Una tendenza comune che è emersa e si è rivelata particolarmente rilevante è l'intensificarsi dei tentativi sindacali, soprattutto dei sindacati tradizionali, più in difficoltà, di costruire alleanze con movimenti sociali e organizzazioni della società civile impegnati sui temi dei servizi pubblici. Nell'ambito di tale strategia, molteplici sono state le iniziative intraprese, con vari livelli di successo e continuità. Si può dire che i sindacati hanno reagito al declino della loro capacità di influenza investendo sulle risorse collaborative (o coalizionali), che in «tempi difficili» possono rappresentare una fonte importante di rinnovata forza, per rinvigorire la loro immagine e rafforzare il loro potere negoziale con le controparti (Gumbrell-McCormick e Hyman, 2013). Insieme a tale tendenza, ovunque, tra i principali sindacati, si è osservato anche un cambiamento nell'uso delle risorse «discorsive» o «comunicative» (Urban, 2012), con uno spostamento verso il tema dell'impatto delle politiche e riforme adottate nel settore pubblico – incluse quelle che hanno riguardato il lavoro – sulla disponibilità e qualità dei servizi, ossia sul diritto di tutti i cittadini a livelli adeguati di prestazioni; in altri termini, i sindacati hanno sostenuto con forza la connessione tra «buoni lavori» e buoni livelli di servizi pubblici.

Tuttavia, se tali strategie hanno consentito ai sindacati, almeno ai principali, di contenere il declino di densità organizzativa e reputazione nell'opinione pubblica, non hanno influenzato in modo significativo le politiche, scontrandosi con le scelte – spesso presentate come inevitabili – dei governi. E scuola primaria e ospedali – come altri sotto-settori

pubblici – hanno visto, oltre al deteriorarsi delle relazioni tra le parti, un declino dell'occupazione, un peggioramento delle condizioni di lavoro e della soddisfazione dei lavoratori. Ma la crescente preoccupazione delle organizzazioni dei lavoratori per la qualità dei servizi, condivisa da altri attori (movimenti sociali, organizzazioni della società civile, ecc.), aggiunge ulteriori importanti indicazioni sugli approcci e le politiche adottate dal datore di lavoro pubblico. Avvalora la tesi dell'inevitabile e forte connessione tra valorizzazione e miglioramenti del lavoro e progressi nella disponibilità e qualità dei servizi. L'emergenza sanitaria, collegata al diffondersi del Covid-19, esplosa mentre scriviamo, conferma tale argomento, rendendo quanto mai attuale la riflessione sul ruolo del lavoro, anche nel settore pubblico.

Riferimenti bibliografici

- Alós R., Beneyto P., Jódar P., Molina O. e Vidal S., 2015, *La representación sindical en España*, Fundación 1º de Mayo, Madrid.
- Bach S. e Bordogna L., 2011, *Varieties of New Public Management or Alternative Models? The Reform of Public Service Employment Relations in Industrialized Democracies*, «The International Journal of Human Resource Management», vol. 22, n. 11, pp. 2281-2394.
- Bach S. e Bordogna L., 2016, *Public Service Management and Employment Relations in Europe: Emerging from the Crisis*, Routledge, Londra.
- Bordogna L., 1994, *Pluralismo senza mercato. Rappresentanza e conflitto nel settore pubblico*, FrancoAngeli, Milano.
- Bordogna L., 2008, *Moral Hazard, Transaction Costs and the Reform of Public Service Employment Relations*, «European Journal of Industrial Relations», vol. 14, n. 4, pp. 381-400.
- Bordogna L. e Neri S., 2011, *Convergence towards an Npm Programme or Different Models? Public Service Employment Relations in Italy and France*, «International Journal of Human Resource Management», vol. 22, n. 11, pp. 2311-2330.
- Bordogna L. e Pedersini R., 2013, *Economic Crisis and the Politics of Public Service Employment Relations in Italy and France*, «European Journal of Industrial Relations», vol. 19, n. 4, pp. 325-340.
- Bordogna L. e Pedersini R., 2019, *Relazioni industriali. L'esperienza italiana nel contesto internazionale*, il Mulino, Bologna.
- Caraker E., Høgedahl L.K., Jørgensen H. e Møberg R.J., 2015, *Fællesskabet for forskellene: Hovedrapport fra Apl III-projektet om nye lønmodtagerværdier og interesser*, Ftf e Lo, Copenhagen.

- Culpepper P. e Regan A., 2014, *Why Don't Governments Need Trade Unions Any-more? The Death of Social Pacts in Ireland and Italy*, «Socio-Economic Review», vol. 12, n. 4, pp. 723-745.
- Dares, 2014, *Conditions de travail: reprise de l'intensification du travail chez les salariés*, Ministère du Travail, Dares Analyses 049, Parigi.
- European Commission, 2013, *Industrial Relations in Europe 2012*, Publication Office of the European Union, Lussemburgo.
- Glassner V., 2010, *The Public Sector in the Crisis*, Etui Working Paper 2010.07, Bruxelles.
- Glassner V. e Keune M., 2012, *The Crisis and Social Policy: The Role of Collective Agreements*, «International Labour Review», vol. 151, n. 4, pp. 351-375.
- Gottschall K., Kittel B., Briken K., Tepe M., Streb S. e Hils S., 2015, *Public Sector Employment Regimes: Transformations of the State as an Employer*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Gumbrell-McCormick R. e Hyman R., 2013, *Trade Unions in Western Europe: Hard Times, Hard Choices*, Oxford University Press, Oxford.
- Hansen N.W. e Mailand M., 2015, *New Challenges for Public Services Social Dialogue: National Report Denmark*, Faos Research Paper 142, Copenhagen.
- Heidenreich M. (a cura di), 2016, *Exploring Inequality in Europe: Diverging Income and Employment Opportunities in the Crisis*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Herrmann C., 2017, *Crisis, Structural Reform and the Dismantling of the European Social Model(s)*, «Economic and Industrial Democracy», vol. 38, n. 1, pp. 51-68.
- Keune M., 2015, *The Effects of the Eu's Assault on Collective Bargaining: Less Governance Capacity and More Inequality*, «Transfer: European Review of Labour and Research», vol. 21, n. 4, pp. 477-483.
- Keune M., Ramos Martín N.E., Mailand M. (a cura di), 2020, *Working under Pressure. Employment, Job Quality and Labour Relations in Europe's Public Sector since the Crisis*, Etui, Bruxelles.
- Mailand M., 2016, *Proactive Employers and Teachers' Working Time Regulation: Public Sector Industrial Conflicts in Denmark and Norway*, «Economic and Industrial Democracy», vol. 40, n. 3, pp. 682-699.
- Mailand M. e Larsen T., 2020, *Danish Public Sector Industrial Relations and Welfare Services in Times of Trouble*, in Keune M., Ramos Martín N.E., Mailand M., *Working under Pressure*, Etui, Bruxelles, pp. 73-107.
- Marginson P., 2015, *Coordinated Bargaining in Europe: From Incremental Corrosion to Frontal Assault?*, «European Journal of Industrial Relations», vol. 21, n. 2, pp. 97-114.
- Molina O. e Godino A., 2020, *Industrial Relations in Deep Water: The Spanish Public Sector during the Crisis*, in Keune M., Ramos Martín N.E., Mailand M., *Working under Pressure*, Etui, Bruxelles, pp. 287-326.

- Muñoz R. e Antón J.I., 2013, *Those Were the Days, My Friend: The Public Sector and the Economic Crisis in Spain*, in Vaughan-Whitehead D., *Public Sector Shock: The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Edward Elgar, Cheltenham, pp. 511-542.
- Pavolini E., León M., Guillén A. e Ascoli U., 2015, *From Austerity to Permanent Strain? The Eu and Welfare State Reform in Italy and Spain*, «Comparative European Politics», vol. 13, n. 1, pp. 56-76.
- Pedaci M., 2010, *Organizzazione e qualità del lavoro*, in Carrieri M. e Damiano C., *Come cambia il lavoro: insicurezza diffusa e rappresentanza difficile*, Ediesse, Roma, pp. 67-143.
- Pedaci M., Betti M. e Di Federico R., 2020, *Employment and Industrial Relations under Downward Pressures in the Italian Public Sector*, in Keune M., Ramos Martín N.E. e Mailand M., *Working under Pressure*, Etui, Bruxelles, pp. 183-216.
- Pierson P., 1998, *Irresistible Forces, Immovable Objects: Post-Industrial Welfare States Confront Permanent Austerity*, «Journal of European Public Policy», vol. 5, n. 4, pp. 539-560.
- Pollitt Ch. e Bouckaert G., 2011, *Public Management Reform: A Comparative Analysis. NPM, Governance and the Neo-Weberian State*, Oxford University Press, Oxford.
- Ramos Martín N.E., 2020, *Bargaining and Social Dialogue in the Public Sector in France: Between Transformation and Stability*, in Keune M., Ramos Martín N.E., Mailand M., *Working under Pressure*, Etui, Bruxelles, pp. 109-144.
- Ridley F., 1996, *The New Public Management in Europe: Comparative Perspectives*, «Public Policy and Administration», vol. 11, n. 1, pp. 16-29.
- Schmidt W., Müller A., Ramos-Vielba I., Thörnquist A. e Thörnqvist C., 2019, *Austerity and Public Sector Trade Union Power: Before and After the Crisis*, «European Journal of Industrial Relations», vol. 25, n. 2, pp. 129-145.
- Schulten T. e Müller T., 2012, *A New European Interventionism? The Impact of the New European Economic Governance on Wages and Collective Bargaining*, in Natali D. e Vanhercke B., *Social Developments in the European Union 2012*, Etui, Bruxelles, pp. 181-213.
- Simms M., 2017, *Unions and Job Quality in the UK: Extending Interest Representation within Regulation Institutions*, «Work and Occupations», vol. 44, n. 1, pp. 47-67.
- Stiller S. e Boonstra K., 2020, *Bargaining and Quality of Work under Increasing Strain: The Case of the Netherlands*, in Keune M., Ramos Martín N.E., Mailand M., *Working under Pressure*, Etui, Bruxelles, pp. 217-251.
- Streeck W., 2014, *The Politics of Public Debt: Neoliberalism, Capitalist Development and the Restructuring of the State*, «German Economic Review», vol. 15, n. 1, pp. 143-165.

- Urban H.J., 2012, *Crisis Corporatism and Trade Unions Revitalisation in Europe*, in Lehdorff S., *A Triumph of Failed Ideas*, Etui, Bruxelles, pp. 219-241.
- van Gyes G. e Schulten T., (a cura di), 2015, *Wage Bargaining under the New European Economic Governance. Alternative Strategies for Inclusive Growth*, Etui, Bruxelles.
- Vandaele K., 2011, *Sustaining or Abandoning «Social Peace»? Strike Development and Trends in Europe since the 1990s*, Etui Working Paper 2011.05, Bruxelles.
- Vaughan-Whitehead D. (a cura di), 2013, *Public Sector Shock: The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Edward Elgar, Cheltenham.
- Visser J., 2019, *Ictms Database, Version 6.1*, Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies, University of Amsterdam, Amsterdam.
- Walsh K., 1995, *Public Services and Market Mechanisms: Competition, Contracting and the New Public Management*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

RPS

Il mercato dei servizi di welfare: relazioni di lavoro, traiettorie recenti di trasformazione e risposte alla crisi pandemica

RPS

La prospettiva di Fp Cgil, Flc Cgil e Filcams Cgil. Tre interviste ai segretari generali delle federazioni Cgil di categoria dei lavoratori di: Commercio, turismo e servizi, Funzione pubblica, Conoscenza (scuola, università, ricerca).

*Intervista a Serena Sorrentino**

Che sta succedendo nel suo comparto con l'emergenza Covid rispetto alla contrattazione collettiva e alle condizioni di lavoro?

Evolvendo un po' il mondo della nostra rappresentanza nella descrizione, rappresentiamo un pezzo dei servizi pubblici essenziali sia nella gestione diretta pubblica sia indiretta cioè quella accreditata «privata», oppure volendo esemplificare meglio potrei dire che sono di nostra competenza categoriale le seguenti aree di tutela: la sanitaria, quella socio-sanitaria, l'assistenza e la promozione sociale, le funzioni centrali, le funzioni locali e la sanità pubblica. Quindi quando ci riferiamo alla categoria della Funzione pubblica, le relazioni industriali sono molto differenziate, tra il terzo settore e il datore di lavoro pubblico ci sono delle differenze, come ci sono delle differenze tra lo stato e le regioni entrambi datori di lavoro di comparti di contrattazione pubblica differenti.

Il problema è la definizione di welfare, perché per noi welfare rappresenta tutto lo spettro di attività della categoria: dalla prima infanzia fino ai servizi cimiteriali, alla previdenza alla salute, all'ambiente, tutta la filiera insomma dei diritti fondamentali della persona. Siamo una realtà complessa perché siamo una categoria che in qualità di servizi essenziali è stata quella maggiormente investita dalla pandemia. È emerso, in tutta la sua forza ma anche in tutta la sua fragilità, il concetto di «essenzialità» dei servizi alla persona e alla comunità complessivamente inteso, la sua importanza, oserei dire il legame profondo tra cura e vita. Settori nei

* Segretaria generale Fp Cgil.

quali, a parità di professionalità, tra pubblico e privato, tra contratti sottoscritti dai sindacati di categoria maggiormente rappresentativi e contratti pirata, esistono condizioni di lavoro e di trattamento economico e normativo profondamente diverse. Soprattutto per questo, nell'elaborazione delle proposte per un nuovo Servizio socio sanitario nazionale che abbiamo presentato con la Cgil nei giorni scorsi, abbiamo posto al centro la necessità di ricostruire, sia da un punto di vista contrattuale che normativo, quella che abbiamo chiamato la filiera lavorativa del diritto alla salute. Durante l'epoca pandemica, e quindi dalla prima individuazione delle cosiddette zone rosse e dalle prime misure di contenimento, tutta l'attività gestita dai servizi pubblici – a gestione diretta o a gestione privata – è stata dichiarata essenziale e quindi non comprimibile. La differenza è stata in quelle attività che sono direttamente legate all'assistenza alla persona, e che quindi sono state svolte in presenza, e quelle che oggi definiamo «smartabil», quindi possibilmente gestite da remoto. La prima cosa che abbiamo notato è che anche in assenza delle prime misure che sono arrivate solo con i primi decreti onnicomprensivi – quindi non quelli che delimitavano i perimetri delle zone sottoposte a misure di contenimento e sorveglianza, ma quelli più strutturali – i lavoratori dei settori pubblici si sono immediatamente riconvertiti senza formazione, senza supporto di alcun tipo, neanche per chi lavorava in presenza, quindi sia sul fronte dei nuovi protocolli clinici, ad esempio nel settore della sanità sull'emergenza Covid, sia in termini di dispositivi di protezione individuale, forse il più grande problema che abbiamo avuto in tutti i settori ma in particolare in sanità: la carenza dei dispositivi di protezione individuale. Mentre ora, grazie anche alle nostre denunce e soprattutto al Protocollo sulla sicurezza che abbiamo sottoscritto il 24 marzo, la questione dei Dpi sembra superata, resta la questione della formazione, sia sul fronte degli operatori sanitari, dove non ci si inventa ad esempio infermieri di terapia intensiva in 24 ore, sia, più in generale, di tutta la Pa. Non si supera in sei mesi un decennio e più di disinvestimento nella formazione continua del personale. Per la Fp tutta l'attività di contrattazione sin all'inizio è stata rivolta alla definizione di protocolli operativi, oltre che di protocolli clinici per il personale sanitario perché, ad esempio, la cosa che è emersa sin da subito è che i luoghi dell'assistenza sanitaria, sia quella primaria sia quella delle acuzie, quindi medicina territoriale e ospedaliera, diventavano a loro volta dei focolai di infezione per una ragione molto semplice: non c'era la separazione dei percorsi assistenziali tra Covid (o sospetto Covid) e non-Covid. Per il personale che ha svolto l'attività in servizio,

quindi sicuramente il personale sanitario ma anche quello dipendente dalle Rsa ed in generale di tutte le strutture residenziali e semi-residenziali, la polizia locale, gli addetti delle forze dell'ordine e i servizi di igiene ambientale, tutti operatori che hanno continuato a svolgere l'attività in presenza, il primo problema è stato ovviamente la carenza dei dispositivi di protezione individuale, la formazione all'utilizzo dei dispositivi, le misure di istruzione al personale su come trattare il Covid, su come trattare i pazienti, su come modificare il proprio lavoro, le relazioni sociali, conciliare rischio sul lavoro e responsabilità familiari. La fase di ripresa pandemica che stiamo vivendo ora, se da un lato vede i servizi e le strutture sicuramente più preparati di prima in termini di dispositivi, attrezzature, spazi e percorsi separati, dall'altro vede un ritardo importante nell'allestimento di posti letto aggiuntivi e dedicati al Covid, ed evidenza, ancora una volta, la mancanza di programmazione in tema di assunzioni di personale sanitario e sociosanitario. Non perché non vi siano importanti risorse dedicate, ma perché sono prevalentemente per contratti di lavoro flessibile e a tempo determinato e perché, drammaticamente, mancano alcune figure professionali, soprattutto medici e infermieri, per le quali paghiamo lo scotto di una errata programmazione dei fabbisogni formativi.

Per quanto riguarda invece i servizi pubblici cosiddetti «smartabili», abbiamo avuto la riconversione del personale che non ha svolto attività in presenza ma ha svolto attività da remoto; anche lì, per analogia, i problemi sono stati più o meno simili, anche se tarati su segmenti diversi. Per i lavoratori che hanno lavorato da casa il nostro problema non è stato ovviamente il dispositivo di protezione individuale, ma è stato il fatto che hanno utilizzato le loro connessioni, i loro *devices*, piattaforme spesso non rodiate dalle amministrazioni sulle quali non avevano formazione e in alcuni casi, come ad esempio quei servizi che erano maggiormente stressati da tutte le procedure di liquidazione delle prestazioni di carattere assistenziale, il reddito di emergenza, la cassa integrazione, dover fare gli accordi per inserire modulazioni dell'orario di servizio molto diverse da quelle a cui sono abituati i lavoratori, quindi il secondo turno, il terzo turno e in qualche caso anche il quarto turno. Quindi molti lavoratori, ad esempio degli enti previdenziali in accordo con le direzioni generali, hanno lavorato di notte per rispondere al problema del sovraccollamento delle reti che bloccavano l'invio dati, avendo avuto otto milioni e mezzo di lavoratori in connessione costante e continua, più la didattica a distanza, cosa che ha determinato ritardi

RPS

Intervista a Serena Sorrentino

nella gestione delle pratiche. La prima contrattazione quindi è stata difensiva e adattativa all'emergenza Covid. Durante l'estate il governo è intervenuto normando per tutta la Pa le procedure per la predisposizione di Piani operativi per il lavoro agile ma lo ha fatto, almeno sin qui, con un decreto ministeriale che esclude la contrattazione integrativa e delegando le modalità operative alla dirigenza, confondendo il tema della responsabilità di un programma operativo con la sua attuabilità, con la sua efficacia e con i diritti e le opportunità di chi quei servizi deve svolgere, spesso in condizioni difficili e di impreparazione complessiva della Pa ad affrontare tali cambiamenti, sia da un punto di vista tecnologico che di valutazione dell'efficacia e dei risultati che ci si aspetta da quel servizio pubblico.

Quindi c'è stata una seconda contrattazione? C'è anche da parte del governo un'idea più precisa di cosa si farà nei prossimi mesi, se si andrà in una direzione piuttosto che un'altra?

Quello che abbiamo ben compreso è come trattare il virus, ma non saremo pronti finché, banalmente, non c'è un vaccino. Tecnicamente non abbiamo nemmeno una cura che viene identificata come quella più efficace, nel senso che siamo ancora nell'ambito della sperimentazione sia del tipo di cura, di profilassi che viene individuata per i pazienti Covid, sia del vaccino. Quello che abbiamo ben compreso è che nella fase più virulenta quello che è importante è aiutare il paziente nella ventilazione, quindi l'unica cosa di cui siamo certi è che avendo implementato i reparti di terapia intensiva e avendo lavorato sulle scorte dei ventilatori, nel caso in cui ci fosse ancora un picco di diffusione del virus ad alta intensità con le stesse caratteristiche dell'inverno scorso, almeno dovremmo essere pronti dal punto di vista della gestione dell'emergenza. Abbiamo imparato che bisogna separare i pazienti Covid dai non-Covid, abbiamo assunto 28 mila persone in questi mesi che sono entrate nel Sistema Sanitario Nazionale, che rappresentano un'implementazione importante (non sono tutta la carenza di organico che colma i pensionamenti, perché la nostra stima era di circa 200 mila unità, inoltre non tutte le figure professionali sono perfettamente attagliate alle vacanze di organico perché prevalentemente sono stati assunti lavoratori per gestire l'emergenza pandemica).

Gli interventi di prospettiva sono più lunghi. Faccio un esempio che credo importante: immaginare di intervenire sui percorsi formativi e quindi modificare il numero di accessi alle scuole di specializzazione sia

infermieristiche che mediche per le patologie come le malattie infettive o dell'apparato respiratorio piuttosto che di rianimazione o anestesio-logia, specializzazioni di questa natura, sono chiaramente percorsi che guardano al medio-lungo periodo, ma è necessario pensarci ora. Si sarebbero dovuti potenziare i servizi territoriali, soprattutto di prevenzione e di tracciamento dei contagi, sin dall'estate scorsa. Invece i Piani di assistenza territoriale delle regioni sono in ritardo, pochi operatori sono stati assunti a tale scopo, le risorse saranno disponibili per assunzioni a tempo indeterminato solo a gennaio ma rischiamo che, con una seconda ondata pandemica oramai nei fatti, gennaio sarà troppo tardi. Siamo consapevoli che non si colmano le falle di un sistema in pochi mesi ma pensiamo anche che non si possa andare avanti con un provvedimento di emergenza alla settimana. Quello che sarebbe molto importante è utilizzare l'esperienza del Covid per sostituire quei tasselli di organizzazione del sistema sanitario che erano già traballanti prima dell'emergenza Covid. L'emergenza Covid è come se avesse avuto una funzione di acceleratore della situazione di difficoltà e di emergenza in cui si trova il Ssn. Abbiamo sempre detto in questi anni che bisogna lavorare per decongestionare le reti per acuti, e quindi meno ospedali e più territorio, che va ripensata la sanità territoriale investendo su cure primarie e medicina d'iniziativa, sulla salute di comunità, sul settore della prevenzione, che bisogna elevare la qualità dei processi di integrazione socio-sanitaria intersecando sempre di più i tre livelli che erano i pilastri della 833, quindi la prevenzione, la cura, ma anche la riabilitazione che è una parte importantissima e che è stata quasi totalmente privatizzata nel nostro sistema sanitario. Il Covid ha agito in maniera determinante soprattutto come esposizione al rischio salute in quei nodi della rete sanitaria che erano più fragili: la medicina di base è l'esempio più lampante, così come la carenza di personale o le reti territoriali che non hanno avuto un'integrazione molto forte, di presa in carico dei soggetti. Tra le nostre proposte contenute nel documento per «Un new deal per la Salute», un punto centrale è quello di portare tutta la medicina generale e la pediatria, nonché tutta la specialistica, dentro un rapporto di dipendenza con il Servizio Sanitario Nazionale. Una proposta, questa, unitamente a quella di investimento prioritario nei servizi distrettuali e di igiene e sanità pubblica, che consentirebbe di superare quella frammentazione e quella discontinuità nella presa in carico delle persone che è il vero vulnus del sistema. Un vulnus ancora più inaccettabile e pericoloso quando si affronta una pandemia di queste dimensioni.

RPS

Intervista a Serena Sorrentino

Attraverso la contrattazione in questi mesi o le decisioni unilaterali del governo, sono state messe a punto delle linee-guida sull'organizzazione del lavoro e delle strutture, nel caso si tornasse alla situazione di marzo 2020?

Dal punto di vista organizzativo credo che mentre sulle strutture per acuti ci sia stata un po' più di chiarezza, nel settore delle Rsa no, per un motivo molto semplice: il settore è quasi totalmente privato. Abbiamo pochissime strutture pubbliche che dipendono direttamente dalle aziende sanitarie e che hanno una responsabilità diretta dei dirigenti pubblici. Le Rsa sono gestite quasi tutte in regime di accreditamento, quindi esiste un processo di mediazione con i gestori privati che è titolarità delle regioni che lo esercitano attraverso delle linee-guida o attraverso gli accreditamenti, sugli standard di personale, sugli standard strutturali. C'è una varietà di soggetti gestionali e anche una disomogeneità dimensionale delle strutture che dipende dai tanti regimi di accreditamento che concorrono tra di loro. Le tariffe per gli utenti sono spesso molto differenti e anche la tipologia di assistenza che viene somministrata all'interno delle Rsa (talvolta è preponderante quella sociale con interventi sanitari di bassa intensità poco adatti alla cronicità, altre volte invece vi è sì una vigilanza sanitaria ma al contempo un'assenza di qualsiasi forma d'interazione sociale). Nel corso del tempo si sono determinati tanti modelli diversi e non è un caso che alcune regioni abbiano iniziato a riflettere a livello locale sulla ri-pubblicizzazione, in assenza di un dibattito nazionale sulla riorganizzazione del sistema di gestione della cronicità, della non autosufficienza, del ruolo della dimensione residenziale nell'integrazione socio-sanitaria, sia delle Rsa che delle case di riposo, le Cra.

Nella prima fase del Covid, nel momento in cui il governo propose la misura di requisire le strutture alberghiere, proponemmo proprio in prima battuta di collocare all'interno delle strutture alberghiere i pazienti non Covid ricoverati nelle Rsa e di lasciare nelle Rsa, che sono già pensate per un'assistenza anche sanitaria, i pazienti Covid, perché un anziano sano era più semplice da collocare in una struttura alberghiera che riattrezzare le strutture alberghiere predisponendole per assistere anche i pazienti Covid. Questa poteva essere una misura emergenziale, ma che in realtà fa i conti con una cosa che sembra banale ma non lo è, prendiamo il caso del Pio Albergo Trivulzio. Ci sono cose molto stridenti nell'organizzazione del sistema sanitario. Ad esempio per gli ospedali di comunità, che rappresentano una struttura intermedia pensata per le dimissioni protette di quei pazienti che non possono

essere solo domiciliarizzati ma hanno bisogno comunque di una struttura intermedia, il d.m. 70 dice che si possono avere al massimo 15 posti letto. Si afferma cioè il principio, giusto, che la dimensione di appropriatezza della cura deve prevedere piccoli numeri in strutture diffuse. Se è così allora non possono esserci Rsa che hanno fino a 500 ospiti perché quella è la negazione dell'assistenza personalizzata, la disumanizzazione della cura, il toyotismo sanitario. Già facciamo molta fatica a trovare aderenza tra le classificazioni che abbiamo a livello nazionale e quello che a livello regionale si traduce in *hospice*, Rsa e strutture semi-residenziali diurne. C'è troppa eterogeneità nella legislazione regionale ed è per questo che chiediamo di lavorare sempre di più, anche nell'ambito del confronto in conferenza stato-regioni sul patto per la salute, di andare a rivedere all'interno del sistema sanitario non soltanto il sistema degli accreditamenti in generale, ma anche una seria riforma della residenzialità assistita per le persone anziane e per tutta l'area della non-autosufficienza. Inoltre, l'emergenza pandemica ha reso evidente l'assoluta insufficienza, nei sistemi di accreditamento e quindi negli standard assistenziali della residenzialità, della componente sanitaria, sia medica che di infermieri. Molte tipologie di residenzialità non hanno un presidio sanitario continuativo. Per tutto questo, auspichiamo che all'annuncio fatto dal ministro della Salute riguardo l'istituzione di una Commissione nazionale per una riforma della residenzialità per la non autosufficienza, seguano scelte precise, innovative, in tempi rapidi e, soprattutto, fatte con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali. Negli ospedali sono andati per approssimazione a fenomeni clinicamente simili anche se il comportamento del virus era per lo più sconosciuto, anche e soprattutto grazie alla ricerca e alla letteratura che a livello internazionale ha condiviso dati ed esperienze, hanno studiato i modelli che funzionavano di più, e alla fine abbiamo avuto orientamenti gestionali omogenei: dal *pre-triage* fino alla gestione delle misure di prevenzione della contaminazione tra reparti, a cose banali tipo il fatto che il personale sanitario che turnava nei reparti Covid non poteva turnare in reparti non-Covid.

Non tutto è andato bene, non tutto ha funzionato, troppi decessi e contagi lo dimostrano, ma almeno avremmo dovuto imparare per essere più pronti.

Possiamo dire che dal punto di vista scientifico, delle competenze professionali, il nostro paese era molto pronto, dal punto di vista organizzativo era totalmente impreparato.

RPS

Intervista a Serena Sorrentino

Nell'ultimo decennio quali sono state le principali tappe evolutive in senso neutro delle relazioni industriali in sanità? Quali sono state secondo te le grandi fasi di cambiamento?

Nel settore pubblico non abbiamo relazioni industriali, non esiste, la struttura canonica del diritto sindacale e delle relazioni sindacali che non applichiamo al settore pubblico. Abbiamo relazioni sindacali e abbiamo dei limiti imperativi che ci vengono determinati dalle leggi. Ad esempio il decreto 165 del 2001, che è la disciplina madre che regola il rapporto di lavoro nelle pubbliche amministrazioni, modificato profondamente nel 2009 dall'allora ministro Brunetta introducendo un limite di carattere legislativo che impedisce al sindacato nella pubblica amministrazione di intervenire sull'organizzazione del lavoro e sull'organizzazione dei servizi con qualsiasi forma di relazione sindacale. Quindi la nostra struttura delle relazioni sindacali ha avuto una preminenza della titolarità dei dirigenti che per quasi un decennio sono tornati a gestire unilateralmente l'organizzazione del lavoro nelle pubbliche amministrazioni. Ad esempio il tema dei turni, degli orari, dell'organizzazione dei servizi, della formazione e della valutazione sono stati sospesi nelle relazioni sindacali nel sistema pubblico. Questo limite in sanità è stato difficilmente rispettato per volontà comune delle parti perché la sanità negli ultimi 15 anni ha avuto una serie di processi riformatori importanti che necessitavano un coinvolgimento della rappresentanza del lavoro. L'ultimo sicuramente grande processo riformatore è stata la trasformazione da unità sanitarie locali in aziende. Il processo di aziendalizzazione ha impresso una mutazione e una trasformazione alle organizzazioni sanitarie (aziende territoriali e ospedaliere) verso modelli di aggregazione aziendali, oltre che di aggregazione di servizi, di area vasta che sono stati prevalentemente governati dal criterio dell'economicità e del contenimento dei costi. Anche la ragione giustificativa della costituzione delle cosiddette aree vaste quasi mai attiene alla razionalizzazione del servizio, attiene prevalentemente all'ottimizzazione delle economie di scala per contenere i costi di quelle che possono essere attività integrate. Tuttavia questo ha comportato una serie di scelte di politica sanitaria non sempre molto coerenti: ci sono modelli ad esempio in cui sono le aziende sanitarie ad includere delle reti ospedaliere, ci sono modelli invece in cui sono le reti ospedaliere a includere parti di territorio. Questo, chiaramente, se non governato dalle relazioni sindacali diventa un problema.

Quando per esempio vai ad aggregare due aziende sanitarie per creare

un'area vasta, la prima cosa con cui fare i conti è l'armonizzazione degli accordi di secondo livello poiché la storicizzazione dei fondi aziendali determina quasi sempre che il trattamento accessorio di lavoratori afferenti a due aziende che si aggregano sono differenti. Dovendo andare a costruire un nuovo livello di contrattazione che comporta uniformità di trattamento (a quel punto di lavoratori che fanno parte di un'azienda unica, non più di due aziende differenti) comporta ovviamente problemi di gestione del personale perché costituisce motivo di conflitto, malessere, malcontento, richieste di mobilità verso altre aziende. E quindi sono state le stesse aziende sanitarie a rendersi conto che quella rigidità imposta dall'interdizione per le relazioni sindacali ad occuparsi di organizzazione del lavoro, era in realtà ingestibile in servizi che hanno un carattere di forte prossimità e una componente professionale così importante. In sanità quindi abbiamo continuato ad avere relazioni sindacali a geometria molto variabile. Poi bisogna sempre fare i conti con il fatto che finché non superiamo la Brunetta per il dirigente interviene sempre la convenienza nel poter dire: «Se non si trova l'accordo, la legge mi consente di agire con atti unilaterali e decido io».

Questa parentesi ha avuto un'evoluzione nel 2017 perché con il ministro Madia abbiamo discusso la possibilità di modificare di nuovo il d.lgs. 165/01 (tecnicamente sono gli articoli 5, 9 e 40 del 165 che legittimano il sistema di partecipazione sindacale individuato dai Ccnl a intervenire su materie che riguardano i riflessi dell'organizzazione degli uffici sul lavoro). Detta così è complessa, ma ha significato per noi tornare a contrattare la flessibilità degli orari di lavoro, avere competenza sul trattamento economico accessorio, contrattare sulla valutazione, su salute e sicurezza, con una graduazione del sistema di relazioni sindacali diverso rispetto al passato, introducendo nuove forme di partecipazione sindacale. Prima della riforma Madia, avevamo solo gli istituti dell'informazione, consultazione e contrattazione, poi grazie anche allo sviluppo di una direttiva europea alla quale abbiamo lavorato insieme agli altri sindacati di altri paesi sul dialogo sociale, c'è stata una raccomandazione, soprattutto per i lavoratori dello stato, a non fermarsi alla sola informazione e consultazione dei lavoratori, ma a costruire forme di partecipazione, quindi di dialogo. Grazie alla spinta di quella direttiva, di sentenze epocali (la sentenza della corte costituzionale del 2015 che aveva dichiarato il blocco della contrattazione incostituzionale) siamo riusciti a strappare una nuova normativa di miglior favore. Adesso abbiamo un sistema di codifica delle relazioni sindacali nel settore pubblico, quindi anche nella sanità, che ha diversi istituti. Alcuni

RPS

Intervista a Serena Sorrentino

istituti sono consolidati: abbiamo la contrattazione di primo livello, che è il contratto di comparto, e la contrattazione integrativa che è quella aziendale prevalentemente, non abbiamo una contrattazione territoriale. Abbiamo introdotto però l'istituto del confronto: anche quello viene regolamentato dalla contrattazione collettiva. Il confronto avviene su tutta una serie di materie che sono di carattere regolativo e anche un livello regionale di confronto in questo caso con l'istituzione regione che è l'ente che fa la programmazione.

Abbiamo ovviamente l'istituto dell'informazione preventiva che è la base del nostro sistema delle relazioni sindacali, ma abbiamo introdotto nella pubblica amministrazione molti organismi paritetici provando a sperimentare la leva della partecipazione dei lavoratori come strumenti di innovazione del sistema delle relazioni sindacali. Particolare attenzione la stiamo dando al funzionamento degli organismi paritetici per l'innovazione: quella è la sede dove tutte le innovazioni di carattere tecnologico e organizzativo trovano una sede paritetica di confronto tra organizzazioni sindacali e amministrazione. Nel nostro sistema contrattuale c'è anche scritto che lavoratori o gruppi di lavoratori o di organizzazioni sindacali possono addirittura portare all'organismo paritetico proposte di riorganizzazione del servizio, di migliore funzionamento dell'ufficio, di gestione dei cambiamenti tecnologici o organizzativi. Tradotta diversamente, è stato un modo con il quale non potendo noi accedere all'articolo 46 della Costituzione, perché non ci può essere partecipazione economica dei lavoratori del settore pubblico, abbiamo introdotto la leva della partecipazione organizzativa.

Negli ultimi due anni, grazie anche allo sblocco del rinnovo del contratto (il rinnovo del contratto nazionale di lavoro nel settore pubblico è arrivato dopo il blocco del 2009 nel 2018 per il triennio 2016-2018), abbiamo dato un impulso alla contrattazione di secondo livello molto forte soprattutto in sanità e prevalentemente su due materie: la prima è il trattamento accessorio dei lavoratori nella componente che valorizza la produttività, la seconda riguarda il sistema di valorizzazione professionale che è fermo da oltre vent'anni e che abbiamo in animo di riformare. Abbiamo una commissione paritetica in Aran, che è la nostra agenzia per le relazioni sindacali con cui si è svolto un confronto: abbiamo presentato delle proposte di riforma dell'ordinamento di tutto il settore pubblico, compresi i nuovi sistemi di classificazione che guardano non semplicemente ad aggiornamento dei profili professionali e del sistema degli inquadramenti, ma che introduce un modello molto più simile a quello che abbiamo in tanti settori del privato dinamiz-

zando percorsi di riconoscimento professionale e di carriera. Le procedure per le progressioni verticali, ad esempio, erano bloccate fino a prima della Madia successivamente abbiamo ripristinato una prima parziale modifica che può riguardare il 20% del personale.

Quindi le dinamiche di sviluppo di carriera sono molto molto ingessate nel settore pubblico. In sanità questo crea dei problemi sia per il crescente peso delle 28 professioni sanitarie oltre la dirigenza medica e sanitaria, che chiedono un diverso modello di gestione del valore delle competenze, sia perché ci sono nuovi profili che finalmente trovano una collocazione teorica ma non ancora esigibile in quanto anche avanzamenti in tal senso come l'aver introdotto l'area socio-sanitaria è arenata dalla mancanza di indirizzo da parte del governo relativamente a finanziamenti e strumenti per riformare il sistema di classificazione. Abbiamo l'area della protezione tecnico-ambientale e poi abbiamo l'area amministrativa. Quindi abbiamo il problema di dover costruire una struttura dinamica che sia in grado di rispondere alle istanze delle professioni, perché l'organicità del sistema di contrattazione pubblica in questi anni non è stata in grado di valorizzare le professioni, che ora spingono sull'uscita dal comparto con spinte corporative.

Per rispondere confederalmente a questa tendenza abbiamo invece proposto un modello di valorizzazione professionale che punta molto di più ad una similitudine con la carriera dei medici e cioè la possibilità per i professionisti di vedersi assegnare incarichi, sia gestionali sia professionali, organizzativi e clinici, in relazione alle competenze e alle specializzazioni. I fattori alla base del sistema di valorizzazione professionale sono la responsabilità, l'autonomia, la complessità e l'esperienza. L'idea che stiamo promuovendo in sanità è quella di costruire relazioni sindacali che diano la possibilità alla contrattazione di intervenire sempre di più su aspetti che guardano all'organizzazione del lavoro e alla valorizzazione professionale e che incidano anche sulla qualità del servizio, perché quello che chiedono i professionisti della sanità è, sì il salario, ma anche di vedere riconosciute quelle competenze professionali. Oggi abbiamo infermieri, professionisti sanitari di varie specializzazioni che sono laureati, specializzati, che fanno percorsi di assistenza alla ricerca o che sono addirittura co-autori di ricerca e che si sentono sottodimensionati in un modello sanitario oltre che contrattuale che non è in grado di valorizzare quelle competenze. Sono tante aree di sviluppo di valorizzazione delle competenze che presuppongono un rafforzamento della contrattazione di secondo livello, la rimozione dei vincoli che la ostacolano (economici e normativi) e delle relazioni sin-

RPS

Intervista a Serena Sorrentino

RPS

IL MERCATO DEI SERVIZI DI WELFARE

dacali. Come sindacato confederale abbiamo una contrattazione molto diffusa, non c'è azienda sanitaria o azienda ospedaliera nella quale non contrattiamo e non abbiamo un contratto di secondo livello. Cosa possiamo contrattare è molto relativo alla capacità dei dirigenti di comprendere che i modelli di cooperazione e partecipazione del sindacato all'organizzazione del servizio aiutano anche il cambiamento, anche l'innovazione, anche la sperimentazione. Il lavoro, nel settore della cura e non solo, è il fattore strategico più importante nella gestione dei cambiamenti e nell'innovazione. L'emergenza lo ha reso evidente, senza le persone che lavorano, le loro competenze, non avremmo gestito l'emergenza. Investire sul lavoro, proteggere chi cura, significa mettere in sicurezza lo stato di salute del paese.

*La situazione creatasi con il Covid e le relazioni industriali.
Intervista a Francesco Sinopoli**

Le riflessioni sul tema in oggetto debbono partire da una premessa. Il sistema dell'istruzione italiano è il più grande datore di lavoro di Europa: il Miur ha 1,2 milioni di dipendenti! Occorre non dimenticarsi di questo dato. A fronte di questi numeri, il sistema pubblico di relazioni industriali che si è venuto a creare dopo la privatizzazione del rapporto di lavoro (decreti 92-93 e primi rinnovi contrattuali di fine anni '90), ha subito una involuzione con le cosiddette riforme Brunetta. I comparti di contrattazione sono stati portati da 11 a 4. È avvenuta una vera e propria invasione legislativa dei governi, che ha finito per ridurre sensibilmente lo spazio negoziale a fronte di una normativa, che è stata fortemente legata alle performance e al percorso di managerializzazione. Inoltre, le criticità del comparto pubblico sono state acuitizzate da un blocco decennale della contrattazione collettiva. Si tenga presente che il rinnovo di tre anni fa è stato il primo in dieci anni. Quindi, la contrattazione integrativa rimane ancora contenuta e poco sviluppata per vincoli di spesa. Ancora oggi siamo ancora dentro questo contesto culturale e di impostazione pubblica. Solo con il rinnovo contrattuale di tre anni è stata modificata la normativa, con l'effetto di rendere meno rigido e tassativo il modello precedente. Tuttavia, non abbiamo ancora recuperato rispetto all'inflazione sui salari rispetto ad interventi del 2010.

Che sta succedendo nel comparto con l'emergenza Covid rispetto alla contrattazione collettiva e alle condizioni di lavoro?

Nella primavera del 2020 la pandemia ha preso tutti di sorpresa. Le scelte operate dal governo sono state molto unidirezionali: è avvenuto un congelamento e non è stata impostata alcuna contrattazione collettiva sul passaggio allo *home working* dei docenti. Ciò che è avvenuto in quei mesi è che gli interventi di digitalizzazione non hanno portato allo *smart working* per i docenti, bensì allo *home working*. Il mondo della scuola ed i docenti in particolare hanno dovuto lavorare con mezzi propri (a partire dai computer e dalle connessioni internet). Non vi è stata condivisione delle scelte con il ministero, che ha lavorato sostanzialmente

* Segretario generale Flc Cgil.

tramite direttive. Dentro questo quadro il sindacato ha il dovere e l'obiettivo di rilanciare la negoziazione rispetto alle forme di regolazione a distanza del lavoro dei docenti (tempi di lavoro che tendono a dilatarsi, salari, straordinari, definizione della fattispecie precisa del lavoro svolto – *home working* o *smart working* – ecc.). Da questo punto di vista il sindacato ed il governo non hanno raggiunto un accordo sulla regolazione della didattica a distanza, ma sono avvenuti solo contatti informali. Tutto ciò rappresenta chiaramente un enorme problema. Nell'emergenza tutti i docenti ed il personale della scuola si sono resi disponibili, senza aver ricevuto una formazione specifica e adattandosi impiegando una varietà di mezzi di comunicazione e insegnamento. Da parte del Miur non si sono costruite coordinate condivise. Noi abbiamo fatto una inchiesta lampo sulle condizioni di lavoro nella Pa e nella scuola. Il risultato è stato di fatto un aumento dei carichi di lavoro. Non si è aperto alcun tavolo contrattuale per ora¹.

Le relazioni sindacali sono andate avanti sul tema della sicurezza, con una certa variabilità fra i settori del comparto. Abbiamo firmato vari protocolli di sicurezza (ad esempio, quello sugli esami di stato in presenza). Il problema è che è passata l'idea di poter andare avanti come prima su scuola e università, come se il Covid fosse solo un inciampo quasi secondario rispetto all'organizzazione e alla regolazione del lavoro nel campo dell'istruzione.

Dentro questo quadro, il caso universitario si segnala in positivo perché l'innovazione è stata più marcata all'insegna una organizzazione più digitale e telematica. Anche sulla scuola la didattica a distanza ha avuto importante affermazione.

Come sta procedendo il tema della riorganizzazione degli spazi in ottica di distanziamento nel suo comparto e quale ruolo sta giocando il sindacato nelle decisioni prese rispetto alla riorganizzazione? Oltre alla riorganizzazione degli spazi pro distanziamento, quali sono state le altre principali misure adottate nel suo comparto?

La protezione civile ha prodotto un documento che si basa solo sul distanziamento fisico. Sulla base di quel documento sarebbe dovuto partire un dibattito più ampio. Purtroppo, il governo non aveva ancora capito all'inizio dell'estate 2020 che cosa deve fare oltre il distanziamento fisico. Se rispettiamo i quattro metri di distanziamento fisico, servirebbero altre 280 mila aule e molto più personale insegnante ed

¹ L'intervista è stata condotta nel luglio 2020.

addetto alle pulizie. Questo criterio solo per la scuola dell'infanzia e primaria, rispettando il parametro dei dieci alunni per classe, comporta una spesa aggiuntiva per coprire tutti i bambini e le cassi di circa 4,5 miliardi di euro. A questa cifra vanno aggiunti i costi da sostenere per la scuola secondaria. Un'alternativa è rappresentata dall'idea della riduzione del tempo scuola o dall'adozione di soluzioni graduali (ad esempio, prima interventi in infrastrutture e il dare la priorità a scuola infanzia e primaria, dove la didattica a distanza ha più difficoltà a funzionare). Purtroppo di tutto questo non si è discusso prima dell'inizio del nuovo anno scolastico. Vi è stata, e continua ad esserci, grande e preoccupante incertezza.

La scuola ha autonomia molto limitata a livello di singola istituto rispetto all'università e relativamente molte meno risorse a disposizione.

Complessivamente quali sono state le principali linee evolutive nelle relazioni industriali nel suo comparto nell'ultimo decennio?

Si può affermare che fino a tre anni fa il quadro delle relazioni industriali nel settore dell'istruzione assomigliava ad un «paesaggio ghiacciato», in cui il contenimento della spesa rappresentava l'obiettivo primario. Nella sostanza è stato il Mef, ed in particolare la ragioneria generale dello stato, a gestire le relazioni industriali. Il contenimento dei costi è stato argomentato sulla base del fatto che la privatizzazione del rapporto del lavoro, introdotta nei primi anni '90, ha facilitato aumenti salariali nel pubblico più consistenti che nel privato. A partire da questa argomentazione si è applicata una *austerità* molto rigida, soprattutto nel decennio appena passato. Nel nostro paese il cosiddetto New Public Management è stato interpretato in termini molto semplificati ed orientati sostanzialmente alla riduzione dei costi. Dal 2011 in poi, il rispetto dei vincoli sulla spesa ha nella sostanza comportato che ogni tentativo di sblocco ed aumento dei salari nell'istruzione ha trovato il veto del Mef.

L'accusa rivolta al sindacato è stata quella di aver avallato una distribuzione degli incentivi e degli aumenti salariali «a pioggia». In realtà, i salari pubblici (tabellari) sono stati sempre bassi. Nei settori privati la contrattazione non si fa sempre, mentre nel pubblico si, per legge. Così, i limiti nel privato sono diventati una critica alle politiche salariali nel pubblico.

Il nuovo contratto di tre anni fa ha un po' liberato la contrattazione, ma rimane al fondo un imperativo del vincolo di spesa che è scollegato alla programmazione dello sviluppo professionale. Occorrerebbe tor-

RPS

Intervista a Francesco Sinopoli

nare all'impostazione di D'Antona a discutere dei criteri di valutazione della performance. Lo smantellamento dello «stato balia» è sempre l'obiettivo dei neo-liberali. In questa fase, invece, occorre riconoscere il ruolo dello stato nel garantire i diritti fondamentali dei cittadini, fra cui un diritto fondamentale è quello all'istruzione. Serve un investimento straordinario in formazione. Invece, rimane prevalente, da un punto di vista politico-culturale, un'impostazione manageriale molto grezza e primitiva, che ha ingessato il sistema dell'istruzione e lo ha burocratizzato.

Quali sono state le linee strategiche lungo cui si è mosso il sindacato in termini di salari, occupazione e condizioni occupazionali?

È chiaro che con una contrazione della spesa così forte come quella dell'ultimo decennio gli spazi di azione sindacali sono stati limitati. Nell'ultimo decennio il sindacato ha dovuto adottare due strategie, una di seguito all'altra. La prima è stata di resistenza e di difesa dei diritti nei limiti del possibile. Il mondo della scuola si ritrova nella difesa dell'istituzione. Vi è stata una forte contrapposizione alla legge 107 da parte di tutto il sindacato. La seconda, più recente, è stata di adattamento. In questa seconda stagione si può inserire il rinnovo contrattuale di tre anni fa, che ha permesso di ottenere alcuni risultati positivi. La scuola ha recuperato più potere negoziale con il rinnovo. Nel 2008-2010 c'è stata, invece, una forte frattura fra i principali sindacati che poi si è recuperata nel corso del decennio. Attualmente c'è una forte unità sindacale nel mondo della scuola.

In molti comparti della Pa e della scuola, vi è la crescente presenza nello stesso posto di lavoro di personale, con simili professionalità e compiti, ma con un inquadramento contrattuale differente (ad esempio lavoratori cooperative e dipendenti pubblici). Come si sta ponendo il sindacato nel suo comparto rispetto a questo tema e a quello dell'esternalizzazione/privatizzazione di servizi? Che cosa sta accadendo in termini di contrattazione? Che forme stanno assumendo i processi di esternalizzazione/privatizzazione nel suo comparto?

Il processo di «esternalizzazione/privatizzazione» del personale impegnato nel mondo della scuola segue da anni un doppio binario. Da un lato, ormai da tempo si è realizzato un processo di forte esternalizzazione dei servizi mense e di pulizia. Dall'altro, abbiamo un organico di fatto ed uno di diritto, composto da tutti quegli insegnanti che svolgono

supplenze durante l'anno scolastico che si concludono a giugno. La presenza strutturata di una enorme massa di precari, che ogni anno servono alla scuola (per questo anno sono previste 180 mila supplenze), è un elemento ormai connaturato al funzionamento del nostro sistema educativo. Non ha senso inquadrare questa situazione in termini di flessibilità organizzativa. In realtà si tratta solo di un risparmio di spesa. La rappresentanza dei precari della scuola è complessa perché si tratta di una forza lavoro più debole da un punto di vista dei diritti degli occupati: il sindacato sta crescentemente facendosi carico di questa importante componente del mondo dell'insegnamento.

Quanto la contrattazione sostiene l'innovazione nel suo comparto (innovazione organizzativa – smart-working; di processo – introdotta da nuove tecnologie; di prodotto – nuovi servizi o nuove forme di servizi)?

Prima del Covid, l'innovazione nella scuola si era concentrata poco sulle modalità della didattica (come avveniva ancora nelle riforme degli anni '80) o su come migliorare gli aspetti pedagogici. Purtroppo, su questo non è avvenuto quasi nulla. Le riforme di questi anni hanno focalizzato attenzione più sul management e sulla organizzazione che sui contenuti della didattica.

Come il sindacato sta orientandosi in un contesto pubblico passato da un modello basato su forte autonomia dei professionisti del welfare pubblico (insegnanti, educatori, infermieri, medici, ecc.) ad un sistema più managerializzato e di stretto controllo dei professionisti da parte dei dirigenti?

Da parte nostra vi è stata e continua ad esserci una forte critica su come sta funzionando la managerializzazione nella scuola. Perché dobbiamo abituarci all'idea che ogni luogo di lavoro debba assomigliare ad una azienda? Il punto è: è davvero più efficiente un'organizzazione in cui c'è un modello cooperativo rispetto ad una che è più verticistica? La programmazione didattica, il ruolo del collegio dei docenti e la condivisione delle scelte dovrebbero essere fondamentali e perni attorno a cui costruire la scuola del futuro. Occorre rafforzare il confronto e la discussione collegiale, anche nei rapporti con le famiglie. Non mi sembra che la scuola sia migliorata con la managerializzazione.

RPS

Intervista a Francesco Sinopoli

Il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale rispetto alla contrattazione locale: che sta succedendo e come sta cambiando nel suo comparto?

La contrattazione locale dopo l'ultimo rinnovo è stata ripresa a livello decentrato. Si è recuperato una parte di spazio negoziale, che si era persa negli anni precedenti. Rimangono i vincoli di spesa e il punto di vista della Rgs, che non sono stati scalfiti. I nuovi investimenti pubblici dal 2014 (bonus 80 euro, ecc.) in generale sono stati fatti in una logica di incentivi individuali e non investimenti in beni pubblici (istruzione e salute). L'idea che occorra fare investimenti non in beni pubblici è ancora prevalente in politica.

RPS

*Intervista a Maria Grazia Gabrielli**

Tra i settori rappresentati dalla Filcams, oggetto specifico del nostro interesse sono quelli delle mense, pulizie e quello delle colf e badanti. Il 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza Covid, che purtroppo persiste. Che cosa è successo in questi settori di attività? Qual è stato l'impatto sulle dinamiche della contrattazione e sulle condizioni di lavoro?

L'impatto è stato ed è estremamente rilevante, in particolare sui servizi esternalizzati a imprese come quelle delle pulizie e delle mense. Innanzitutto, come un po' in tutti gli ambiti, quando è esplosa la pandemia, ci siamo trovati impreparati a gestire situazioni di questo tipo. Soprattutto in luoghi particolarmente esposti come ospedali e Rsa, i lavoratori hanno dovuto operare in condizioni di assoluta emergenza, per la carenza o la mancanza di dispositivi di protezione individuale, cosa che, ovviamente, ha creato diffuse preoccupazioni tra i lavoratori e la situazione si è «normalizzata» solo dopo diverse settimane. Inoltre, in molti contesti il lavoro è stato svolto con turni e orari «sfalsati» rispetto al normale, con servizi attivi in modo continuativo.

Questi lavoratori vengono percepiti spesso come invisibili e, io aggiungerei, silenziosi. All'inizio, quando si parlava di sanità, ospedali o residenze socio-sanitarie nel dibattito pubblico, negli incontri con il governo e nelle task force, si faceva riferimento solo a medici ed infermieri, mentre nessun provvedimento è stato assunto, pensando alle esigenze di tutti i lavoratori che lavoravano fianco a fianco con il personale sanitario. È un approccio che non ha sicuramente aiutato. Il settore privato che lavora in appalto per il settore pubblico ha dovuto gestire la situazione emergenziale senza molti supporti, a partire dal procurarsi la strumentazione per lavorare in sicurezza. Non si è capito né riconosciuto che, per far lavorare i medici e gli infermieri e per garantire la salute dei cittadini sono necessarie e indispensabili anche tante altre categorie di lavoratori: che nell'emergenza Covid hanno continuato a lavorare e anzi lo hanno fatto più del normale.

Questo ha riguardato tutti i lavoratori da voi rappresentati, nei settori che ci interessano di più in questa intervista?

No, un'altra parte dei lavoratori nei servizi in appalto, da noi rappresentati, è andata in «lockdown» con i committenti, tra questi ci sono

* Segretaria generale della Filcams Cgil.

coloro che lavorano nelle mense e pulizie nella scuola e nell'università. In particolare, va osservato che in Italia, nelle mense scolastiche le lavoratrici operano prevalentemente in part-time verticale: la loro forma contrattuale si «ferma» per la chiusura dell'anno scolastico, per poi riprendere con l'inizio del nuovo anno scolastico. Di solito nel periodo di sospensione molte lavoratrici cercano occupazioni temporanee: quest'anno molto più difficili o impossibili da trovare. A questa condizione già debole si è aggiunto quindi il ricorso agli ammortizzatori sociali legati all'emergenza sanitaria con conseguente impoverimento del reddito.

Altra situazione che desta preoccupazioni è quella dei lavoratori delle mense e delle pulizie impegnati nei servizi per le diverse pubbliche amministrazioni e per i privati: se, alcuni hanno lavorato molto di più del normale (chi fa le pulizie negli ospedali e nelle Rsa), altri erano impegnati in uffici e aziende che hanno fermato temporaneamente l'attività o fatto ricorso prevalentemente allo smart working: anche per questi lavoratori, per effetto delle scelte della committenza finalizzate a lavorare in sicurezza, si è fatto ricorso agli ammortizzatori sociali ed hanno subito quindi una decurtazione del loro reddito.

Per le mense scolastiche quello che preoccupa è come ricomincerà l'anno scolastico¹. Oltre alla grande confusione sulla ripresa, c'è un tema molto importante: la mensa è sempre stata considerata un elemento fondamentale della formazione dei bambini. Inoltre, per molte famiglie il pasto che viene offerto a scuola è il più completo fatto dai bambini nel corso della giornata: non garantirlo significa aumentare anche le disuguaglianze. Quindi nell'organizzazione della riapertura della scuola in presenza occorrerebbe pensare anche al servizio mensa, cosa che fino ad ora non si sta facendo.

Noi, come sindacato, abbiamo sollevato il problema al Ministero della Salute, al Ministero dell'Istruzione, all'Anci e al presidente della Conferenza Stato-regioni. Non abbiamo avuto ancora risposte; nel frattempo è stato avviato il confronto sindacale dai colleghi del sindacato Flc con il Mi per definire il protocollo sicurezza ma, con l'avvicinarsi dell'apertura dell'anno scolastico, il tema mensa e la necessità di rispettare le norme di sicurezza (come quelle del distanziamento, della sanificazione) non sono stati ancora affrontati e diventerà sempre più faticoso farlo. Questo ci preoccupa per la centralità che deve ricoprire la scuola nel nostro paese e per il futuro dei circa 40 mila lavoratori delle mense.

¹ L'intervista è stata condotta nel luglio 2020.

In termini più generali, il tema che stiamo cercando di proporre da tempo all'attenzione è il seguente: il pubblico è il più grande committente di servizi in Italia, tramite esternalizzazione di opere e servizi. Inoltre, se guardiamo i dati dell'Anac (Autorità nazionale anticorruzione), il segmento di attività che viene esternalizzato dal settore pubblico, è per oltre il 60% in servizi. In tale contesto, le scelte fatte dal pubblico nelle gare d'appalto hanno un'influenza molto forte sulle condizioni di lavoro nel privato: dipendono da come fai i bandi, se sei rigoroso o meno nell'offerta economicamente più vantaggiosa, se inserisci clausole sociali, ecc. Nel momento in cui la Pubblica amministrazione (in senso ampio) sceglie di esternalizzare i servizi, si assume grandi responsabilità e non deve invece pensare di de-responsabilizzarsi da un servizio, che resta pubblica funzione, pur affidandolo ad un privato. Invece finisce spesso, che un servizio esternalizzato sia quasi ignorato dal committente pubblico ed è il sindacato che deve denunciare il fatto che il servizio non funziona creando problemi ai cittadini e alle lavoratrici e ai lavoratori che lì sono occupati.

Il punto che noi poniamo, è che occorre riqualificare le stazioni appaltanti, avere figure professionali all'interno della pubblica amministrazione che sappiano predisporre e gestire una gara d'appalto e soprattutto, dovremmo discutere con la pubblica amministrazione a tutti i livelli il processo decisionale che porta all'esternalizzazione di servizi e funzioni associando l'economicità alla qualità del servizio e alla qualità delle condizioni del lavoro. Quando si immagina la riforma della pubblica amministrazione, e un ruolo centrale dello Stato, qualificare il servizio e riqualificare e valorizzare il personale fanno parte dello stesso disegno riformatore.

Va ricordato che il pubblico non esternalizza solo servizi percepiti spesso come poco qualificati, che con il Covid si sono dimostrati comunque indispensabili, ma una vasta gamma di servizi: la qualità del servizio e la qualità del lavoro sono un elemento fondamentale da cui ripartire, per ripensare il settore pubblico e il suo ruolo nel welfare di questo paese. Per sostenere questa idea abbiamo bisogno di rinforzare quella che in Cgil abbiamo definito «contrattazione inclusiva». L'interdipendenza esistente tra settori pubblici e privati ha bisogno di un lavoro sindacale basato sulla costruzione di piattaforme contrattuali comuni. Questo è un passaggio su cui ancora non siamo riusciti ad avere risultati omogenei e diffusi ma è un lavoro di prospettiva fondamentale.

RPS

Intervista a Maria Grazia Gabrielli

E che cosa è successo invece, nell'emergenza del 2020, alle colf e alle badanti?

Intanto, va ricordato che le colf e le badanti regolari nel 2018 sono circa 859 mila; in realtà si stima, da parte dell'Istat e dell'Inps che nel nostro paese ci siano circa due milioni di colf e badanti, evidenziando quindi il persistere di un elevatissimo tasso di irregolarità nel settore. Per questi lavoratori il primo provvedimento del governo non prevedeva indennità o altre forme di copertura, come se non esistessero. Il secondo provvedimento, emanato dopo il nostro intervento, riconosce la possibilità di accesso a indennità a chi ha perso il lavoro, ma esclude colf e badanti se conviventi. Quindi, c'è stata un'ulteriore selezione che non abbiamo condiviso perché, molti lavoratori, in cassa integrazione o in smart working, dovendo restare a casa hanno risolto il rapporto di lavoro con la badante o con la babysitter gestendo direttamente i figli o i familiari non autosufficienti. Per una badante convivente, di solito peraltro straniera, ciò ha significato la privazione anche del vitto e dell'alloggio in un paese che non è il tuo, con la difficoltà di cercare altri sostegni o tornare nel paese d'origine, peraltro cosa molto complicata o spesso non possibile, durante il lockdown.

Inoltre, abbiamo segnalato alla ministra Catalfo che c'è – come i dati ormai evidenziano – un tema di regolarizzazione di questi lavoratori, che è un problema molto forte anche in termini di salute e sicurezza. Al riguardo, al 30 giugno 2020 le colf e badanti regolarizzate erano 61.400 circa: questo dato così basso (rispetto alle cifre stimate da Istat e Inps) non deve stupire, perché il processo di regolarizzazione è molto difficile sia per la paura del lavoratore straniero di incorrere in ritorsioni, sia per convenienze reciproche con il datore di lavoro a rimanere irregolare, oppure per le resistenze da parte delle famiglie che, con la regolarizzazione, si trovano ad avere maggiori costi in una fase molto difficile come questa.

Per tutti questi motivi alla ministra Catalfo abbiamo posto il tema più complessivo del riconoscimento di queste lavoratrici, non solo perché abbiano un supporto nel periodo dell'emergenza Covid, evitando ulteriori discriminazioni di trattamento rispetto ad altri lavoratori, ma perché siano considerate parte integrante dei servizi pubblici di cura: è evidente, infatti, che stanno supplendo anche a carenze dello Stato per quanto riguarda il sostegno alla famiglia, dai figli alle persone con difficoltà o non autosufficienti.

Nell'ultimo decennio, quali sono stati i momenti/eventi più importanti nelle relazioni di lavoro dei tre settori che abbiamo analizzato (mense, pulizie, colf e badanti)? Ci sono stati momenti di svolta o che hanno segnato una discontinuità rispetto al periodo precedente?

Non si può parlare di veri e propri momenti di svolta, si sono difesi e conquistati passo a passo diritti e tutele. Pur trattandosi di settori in crescita, i contratti di lavoro nazionali hanno vissuto e continuano a vivere grandi difficoltà a essere rinnovati. Ciò costituisce un grave problema perché, data anche la scarsa diffusione della contrattazione aziendale e territoriale, il contratto nazionale è il riferimento principale per la definizione del rapporto di lavoro, dei salari e delle condizioni di lavoro. Se prendiamo il settore delle pulizie, in termini di contrattazione si ha attualmente la situazione peggiore perché il Ccnl è scaduto nel 2013: ciò vuol dire, per i lavoratori, avere ferme le proprie retribuzioni e per la pubblica amministrazione, quando indice un appalto, avere come punto di riferimento, per costruire bandi di gara, tabelle ministeriali con un costo orario fermo a sette anni fa. Con l'emergenza covid siamo riusciti a far ripartire una trattativa che era bloccata da quasi due anni e, data l'importanza ora assunta dalle attività di pulizie e sanificazione, auspichiamo si possa arrivare al rinnovo del contratto per consegnare il giusto riconoscimento a lavoratrici e lavoratori che dall'inizio dell'emergenza sanitaria sono in prima linea.

Il lavoro domestico ha una condizione particolare essendo previsto un adeguamento annuale della retribuzione con una rivalutazione basata sugli indici inflattivi. Però il contratto nazionale è scaduto da cinque anni e la trattativa che si protrae da diverso tempo, non sta ancora consegnando risultati definitivi. Il lavoro domestico va tutelato e qualificato, anche a garanzia delle famiglie, e per questo è importante il contratto nazionale e il sistema di supporto costruito tramite la bilateralità su cui siamo intervenuti investendo molto sul piano della formazione. L'ente bilaterale previsto dal Ccnl del lavoro domestico è stato impegnato, proprio per la fragilità del settore e per le difficoltà registrate durante l'emergenza, nel mettere a disposizione forme di sostegno al reddito a lavoratrici e lavoratori (assegni per i figli o altre indennità) e le coperture anche in termini sanitari (indennità giornaliera in caso di ricovero, diarie in caso di provvedimento con sorveglianza attiva, ecc). Il problema è che in questo settore – come già indicato – mancano tutta una serie di istituti di tutela per i quali è necessario l'intervento dello Stato (ad esempio il riconoscimento dell'indennità di malattia per i la-

RPS

Intervista a Maria Grazia Gabrielli

RPS

IL MERCATO DEI SERVIZI DI WELFARE

voratori a carico dell'Inps come le convenzioni con i paesi di origine dei lavoratori per costruire e avere riconosciuta la contribuzione minima per l'accesso alla pensione) oltre ad azioni volte a riconoscerne il valore sociale e ad evitare l'aumento del ricorso al lavoro sommerso.

Un elemento di criticità è la pluralità dei contratti, applicati anche a lavoratrici e lavoratori che di fatto lavorano assieme, anche con le stesse mansioni.

Indubbiamente. Vale tra pubblico e privato ma le differenze percorrono gli stessi settori del privato per gli inquadramenti dei lavoratori e per la retribuzione. La contrattazione di filiera e di sito sarebbero una buona risposta di inclusione per ridurre le differenze nei settori e tra lavoratori. Lo sforzo in termini di contrattazione, con cui mettere insieme nello stesso sito (fabbrica, ospedale o aeroporto, ecc.) diritti comuni, come ad esempio l'accesso alla mensa, al parcheggio, allo svolgimento di assemblee sindacali, a garanzie e controlli in termini di salute e sicurezza, rappresenta una pratica importante ma su cui permangono ancora oggettive difficoltà. Per superare lo stato di frammentazione e pluralità di condizioni e trattamenti tra lavoratori c'è bisogno di lavorare per ridefinire la difficile materia dei perimetri contrattuali, arrivare alla riduzione del numero dei contratti nazionali, dare validità ai contratti. Le differenze tra lavoratori che pur lavorando in uno stesso sito o nell'ambito dello stesso servizio hanno trattamenti diseguali è diventata ancora più insostenibile nella pandemia. Alle differenze contrattuali si sono sommate le differenze in termini di tutele e sostegno al lavoro e al reddito. Non è semplice spiegare a chi si trova nello stesso stato di difficoltà e di bisogno, perché alcuni lavoratori avevano diritto al Fis, altri alla Cassa in deroga, altri alle sole indennità, al bonus, al reddito di emergenza, ecc. e altri ancora non hanno trovato alcun riconoscimento nella gamma di interventi d'urgenza decretati dal governo. Una situazione che la pandemia ha evidenziato ma che ha radici profonde negli anni precedenti dove avevamo già posto, come sindacato, la priorità di costruire un sistema più universale e inclusivo in termini di diritti e tutele per accompagnare le persone nell'accesso e in tutto il percorso lavorativo.

L'inserimento di clausole sociali può essere una strada per ridurre le differenze nelle condizioni contrattuali?

Certamente sì. Su questo noi abbiamo ottimi protocolli, ad esempio

quello che è stato fatto nel settore sanità della Regione Toscana, in Lombardia o a Torino, mediante una «contrattazione d'anticipo» che interviene nella definizione del bando per l'affido del servizio costruendolo assieme agli altri soggetti interessati. In questi casi si è riuscito ad inserire nel bando non solo clausole sociali ma anche altre norme di garanzia per la qualità del lavoro e per la qualità del servizio e in alcuni casi è stato indicato il Ccnl di riferimento. Purtroppo ciò non sempre riesce e abbiamo quindi situazioni molto differenti tra loro in termini di copertura e di tutela dei lavoratori.

Va inoltre ricordato che la tutela garantita dalle clausole sociali non sempre è sufficiente per la salvaguardia occupazionale e reddituale. Ogni volta devi scontrarti per farla applicare in modo cogente: è una condizione che va conquistata nel confronto con la controparte, sia operando con la pubblica amministrazione, attraverso la contrattazione di anticipo per la costruzione dei bandi, sia, ancora di più, con le associazioni datoriali e le aziende ogni qualvolta contrattiamo un cambio di appalto. Le relazioni industriali non l'hanno ancora interiorizzata.

Quale ruolo giocano le regioni e la contrattazione regionale nelle relazioni di lavoro?

Le regioni svolgono un ruolo importante e ci sono rilevanti differenze regionali. Ad esempio, se in Toscana riesci a fare una contrattazione d'anticipo tra Cgil, Filcams, Fp, regione e parti datoriali, che prende avvio dalla sottoscrizione di un protocollo con linee guida precise, in molte altre, è più difficile e in alcune non si riesce ad avviare neppure un confronto in merito. Così, se il bando per affidare i servizi di pulizie in sanità o nella capitaneria di porto, non lo discuti prima con le OO.SS. e tutti gli attori coinvolti, questo ha effetti negativi negli appalti. Nonostante il codice dei contratti sia un quadro di riferimento nazionale unitario, i bandi e gli appalti finiscono per essere molto diversi e sono perciò condizionati dai comportamenti delle amministrazioni locali e dalla contrattazione a livello regionale e territoriale. Penso, ad esempio, al ruolo che anche le regioni, che sono soggetti aggregatori, possono avere in termini di protocolli e indirizzi in materia di appalti volti a indicare maggiori tutele e garanzie per chi lavora in appalto, per la qualità del servizio, per arginare i problemi dei subappalti, per agire in termini di controllo e di contrasto ai fenomeni di corruzione, infiltrazione mafiosa, ecc.

RPS

Intervista a Maria Grazia Gabrielli

Quali sono le caratteristiche delle associazioni datoriali in questi settori?

In questi anni le organizzazioni datoriali hanno subito un processo di frammentazione e anche di «deregolamentazione» nel settore del terziario. Non aiuta che i contratti invece che diminuire di numero siano aumentati, e che il tema della rappresentanza, e della misurazione non è risolto pur restando un tema importante anche per il mondo delle imprese. La moltiplicazione dei contratti e la frammentazione delle associazioni datoriali costringono a negoziare certamente in condizioni più complesse.

Inoltre, le associazioni datoriali con cui ci rapportiamo sono estremamente diverse tra loro, basti pensare alla tipicità del lavoro domestico dove il datore di lavoro è la famiglia. Restando invece nell'ambito del multiservizi e della ristorazione collettiva abbiamo associazioni datoriali la cui base associativa storicamente tiene insieme aziende di diverse dimensioni, dalla forma cooperativa alle multinazionali.

Le associazioni datoriali sono affiliate ad organizzazioni confederali?

Certamente, esattamente come noi, ed esistono un livello europeo di rappresentanza ed uno internazionale. Esiste un dialogo sociale «transnazionale» anche in questi settori, incluso quello per colf e badanti, con un rapporto costante con l'Ilo (International Labour Organization) e un'attenzione al recepimento delle convenzioni internazionali da parte dell'Italia (e alla loro effettiva applicazione, che non sempre avviene). Il livello di attività internazionale è molto importante nel lavoro domestico, anche perché ci sono attenzioni da dedicare al fatto che le persone arrivino in Italia con sistemi di reclutamento poco chiari, configurabili come intermediazioni di manodopera e altre forme di sfruttamento e perfino di schiavitù poco visibili (come accade per i lavoratori dell'agricoltura). Ad esempio, in Sardegna è stata sottoscritta una convenzione con i sindacati rumeni, data la prevalenza delle lavoratrici di quella nazionalità. Ma il confronto negli organismi sindacali europei e internazionali è importante in considerazione anche delle diversità che il settore registra: non in tutti i paesi è presente una contrattazione che definisce una base di diritti e tutele per i lavoratori domestici e la discussione sulle diverse esperienze è di supporto all'individuazione di pratiche comuni, azioni di pressione e sensibilizzazione.

E i sindacati? Quali sono le caratteristiche della parte sindacale? I rapporti con gli altri sindacati?

Al di fuori delle federazioni di Cgil, Cisl e Uil, abbiamo sempre più concorrenza tra sindacati, legata anche alla parcellizzazione dei contratti. Questo riguarda l'intero settore del terziario e con una marcata condizione nel sud del paese. Questo accade meno per il Ccnl delle badanti, anche se sta crescendo il numero di accordi nati al di fuori di quanto sottoscritto con Cgil, Cisl e Uil. Ci troviamo spesso di fronte a contratti stipulati da altre organizzazioni sindacali che non agiscono alterando i minimi contrattuali quanto piuttosto altri fattori di competizione al ribasso: (ad esempio un sistema derogatorio importante nel secondo livello di contrattazione, una inferiore tutela dell'indennità di malattia o la mancata previsione della quattordicesima). Potete immaginare che cosa significhi avere concorrenza sul costo del lavoro (perché di fatto di questo si tratta), la dinamica che scatta tra le imprese e come questa corsa al ribasso si scarichi sulle condizioni dei lavoratori. Un mercato deregolamentato, dove puoi scegliere il contratto in un ampio menù, non ha nulla a che vedere con la libertà sindacale, associativa e con la concorrenza tra organizzazioni di rappresentanza.

L'uscita delle grandi aziende dalle organizzazioni datoriali è un fenomeno molto diffuso? Sta diventando un fatto normale?

No, non c'è un effetto a catena. C'è un peso di questi processi nelle relazioni industriali, ma non lo esagererei. Le grandi aziende pesano sia che stiano dentro alle grandi organizzazioni datoriali, sia che stiano fuori. Certamente, come noi abbiamo il problema di rappresentare lavoratori molto diversi tra loro, anche le associazioni datoriali devono rappresentare aziende con specificità e caratteristiche diverse: grandi aziende, multinazionali e piccole o piccolissime imprese. Una difficoltà che è riscontrabile nelle dinamiche relazioni e contrattuali a partire dai rinnovi dei contratti nazionali di lavoro.

RPS

Intervista a Maria Grazia Gabrielli

ATTUALITÀ
Salute e sicurezza nel lavoro
al tempo del Covid-19

Lavoratori e Rls garanti della sicurezza anticoronavirus

Raffaele Guariniello

RPS

In un mondo del lavoro funestato dal coronavirus, è abituale concentrare l'attenzione su obblighi e responsabilità delle imprese. Eppure, più che mai, è oggi indispensabile porre in luce anche la posizione di garanzia dei lavoratori così come degli Rls. Non v'è adempimento, tra gli obblighi previsti dall'art. 20 d.lgs. n. 81/2008 a carico dei lavoratori, che non assuma rilievo nella prevenzione anticoronavirus: dall'utilizzo in modo

appropriato dei dispositivi di protezione messi a loro disposizione all'immediata segnalazione di qualsiasi eventuale condizione di pericolo. Ma la responsabilità può gravare non necessariamente sul datore di lavoro, bensì anche o soltanto su altri garanti della sicurezza quali un dirigente, l'Rspp, il medico competente, e non escluso lo stesso lavoratore inadempiente agli obblighi contemplati dall'articolo.

1. I lavoratori come debitori della sicurezza anticoronavirus

In un mondo del lavoro funestato dal coronavirus, è abituale concentrare l'attenzione su obblighi e responsabilità delle imprese¹. Eppure, più che mai, è oggi indispensabile porre in luce anche la posizione di garanzia dei lavoratori così come degli Rls.

Certo, per decenni, è stato usuale sostenere che il lavoratore sarebbe un mero creditore di sicurezza. Questa affermazione deve essere riesaminata. «In materia di infortuni sul lavoro» – sottolinea ormai la Corte suprema – «si è passati da un modello “iperprotettivo”, interamente incentrato sulla figura del datore di lavoro, investito di un obbligo di vigilanza assoluta sui lavoratori, ad un modello “collaborativo”, in cui gli obblighi sono ripartiti tra più soggetti, compresi i lavoratori, parimenti gravati dall'obbligo di osservanza di specifiche disposizioni cautelari e di agire con diligenza, prudenza e perizia». E se ne ricava, «a seguito dell'introduzione del d.lgs. n. 626/1994 e, poi, del d.lgs. n. 81/2008», «un nuovo principio», destinato ad assurgere a un rango ele-

¹ Si vedano, ad es., dello scrivente, gli e-book *La sicurezza sul lavoro al tempo del coronavirus*, Wolters Kluwer, Milano, 2020, e *Il Covid-19 tra Tu sicurezza, codice penale e giurisprudenza della Cassazione. Nuove prospettive dopo la Direttiva Ue 739, 3 giugno 2020*, Wolters Kluwer, Milano, 2020.

vato su terreni quale quello del coronavirus: «il principio di autoresponsabilità del lavoratore» e, dunque, «la trasformazione del lavoratore da semplice creditore di sicurezza nei confronti del datore di lavoro a suo compartecipe nell'applicazione del dovere di fare sicurezza, nel senso che il lavoratore diventa garante, oltre che della propria sicurezza, anche di quella dei propri compagni di lavoro o di altre persone presenti, quando si trovi nella condizione di intervenire onde rimuovere le possibili cause di infortuni sul lavoro»².

A segnare questa svolta è l'art. 20, comma 1, d.lgs. n. 81/2008, là dove prevede che «ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni»³.

Il fatto è, però, che occorre leggere integralmente l'art. 20, comma 1, d.lgs. n. 81/2008: «Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro».

Ne desumiamo che il lavoratore si trasforma da mero creditore in debitore di sicurezza, in quanto venga formato. E, si badi, effettivamente formato, nel rispetto di un principio che percorre ormai sistematicamente la giurisprudenza: «Il compito del datore di lavoro, o del dirigente cui spetta la sicurezza del lavoro, è molteplice e articolato, e va dalla istruzione dei lavoratori sui rischi di determinati lavori e dalla necessità di adottare certe misure di sicurezza, alla predisposizione di queste misure, al controllo continuo, pressante, per imporre che i lavoratori vi si adeguino e sfuggano alla superficiale tentazione di trascurarle. Il responsabile della sicurezza, sia egli o meno l'imprenditore, deve avere la cultura e la *forma mentis* del garante del bene costituzionalmente rilevante costituito dalla integrità del lavoratore ed ha perciò il preciso dovere non di limitarsi a assolvere formalmente il compito di informare i lavoratori sulle norme antinfortunistiche previste, ma deve attivarsi e controllare “sino alla pedanteria”, che tali norme siano assimilate dai lavoratori nella ordinaria prassi di lavoro»⁴.

² Tra le ultime Cass. 10 aprile 2020 n. 11958 e Cass. 7 gennaio 2020 n. 142; per prima Cass. 13 aprile 2015 n. 15172.

³ Per un resoconto della giurisprudenza in argomento Guariniello, 2020, *Il Tu Sicurezza sul lavoro commentato con la giurisprudenza*, 11^a ed., Wolters Kluwer, Milano, p. 324 ss.

⁴ Per tutte si veda Cass. 2 gennaio 2018 n. 13.

Senza un'adeguata formazione del lavoratore sul rischio coronavirus e sulle misure di contrasto, il datore di lavoro si sentirà dire dalla Cassazione: «non è decisiva la circostanza che il lavoratore abbia posto in essere un comportamento colposo, imprudente, negligente, ove si tratti di una conseguenza diretta e prevedibile della inadempienza degli obblighi formativi gravanti sul datore di lavoro»⁵. Obblighi formativi la cui osservanza deve essere adeguatamente documentata. Non per nulla, ancora da ultimo, nell'esaminare un documento prodotto dal datore di lavoro al fine di dimostrare la formazione di un lavoratore infortunatosi, la Corte Suprema replica che, al di là dell'effettiva data di sottoscrizione da parte del lavoratore, si tratta di un documento «del tutto generico», non riferito allo specifico rischio emerso in occasione dell'infortunio⁶. Né si trascuri l'ulteriore insegnamento per cui «nell'ordinamento processuale penale, pur non essendo previsto un onere probatorio a carico dell'imputato, è, al contrario, prospettabile un onere di allegazione, in virtù del quale l'imputato è tenuto a fornire all'ufficio le indicazioni e gli elementi necessari all'accertamento di fatti e circostanze ignoti che siano idonei, ove riscontrati, a volgere il giudizio in suo favore», quale appunto la prova della formazione del lavoratore sui rischi specifici connessi alla sua attività lavorativa⁷.

2. Controlli sanitari mirati sul coronavirus

Non v'è adempimento, tra gli obblighi previsti dall'art. 20, comma 2, d.lgs. n. 81/2008 a carico dei lavoratori, che non assuma rilievo nella prevenzione anticoronavirus: dall'utilizzo in modo appropriato dei dispositivi di protezione messi a loro disposizione all'immediata segnalazione di qualsiasi eventuale condizione di pericolo⁸. Ma oggi merita una particolare attenzione l'obbligo contemplato alla lettera i) di «sottoporsi

⁵ Cass. 25 settembre 2019 n. 39271.

⁶ Cass. 7 maggio 2020 n. 13918.

⁷ Cass. 13 dicembre 2019 n. 50440.

⁸ Fatto salvo, beninteso, il pur non agevolmente praticabile *self-help*, e, cioè, il diritto del lavoratore, «in caso di pericolo grave, immediato e che non può essere evitato», di allontanarsi dal posto di lavoro o da una zona pericolosa senza «subire pregiudizio alcuno», nonché, «in caso di pericolo grave e immediato e nell'impossibilità di contattare il competente superiore gerarchico, di prendere misure per evitare le conseguenze di tale pericolo» e «non subire pregiudizio per tale azione, a meno che non abbia commesso una grave negligenza».

ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente», da collocare nel quadro normativo emergenziale attraverso una non agevole opera ermeneutica.

Prendiamo le mosse dall'esordio dell'art. 83, comma 1, d.l. n. 34/2020, non modificato dalla legge di conversione 17 luglio 2020 n. 77 e purtroppo sfuggito a interpreti disattenti: «fermo restando quanto previsto dall'articolo 41 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81», da quell'articolo, cioè, che in deroga all'art. 5 dello Statuto dei lavoratori stabilisce nel comma 1 i casi tassativi di sorveglianza sanitaria del medico competente, nel comma 2 sette tipi di visita medica, nel comma 4 gli esami integrativi ritenuti necessari dal medico competente, nel comma 6 i giudizi del medico competente sull'idoneità del lavoratore e nel comma 7 il ricorso all'organo di vigilanza avverso tali giudizi. In questa cornice, e segnatamente nel rispetto del principio di tassatività dei casi di sorveglianza sanitaria obbligatoria del medico competente, l'art. 83, comma 1, d.l. n. 34/2020 chiarisce che il Covid-19 rientra tra tali casi, beninteso «fino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale». Infatti, dispone che «i datori di lavoro pubblici e privati assicurano» – non, si badi, possono assicurare – «la sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio». Con una conseguenza: rientrando il Covid-19 tra i casi di sorveglianza sanitaria obbligatoria previsti dalla normativa vigente (vuoi già nell'art. 279, comma 1, d.lgs. n. 81/2008 esplicitamente connesso all'art. 41, vuoi oggi specificamente nell'art. 83, comma 1, d.l. n. 34/2020), il datore di lavoro risponde penalmente nell'ipotesi di violazione dell'art. 18, comma 1, lett. a), f), g), bb), d.lgs. n. 81/2008 (rispettivamente nomina del medico competente; vigilanza sull'osservanza da parte dei lavoratori delle norme vigenti, ivi compreso l'art. 20, comma 1, lettera i, d.lgs. n. 81/2008; invio dei lavoratori alle visite mediche e vigilanza sul rispetto degli obblighi del medico competente; vigilanza sull'adibizione dei lavoratori alla mansione soltanto se muniti del giudizio di idoneità). Ma con una precisazione: che la sorveglianza sanitaria mirata sul Covid-19 concerne «i lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia Covid-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità». Dove si forniscono (al datore di lavoro, così come all'Rspg e al medico competente) i criteri che debbono presiedere all'identificazione dei lavoratori da sottoporre alla sorveglianza sanitaria

«eccezionale» e che esigono l'attivazione dell'intera gamma delle visite prescritte dall'art. 41 (non a caso esplicitamente e globalmente fatto salvo), ivi compresa anche, ma non solo, la visita a richiesta del lavoratore. E in base all'art. 90, comma 1, secondo periodo, introdotto nel d.l. n. 34/2020 dalla legge di conversione approvata il 16 luglio 2020, «fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19», «il diritto allo svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile è riconosciuto, sulla base delle valutazioni dei medici competenti, anche ai lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio da virus Sars-Cov-2, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o, comunque, da comorbilità che possono caratterizzare una situazione di maggiore rischiosità accertata dal medico competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 83 del presente decreto, a condizione che tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione lavorativa». In una prospettiva significativamente valorizzata dalla direttiva (Ue) 2020/739 del 3 giugno 2020 nel sesto considerando, là dove si sottolinea che «il Sars-Cov-2 può causare gravi malattie umane nella popolazione infetta, presentando un serio rischio in particolare per i lavoratori anziani e quelli con una patologia soggiacente o una malattia cronica».

Nel comma 2, purtroppo quanto mai ostico da raccordare con il comma 1, l'art. 83, d.l. n. 34/2020 si sofferma sull'ipotesi in cui «i datori di lavoro non sono tenuti alla nomina del medico competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria nei casi previsti dal medesimo decreto», e, quindi, in necessaria coerenza con la lettera e la logica del comma 1, sull'ipotesi in cui la sorveglianza sanitaria non sia già doverosa per rischi diversi dal coronavirus. E con riguardo a questa ipotesi indica ai datori di lavoro due strade alternative («può») per adempiere all'obbligo imposto dal comma 1 di effettuazione della sorveglianza sanitaria eccezionale per il periodo emergenziale. La prima è quella di nominare un medico competente, la seconda è quella di richiedere la sorveglianza sanitaria eccezionale «ai servizi territoriali dell'Inail che vi provvedono con propri medici del lavoro, su richiesta del datore di lavoro». Con una duplice avvertenza: che «per siffatti medici» «non si

⁹ Sia pure nel quadro di una non convincente esegesi dell'art. 83 d.l. n. 34/2020, l'Inail ha fornito indicazioni sulle modalità di inoltro della richiesta di visita medica «attraverso l'apposito servizio online "Sorveglianza sanitaria eccezionale" disponibile a decorrere dal 1° luglio 2020 e accessibile dagli utenti muniti di credenziali

applicano gli articoli 25, 39, 40 e 41 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81»; ma che, a contrario, tali articoli restano dunque applicabili per i datori di lavoro, tenuti a non accettare passivamente eventuali inottemperanze da parte di siffatti medici.

Un'ultima notazione: l'art. 1 d.l. 30 luglio 2020 n. 83, al comma 3, stabilisce che «i termini previsti dalle disposizioni legislative di cui all'allegato 1 sono prorogati al 15 ottobre 2020, salvo quanto previsto al n. 32 dell'allegato medesimo» e, al comma 4, che «i termini previsti da disposizioni legislative diverse da quelle individuate nell'allegato 1, connessi o correlati alla cessazione dello stato di emergenza dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, non sono modificati a seguito della proroga del predetto stato di emergenza, deliberata dal Consiglio dei ministri il 29 luglio 2020, e la loro scadenza resta riferita al 31 luglio 2020». Il fatto è che l'allegato 1 non include l'art. 83 D.L. n. 34/2020. Ne dobbiamo desumere che il regime di sorveglianza sanitaria ivi previsto non trovi più applicazione dal 1° agosto 2020? La risposta è no. Infatti, l'art. 1 d.l. 30 luglio 2020 n. 83, al comma 3, stabilisce che «i termini previsti dalle disposizioni legislative di cui all'allegato 1 sono prorogati al 15 ottobre 2020», però «salvo quanto previsto al n. 32 dell'allegato medesimo». E questo n. 32 annovera, tra «i termini previsti dalle disposizioni legislative di cui all'allegato 1», anche quelli contemplati dall'art. 90, comma 1, secondo periodo, d.l. n. 34/2020 convertito dalla n. 77/2020: e, cioè, da quella norma in forza della quale «fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, il medesimo diritto allo svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile è riconosciuto, sulla base delle valutazioni dei medici competenti, anche ai lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio da virus Sars-Cov-2, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o, comunque, da comorbilità che possono caratterizzare una situazione di maggiore rischiosità accertata dal medico competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 83 del presente decreto, a condizione che tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione lavorativa». Una norma che induce l'interprete (messo in imbarazzo da un negligente «legislatore») a desumerne la vigenza del regime di sorveglianza sanitaria eccezionale sino al 15 ottobre 2020.

dispositive». Circa la tariffa per l'effettuazione delle prestazioni di sorveglianza sanitaria eccezionale rese dai medici dell'Inail si veda d.m. Lavoro 23 luglio 2020.

3. L'Rls come garante della sicurezza anticoronavirus

A cinquant'anni dalla sua emanazione, lo *Statuto dei lavoratori* rivela sotto più profili la propria attualità. Basti qui considerare che «il diritto alla sicurezza sui luoghi di lavoro, pur rilevando dal punto di vista della sua titolarità sul piano individuale, trova altresì idonea tutela attraverso gli strumenti della autonomia collettiva essendosi l'azione sindacale rivelata utilissimo strumento di prevenzione» e che, «sotto tale profilo, l'art. 9 dello Statuto dei lavoratori ha costituito il primo riconoscimento della presenza organizzata dei lavoratori a tali fini, consentendo la costituzione di proprie rappresentanze con il compito di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca al fine della migliore tutela della loro salute e integrità fisica»¹⁰. A sua volta, «il d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 ha confermato, ed anzi rafforzato il descritto sistema, distinguendo tre tipologie di rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, rispettivamente al livello aziendale, territoriale o di comparto, e di sito produttivo, assicurando loro una specifica formazione i cui contenuti sono demandati alla contrattazione collettiva»¹¹.

In questo alveo, il Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto dalle parti sociali il 14 marzo 2020 e integrato il 24 aprile 2020, nella premessa, fornisce un'indicazione destinata a guidare gli operatori. Statuisce, infatti, che «il presente protocollo contiene misure che seguono e attuano le prescrizioni del legislatore». Nessuna sorpresa, quindi, che, in più punti, il Protocollo ponga in risalto il ruolo degli Rls nella prevenzione contro il coronavirus nella logica dello Statuto dei lavoratori e in linea con le indicazioni fornite dal d.lgs. n. 81/2008.

A scanso di equivoci, peraltro, occorre subito chiarire che non è in alcun modo consentito coinvolgere l'Rls in obblighi e responsabilità facenti capo esclusivamente a datore di lavoro, dirigenti, Rsp, medico competente.

Preziosi sono al riguardo gli insegnamenti impartiti dalla Corte suprema. Come osserva Cass. 19 ottobre 2017 n. 48286, «le funzioni e le attribuzioni proprie del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

¹⁰ Si vedano, in particolare, Cass. 31 maggio 2017 n. 27295 e Cass. 11 giugno 2010 n. 22558.

¹¹ Cass. 30 giugno 2015 n. 27162.

sono analiticamente indicate nell'art. 50, comma 1, d.lgs. n. 81/2008, e rendono assolutamente chiaro come quel lavoratore sia chiamato a svolgere, essenzialmente, una funzione di consultazione e di controllo circa le iniziative assunte dall'azienda nel settore della sicurezza». Sicché «non gli competono certamente quella di valutazione dei rischi e di adozione delle opportune misure per prevenirli e neppure quella di formazione dei lavoratori, funzioni che restano entrambe appannaggio esclusivo del datore di lavoro». Né questi precisi obblighi potrebbero essere, neppure in astratto, oggetto di delega al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza perché, altrimenti, si verificherebbe una commistione di funzioni tra di loro inconciliabili, «essendo alla figura prevista dall'art. 50 affidate funzioni di controllo sull'adempimento degli obblighi datoriali che negherebbe il sistema stesso delineato nella vigente normativa antinfortunistica».

Fa spicco, tra gli obblighi datoriali sottoposti al controllo dell'Rls, proprio la valutazione dei rischi. A maggior ragione per il tentativo operato da alcuni di escluderne l'applicabilità al coronavirus. Emblematica la Nota del 13 marzo 2020 n. 89 dell'Ispettorato nazionale del lavoro intitolata «Adempimenti datoriali-valutazione rischio emergenza coronavirus», ove si condivide «la posizione assunta dalla Regione Veneto nel senso di “non ritenere giustificato l'aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi in relazione al rischio associato all'infezione” (diverso è il caso degli ambienti di lavoro sanitario o socio-sanitario o qualora il rischio biologico sia un rischio di natura professionale, già presente nel contesto espositivo dell'azienda)», e ove, peraltro, a mero titolo di consiglio, si suggerisce comunque di elaborare «un'appendice del Dvr con il supporto del medico competente oltre che con la consulenza del Rspg e con la consultazione del Rls».

Si tratta, per buona sorte, di indicazioni rimaste isolate nel panorama istituzionale. Illuminante è quanto osservano, in particolare, l'Inail nel «Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da Sars-Cov-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione» del 23 aprile 2020, il Ministero della Salute nella Nota del 29 aprile 2020 «Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Sars-Cov-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività» e nella Circolare del 22 maggio 2020 contenente «Indicazioni per l'attuazione di misure contenitive del contagio da Sars-Cov-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superfici, ambienti interni) e abbigliamento», il Ministero della Giustizia in

una Circolare del 2 maggio 2020, il Ministero dell'Interno in una Circolare del 2 maggio 2020. Si è mossa persino l'Ue in un documento del 24 aprile 2020 in cui l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro indirizza ai datori di lavoro questa direttiva: «Covid-19: fare ritorno al luogo di lavoro. Adeguare i luoghi di lavoro e proteggere i lavoratori. Aggiornate la vostra valutazione del rischio e prendete misure adeguate». E in questo solco si colloca il Protocollo integrato tra le parti sociali del 24 aprile 2020, là dove a proficua specificazione di quanto asserito nel primo Protocollo del 14 marzo 2020 si preoccupa di avvertire che «il medico competente, in considerazione del suo ruolo nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria, potrà suggerire l'adozione di eventuali mezzi diagnostici qualora ritenuti utili al fine del contenimento della diffusione del virus e della salute dei lavoratori». Non sorprende, quindi, che i d.p.c.m. 14 luglio 2020 e 7 agosto 2020, nel riportare le «Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche, Produttive e Ricreative», ne richiama «scopo e principi generali» formulate in termini quanto mai istruttivi: «Le presenti schede tecniche contengono indirizzi operativi specifici validi per i singoli settori di attività, finalizzati a fornire uno strumento sintetico e immediato di applicazione delle misure di prevenzione e contenimento di carattere generale, per sostenere un modello di ripresa delle attività economiche e produttive compatibile con la tutela della salute di utenti e lavoratori. In particolare, in ogni scheda sono integrate le diverse misure di prevenzione e contenimento riconosciute a livello scientifico per contrastare la diffusione del contagio, tra le quali: norme comportamentali, distanziamento sociale e *contact tracing*. In particolare, in ogni scheda sono integrate le diverse misure di prevenzione e contenimento riconosciute a livello scientifico per contrastare la diffusione del contagio, tra le quali: norme comportamentali, distanziamento sociale e *contact tracing*. Le indicazioni in esse contenute si pongono inoltre in continuità con le indicazioni di livello nazionale, in particolare con il protocollo condiviso tra le parti sociali approvato dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 aprile 2020, nonché con i criteri guida generali di cui ai documenti tecnici prodotti da Inail e Istituto Superiore di Sanità con il principale obiettivo di ridurre il rischio di contagio per i singoli e per la collettività in tutti i settori produttivi ed economici. In tale contesto, il sistema aziendale della prevenzione consolidatosi nel tempo secondo l'architettura prevista dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 costituisce la cornice naturale per supportare la gestione integrata del rischio connesso all'attuale pandemia. In ogni caso, solo la

RPS

Raffaele Guariniello

partecipazione consapevole e attiva di ogni singolo utente e lavoratore, con pieno senso di responsabilità, potrà risultare determinante, non solo per lo specifico contesto aziendale, ma anche per la collettività. Infine, è opportuno che le indicazioni operative di cui al presente documento, eventualmente integrate con soluzioni di efficacia superiore, siano adattate ad ogni singola organizzazione, individuando le misure più efficaci in relazione ad ogni singolo contesto locale e le procedure/istruzioni operative per mettere in atto dette misure. Tali procedure/istruzioni operative possono coincidere con procedure/istruzioni operative già adottate, purché opportunamente integrate, così come possono costituire un addendum connesso al contesto emergenziale del documento di valutazione dei rischi redatto ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81».

Due ulteriori notazioni destinate agli Rls. Anzitutto, in forza dell'art. 29, comma 2, d.lgs. n. 81/2008, «le attività di cui al comma 1» – e, quindi, la valutazione ed elaborazione del Dvr – «sono realizzate previa consultazione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza». Ne consegue che, contrariamente a non rare esperienze aziendali, la consultazione dell'Rls deve precedere, non solo la elaborazione del Dvr, bensì anche la stessa «valutazione».

Altra notazione. Non sminuisca l'Rls la rilevanza delle proprie segnalazioni. Nel confermare la condanna di un direttore di stabilimento, Cass. 16 maggio 2016 n. 20129 sottolinea che «egli era pienamente consapevole dei pericoli insiti nelle lavorazioni, per essere stato preavvertito dai rappresentanti sindacali dei lavoratori che sovente si verificavano incidenti fonte di pericolo per gli operai, tanto che era stato più volte sollecitato a prestare attenzione alle tematiche della sicurezza sul lavoro».

Resta da sottolineare che il Protocollo tra le parti sociali prevede che «è costituito in azienda un Comitato per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo di regolamentazione con la partecipazione delle rappresentanze sindacali aziendali e del Rls»¹². Né si trascuri che il Pro-

¹² Aggiunge il Protocollo integrato che «daddove, per la particolare tipologia di impresa e per il sistema delle relazioni sindacali, non si desse luogo alla costituzione di comitati aziendali, verrà istituito, un Comitato territoriale composto dagli Organismi Paritetici per la salute e la sicurezza, laddove costituiti, con il coinvolgimento degli Rlst e dei rappresentanti delle parti sociali» e che «potranno essere costituiti, a livello territoriale o settoriale, ad iniziativa dei soggetti firmatari del presente Protocollo, comitati per le finalità del Protocollo, anche con il coinvolgimento delle autorità sanitarie locali e degli altri soggetti istituzionali coinvolti nelle iniziative per il contrasto della diffusione del Covid-19».

toocollo originario del 24 marzo 2020 è richiamato nell'art. 1, comma 3, dell'abrogato d.p.c.m. 22 marzo 2020 e successivamente nell'art. 2, comma 10, d.p.c.m. 10 aprile 2020, in forza dei quali «le imprese le cui attività non sono sospese rispettano i contenuti del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 14 marzo 2020 fra il Governo e le parti sociali»; né che a sua volta il Protocollo integrato del 24 aprile 2020 è richiamato nell'art. 2, comma 6, d.p.c.m. 26 aprile 2020, in base al quale non solo «le imprese le cui attività non sono sospese rispettano i contenuti del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Governo e le parti sociali di cui all'allegato 6», ma «la mancata attuazione dei protocolli che non assicurino adeguati livelli di protezione determina la sospensione dell'attività fino al ripristino delle condizioni di sicurezza». Regime, questo, che l'art. 2, comma 6, d.p.c.m. 26 aprile 2020 estende, «per i rispettivi ambiti di competenza», sia al «protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19 nei cantieri, sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e le parti sociali, di cui all'allegato 7», sia al «protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del Covid-19 nel settore del trasporto e della logistica sottoscritto il 20 marzo 2020, di cui all'allegato 8». Nella medesima prospettiva, successivamente, si è mosso l'art. 2 d.p.c.m. 17 maggio 2020 e d.p.c.m. 7 agosto 2020.

In questo quadro, si spiega perché il Tribunale di Treviso, in un'ordinanza del 1° luglio 2020, abbia riconosciuto «la forza precettiva» del Protocollo «per gli aspetti consistenti nel costituire possibile parametro di antisindacalità della condotta che ad esso non si sia correttamente conformata» e abbia, quindi, dichiarato «la antisindacalità della condotta di una s.p.a. consistente nella esclusione dal Comitato *ex* art. 13 Protocollo 14 marzo 2020» di un Rsa e/o Rls di un sindacato ordinando alla s.p.a. di cessare dalla condotta antisindacale e dai relativi effetti ammettendo l'Rsa e/o l'Rls al Comitato costituito».

Beninteso, aggiungiamo, con una doverosa avvertenza per l'Rls: che il suo inserimento nel Comitato non vale a snaturarne il ruolo così come delineato dal Tuisl, non già un ruolo negoziale, bensì il ruolo – e le conseguenti responsabilità – di «persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicu-

rezza durante il lavoro» (art. 2, comma 1, lettera i, d.lgs. n. 81/2008)¹³ e, dunque, secondo quanto ricorda la Corte Suprema, chiamata dall'art. 50 d.lgs. n. 81/2008 a esercitare «funzioni di controllo sull'adempimento degli obblighi datoriali».

4. *L'infezione da Covid-19 nel codice penale*

Il d.l. n. 18/2020, poi convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27, all'art. 42, comma 2, applicabile «ai datori di lavoro pubblici e privati», si occupa dei «casi accertati di infezione da coronavirus (Sars-Cov-2) in occasione di lavoro» e stabilisce che «il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato».

Il fatto è che l'art. 365 c.p. punisce chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio (per esempio, l'omicidio colposo), omette o ritarda di riferirne all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne. Salvo, beninteso, l'ingrato compito riservato all'Autorità giudiziaria di sviluppare ogni accertamento – epidemiologico, clinico, anamnestico, circostanziale – circa elementi quali la riconducibilità del caso a una condotta colposa e la configurabilità di una scriminante come lo stato di necessità.

Non per nulla, in sede parlamentare, durante i lavori relativi alla conversione in legge del d.l. n. 23/2020, finì per essere approvato l'art. 29-bis in un testo recante il titolo «Obblighi dei datori di lavoro per la tutela contro il rischio di contagio da Covid-19»: «Ai fini della tutela contro il rischio di contagio da Covid-19, i datori di lavoro pubblici e privati adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del codice civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 24 aprile 2020 tra il Governo e le parti sociali, e successive modificazioni e integrazioni, e negli altri protocolli e linee guida di cui all'articolo 1,

¹³ Si veda anche art. 48, comma 8, d.lgs. n. 81/2008: «L'esercizio delle funzioni di rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale è incompatibile con l'esercizio di altre funzioni sindacali operative».

comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, nonché mediante l'adozione e il mantenimento delle misure ivi previste. Qualora non trovino applicazione le predette prescrizioni rilevano le misure contenute nei protocolli o accordi di settore stipulati dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale». Non dunque un esonero «da ogni responsabilità» come taluno ha superficialmente commentato, ma soltanto l'adempimento dell'art. 2087 c.c. Non si trascuri che, in base all'art. 43 c.p., il delitto è colposo «quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline». Pertanto, il datore di lavoro versa in colpa, se viola le misure di contenimento indicate nei protocolli o nelle linee guida o negli accordi, ma anche e prima di tutto se viola le leggi in materia di sicurezza del lavoro, a cominciare dal d.lgs. n. 81/2008. Si comprende allora che, a ben vedere, una norma come l'art. 29-bis introdotto nel d.l. n. 23/2020 convertito dalla legge 5 giugno 2020, n. 40 produce un duplice effetto: conferma la responsabilità penale a titolo di colpa del datore di lavoro che violi protocolli o linee guida o accordi; ma non esclude la responsabilità penale del datore di lavoro che, pur rispettando protocolli o linee guida o accordi, non adempia ai distinti obblighi previsti da leggi specifiche quale il Tusi.

Un distinguo, questo, ben colto dalla pacifica giurisprudenza, là dove individua le fonti normative delle misure di prevenzione e protezione: da un lato, «le misure di sicurezza espressamente e specificamente definite dalla legge, o da altra fonte ugualmente vincolante, quali le misure previste dal l.lgs. n. 81/2008» (dalle misure tecniche, organizzative, procedurali alla vigilanza, dalla formazione alla sorveglianza sanitaria); dall'altro, le misure «ricavate dall'art. 2087 c.c., che impone l'osservanza del generico obbligo di sicurezza» e, quindi, dell'obbligo di adottare accorgimenti che, «pur non dettati dalla legge o altra fonte equiparata, siano suggeriti da conoscenze sperimentali e tecniche, dagli "standards" di sicurezza normalmente osservati o trovino riferimento in altre fonti analoghe»¹⁴.

Occorre aggiungere, per un verso, che una responsabilità penale è configurabile anche per un'affezione da Covid-19 occorsa a un terzo (come

¹⁴ Cass., sez. lav., 29 marzo 2019, n. 8911; si vedano, altresì, ad es.: Cass., sez. lav., 11 ottobre 2019, n. 25689; Cass., sez. lav., 12 giugno 2017 n. 14566; Cass., sez. lav., 5 gennaio 2016, n. 34. Si veda, altresì, Cass., sez. lav., 7 luglio 2020, n. 14018 e 14082.

il paziente di una struttura ospedaliera o un ospite di una causa di riposo) e, per l'altro, che la responsabilità può gravare non necessariamente sul datore di lavoro, bensì anche o soltanto su altri garanti della sicurezza quali un dirigente, l'Rspp, il medico competente e non escluso lo stesso lavoratore inadempiente agli obblighi contemplati dall'art. 20, d.lgs. n. 81/2008¹⁵.

RPS

LAVORATORE RLS GARANTI DELLA SICUREZZA ANTICORONAVIRUS

¹⁵ Così come sarebbe da vagliare la posizione dell'RLs che, pur edotto di uno specifico rischio, fosse rimasto riprovemente passivo nell'adempimento delle funzioni attribuitegli dall'art. 50 d.lgs. n. 81/2008.

La tutela dei lavoratori nell'emergenza Covid-19

Gaetano Natullo

RPS

Il saggio prende in esame le problematiche determinate dal complesso incrocio tra le misure normative emergenziali Covid-19 e la normativa generale e speciale sulla sicurezza del lavoro (art. 2087 c.c.; d.lgs. n. 81/08) e gli infortuni e le malattie professionali (d.p.r. 1124/65). Tale incrocio ha determinato problemi interpretativi e applicativi quali: natura delle fonti di produzione delle regole cautelari e loro vincolatività; natura del rischio

Sars-Cov-2 (rischio «generico», esterno all'azienda, o «specifico», interno all'azienda?), con importanti conseguenze a cascata sugli obblighi e le responsabilità, civili e penali, dei datori di lavoro. L'autore prende posizione sui diversi profili interpretativi, privilegiando una lettura rigorosa ma allo stesso tempo equilibrata, che contempera la tutela della salute dei lavoratori con la tutela dell'impresa e dell'occupazione.

1. Covid-19 e tutela della salute «fuori» e «dentro» gli ambienti di lavoro

La Pandemia determinata dal virus Sars-Cov-2 ha inevitabilmente avuto ripercussioni importanti in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. Inevitabilmente, dal momento che le misure previste ed adottate nel nostro paese per combattere il virus e per evitare, o comunque ridurre al minimo, i rischi di contagio, nel riguardare tutta la popolazione e tutti i contesti di vita, hanno ovviamente inciso anche negli ambienti di lavoro, con una duplice finalità: tutelare come detto la salute dei lavoratori, ma al contempo tutelare la salute anche «fuori» dei luoghi di lavoro, evitando che la diffusione del virus negli ambienti di lavoro potesse ripercuotersi all'esterno veicolando l'eventuale contagio e diffondendo il virus.

Dunque, le misure di contrasto al contagio e di protezione della salute dei cittadini/lavoratori adottate dal governo (e dalle regioni) si sono sviluppate in una duplice direzione: da un lato, e più radicalmente, applicare per quanto possibile il *lockdown* anche agli ambienti di lavoro; dall'altro lato, e nei casi in cui l'attività aziendale possa proseguire, adot-

tando opportune tutele negli ambienti di lavoro volte ad evitare e/o ridurre al minimo i rischi di contagio.

L'attuazione di tale strategia ha determinato, per quanto qui interessa sul piano tecnico-giuridico, un complesso incrocio tra le misure normative emergenziali (c.d. «Covid-diritto») e la preesistente normativa generale e speciale di stampo giuslavoristico¹. In particolare, ed in estrema sintesi, con riguardo alle misure dirette a evitare o limitare l'accesso al lavoro, l'incrocio è sì è avuto con la disciplina di istituti quali, primo fra tutti, lo *smartworking*, ma anche con le diverse ipotesi di sospensione del rapporto di lavoro (ferie, permessi, ecc.); nel caso invece delle misure anti-Covid-19 negli ambienti lavorativi, l'incrocio si è avuto con il complesso quadro normativo preesistente posto a presidio della tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

In questa sede ci si soffermerà sul secondo dei due contesti delineati, più specificamente relativo al tema della sicurezza del lavoro, che presenta i profili di rilevante complessità sul piano tecnico-giuridico.

2. Covid-19 e sicurezza sul lavoro tra «precauzioni» e «prevenzione».

Il contesto normativo

Si è già anticipato l'incrocio normativo avvenuto tra regole emergenziali e disposizioni generali e speciali che compongono il c.d. «diritto della sicurezza sul lavoro»; tale incrocio, inoltre, si è arricchito in corso d'opera anche di disposizioni sovranazionali, in virtù dell'emanazione di una specifica direttiva europea, relativa proprio al rischio Sars-Cov-2 (dir. n. 2020/739/Eu, su cui v. *infra*).

Al fine di una migliore comprensione è opportuna una breve ricognizione del citato quadro regolativo. Come noto, il c.d. «Covid-diritto», per quanto qui in particolare interessa, è costituito da una successione di decreti ministeriali (d.p.c.m.) e decreti legge (d.l.): tra di essi, i più importanti ai nostri fini sono certamente i d.p.c.m. 4 marzo, 8 marzo, 11 marzo 2020 (art. 1) e 22 marzo (in particolare qui interessa l'art. 1 co. 3) nonché il d.l. n. 18/20, c.d. «Cura Italia» (limitatamente all'art. 16), conv. con l. n. 27/20, 25 marzo n. 19 (conv. con l. n. 35/20), il d.l. 23/20 (conv. con l. n. 40/29), il d.l. n. 34/20 (c.d. «Rilancio Italia», conv. con l. n. 77/20).

¹ Sui diversi profili lavoristici della normativa emergenziale si veda, per tutti e tra altri, *Covid-19 e diritti dei lavoratori*, a cura di Bonardi, Carabelli, D'Onghia, Zoppoli, Ediesse, 2020.

Le indicazioni contenute nei provvedimenti governativi sono state come noto implementate dalle parti sociali, così dando seguito all'invito esplicitamente contenuto nello stesso d.p.c.m. 11 marzo, nel *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro*, del 14 marzo 2020, aggiornato in data 24 aprile. A tale accordo, sottoscritto dalle principali Confederazioni datoriali e sindacali, ne sono seguiti altri, integrativi del primo con riferimento a categorie/settori specifici².

A voler riportare in sintesi le previsioni risultanti dal combinato disposto sopra elencato, queste forniscono le seguenti indicazioni/prescrizioni normative e organizzative da seguire in azienda, come detto in funzione della esigenza di evitare o ridurre al minimo il rischio di contagio tra dipendenti.

E infatti, sulla base delle disposizioni indicate, la prosecuzione delle attività produttive può avvenire solo in presenza di condizioni che assicurino alle persone che lavorano «adeguati livelli di protezione», per garantire le quali si prevedono sostanzialmente le seguenti misure:

1. riduzione al minimo possibile, nel periodo di emergenza, della presenza dei dipendenti in azienda, con ricorso, agevolato dal legislatore, al lavoro agile (*smartworking*), a turnazioni, alle ferie;
2. informazione dei lavoratori sui rischi derivanti da Covid-19 e sulle misure igienico-sanitarie consigliate ed applicate in azienda;
3. adozione di specifiche modalità in ingresso e uscita dall'azienda (con diluizione di tempi e distanze), sia per i lavoratori che per utenti, fornitori, ecc.;
4. eventuale misurazione della temperatura ed eventuale adozione delle conseguenti misure nel caso di superamento dei limiti ritenuti di attenzione (superiore a 37,5);
5. pulizia giornaliera e sanificazione (periodica e comunque ove necessario) degli ambienti;
6. igiene obbligatoria personale con fornitura dei relativi mezzi detergenti e igienizzanti;
7. rispetto delle distanze interpersonali minime (1 m.);
8. accesso contingentato agli spazi comune (spogliatoi, mense, ecc.);
9. qualora non sia possibile il rispetto della distanza minima, fornitura di appositi dispositivi di protezione (mascherine e altri dispositivi

² Tra i quali il Protocollo del 19 marzo, per i settori Trasporti e Servizi, e il Protocollo 24 marzo per i settori Sanità, Servizi socio-sanitari e socio-assistenziali; un dettagliato elenco sul sito dell'Osservatorio Olympus (https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22008:acc&catid=151&Itemid=101).

quali guanti, occhiali, tute, cuffie, camici, ecc.) conformi alle disposizioni delle autorità scientifiche e sanitarie;

10. irrobustimento della sorveglianza sanitaria ad opera del medico competente, e adozione di provvedimenti nel caso di persone sintomatiche, nonché precauzioni particolari (sorveglianza c.d. «eccezionale») nel caso di lavoratori già afflitti da patologie tali da determinare una situazione di maggiore «debolezza» e dunque richiedenti una particolare attenzione (lavoratori c.d. «fragili»);
11. costituzione in azienda di un Comitato per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo di regolamentazione, con la partecipazione delle rappresentanze sindacali aziendali e dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

In aggiunta a tali misure, pare opportuno anche ricordare, in ragione della rilevanza rispetto ad uno degli aspetti più controversi, che in alcuni Protocolli relativi a settori specifici (ad es. Cantieri edili, Trasporti e servizi) è previsto anche l'aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi (Dvr e/o Duvri) in relazione al rischio associato all'infezione da Sars-Cov-2, nonché delle relative procedure interne.

Le regole precauzionali Covid-19 sopra sintetizzate, essendo poste a salvaguardia della salute dei lavoratori, si inseriscono nel più ampio contesto normativo costituito dalle disposizioni generali e specifiche previste dalla normativa di tutela della salute sul lavoro.

In primo luogo, e come sempre quando si parla di «tutela delle condizioni di lavoro», è doveroso un richiamo all'art. 2087 c.c., principio fondamentale (a valle dell'art. 32 Cost.) sui cui è imperniato l'intero sistema normativo di prevenzione nel nostro ordinamento, per il quale l'obbligo di sicurezza del datore di lavoro si estende sino alla «massima sicurezza tecnologicamente possibile» (per quanto mitigata dalle interpretazioni della Corte costituzionale)³, intesa nel senso che il datore di lavoro deve adottare tutte le misure possibili secondo esperienza, scienza e tecnologia, e comunque tutte quelle normalmente applicate ed applicabili con riguardo al settore produttivo ed alla tipologia di attività esercitata.

Invero, anche dopo la europeizzazione del nostro diritto della sicurezza sul lavoro, la norma del codice civile, di «tutela delle condizioni di lavoro» nell'impresa, ha conservato una presenza costante nelle riflessioni della dottrina e nel diritto vivente della giurisprudenza e mantiene

³ Si veda Corte cost. n. 312 del 25.07.1996, in *Dir. Prat. Lav.*, 1996, p. 3171. In tema, sia consentito da ultimo il rinvio a Natullo G., 2020, *Ambiente di lavoro e tutela della salute*, Giappichelli, p. 17 ss.

ancora integra la sua forza precettiva, che deriva dalla sua illuminata formulazione.

Infatti, con una felice semplicità, che nei casi migliori, come questo, vuol dire una complessità portata a soluzione, la norma dispone che «L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro», in tal modo ponendo in capo al datore di lavoro un «obbligo di sicurezza» di portata assai ampia nonché soggetto a costante aggiornamento.

Come unanimemente riconosciuto, infatti, tali parametri conferiscono all'art. 2087 c.c. il carattere di una clausola generale ed «una funzione di adeguamento permanente dell'ordinamento alla sottostante realtà socio-economica, che ha una dinamicità ben più accentuata di quella dell'ordinamento giuridico, legato a procedimenti e schemi di produzione giuridica necessariamente complessi e lenti»⁴. Dal 2087 c.c., dunque, discende un obbligo di continuo aggiornamento degli standard di prevenzione, tenendo conto delle acquisizioni tecniche e scientifiche che abbiano un margine sufficiente di sperimentazione e di effettiva conoscenza oltre il mondo strettamente scientifico; obbligo, pertanto, di adottare, anche in mancanza di specifiche misure (normative) di prevenzione, le misure generiche di prudenza e le cautele necessarie a tutelare l'integrità del prestatore di lavoro⁵.

La norma codicistica come noto è implementata dalle disposizioni del d.lgs. n. 81/08 – c.d. Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro, da ora Tus –, traspositive delle numerose direttive europee emanate a partire dagli anni '80⁶. Per quanto qui in particolare ci interessa, conviene richiamare del Tus almeno le seguenti principali disposizioni.

Art. 2, co. 1, lett. n) d.lgs. 81/08, che definisce la «prevenzione» come: il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno.

⁴ Cass. 5048/1988.

⁵ Cass. 11704/2003, Cass. pen. 13377/1999. Natullo G., *op. cit.*, p. 10 ss.; Albi P., 2008, *Art. 2087: tutela delle condizioni di lavoro*, Giuffrè, Milano.

⁶ Su cui, per tutti, si veda Natullo G., *op. cit.*, p. 14 ss.; Pascucci P., 2017, *La tutela della salute e della sicurezza sul lavoro: il Titolo I del d.lgs. n. 81/2008 dopo il Jobs Act*, Aras ed.

Quest'ultima definizione, peraltro, rende bene l'idea del rapporto reciproco, bidirezionale, che c'è o può esserci tra i rischi «interni» ed «esterni» all'ambiente di lavoro; bidirezionale, giacché, come nel caso di specie, il fattore di rischio è comune all'ambiente esterno, e da esso può essere trasportato all'interno dei luoghi di lavoro, ma da quest'ultimo a sua volta, attraverso i lavoratori, può essere trasmesso all'esterno.

Art. 15 («misure generali di tutela»). Di tale norma risultano pertinenti alle vicende «Covid-19» almeno le seguenti:

- a) la valutazione di tutti i rischi per la salute e sicurezza;
- b) la programmazione della prevenzione, mirata ad un complesso che integri in modo coerente nella prevenzione le condizioni tecniche produttive dell'azienda nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro;
- c) l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
- g) la limitazione al minimo del numero dei lavoratori che sono, o che possono essere, esposti al rischio;
- n) l'informazione e formazione adeguate per i lavoratori.

Art. 17 («Obblighi del datore di lavoro non delegabili»): prevede per il datore di lavoro l'obbligo di «valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28».

Artt. 28 e 29 («Valutazione del rischio»): la valutazione, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o delle miscele chimiche impiegate, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari. Con particolare riferimento al rischio biologico, il Tus come noto dedica un titolo specifico (il X: art. 266 e ss., e allegato XLVI). Gli agenti biologici sono ripartiti in quattro gruppi a seconda del rischio di infezione (dal meno pericoloso al più pericoloso); nel caso in cui l'agente biologico oggetto di classificazione non può essere attribuito in modo inequivocabile ad uno fra i due gruppi sopraindicati, esso va classificato nel gruppo di rischio più elevato tra le due possibilità; l'allegato XLVI classifica i coronaviridae nel gruppo 27.

Sul punto va evidenziato che, nel corso della pandemia, l'Unione europea è prontamente intervenuta con una direttiva di «aggiornamento»

⁷ Un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaga nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

della precedente direttiva sugli agenti biologici⁸, che ha inserito Sars-Cov-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo e che «tenuto conto delle prove scientifiche più recenti e dei dati clinici disponibili nonché dei pareri forniti da esperti che rappresentano tutti gli Stati membri, il Sars-Cov-2 dovrebbe quindi essere classificato come patogeno per l'uomo del gruppo di rischio 3».

3. *Rischio Sars-Cov2 e rischi biologici: valutazione e tutele*

Venendo allo specifico versante della tutela sui luoghi di lavoro, il cortocircuito tra i provvedimenti sopra citati ha determinato diversi problemi interpretativi ed applicativi.

Una prima questione che si è prospettata, attiene alla natura delle fonti di produzione delle regole cautelari sopra ricordate e alla loro vincolatività, atteso il carattere non legislativo, e comunque talora non espressamente precettivo, di molte tra le disposizioni integranti il c.d. «Covid-diritto», costituito come detto da un profluvio di fonti e regole nella massima parte non legislative, tra le quali i citati Protocolli sottoscritti dalle Parti sociali.

Invero, il problema si è posto nella prima fase dell'emergenza, per poi essere sostanzialmente risolto. Per quanto qui interessa, infatti, con il d.l. n. 19/20, si è provveduto al «recepimento del suo contenuto in atti pubblicitari, traducendo in norme vincolanti ciò che oggi è frutto di determinazioni volontarie»⁹. I Protocolli delle Parti sociali sono poi espressamente richiamati nel d.p.c.m. del 26 aprile (art. 6, co. 2). In definitiva, dunque, si può ritenere che le specifiche misure adottate per la tutela della salute sui luoghi di lavoro abbiano trovato un solido fondamento legislativo.

Venendo alla questione della natura del rischio Sars Cov-2, nei primi approfondimenti «lavoristici» si è posta la seguente questione: il rischio

⁸ Direttiva (Ue) 2020/739 della Commissione del 3 giugno 2020 che modifica l'allegato III della direttiva 2000/54/Ce del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'inserimento del Sars-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo e che modifica la direttiva (Ue) 2019/1833 della Commissione.

⁹ Così Pascucci P., 2020, *Ancora su coronavirus e sicurezza sul lavoro: novità e conferme nello ius superveniens del d.p.c.m. 22 marzo 2020 e soprattutto del d.l. n. 19/2020*, in *DsI*, n. 1, p. 109.

di contagio determinato dal nuovo virus deve essere considerato un rischio «generico», esterno all'azienda, o «specifico» e dunque interno all'azienda? A seconda della risposta, infatti, avrebbero potuto derivarsi esiti tecnico-giuridico assai diversi con riflessi anche sulla Valutazione dei rischi e il relativo Dvr¹⁰.

Il primo orientamento è stato sostenuto anche con serie argomentazioni tecnico-giuridiche che, però, a mio parere, non sono mai risultate del tutto convincenti¹¹.

In primo luogo, non è certo la prima volta che nelle esperienze applicative e nel diritto vivente di marca giurisprudenziale ci si trova ad affrontare la questione di un rischio ambientale esterno, dunque «generico», cui però possono venire ad essere esposti i lavoratori sui luoghi di lavoro.

Anche in questi casi è possibile un incrocio tra disposizioni «generali» riferite a tutti i cittadini e disposizioni (misure) specifiche adottate dalle aziende: si pensi a paesi ove siano in corso conflitti interni, con rischi di azioni di guerriglia e/o presa in ostaggio di stranieri; o ancora di paesi in cui vi siano particolari rischi per la salute, per la presenza di agenti biologici (virus/batteri) particolarmente nocivi. In tali casi, il governo, nella persona del ministro competente, potrà disporre misure ritenute necessarie per tutti i cittadini che devono recarsi in quelle zone (avvertenze, limitazioni, vaccinazioni, ecc.). Ma le aziende che svolgono attività, anche temporaneamente, in quelle zone, dovranno adeguare le misure aziendali di prevenzione a quei particolari rischi, partendo dalle eventuali indicazioni governative, ma applicando le specifiche normative di prevenzione.

In buona sostanza, in quei casi si è ritenuto comunque di ricomprendere i rischi esterni/generici nell'ambito di protezione dell'obbligo di sicurezza datoriale¹².

¹⁰ Si veda Pascucci P., 2019, *Coronavirus e sicurezza sul lavoro, tra «raccomandazioni» e protocolli. Verso una nuova dimensione del sistema di prevenzione, aziendale?*, in *Dsl*, n. 2, p. 109 ss.

¹¹ Nello stesso senso, sostanzialmente, Tullini P., 2020, *Tutela della salute dei lavoratori e valutazione del rischio biologico: alcune questioni giuridiche*, in *Rds*.

¹² Si veda Interpello n. 11/2016 (Commissione per gli interpelli ex art. 12 d.lgs. n. 81/98), che così conclude: «la Commissione ritiene che il datore di lavoro debba valutare tutti i rischi compresi i potenziali e peculiari rischi ambientali legati alle caratteristiche del Paese in cui la prestazione lavorativa dovrà essere svolta, quali a titolo esemplificativo, i cosiddetti “rischi generici aggravati”, legati alla situazione geopolitica del Paese (es. guerre civili, attentati, ecc.) e alle condizioni

E anche nella vicenda Covid-19, sebbene ci si trovi senz'altro in un'ipotesi estrema dalle caratteristiche del tutto peculiari, non mancano però gli strumenti per leggerla alla luce della normativa generale e speciale già esistente.

Ciò, ovviamente, a partire dall'art. 2087 c.c. e dal suo obbligo di continuo aggiornamento degli standard di prevenzione in azienda, tenendo conto dei nuovi rischi e delle relative possibili misure di prevenzione applicabili.

Peraltro, anche le specifiche disposizioni del d.lgs. n. 81/08 sulla Valutazione del rischio e sul relativo Dvr paiono supportare tale interpretazione; ancor più dopo l'emanazione della citata direttiva europea di aggiornamento sui rischi biologici (dir. n. 2020/739/Eu).

Quanto alla difficoltà tecnica di valutazione del rischio Sars-Cov-2, a mio parere superabile sin da subito, anche utilizzando le indicazioni tecniche fornite da Inail, Ministero Salute, ecc., oltre che specifiche disposizioni ed allegati del d.lgs. n. 81/08¹³, ormai può ritenersi comunque risolta dalle indicazioni fornite dalla citata direttiva europea.

4. Contagi e infortuni sul lavoro: profili di responsabilità civile e penale

In coerenza con l'impostazione da me privilegiata possono peraltro leggersi anche le stesse previsioni del legislatore (art. 42 d.l. n. 18/20) e i pertinenti chiarimenti Inail, là dove prevedono e confermano che, se viene dimostrato il nesso causale con il lavoro (c.d. «occasione di lavoro»), richiesta dal Testo unico sull'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali¹⁴ come presupposto essenziale per l'applicazione delle tutele), il contagio da Covid-19 è a tutti gli effetti da qualificare come infortunio sul lavoro¹⁵.

sanitarie del contesto geografico di riferimento non considerati astrattamente, ma che abbiano la ragionevole e concreta possibilità di manifestarsi in correlazione all'attività lavorativa svolta».

In tema, Angelini A. e Lazzari C., 2019, *La sicurezza sul lavoro nelle attività svolte all'estero*, in *Dsl*, n. 2, p. 73 ss. In giurisprudenza, Cass. 22 marzo 2002, n. 4129.

¹³ Con particolare riferimento al rischio biologico, il Tus dedica un titolo specifico (il X: art. 266 e ss., e allegato XLVI), ripartendo gli agenti biologici in quattro gruppi in base alla pericolosità.

¹⁴ Dpr n. 1124 del 1965.

¹⁵ Inail, Circolare n. 13 del 3 aprile 2020. Si veda La Peccerella, 2020, *Infezione da coronavirus e tutela contro gli infortuni e le malattie professionali*, «DSL», n. 1, p. 1 ss.

In premessa a quanto sopra va ricordato che:

- a) le tutele previdenziali (prestazioni sanitarie ed economiche) che l'Inail garantisce sono erogate nel caso di eventi patologici – infortunio sul lavoro o malattia professionale – verificatisi per causa e in occasione di lavoro e dai quali derivino danni temporanei o permanenti alla salute del lavoratore;
- b) la differenza tra «infortuni» e «malattie professionali» deriva dalla differente eziologia della patologia: il primo infatti è determinato da un evento traumatico istantaneo o comunque rapido (c.d. causa violenta); la malattia professionale, invece, si sviluppa gradualmente nel tempo per l'esposizione continuativa ad un fattore di rischio, che agisce lentamente e progressivamente sull'organismo;
- c) ove siano ravvisabili gli estremi della colpa del datore di lavoro per la violazione delle norme di prevenzione degli infortuni (sicurezza sul lavoro), su di lui potranno ricadere le relative responsabilità, sia penali sia civili, anche con possibilità per l'Inail di richiedere la restituzione delle indennità erogate al lavoratore (c.d. diritto di regresso)¹⁶.

Ciò premesso, e tornando al tema in esame, l'Inail in primo luogo chiarisce come l'infezione da Covid-19 determini un «infortunio sul lavoro» e non una «malattia professionale»: ciò, in applicazione dell'orientamento che inquadra le malattie infettive e parassitarie negli «infortuni», equiparando la causa virulenta alla c.d. «causa violenta».

In secondo luogo, l'Inail chiarisce che il rischio di contagio da Covid-19 costituisce un vero e proprio rischio specifico «professionale» solo in alcuni ambienti, come quelli sanitari per i relativi operatori; laddove negli altri ambienti di lavoro va considerato un rischio «generico-aggravato», comunque tale da poter determinare l'«occasione di lavoro» che fa scattare la tutela previdenziale¹⁷. Ciò, sempre in via presuntiva, in primo luogo, per le attività lavorative che comportano il costante contatto con il pubblico/l'utenza, ma non escludendo, a fini assicurativi, la possibilità che l'«occasione di lavoro» si verifichi anche in altri e diversi ambienti di lavoro.

Le predette disposizioni e le indicazioni fornite dall'Inail hanno contribuito ad accendere il dibattito sui possibili profili di responsabilità per le aziende, ovviamente nel caso di dimostrata inosservanza da parte di queste ultime delle misure di prevenzione, nel caso di specie di quelle di protezione dal Covid-19.

¹⁶ Sul punto per approfondimenti si rinvia a Natullo G., *op. cit.*, p. 111 ss.

¹⁷ Inail, *Ibidem*.

Sono pertanto comprensibili le preoccupazioni delle imprese sulle possibili ricadute in termini di responsabilità di eventuali contagi dei lavoratori, anche in considerazione della menzionata qualificazione dei contagi sul lavoro come possibili «infortuni sul lavoro».

E invero, sulla base di quanto sinora chiarito, non è certo possibile escludere, sul piano tecnico-giuridico, che all'eventuale verifica dell'«occasione di lavoro», consegua anche l'accertamento di una responsabilità dell'azienda per violazione degli obblighi di prevenzione, se si ritiene che il mancato rispetto delle misure (di precauzione) «Covid» si traduca più in generale in una violazione degli obblighi di sicurezza aziendali (e dunque delle citate disposizioni penali).

Come sopra accennato, infatti, le norme del Testo unico del 1965 (artt. 10-11 d.p.r. 1124/65)¹⁸, dispongono che, nonostante l'assicurazione, «permane la responsabilità civile a carico di coloro che abbiano riportato condanna penale per il fatto dal quale l'infortunio è derivato. Altresì, sussiste una responsabilità civile del datore di lavoro qualora una sentenza penale stabilisca che l'infortunio sia avvenuto per fatto imputabile a coloro che egli ha incaricato della direzione o sorveglianza del lavoro, se del fatto di essi debba rispondere» nonché «il diritto di regresso per le somme pagate a titolo d'indennità e per le spese accessorie contro le persone civilmente responsabili».

Sebbene sia del tutto evidente che l'ipotesi di una tale responsabilità aziendale non è certamente «automatica» e di assai difficile dimostrazione¹⁹, nondimeno il timore che dal contagio di lavoratori e dalla qualifica di infortunio sul lavoro potesse derivare quasi automaticamente una responsabilità per i datori di lavoro ha acceso il dibattito, anche con esplicita richiesta da parte del mondo imprenditoriale di una norma che potesse escludere o quantomeno limitare l'area di possibile responsabilità (c.d. «scudo penale»); preoccupazioni e pressioni che hanno indotto, per un verso, l'Inail a interventi chiarificatori e, per altro verso, il legislatore a intervenire²⁰.

Tale preoccupazione trova fondamento nell'orientamento che, nel nostro ordinamento, deriva dall'art. 2087 c.c. il principio della c.d. «massima sicurezza tecnologicamente possibile», secondo cui il datore di lavoro ha

¹⁸ Su cui, per tutti, si veda Giubboni S., Ludovico G. e Rossi A., 2014, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Cedam.

¹⁹ In tal senso si veda pure la Circolare Inail n. 22 del 20 maggio 2020.

²⁰ Cfr. Maresca A., 2020, *Il rischio di contagio da Covid-19 nei luoghi di lavoro: obblighi di sicurezza e art. 2087 c.c. (prime osservazioni sull'art. 29-bis della l. n. 40/2020)*, in *Dsl*, n. 2; Marazza M., 2020, *L'art. 2087 c.c. nella pandemia (Covid-19)*, in *Ridl*, n. 2.

l'obbligo di continuo adattamento e aggiornamento degli standard di prevenzione, e dunque l'obbligo di adottare, anche in mancanza di specifiche regole (normative) di prevenzione, le misure generiche di prudenza e le cautele necessarie a tutelare l'integrità del prestatore di lavoro.

Proprio per superare la preoccupazione delle aziende di poter essere considerate responsabili di eventuali contagi e conseguenti patologie dei lavoratori, per mancata applicazione di non meglio individuate «altre» misure di prevenzione dal rischio «Covid-19», il legislatore, con un intervento innovativo ed originale, in sede di conversione del d.l. 23/2020, ha precisato che l'applicazione delle prescrizioni individuate nei Protocolli sottoscritti dalle parti sociali o negli accordi collettivi di settore esaurisce il quadro delle possibili misure applicabili e, pertanto, implica una piena osservanza dell'art. 2087 c.c.²¹.

Il legislatore ha in tal modo sostanzialmente tradotto in chiave normativa, con riferimento al rischio Covid-19, il principio della «massima sicurezza tecnologica»: nel senso che le misure anti-contagio che rientrano nel patrimonio di conoscenze tecnico-scientifiche, allo stato, sono proprio quelle – e solo quelle – adottate dal Governo e dalle Parti sociali, il cui pieno rispetto dovrebbe escludere una responsabilità aziendale per violazione delle norme di prevenzione.

5. Covid-19 e partecipazione dei lavoratori

Altro interessante elemento da evidenziare nel complessivo quadro regolativo ed applicativo in esame attiene al ruolo delle parti sociali e delle rappresentanze dei lavoratori in particolare.

²¹ Art. 29-bis l. n. 40/2020 («Obblighi dei datori di lavoro per la tutela contro il rischio di contagio da Covid-19»): «1. Ai fini della tutela contro il rischio di contagio da Covid-19, i datori di lavoro pubblici e privati adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del codice civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del Covid-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 24 aprile 2020 tra il Governo e le parti sociali, e successive modificazioni e integrazioni, e negli altri protocolli e linee guida di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, nonché mediante l'adozione e il mantenimento delle misure ivi previste. Qualora non trovino applicazione le predette prescrizioni, rilevano le misure contenute nei protocolli o accordi di settore stipulati dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale».

Si è avuto modo di illustrare la funzione essenziale svolta dalle parti sociali in sede di definizione delle regole precauzionali/prevenzionali anti-contagio da adottare nei luoghi di lavoro (i numerosi Protocolli, sia generali sia di settore citati in precedenza).

Ebbene, già di per sé i Protocolli rappresentano una significativa novità nel contesto regolativo sulla salute e sicurezza del lavoro, ma gli stessi Protocolli prevedono ulteriori importanti disposizioni circa il ruolo delle rappresentanze sindacali nella implementazione delle misure di prevenzione.

Non v'è dubbio, quindi, che quello che per comodità chiamiamo «Covid-diritto» vede rafforzato il ruolo delle Parti sociali e delle rappresentanze sindacali e, nel complesso, delle prassi partecipative in materia di sicurezza del lavoro. A partire proprio dal Protocollo generale sottoscritto dalle Parti sociali nel mese di marzo (aggiornato ad aprile) che, e non accade spesso per i prodotti dell'autonomia collettiva, ha ricevuto espressa «validazione» legislativa. È la prima volta, a quanto consta, che nel nostro paese gli standard normativi di prevenzione vengono individuati dalla contrattazione collettiva (o Protocollo che dir si voglia). Elemento ancor più significativo, se si pensa che, come ricordato, il legislatore ha poi ulteriormente rafforzato la *vis* di fonte regolativa del Protocollo, conferendo (con l'art. 29-*bis* l. n. 40/20) alle misure di prevenzione in esso previste l'efficacia di piena ed esaustiva prova del corretto adempimento dell'obbligo di sicurezza di cui all'art. 2087 c.c.

Tutt'altro, dunque, che il ruolo meramente residuale ed integrativo sinora riconosciuto alla contrattazione collettiva!

Ma risulta significativa anche l'assegnazione di un ruolo importante alle rappresentanze dei lavori in sede di controllo e implementazione delle predette misure di prevenzione. Il più volte citato Protocollo, infatti, prevede: a) la costituzione in azienda di un Comitato per l'applicazione e la verifica delle regole del protocollo di regolamentazione, con la partecipazione delle rappresentanze sindacali aziendali e del Rls; b) qualora, in ragione delle specificità aziendali e di settore non fossero costituiti tali comitati aziendali, verrà istituito un Comitato territoriale²²; c) ancora, potranno essere costituiti, a livello territoriale o settoriale, comitati per le finalità del Protocollo, anche con il coinvolgi-

²² Da segnalare la recente sentenza del Tribunale di Treviso, n. 2751 del 2 luglio 2020, che ha qualificato come antisindacale la condotta di un'azienda che ha ommesso la costituzione dei Comitati per ciascuna singola unità produttiva, ritenendo idonea e sufficiente la costituzione di un unico Comitato a livello centrale.

mento delle autorità sanitarie locali e degli altri soggetti istituzionali coinvolti nelle iniziative per il contrasto della diffusione del Covid19. Dunque, si assiste ad un deciso rafforzamento delle logiche partecipative, certo agevolato dal clima emergenziale, ma la cui importanza è tanto maggiore proprio per quanto poc'anzi ricordato circa la valenza di standard normativi delle misure concordate nei Protocolli. La verifica della corretta applicazione di tali misure, assegnata ai Comitati aziendali, assume ancor maggiore rilievo nel momento in cui, per legge, tale verifica si traduce nel corretto adempimento degli obblighi di sicurezza «Covid-19» (e di cui anche al 2087 c.c.).

6. *Spunti di riflessione, anche per il futuro*

Questo nuovo impulso alle prassi partecipative, anche in chiave di regolazione «forte», può certamente risultare un contributo positivo, tra tante negatività, che la vicenda della pandemia può offrire in chiave di prospettiva. Senza obliterare, evidentemente, le criticità ad esso legate, dal momento che si affida in tal modo ad uno strumento regolativo contraddistinto da logiche di mediazione (tale è evidentemente il contratto o accordo collettivo), il compito di fissare gli standard di tutela della salute sui luoghi di lavoro.

In buona sostanza, in virtù dell'espresso richiamo normativo all'art. 2087 c.c., la disciplina negoziale delimita anche la soglia della «massima sicurezza possibile» e dunque il confine massimo dell'obbligo di sicurezza datoriale. Le problematiche che possono derivare da tale soluzione sono evidenti, nel momento in cui si pensi alla possibilità che, successivamente alla disciplina negoziale, vengano emanate altre disposizioni o regole tecniche che, «normalmente», in virtù dell'art. 2087 c.c.,

Significativo il passaggio argomentativo in cui il Tribunale evidenzia che «la valorizzazione delle rappresentanze sindacali – e, in particolare, delle Rls – è espressamente prevista al fine di adottare misure efficaci e l'efficacia è, secondo le parole usate nel Protocollo, sinonimo di specificità rispetto alla “singola realtà produttiva”. È, poi, noto che la pandemia ha avuto, ed ha, una diffusione ed una intensità ampiamente irregolare sul territorio italiano da cui la indispensabilità di risposte differenziate a seconda dei bisogni prescritta letteralmente dal Protocollo è coerente con l'evidenza dei fatti, ed assume rilevanza particolarmente intensa nel settore che qui interessa, essendo proprio gli ospedali le strutture di centrale rilievo anche come maggiori potenziali fonti di contagio e quindi bisognosi di particolari attenzioni».

darebbero luogo ad una integrazione dell'obbligo di sicurezza. Per venire alle vicende che qui ci occupano, qualche criticità potrebbe paradossalmente manifestarsi già con riguardo alla citata direttiva europea sull'agente biologico Sars-Cov-2, che come detto aggiorna la classificazione dei Coronavirus ai fini della valutazione dei rischi: orbene, in ossequio ai tradizionali criteri ermeneutici e applicativi, a mio parere non vi sarebbe dubbio sulla necessità, ex art. 2087 c.c., di aggiornare la Valutazione rischi e il Dvr aziendale, adeguandoli alle nuove prescrizioni europee; ma si può del tutto escludere un'interpretazione che, sulla scorta delle disposizioni «Covid-19», sostenga diversamente, sino ad una espressa previsione nei Protocolli o almeno ad una specifica trasposizione della direttiva nel nostro ordinamento?

Altro aspetto da segnalare, attiene al mancato intervento, in questa fase così delicata, degli organi istituzionalmente preposti ad un ruolo di supporto e consulenza in materia di sicurezza del lavoro. Mi riferisco al Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro (di cui all'art. 5 Tus) e alla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro (art. 6 Tus).

In particolare, il Comitato ex art. 5 Tus tra i suoi compiti annovera, tra gli altri, quelli di: a) stabilire le linee comuni delle politiche nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro; b) individuare obiettivi e programmi dell'azione pubblica di miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori; e) garantire lo scambio di informazioni tra i soggetti istituzionali al fine di promuovere l'uniformità dell'applicazione della normativa vigente.

Per parte sua, la Commissione consultiva permanente, che nella sua composizione vede la partecipazione di rappresentanti dei Ministeri, delle Regioni, di esperti designati dalle Parti sociali, ha tra i suoi compiti quelli di: esaminare i problemi applicativi della normativa di salute e sicurezza sul lavoro e formulare proposte per lo sviluppo e il perfezionamento della legislazione vigente; validare le buone prassi in materia di salute e sicurezza sul lavoro; valorizzare sia gli accordi sindacali sia i codici di condotta ed etici, adottati su base volontaria, che, in considerazione delle specificità dei settori produttivi di riferimento, orientino i comportamenti dei datori di lavoro, anche secondo i principi della responsabilità sociale, dei lavoratori e di tutti i soggetti interessati, ai fini del miglioramento dei livelli di tutela definiti legislativamente.

Orbene, delle indicazioni (linee-guida) elaborate da tali Organi, anche eventualmente a supporto dei Protocolli adottati dalle Parti sociali, si-

RPS

LA TUTELA DEI LAVORATORI NELL'EMERGENZA COVID-19

curamente sarebbero (stati) di grande utilità al fine di meglio definire gli standard del rischio e le misure di prevenzione da adottare sui luoghi di lavoro. Al contrario sono rimasti totalmente assenti, affidando al solo Inail, tra gli organi tecnici, l'arduo compito di far fronte alle esigenze dettate dall'emergenza. Per il futuro, è fortemente auspicabile che in occasioni del genere tali organismi, e in generale il poderoso (all'apparenza) sistema istituzionale previsto dal Tus, venga attivato.

DIBATTITO
«Politiche di welfare e investimenti sociali»

Investimenti immateriali, crescita e regole europee

Francesco Saraceno

RPS

Il volume Politiche di welfare e investimenti sociali, curato da Andrea Ciarini per il Mulino, raccoglie una serie di contributi che legano il tema del welfare a quello della crescita, dell'investimento e della sostenibilità del nostro modello di sviluppo. Quasi tutti i contributi del volume partono dal progressivo disimpegno dello Stato dal settore del welfare;

un disimpegno che è iniziato negli anni ottanta del secolo scorso, accelerando dopo la crisi del 2008. Lo scopo del volume è quello di indicare, ora che il contesto è mutato e che l'investimento pubblico è tornato al centro della scena, possibili strade per rilanciare il ruolo di welfare e investimenti sociali nel garantire crescita e inclusione.

1. Le crisi del 2008 e del 2020: gli squilibri globali alla luce del sole

Il volume è utile, oltre che tempestivo, perché arriva ad un punto di svolta per la teoria economica e per il dibattito sul ruolo dello Stato nella regolazione dell'economia e nel sostegno alla crescita. Dopo la controrivoluzione neoclassica degli anni Settanta la teoria e la pratica della politica economica si sono attestate su di un consenso che attribuiva allo Stato un ruolo minimo (fondamentalmente limitato alla regolamentazione) mettendo al centro della scena i mercati (Saraceno, 2018). Anche nelle sue versioni meno estreme (ad esempio la «terza via» proposta da Bill Clinton, Tony Blair e Gerard Schroeder), questa teoria dello Stato minimo ha comportato un'erosione dell'attivismo dello Stato nel regolare e bilanciare l'economia, che si trattasse di ridurre le fluttuazioni del reddito o di contrastare l'aumento delle disuguaglianze. È così che progressivamente l'economia mondiale si è «sbilanciata», trovandosi, dopo un quarantennio, priva degli strumenti che consentissero di dare risposte di fronte a crisi epocali come quella del 2008 o la più recente pandemia. La fine dello «Stato regolatore» ha portato ad un'insufficiente considerazione del bene pubblico «sostenibilità ambientale» nelle scelte dei mercati, ad una traiettoria non ottimale che ha privilegiato la crescita a scapito della protezione dell'ambiente, ad un eccessivo utilizzo delle risorse naturali, ad una crisi ambientale che ri-

chiede scelte non più rinviabili. Allo stesso modo, mercati ben diversi dall'ideale concorrenziale dei libri di testo e non sufficientemente regolati, hanno portato ovunque all'aumento non solo delle disuguaglianze «classiche» tra salari e profitti, ma anche di quelle all'interno della parte dei salari sul prodotto (Piketty, 2014); un aumento che deve poco alla presunta efficienza dei mercati nel ricompensare il merito e molto alla capacità di alcuni di sfruttare rendite e mercati non concorrenziali (Galbraith, 2012; Stiglitz, 2013). L'aumento sia delle disuguaglianze dette «di mercato» si è accompagnata, a causa della progressiva ritirata dello Stato dall'economia e della ridotta copertura del welfare (ben descritta dall'introduzione di Andrea Ciarini al volume), anche ad un aumento della disuguaglianza *ex post*, ovvero dopo l'intervento redistributivo dello Stato.

Il progressivo sbilanciamento dell'economia mondiale che ha portato ai problemi di sostenibilità (sociale e ambientale) cui siamo confrontati oggi si è riflettuto nella costruzione europea, che nello stesso periodo conosceva evoluzioni importanti (i trattati fondanti dell'Unione come la conosciamo oggi datano degli anni novanta). Da un lato, la governance macroeconomica, la politica industriale (o meglio la mancanza di politica industriale), la politica commerciale, riposano sull'ipotesi di superiorità dei mercati rispetto alla mano pubblica nel regolare l'economia e portarla verso un equilibrio «naturale» (Saraceno, 2020). Dall'altro lato, il pilastro sociale dell'Unione europea, di cui si è parlato (e solo parlato) fin dagli anni novanta, ha visto la luce solo nel 2017 e non ha ad oggi portato a significativi cambiamenti nel campo dell'inclusione, delle condizioni di lavoro, della protezione sociale o ancora dell'uguaglianza di opportunità.

È per questo che un'Unione europea che a parole si è sempre ispirata ai principi dell'economia sociale di mercato, ha nei fatti trascurato il welfare, rinunciato a trasferire competenze sulla protezione sociale a livello centrale e fatto pressione, in nome della competitività e della concorrenza, perché la copertura dei sistemi nazionali fosse progressivamente ridotta. Ancora una volta, la lettura dei saggi del volume curato da Ciarini ne fornisce un quadro accurato.

La crisi del 2008, e poi quella del debito sovrano che ha seguito in Europa, hanno segnato un primo punto di rottura. Gli squilibri descritti sopra sono apparsi in tutta la loro evidenza, ulteriormente esacerbati dalla crisi. In Europa, poi, la riproposizione ideologica di vecchie ricette, in occasione della crisi greca ha fatto ripiombare l'economia in una seconda recessione, accentuato l'aumento della disuguaglianza e,

con le politiche di austerità, ha ulteriormente disarticolato i sistemi di protezione sociale soprattutto nella cosiddetta periferia della zona euro. Alcuni paesi europei, tra cui il nostro, allo scoppiare della crisi del coronavirus non avevano ancora ritrovato i livelli d'attività economica del 2008. Non solo: le misure colossali che i governi hanno introdotto quasi ovunque per contrastare la pandemia e la devastazione economica causata dalle misure di quarantena, sono stati resi ancora più complicati dagli squilibri accumulati per un quarantennio. La necessità di ritrovare un sentiero di crescita più equilibrato è a questo punto apparsa in tutta la sua evidenza.

2. *Verso un ripensamento della teoria e della pratica della politica economica*

Fortunatamente, dal punto di vista della politica economica la crisi finanziaria globale non è passata invano, dando il via (ben oltre l'Europa) a un dibattito sulle politiche per uscire dalla crisi e rilanciare la crescita. La stessa rapidità della risposta alla crisi del Covid-19, anche da parte di paesi come la Germania che non hanno esitato sbarazzarsi di tutti i dogmi, mostra che oggi il terreno è fertile per una riconsiderazione del ruolo rispettivo di Stato e mercato nel garantire stabilità e crescita macroeconomiche e nel porre le fondamenta per la crescita di lungo periodo. Per la prima volta dalla fine degli anni settanta è difficile identificare, nell'accademia come nei luoghi della politica economica (ministeri delle finanze, istituzioni internazionali), una dottrina dominante su temi come la politica di bilancio, la gestione del debito pubblico, la politica industriale. È proprio questa «fluidità» del dibattito che rende *Politiche di welfare e investimenti sociali* tempestivo. Fin dal 2010 il tema dell'investimento pubblico è tornato prepotentemente al centro della ribalta come strumento di sostegno all'attività economica e di rilancio della crescita di lungo periodo. Il contesto di tassi d'interesse vicini allo zero ha creato le condizioni per un rilancio dell'investimento pubblico che nel 2014, in una pubblicazione che ha fatto scalpore, il Fondo monetario ha definito «pasto gratis»: alti rendimenti e basso costo del capitale avrebbero secondo gli economisti del Fondo portato ad una crescita del Pil sufficiente a ripagare il debito incorso per l'investimento pubblico (Imf, 2014, capitolo 3). In casa nostra, il piano di investimenti per l'Europa del 2014, il cosiddetto Piano Juncker, benché criticato sotto molti aspetti (più che di un piano di investimenti pubblici si trattava di

un programma di partenariato pubblico-privato) è stato un importante atto simbolico poiché ha riportato la politica di bilancio, più precisamente gli investimenti pubblici, al centro della discussione di politica economica europea.

Il Fondo ha ribadito la centralità dell'investimento, per rilanciare l'economia dopo la pandemia e per facilitare la transizione verso un cammino di crescita sostenibile, nell'ultimo rapporto del *Fiscal Monitor* dell'ottobre 2020 (Imf, 2020, capitolo 2). L'investimento pubblico potrebbe anche avere un ruolo importante per ridurre le disuguaglianze territoriali: studi recenti (ad es., Izquierdo e al., 2019) mostrano che il moltiplicatore dell'investimento pubblico è in genere maggiore quando il reddito pro-capite è basso. Nel contesto europeo ciò implica che gli investimenti sarebbero particolarmente produttivi nei paesi relativamente più poveri, i paesi dell'Europa centrale, e la cosiddetta periferia dell'eurozona.

3. Per una definizione «funzionale» di investimento

Ma la pandemia ha rimescolato le carte ben oltre il dibattito secolare tra le scuole neoclassica e keynesiana sulla politica di bilancio. Le insufficienze dei sistemi di sanità pubblica in quasi tutti i paesi avanzati hanno acceso i riflettori sul ruolo del welfare non solo come mezzo per la protezione sociale e la redistribuzione, ma come strumento di stabilizzazione macroeconomica (in un mondo in cui la fiducia nella capacità dei mercati di assorbire le fluttuazioni è stata scossa) e come strumento di investimento nel capitale umano. Politiche del welfare e investimento pubblico allora si intrecciano e diventano centrali nel rispondere alle sfide dei prossimi anni. La crisi del Covid-19 rende non più rinviabile la scelta per i leader europei. In primo luogo, la profondità della crisi richiede la messa a punto di strategie di rilancio che non potranno non essere pluriannuali. Inoltre, la crisi sanitaria si innesta sull'ormai ineludibile tema della sostenibilità ambientale e della transizione ecologica, che non a caso costituisce uno degli assi portanti del programma della Commissione europea guidata da Ursula von der Leyen, definito prima della pandemia. Ho recentemente curato, con Floriana Cerniglia, una raccolta di saggi raccolti in un *European Public Investment Outlook* (Cerniglia e Saraceno, 2020) cui hanno contribuito alcuni degli autori di *Politiche di welfare e investimenti sociali*. I due volumi sono accomunati da una definizione «ampia» di investimento pubblico, considerato come

uno strumento da utilizzare per raggiungere diversi obiettivi: innovazione, maggiore istruzione, coesione sociale nelle regioni e nei paesi europei, lotta al cambiamento climatico, crescita e occupazione di alta qualità. Si tratta di obiettivi che possono essere perseguiti in contemporanea e che dovrebbero essere visti come complementari. A partire dai lavori della Commissione Sen Stiglitz Fitoussi (Stiglitz e al., 2009), si è avviato un dibattito, meritoriamente coordinato dall'Ocse, sulla ricerca di una misura del benessere che vada oltre il Pil (il *better life index*). Anche se siamo ancora ben lontani da un'accettabile e condivisa «contabilità del benessere», è ormai comunemente accettato che la crescita quantitativa non possa più essere l'unico obiettivo della politica economica. È per questo che il «vecchio» approccio contabile all'investimento pubblico, che misura principalmente il capitale fisico, è inadeguato per comprendere appieno la natura dell'investimento pubblico; esso deve essere sostituito da un approccio che potremmo definire «funzionale»: è investimento ciò che aumenta lo stock di capitale umano e sociale, che fa parte delle fondamenta delle nostre complesse società. Chi oggi può negare che essere preparati alla gestione di una pandemia sia un investimento a tutela non solo delle nostre vite ma anche dell'economia?

Dalle pagine che precedono emerge con chiarezza un duplice messaggio: in primo luogo, la necessità di un rilancio massiccio degli investimenti pubblici; poi, un'attualizzazione del concetto di investimento, che comprenda spese abitualmente contabilizzate come correnti ma la cui importanza per sostenere la crescita è ormai ovvia; in particolare, gli investimenti sociali e la protezione sociale devono essere visti come una componente essenziale di quell'investimento in capitale umano che solo può consentire, nel lungo periodo, una crescita non solo più sostenuta ma più sostenibile.

4. Il rilancio dell'investimento passa per l'Europa

La scala appropriata per una ritrovata centralità dell'investimento pubblico non può che essere quella europea. Da un lato, infatti, la dimensione sovranazionale è quella appropriata per gli investimenti in beni pubblici europei come la sanità (ancora una volta, la pandemia recente è una testimonianza terribile dei danni causati da un approccio locale e mal coordinato), i trasporti o la transizione ecologica. Dall'altro lato, la pressione della crisi sulle finanze pubbliche di molti paesi (incluso il nostro) renderebbe difficile la gestione a livello nazionale di progetti di investimento della scala adeguata alle sfide delineate sopra.

Mostrando che gli errori dei primi anni 2010 non erano stati compiuti invano, l'Europa ha risposto presente in occasione della pandemia. Il programma *Next Generation Eu* approvato dal Consiglio europeo il 21 luglio 2020 è incentrato su di un massiccio programma di investimenti, materiali e immateriali. La proposta originaria della Commissione poggiava su tre pilastri. Il primo e principale pilastro è il Fondo per la ripresa (*Recovery and Resilience Facility*) volto a sostenere gli investimenti nei paesi più colpiti dalla crisi del Covid-19 e garantire una ripresa sostenibile dell'attività. La responsabilità per l'utilizzo dei fondi rimarrà nazionale, con un potere di controllo europeo per verificare che i progetti finanziati corrispondano effettivamente alle priorità europee, in particolare la lotta al cambiamento climatico e la transizione verso un'economia a basse emissioni di carbonio. Questo primo pilastro comprende anche fondi aggiuntivi per la coesione, secondo una chiave di ripartizione che tiene conto dell'impatto della crisi. Il secondo pilastro è dedicato alle politiche pubbliche per favorire gli investimenti del settore privato, in particolare attraverso un rilancio dello strumento *InvestEu* utilizzato nell'ambito del piano Juncker. L'ultimo pilastro mirava a trarre insegnamento dalla crisi creando un programma *Eu4Health* per investire nella prevenzione delle crisi sanitarie, nel coordinamento delle politiche sanitarie nazionali e nei farmaci e nelle attrezzature necessarie per affrontarle. *Eu4Health* non è sopravvissuto al processo negoziale e non fa parte dell'accordo raggiunto al Consiglio.

Si è molto discusso degli aspetti innovativi del Fondo per la ripresa, come l'indebitamento comune per un ammontare importante (750 miliardi) e una componente di trasferimenti significativa, che per la prima volta hanno configurato un (temporaneo e limitato) sistema di condivisione del rischio (Saraceno, 2020). Qui mi preme ricordare che al di là di queste innovazioni, il programma *Next Generation Eu* mette al centro della politica economica dell'Unione europea l'investimento, non solo infrastrutturale, e la crescita sostenibile.

Tuttavia, occorre tenerlo sempre a mente, l'Unione europea non è una federazione; è dunque inevitabile che nei prossimi anni la responsabilità delle politiche di bilancio, e quindi degli investimenti, continui a riposare sulle spalle dei paesi membri. Per questo nei prossimi mesi si porrà con forza il tema della revisione delle regole europee, in particolare del Patto di stabilità e crescita.

Nel febbraio 2020, poche settimane prima che le economie dell'Ue entrassero in quarantena, la Commissione europea (2020) ha avviato un processo di consultazione sulla riforma del Patto di stabilità e crescita.

La valutazione che la Commissione fa del quadro esistente è sorprendentemente severa. Riprendendo la sostanza di un rapporto dell'*European Fiscal Board* (2019), la Commissione riconosce che il patto di stabilità ha contribuito a penalizzare gli investimenti e ha portato a politiche di bilancio pro-cicliche durante la crisi del debito sovrano. Inoltre, la sospensione di fatto del Patto di Stabilità annunciata dalla Commissione a seguito della pandemia e l'esplosione del debito pubblico in tutti gli Stati membri rendono improbabile che si ritorni al vecchio status quo. Questo è, insomma, il momento giusto per ridiscutere le «regole del gioco» della politica di bilancio europea.

La vecchia idea di una regola d'oro delle finanze pubbliche oggi si sta facendo nuovamente strada nel dibattito politico. Si tratta di una regola che consentirebbe il finanziamento della spesa per gli investimenti con emissione di debito, mentre i paesi dovrebbero coprire le spese correnti con le entrate fiscali. Alla luce delle considerazioni fatte sopra, la sfida sarebbe dunque quella di abbandonare l'approccio squisitamente contabile adottato dai paesi che in passato hanno adottato la regola d'oro (ad esempio la Gran Bretagna alla fine degli anni novanta) e definire gli investimenti in termini funzionali, in modo tale che coprano tutti i settori la cui importanza è stata evidenziata dalla pandemia, primi tra tutti la sanità, istruzione, politiche di coesione territoriale. In sostanza si tratta di tutti quegli investimenti che hanno anche il ruolo fondamentale di accrescere il capitale sociale essenziale per la crescita. Questa regola d'oro «aumentata» (Dervis e Saraceno, 2014), che ho già discusso su queste pagine (Saraceno, 2017) consentirebbe di determinare periodicamente, tramite un processo democratico (che dovrebbe coinvolgere i paesi membri, la Commissione e il Parlamento europeo), quali sarebbero le voci di spesa pubblica prioritarie in quanto foriere di crescita di lungo periodo e quindi da escludere dai vincoli di bilancio europei. Il dibattito recente sul perimetro dell'investimento pubblico, sul ruolo del welfare e sull'importanza di molte spese correnti per sostenere crescita e benessere, sembra fornire il contesto appropriato per riproporre l'introduzione di una regola d'oro aumentata nella governance economica dell'Unione europea.

In conclusione, le due crisi «epocali» che hanno scosso l'economia mondiale in poco più di dieci anni, che si sommano all'emergenza climatica e ambientale, hanno profondamente alterato il dibattito di politica economica. Nell'eterno dibattito tra mercato e Stato il cursore sembra oggi spostarsi almeno in parte verso quest'ultimo, con una ritrovata consapevolezza del ruolo dell'azione pubblica nel regolare (e non solo

regolamentare) l'economia e nel garantire la massimizzazione non solo della crescita ma anche del benessere e della sostenibilità sociale e ambientale. Dopo un'eclisse di quasi mezzo secolo ci troviamo oggi a ri-considerare una vasta gamma di strumenti a disposizione della mano pubblica. Le politiche de lavoro, del welfare, gli investimenti sociali entrano a pieno titolo tra questi strumenti; la lettura di *Politiche di welfare e investimenti sociali* costituisce un indispensabile guida per la politica economica in quest'epoca di transizione.

Riferimenti bibliografici

- Cerniglia F. e Saraceno F. (a cura di), 2020, *A European Public Investment Outlook*, Open Book Publishers, Cambridge.
- Dervis K. e Saraceno F., 2014, *An Investment New Deal for Europe*, «Brookings Blogs - Up Front», 3 settembre.
- Commissione europea, 2020, *Communication on the Economic Governance Review*, 5 febbraio.
- European Fiscal Board, 2019, *Assessment of Eu Fiscal Rules*, agosto.
- Galbraith J.K., 2012, *Inequality and Instability: A Study of the World Economy Just before the Great Crisis*, Oxford University Press, Oxford.
- Imf, 2014, *Legacies, Clouds, Uncertainties*, «World Economic Outlook», autunno, ottobre.
- Imf, 2020, *Policies for the Recovery*, «Imf Fiscal Monitor», ottobre.
- Izquierdo A., Lama R., Medina J., Puig J., Riera-Crichton D., Vegh C. e al., 2019, *Is the Public Investment Multiplier Higher in Developing Countries? An Empirical Exploration*, «Imf Working Papers», 19, 289.
- Piketty T., 2014, *Il capitale nel XXI secolo*, Bompiani, disponibile all'indirizzo internet: <http://piketty.pse.ens.fr/files/Piketty2014Capital21c.pdf>.
- Saraceno F., 2017, *Regole di bilancio e investimento pubblico: per una politica industriale europea*, «La Rivista Delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 135-148.
- Saraceno F., 2018, *La scienza inutile. Tutto quello che non abbiamo voluto imparare dall'economia*, Luiss University Press, Roma.
- Saraceno F., 2020, *La riconquista. Perché abbiamo perso l'Europa e come possiamo riprendercela*, Luiss University Press, Roma.
- Stiglitz J.E., 2013, *The Price of Inequality: How Today's Divided Society Endangers Our Future*, Norton, New York.
- Stiglitz J.E., Sen A. e Fitoussi J.-P., 2009, *The Measurement of Economic Performance and Social Progress Revisited*, Document de Travail de l'Ofce 2009-33, dicembre.

Politiche sociali e istituzioni del benessere. Che cosa insegna la parabola del social investment

Angelo Salento

RPS

In questo contributo si argomenta che – come dimostrano i deboli risultati delle politiche sociali orientate al sostegno della competitività e della flessibilità – le politiche sociali possono conseguire obiettivi di perequazione soltanto entro un'architettura istituzionale che renda lo spazio economico meno incline alla produzione di disuguaglianze. In quest'ottica,

si approfondiscono due questioni spesso sottovalutate: il carattere strutturale delle disuguaglianze in una sfera economica in cui domina l'orientamento alla massimizzazione della redditività degli investimenti e le crescenti difficoltà di accesso a beni e servizi essenziali quando il principio di massimizzazione della redditività viene adottato nello spazio dell'economia fondamentale.

1. Introduzione

Dopo la seconda grande crisi del nuovo secolo, che rinnova i già pressanti interrogativi sulla fragile stabilità delle società occidentali, l'esigenza di un bilancio sugli esiti delle politiche sociali degli ultimi due decenni non si può eludere. Mosso da quest'obiettivo, il libro curato da Andrea Ciarini solleva una serie di questioni che mettono in discussione soprattutto, benché non esclusivamente, due idee fondanti delle politiche sociali degli ultimi vent'anni.

La prima idea è quella che il compito delle politiche sia soprattutto quello di sostenere la flessibilità e la competitività dei sistemi produttivi nazionali. È un'idea incarnata soprattutto nell'approccio di *Social Investment Welfare State* (Siws). Emerso nell'alveo culturale della Terza via, quest'approccio ha inteso da un lato arginare gli effetti delle politiche economiche più marcatamente liberiste, dall'altro superare l'impostazione novecentesca delle politiche sociali. Esso mira quindi a costruire una «via alta all'innovazione» (Ascoli e al., 2015) privilegiando la promozione delle opportunità rispetto alla protezione dall'insicurezza, e assumendo che, entro un quadro di forte competizione economica, il compito primario delle politiche sociali sia costruire le necessarie compatibilità sociali per la flessibilità e la competitività dei sistemi economici (Oecd, 1997; v. anche Esping-Andersen, 2002; Hemerijck e Van-

denbroucke, 2012; Morel e al., 2012). Se analisi precedenti avevano già messo in luce i limiti dell'approccio Siws (v. ad es. Morel e al., 2012; Crouch, 2014; Ascoli e al., 2015), il libro curato da Ciarini sembra volerne ripensare il perimetro in un contesto molto mutato, attraversato da crisi che rendono evidente la necessità di una svolta. Diversi contributi nel volume insistono sull'incertezza degli esiti delle politiche di *social investment*, mostrando che i riscontri empirici sul rapporto fra spesa pubblica per investimenti sociali e livelli occupazionali non sono univoci. Ma, al di là dell'incerta efficacia di questi strumenti, è la loro impostazione di fondo a essere messa in discussione, sotto almeno due profili. Innanzitutto, le politiche fondate sull'attivazione hanno sottovalutato la persistenza di «vecchi rischi», ai quali occorre ancora rimediare con strumenti di tutela del reddito e di contrasto alla povertà. In secondo luogo, insistere in una logica di attivazione anche quando il mercato del lavoro non è in grado di sviluppare opportunità – come nel caso delle misure di reddito minimo fondate su una logica *work-first* – genera effetti perversi, poiché significa esigere che i destinatari delle prestazioni siano attivi, ancorché fuori mercato (piuttosto, svolgere attività fuori mercato come il *caregiving*, l'impegno civico, il volontariato, dovrebbe essere concepito come un diritto inalienabile di tutti e quindi reso compatibile con i tempi di lavoro).

La seconda idea messa in discussione – un'idea variamente declinata nelle diverse sfere nazionali – è quella che il welfare pubblico possa lasciare spazio all'intervento di attori privati, ossia che la riduzione dell'intervento pubblico sia accettabile a condizione di sviluppare ciò che in Italia viene definito il «secondo welfare». Al contrario, si sostiene che rilanciare gli investimenti sulle infrastrutture sociali e sul welfare territoriale possa essere, per la mano pubblica, non solo una strada indispensabile per ripristinare una capacità di intervento indebolita dalle crisi, ma anche uno strumento di politica economica e del lavoro, ovvero un canale di promozione, diretta e indiretta, dell'occupazione.

In sostanziale continuità con l'approccio critico proposto dal libro a cura di Ciarini, ma suggerendo un allargamento dello spettro dell'analisi e degli interventi, nelle pagine che seguono si sosterrà la necessità di rinnovare l'intorno istituzionale e regolativo delle politiche sociali. Dalla parabola delle politiche sociali degli ultimi vent'anni si può in effetti desumere un insegnamento importante: ai crescenti squilibri delle società occidentali contemporanee non è possibile rimediare se non attraverso interventi di regolazione economica e istituzionale che contrastino «alla fonte» la produzione di disuguaglianze. La continua crescita

delle disuguaglianze (sia dei redditi che dei patrimoni), l'inversione dei processi di mobilità sociale, l'aggravamento dei divari – fenomeni sui quali è superfluo richiamare qui fonti statistiche (si veda per tutte il rapporto Istat 2020, che certifica anche i primi esiti dell'emergenza pandemica) – mostrano che approcci fondati sulla centralità delle politiche cosiddette «attive», nonostante possano marginalmente arginare le peggiori derive di una competizione basata sulla riduzione dei livelli salariali e della qualità del lavoro, non riescono a incidere nelle dinamiche di produzione delle disuguaglianze e delle povertà, né ad assicurare stabilità alle economie nazionali.

Si insisterà in particolare su due questioni, fra loro connesse. La prima riguarda l'interpretazione delle dinamiche dell'accumulazione nel capitalismo contemporaneo. I regimi di welfare orientati al sostegno della competitività – o *Schumpeterian Workfare Postnational Regimes* (Jessop, 2002) – prendono in conto la pressione competitiva del capitalismo contemporaneo, ma sostanzialmente trascurano alcuni suoi connotati strutturali, sostenuti da trasformazioni istituzionali, come l'orientamento degli attori economici all'accumulazione finanziaria, la tendenza a interpretare l'azione economica in chiave breveperiodistica, l'exasperata ricerca della massimizzazione del rendimento del capitale, la tendenza a esternalizzarne i costi verso i lavoratori, i consumatori e gli attori più deboli delle catene del valore. Se non si contrastano queste tendenze, il compito delle politiche sociali sarà sempre meno agevole.

La seconda questione riguarda la concezione del benessere. Mentre le politiche sociali contemporanee tendono ad adottare una visione del benessere fondata sulla disponibilità di lavoro e reddito, è possibile argomentare che un guadagno di benessere individuale e collettivo si possa ottenere rendendo più agevole l'accesso a beni e servizi fondamentali di qualità. È una questione del tutto connessa alla precedente, perché la crescente inaccessibilità di beni e servizi essenziali, della quale si dirà, è legata alla penetrazione di dinamiche di accumulazione estrattive e breveperiodiste nei settori economici che li producono e li distribuiscono. È quindi nei settori dell'*economia fondamentale* (Barbera e al., 2016; Foundational Economy Collective, 2018) che si dovrebbero primariamente sviluppare una regolazione e un quadro di investimenti in grado di modificare le logiche dell'azione economica e di renderle compatibili con le esigenze di riproduzione sociale (oltre che di sostenibilità ambientale).

In conclusione, si sosterrà che difficilmente le politiche sociali possono conseguire a lungo termine obiettivi di perequazione senza un'architettura

tura istituzionale che renda lo spazio economico meno incline alla produzione di disuguaglianze. Un obiettivo che potrebbe divenire praticabile, se dall'emergenza sanitaria emergesse una sensibilità rinnovata e ampie alleanze politiche per il benessere condiviso.

2. *Accumulazione finanziaria, patrimonializzazione, disuguaglianze*

Gli scarni risultati conseguiti negli ultimi vent'anni dalle politiche sociali rispetto alla crescita delle disuguaglianze non dipendono soltanto dalla debolezza «quantitativa» degli interventi, ma dalla loro intrinseca inadeguatezza ad arginare le dinamiche di produzione della disuguaglianza. Un indicatore esemplificativo di questo deficit di efficacia è la divaricazione fra la disuguaglianza del reddito disponibile, moderatamente aumentata nei paesi occidentali dagli anni ottanta a oggi (in Italia con un indice di Gini passato da 0,29 a 0,33 fra il 1985 e il 2010), e la disuguaglianza del reddito di mercato, aumentata molto di più (in Italia con un indice di Gini passato da 0,38 a 0,51 nello stesso periodo): a fronte di una crescente pressione delle disuguaglianze «alla fonte», gli strumenti di redistribuzione (del reddito), pur avendo avuto una qualche efficacia, non sono riusciti a compensarne gli effetti. Non meno drammatico è l'aumento della disuguaglianza nella distribuzione della ricchezza, che tende a tornare a livelli ottocenteschi, peraltro entro una generale tendenza alla patrimonializzazione, ossia alla trasformazione dei flussi di reddito in ricchezza accumulata (Piketty, 2013).

Alla radice di queste sperequazioni ci sono almeno due aspetti della vita economica contemporanea, ampiamente sottovalutati (non soltanto dai promotori del *social investment*). Il primo è la tendenza non congiunturale alla riduzione dei livelli retributivi e alla precarizzazione del lavoro. Gli approcci orientati al sostegno della competitività assumono che il mercato del lavoro sia uno spazio sempre più impegnativo, nel quale tuttavia è possibile prosperare, a condizione di disporre di sufficienti risorse. Presumono inoltre che la perdita di posti di lavoro a media e bassa qualificazione sia compensata dall'aumento di opportunità occupazionali per il personale più qualificato, e che in questo quadro i lavoratori manifestino una capacità di «convivere» più o meno serenamente con l'instabilità occupazionale, sviluppando spazi esistenziali e relazionali intorno all'inesausta costruzione di opportunità di lavoro. Il declino dei livelli retributivi, tuttavia, è un processo in atto dalla seconda metà degli anni ottanta, connesso alla progressiva perdita di potere contrattuale

dei lavoratori, e la precarizzazione dei rapporti di lavoro è una tendenza che si è radicata, parallelamente, nella cultura politica neo-riformista in tutto l'Occidente, parallelamente alle istanze di incremento di redditività espresse dalle imprese. Un innalzamento dei livelli di istruzione e formazione può evitare gli aspetti deteriori della competizione per la sopravvivenza nel capitalismo globale, ma non è adatta a contrastare strutturalmente queste tendenze.

Il secondo aspetto che viene sottovalutato o ignorato – del tutto connesso al precedente – è la tendenza del capitalismo contemporaneo a seguire, di preferenza, strategie di accumulazione finanziaria. Non solo aumenta costantemente il volume delle transazioni finanziarie rispetto alle attività produttive, ma sono le stesse grandi imprese non finanziarie a perseguire in maniera sempre più intensa strategie di accumulazione finanziaria: perseguire utili finanziari, privilegiare investimenti finanziari rispetto a investimenti tecnico-produttivi, e soprattutto orientarsi a una concezione gestionale fondata sul principio di massimizzazione del valore per gli azionisti (*shareholder value maximization*) (Fligstein, 1990).

Questa constatazione – che in area anglofona è stata sviluppata almeno dall'inizio degli anni duemila (v. ad es. Lazonick e O'Sullivan, 2000) – suggerisce che alla base delle trasformazioni del mercato del lavoro non ci siano semplicemente aggiustamenti legati alle vicende dei mercati di beni e servizi, ma anche e soprattutto aggiustamenti connessi alle vicende dei mercati finanziari: è a questi mercati che si affida il compito di rendere remunerativi gli investimenti quando i rendimenti della produzione e della commercializzazione di beni e servizi non corrispondono alle aspettative.

È per questo che, dopo aver dedicato alcuni anni all'analisi dei processi di finanziarizzazione, di precarizzazione del lavoro, di deindustrializzazione, di formazione di un'élite economica e politica transnazionale, Luciano Gallino avvertiva che pensare di affrontare l'esperato incremento della disuguaglianza attraverso operazioni di redistribuzione è illusorio. Bisogna considerare la necessità di «percorrere un'altra strada, sebbene non agevole: intervenire sulla distribuzione del reddito non *dopo* che esso è stato prodotto, bensì *nel momento e nei luoghi* in cui viene prodotto» (Gallino, 2015, p. 180). Provare a dotare lavoratori e non lavoratori di strumenti per competere, e all'occorrenza per resistere, in un ambiente sempre più turbolento e di fatto sempre più ostile al lavoro è una prospettiva destinata al fallimento, se non è accompagnata da una svolta nella regolazione dell'azione economica in grado di interromperne la tendenza a generare disuguaglianze e accumulazione patrimoniale.

3. *Economia fondamentale e benessere*

La seconda questione che bisogna porre riguarda – come si è detto – la concezione di benessere posta alla base delle politiche sociali. Sotto questo profilo, è urgente riconoscere che alla base del benessere degli individui e delle società non c'è soltanto la disponibilità di reddito, ma anche la possibilità di accedere a un insieme di beni e di servizi – in larga parte di uso collettivo – decisamente più ampio rispetto al perimetro del welfare. Recentemente è stato proposto il costrutto di *economia fondamentale* (Barbera e al., 2016; Foundational Economy Collective, 2018) per designare l'insieme delle attività economiche che producono e distribuiscono i beni e i servizi indispensabili per la vita quotidiana. Vi sono incluse non soltanto le attività di welfare strettamente intese – sanità, assistenza, previdenza, istruzione – ma anche la produzione e la distribuzione alimentare, la distribuzione di gas, acqua ed energia elettrica, i trasporti pubblici, i servizi bancari di prossimità, l'edilizia residenziale.

Queste attività economiche hanno un rapporto molto stretto con il benessere individuale e collettivo non soltanto perché l'accesso a beni e servizi essenziali, non razionati e di qualità, è un presupposto di una vita degna; ma anche perché accedervi gratuitamente o a costi calmierati è essenziale per proteggere i redditi. La spesa per beni e servizi essenziali – secondo l'evidenza nota come legge di Engel – incide sulla spesa delle famiglie in misura inversamente proporzionale al reddito disponibile. In Italia, ad esempio, le famiglie che si collocano nel primo quintile di spesa mensile per consumi (ovvero il 20% di famiglie che spende di meno) dedicano a beni e servizi fondamentali (prodotti alimentari, affitti reali per abitazione, fornitura di acqua, energia elettrica, gas, servizi sanitari, mezzi e servizi di trasporto, comunicazioni, istruzione, assistenza sociale) il 58% della loro spesa totale (717 euro su una spesa complessiva di 1.239 euro); le famiglie del quinto quintile dedicano a questi beni e servizi il 41% della spesa complessiva (1.791 euro su una spesa complessiva di 4.387 euro) (fonte: ns. elaborazione su dati Istat 2016).

Qualsiasi aumento dei costi di accesso ai beni e ai servizi fondamentali, dunque, incide in misura proporzionalmente maggiore sui redditi più bassi, operando come una tassazione regressiva, che peraltro sfugge alle metriche della disuguaglianza. Va aggiunto, incidentalmente, che la rarefazione di beni e servizi indispensabili per la vita quotidiana è una delle principali cause della fragilità economico-sociale delle aree dette *interne*: le quali vengono qualificate come tali proprio in ragione della distanza dai principali centri di offerta di servizi essenziali (Barca e al., 2014).

L'aumento dei costi di accesso ai beni e ai servizi fondamentali è una tendenza pressoché costante in un'epoca in cui le imprese sono ostinatamente in cerca della massima redditività e trovano un regolatore compiacente. Ad esempio, a fronte di un aumento dell'inflazione pari al 15,7%, fra il 2006 e il 2016 il costo dell'energia elettrica è aumentato del 24,4%, quello dei trasporti urbani del 29,5%, quello dei servizi postali del 41,5%, quello dei pedaggi e dei parcheggi del 42,5%, quello dei trasporti ferroviari del 46,2%, quello della raccolta dei rifiuti del 52,1%, quello dell'acqua potabile dell'89,2% (fonte: Federconsumatori su dati Istat 2016). Una tendenza analoga si registra con riferimento alle abitazioni, i cui costi di acquisto, secondo una ricostruzione di Muzzicato e al. (2008), fra il 1981 e il 2007 sono cresciuti di 5,5 volte.

L'aumento dei costi di accesso ai beni e ai servizi essenziali non è estraneo ai processi di trasformazione dell'azione economica di cui abbiamo detto nel paragrafo precedente. Anche nell'economia fondamentale, che nel corso del Novecento era stata interessata da processi di regolazione finalizzati ad assicurarne l'aderenza alle necessità del benessere collettivo, si è diffusa e consolidata la tendenza a perseguire extraprofiti e rendite, elevando la massimizzazione della redditività del capitale investito a principio-guida dell'azione.

Questa tendenza si riscontra chiaramente nelle attività tradizionalmente operate da attori economici privati; ma si osserva anche nell'ambito di attività privatizzate, benché tuttora controllate dalla mano pubblica. Rientra nel primo tipo il caso dell'edilizia residenziale, settore nel quale è soprattutto l'andamento della rendita dei suoli a generare l'aumento dei costi di acquisto e di locazione (v. Knoll e al., 2017; Cannari e al., 2016). Ma esempi di ristrutturazione orientata alla massimizzazione della redditività si riscontrano anche in grandi imprese di servizio pubblico sottoposte a processi di liberalizzazione/privatizzazione. Ad esempio, nel caso del trasporto ferroviario (v. Salento e Pesare, 2016) il processo di liberalizzazione (Dir. 91/440/Cee) ha dato inizio a una trasformazione in più fasi, che ha condotto a una radicale trasformazione del modo stesso di concepire il servizio. Ferrovie dello Stato Italiane, che oggi registra un *Ebitda margin* superiore al 25% su base annuale, ha ridotto i suoi dipendenti da circa 120.000 nel 2000 a circa 70.000 nel 2019. E soprattutto ha pesantemente ristrutturato i servizi di trasporto: non solo il volume complessivo del trasporto di passeggeri è stato drasticamente ridotto, ma soprattutto ne è cambiata la composizione: abbattuto il trasporto a lunga percorrenza (sussidiato), il business è stato focalizzato sui servizi cosiddetti *market*, altamente remunerativi.

L'azienda mantiene un rapporto di stretta contiguità con le finanze pubbliche: investimenti e manutenzione sono quasi interamente finanziati dalle casse pubbliche e le regioni sopportano costi crescenti per il trasporto locale (fra il 2006 e il 2013 si registra un aumento di oltre il 50% per passeggero/chilometro). Tuttavia, pur impiegando risorse prevalentemente pubbliche, gli investimenti sono realizzati prevalentemente sulle tratte più remunerative, alimentando il divario fra Mezzogiorno e Centro-Nord, come anche il disagio dei pendolari (v. Legambiente, 2014). Si tratta, quindi, di un processo di redistribuzione inversa, in ragione del quale tutte le aree del paese contribuiscono ai costi del servizio, ma le aree periferiche vengono sempre più marginalizzate.

Analogamente, l'azienda di riferimento del servizio postale (oggi Poste Italiane Spa) è stata di fatto trasformata in un'impresa finanziaria, portata ad alti tassi di redditività da un management premiato in funzione del valore per l'azionista. La ristrutturazione del business ha comportato non pochi squilibri nella gestione del servizio pubblico, come la chiusura di servizi di prossimità in aree periferiche (è stato infine il Consiglio di Stato, con la sentenza n. 2140 del 2017, ad affermare il principio per cui le esigenze di redditività non giustificano le chiusure o le riduzioni degli orari di apertura degli sportelli). Il piano industriale *Deliver 2020* promette agli azionisti una riduzione di personale pari a 3.000 unità ogni anno fra il 2017 e il 2022, e un *dividend payout* minimo del 60% entro il 2021-2022. E dichiara di essere sostenuto da una strategia di remunerazione del management fondata sulla «corrispondenza perfetta tra gli interessi degli azionisti e del management».

Non altrettanto univoco è quel che avviene nei settori caratterizzati da *outsourcing* e da *partnerships* pubblico-private. In Italia, la penetrazione di grandi imprese di servizi, come anche del *private equity*, è ancora ridotta. La trasformazione è comunque notevole. Nell'ambito dei servizi sociali, si amplia lo spazio lasciato all'azione dei privati. Già al Censimento 2011, meno del 20% della forza lavoro del settore risultava costituita da dipendenti pubblici, il 16% da dipendenti di imprese, il 64% da addetti del non profit. È sempre più forte la competizione sulle risorse disponibili (per lo più pubbliche), peraltro sempre più scarse e aleatorie (cfr. de Leonardis, 2002). Nel complesso, si tratta quindi di uno spazio di quasi-mercato nel quale è persino problematica la sopravvivenza degli attori del Terzo settore, e nel quale si riduce la qualità dei servizi, anche a causa della crescente precarizzazione e dell'aumento dei carichi di lavoro (cfr. Barbera e al., 2016, cap. 3).

Anche in Italia peraltro, benché non nettamente come nei contesti an-

glosassoni, si aprono prospettive di finanziarizzazione dei settori della cura. Cresce, da un lato, la pressione per allargare lo spazio dell'intermediazione delle assicurazioni nella spesa sanitaria delle famiglie (cfr. Censis e Unipol, 2014). E, su un altro versante, prova a farsi strada l'impiego dei *social impact bonds* come strumenti di finanziamento degli interventi di utilità sociale (v. Caselli e Rucco, 2018).

Trascorsi tre o quattro decenni da quando ha preso piede l'idea che la privatizzazione e la ristrutturazione delle attività di servizio pubblico avrebbero portato efficienza ed efficacia, oggi bisogna fare i conti con esiti decisamente differenti. L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha reso quest'evidenza ancora più drammatica. Da un lato, ha messo in luce l'importanza di settori e attività economiche ordinariamente sottovalutati – in fin dei conti, sono i settori per i quali, in Italia come in tutti gli altri paesi europei, è stato necessario derogare al *lockdown* – nei quali si sono affermati mercati del lavoro di bassa qualità. Dall'altro, ha reso evidenti i danni organizzativi recati da un trentennio di privatizzazioni e di ristrutturazioni. Naturalmente, le evidenze più drammatiche si sono registrate con riferimento alla sanità. In prima battuta, sono emersi deficit di ordine quantitativo: pochi posti negli ospedali, e specialmente nei reparti di terapia intensiva, un numero insufficiente di medici e paramedici. Esiti di un regime di austerità che è stato fatto gravare sulle attività essenziali: su fonte Istat, fra il 2008 e il 2017 il personale sanitario è stato ridotto di 38 mila unità (-6,3%); l'età media dei medici è passata da 43 anni nel 2001 a 51 nel 2017, e oggi il 50% dei medici ha più di 55 anni; i posti letto negli ospedali sono passati da 7,2 ogni 1.000 abitanti nel 1990 a 4,7 nel 2000 fino a 3,2 nel 2017. E i divari territoriali sono esasperati (fra il 2000 e il 2017 gli investimenti medi annuali pro-capite sono stati di 183 euro nella Provincia autonoma di Bolzano e di 16 euro in Calabria).

Col procedere dell'emergenza, si sono rivelati anche i limiti nell'organizzazione e nella concezione stessa del sistema sanitario: esiti di un processo che – invertendo di fatto l'impostazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (n. 833 del 1978) – ha depotenziato la rete di medici di medicina generale, dando un ruolo centrale all'ospedale, istituzione originariamente destinata a un ruolo sussidiario. Anche in questo caso, quel che è stato determinante è stata la focalizzazione su obiettivi di efficienza e di riduzione dei costi, iniziata fra gli anni '80 e '90, con la trasformazione (nel 1993) delle unità sanitarie locali in aziende «con autonomia imprenditoriale», con l'adozione di modelli di «New Public Management», e con l'introduzione (nel 1995) di un sistema di remunerazione a tariffa per le attività ospedaliere, il Drg (Dia-

RPS

Angelo Salento

gnosis Related Groups), che ha privilegiato le attività valutabili secondo una logica di prodotto a discapito delle attività di prevenzione e delle cure primarie. All'aziendalizzazione si è poi aggiunta la regionalizzazione. La riforma costituzionale del 2001 ha portato il decentramento sanitario alle estreme conseguenze, e alcune regioni hanno usato l'autonomia per trasformare la sanità in un quasi-mercato che vede la tendenziale scomparsa della medicina territoriale e di comunità. In Lombardia, una delle regioni che hanno spinto di più in questa direzione, il privato assorbe il 40% della spesa ospedaliera e il 43% della spesa per visite ambulatoriali.

La deriva della sanità, tuttavia, è solo uno fra i molti fenomeni di destrutturazione dell'economia fondamentale. Tagli, ridimensionamenti, ristrutturazioni foriere di disorganizzazione sono comuni a molti settori economici. E il consumo individuale è divenuto chiave di volta di nuovi mercati (o quasi-mercati), a detrimento di beni e servizi a uso collettivo radicati nel territorio.

4. Conclusioni: un'architettura istituzionale orientata al benessere condiviso

Le considerazioni proposte, benché non esaustive, suggeriscono che, al di là dei limiti che spesso sono stati messi in luce, i regimi di welfare orientati al sostegno della competitività introducono correttivi del tutto insufficienti a colmare i divari e le disuguaglianze, perché ne sottovalutano il carattere strutturale.

La crisi senza precedenti aperta dall'emergenza sanitaria del 2020, insieme all'intervento di finanziamento straordinario (c.d. *recovery fund*) deliberato dall'Unione europea – anch'esso inedito – sono un'occasione importante per riprogettare non soltanto le politiche sociali in quanto strumenti rimediali rispetto alle disuguaglianze e ai divari, ma anche il quadro delle priorità di politica economica.

È probabile che ciò che troverà più spazio nell'arena politica e nelle comunicazioni di massa, nei prossimi mesi, sarà ancora un imperativo di competitività, declinato secondo le prospettive che l'hanno connotato negli ultimi tre decenni – flessibilità dei regimi di impiego, orientamento al rendimento del capitale investito, investimenti in alta tecnologia – benché probabilmente rinnovato con elementi strategici *green* e, ancora, con elementi di investimento sociale orientati al sostegno della flessibilità.

Come proposto di recente dal Collettivo per l'economia fondamentale (Foundational Economy Collective, 2020), per innovare radicalmente rispetto a questa visione consolidata e alla sua comprovata insostenibilità sociale, si può assumere che proprio dai settori economici fondamentali possa iniziare un rinnovamento, sia sul piano delle scelte di investimento, sia su quello dei vincoli sociali dell'azione economica. E ciò con un duplice obiettivo: da un lato, estendere la responsabilità collettiva per la garanzia di beni e servizi fondamentali, che sono una base tanto importante quanto trascurata del benessere e della coesione sociale; dall'altro, vincolare gli attori economici che operano in questi settori – siano essi privati o pubblici – a un quadro di regole che garantisca non soltanto la qualità e l'accessibilità dei beni e dei servizi offerti, ma anche la qualità dell'occupazione e del reddito.

La sanità e i servizi di cura sono probabilmente il campo in cui è più urgente la ricerca di soluzioni innovative, e anche quello per il quale è più agevole costruire alleanze orientate al cambiamento. È uno spazio nel quale è indispensabile innanzitutto ridurre i divari regionali; e nel quale è da ricostruire il sistema della medicina territoriale e preventiva, che negli anni è stato sacrificato dalle ingiunzioni dell'*austerity* e dal primato della medicina ad alta intensità tecnologica, che tende a concepire l'ospedale come unità organizzativa basilare.

Altri settori nei quali è urgente innovare sono l'edilizia residenziale, la produzione e distribuzione dell'energia, la produzione e distribuzione alimentare. Nel campo dell'edilizia residenziale, sono numerosi su scala europea, benché ancora molecolari, gli esempi di interventi innovativi che contrastano l'accumulazione di rendita attraverso strumenti di regolazione e una gestione orientata al non profit. E non ci sono valide ragioni per cui l'edilizia residenziale pubblica non possa tornare a essere uno strumento di welfare e di politica economica.

Nel settore della produzione e distribuzione di energia, una svolta *green* dovrebbe essere concepita non soltanto come rinnovamento tecnologico, ma anche come radicale innovazione organizzativa. Anche in quest'ambito non mancano, in Italia, esempi di gestione su base territoriale e comunitaria, ad esempio attraverso gli interventi delle cooperative di comunità.

Nel settore alimentare, l'egemonia del modello di business della grande distribuzione – che si è rivelato al tempo stesso fragile sotto il profilo della sicurezza e insostenibile sotto il profilo del trattamento delle aziende di produzione e trasformazione – può essere superata attraverso una progressiva diversificazione, nella quale la produzione e di-

istribuzione su scala locale può diventare una parte importante, a condizione che la mano pubblica, su scala locale e regionale, elabori sistemi di approvvigionamento sostenibile, relazionali e non solo transazionali, sviluppandoli in primo luogo intorno ai servizi di refezione collettiva (ad esempio nelle scuole, nelle università, negli ospedali).

Al di là degli interventi settoriali, nei quali l'azione pubblica può esercitarsi in forme e con soluzioni innovative, l'economia fondamentale è lo spazio economico più adatto ad attivare strumenti di regolazione che ripristinino un principio di responsabilità sociale non puramente cosmetico in capo agli attori economici che vi operano. Interventi di regolazione in questo spazio economico possono beneficiare di una duplice legittimazione: in primo luogo, quando si tratta di beni e servizi fondamentali, è agevole argomentare che gli obiettivi di massimizzazione del rendimento del capitale non possano essere messi in primo piano (sotto questo profilo, la vicenda del Ponte Morandi ha probabilmente lasciato un segno nell'opinione pubblica italiana); in secondo luogo, sulla base di un principio di licenza sociale, vincoli di responsabilità penetranti – come il rispetto di condizioni di stabilità occupazionale, la trasparenza e la correttezza dei rapporti contrattuali con i fornitori, l'assoluta trasparenza fiscale, il divieto di operazioni di disinvestimento nei contesti economicamente più bisognosi – possono essere configurati come il necessario corrispettivo della condizione di privilegio di cui godono gli attori economici in uno spazio in cui la domanda di beni e servizi è tendenzialmente anelastica e nel quale l'offerta è agevolata spesso da finanziamenti pubblici e da dispositivi organizzativi che la proteggono dalla concorrenza (sistemi di accreditamento, bacini di offerta, strumenti di pianificazione urbanistica e commerciale).

In una stagione di esasperata instabilità delle coalizioni politiche, è del tutto improbabile che innovazioni di così ampia portata possano essere acquisite come un programma di governo. È altrettanto evidente, tuttavia, che il susseguirsi di crisi macroscopiche sia nella sfera finanziaria che nell'economia reale, insieme al manifestarsi di fenomeni quasi-apocalittici come il mutamento climatico e le pressioni migratorie, ne rendono più evidente la necessità, e possono favorire lo sviluppo di inedite alleanze orientate al cambiamento, nelle quali agli attori *stricto sensu* politici si possono affiancare movimenti sociali e corpi intermedi: sia quelli di più recente costituzione (come le organizzazioni del volontariato e del Terzo settore), sia quelli più radicati nella tradizione novecentesca (come i sindacati, che del resto manifestano un interesse crescente per le tematiche relative ai beni collettivi, al benessere e alla qualità della vita).

In circostanze siffatte, inoltre, può trovare spazio e legittimazione il proposito di ripristinare un sistema di imposizione fiscale fortemente progressivo. Questo è un passo indispensabile innanzitutto per finanziare solidi programmi di redistribuzione (senza una riforma del sistema fiscale in senso fortemente progressivo, d'altro canto, il debito pubblico prodotto dalla crisi sanitaria costerebbe una rinnovata e insostenibile stagione di *austerity*). Ma l'imposizione fiscale può operare anche come strumento per disincentivare la produzione di extra-profitti, l'estrazione di rendita e l'accumulazione di patrimoni.

Benché sia probabilmente un percorso non semplice, costruire uno spazio economico meno incline alla produzione di disuguaglianze, e anzi intrinsecamente perequativo, è comunque una condizione indispensabile per non attribuire alle politiche sociali un compito diabolicamente difficile, che – come dimostrano i troppo esili risultati della stagione del *social investment* – esse, da sole, non possono sostenere.

Riferimenti bibliografici

- Ascoli U., Ranci C. e Sgritta G.B. (a cura di), 2015, *Investire nel sociale. La difficile innovazione del welfare italiano*, il Mulino, Bologna.
- Barbera F., Dagnes J., Salento A. e Spina F. (a cura di), 2016, *Il capitale quotidiano. Un manifesto per l'economia fondamentale*, Donzelli, Roma.
- Barca F., Casavola P. e Lucatelli S. (a cura di), 2014, *Strategia nazionale per le aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*, Materiali Uval, 31, disponibile all'indirizzo internet: http://www.dps.gov.it/it/pubblicazioni_dps/materiali_uval.
- Cannari L., D'Alessio G. e Vecchi G., 2016, *I prezzi delle abitazioni in Italia*, Occasional paper n. 333, Banca d'Italia.
- Caselli D. e Rucco F., 2018, *La finanziarizzazione del welfare. Social impact investing, fondazioni filantropiche e nuove frontiere di accumulazione capitalistica*, «Quaderni di Sociologia», n. 76, pp. 57-80.
- Censis e Unipol, 2014, *Integrare il Welfare, sviluppare la White Economy*, disponibile all'indirizzo internet: http://www.unipol.it/sites/corporate/files/pages_related_documents/rapporto_welfare_italia_unipol_censis_2014_ugf.pdf.
- Crouch C., 2014, *Introduction: Labour Markets and Social Policy after the Crisis*, «Transfer», vol. 20, n. 1, pp. 7-22.
- De Leonardis O., 2002, *In un diverso welfare: sogni e incubi*, Feltrinelli, Milano.
- Esping-Andersen G. (a cura di), 2002, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Fligstein N., 1990, *The Transformation of Corporate Control*, Harvard University

- Press, Cambridge (Mass.) (trad. it. 2001, *La trasformazione del controllo d'impresa*, Edizioni di Comunità, Torino).
- Foundational Economy Collective, 2018, *Foundational Economy. The Infrastructure of Daily Life*, Manchester University Press, Manchester (trad. it. 2019, *Economia fondamentale. L'infrastruttura della vita quotidiana*, Einaudi, Torino).
- Foundational Economy Collective, 2020, *What Comes after the Pandemics. A Ten-Points Platform for Foundational Renewal* (trad. it. *Cosa accadrà dopo la pandemia. Una piattaforma in dieci punti per rinnovare l'economia fondamentale*, disponibile all'indirizzo internet: <https://foundationaleconomycom.files.wordpress.com/2020/03/what-comes-after-the-pandemic-italian-002.pdf>).
- Gallino L., 2015, *Il denaro, il debito e la doppia crisi*, Einaudi, Torino.
- Hemerijck A. e Vandenbroucke F., 2012, *Social Investment and the Euro Crisis: The Necessity of a Unifying Concept*, «Intereconomics. Review of European Economic Policy», vol. 47, n. 4, pp. 200-229.
- Jessop B., 2002, *Globalization and the National State*, in Aaronowitz S. e Bratsis P. (a cura di), *Paradigm Lost: State Theory Reconsidered*, University of Minnesota Press, Minneapolis, pp. 185-220.
- Knoll K., Schularick M. e Steger T., 2017, *No Price like Home: Global House Prices, 1870-2012*, «The American Economic Review», vol. 107, n. 2, pp. 331-353.
- Lazonick W. e O'Sullivan M., 2000, *Maximizing Shareholder Value: A New Ideology for Corporate Governance*, «Economy and Society», vol. 29, n. 1, pp. 13-35.
- Legambiente, 2014, *Rapporto Pendolaria 2014. La situazione e gli scenari del trasporto ferroviario pendolare in Italia*, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.legambiente.it/pendolaria-2014>.
- Morel N., Palier B. e Palme J., 2012, *Towards a Social Investment Welfare State?*, Policy Press, Bristol.
- Muzzicato S., Sabbatini R. e Zollino F., 2008, *Prices of Residential Property in Italy: Constructing a New Indicator*, Qef, n. 17, Occasional papers, Banca d'Italia.
- Oecd, 1997, *Societal Cohesion and the Globalising Economy. What Does the Future Hold*, Parigi.
- Piketty T., 2013, *Le capital au XXI siècle*, Seuil, Parigi (trad. it. 2014, *Il capitale nel Ventunesimo Secolo*, Bompiani, Milano).
- Salento A. e Pesare G., 2016, *Liberalisation and Value Extraction. The Trajectory of Railways in the Neo-Liberal State*, «Partecipazione e conflitto», vol. 9, n. 2, pp. 466-494.

RUBRICA
Nuove tecnologie e welfare
a cura di Fiorenza Deriu

Luci e ombre dell'innovazione digitale nel welfare dei servizi alla persona in Italia

Fiorenza Deriu

RPS

In questo articolo, dopo aver introdotto il tema dell'innovazione digitale nei servizi del welfare, si presentano alcune sperimentazioni di utilizzo di soluzioni avanzate di intelligenza artificiale e di robotica nei servizi alla persona (bambini, anziani e persone con disabilità), nelle quali l'adozione di questi strumenti integra, senza sostituire, l'azione umana. Si cercherà, quindi, di mettere in luce in che modo il binomio di innovazione sociale e ricorso alle nuove tecnologie possa costituire un potente agente di miglioramento della qualità della vita delle persone assistite, delle loro famiglie degli operatori

e le operatrici professionali coinvolti. Allo stesso tempo, nella seconda parte del contributo, ci si propone di mettere a fuoco i complessi e delicati risvolti di carattere etico e i potenziali rischi che un uso indiscriminato di questi nuovi strumenti può portare: la progressiva smaterializzazione e disumanizzazione della relazione tra fruitore del servizio e operatore; la pericolosa deriva della sostituzione del rapporto umano con quello dei robot e degli umanoidi-androidi; l'amplificarsi delle disuguaglianze socio-sanitarie nell'accessibilità e nella fruibilità di alcuni servizi.

1. Introduzione

Le nuove tecnologie sono oggi protagoniste di una rivoluzione digitale che ha cambiato completamente il modo stesso di concepire molti ambiti di vita delle società contemporanee, soggette a un costante processo di ridefinizione. La transizione dal sistema analogico a quello digitale ha portato con sé una profonda trasformazione delle relazioni umane, che si realizzano su livelli di sempre maggiore astrazione, nello spazio intangibile della rete e di Internet. L'intelligenza artificiale, il *machine learning* e la robotica, la realtà aumentata e quella virtuale, le applicazioni e le piattaforme di e-service, i dispositivi indossabili (*wearable devices*), la stampa 3D modificano il modo di fornire e di fruire dei servizi, e di quelli alla persona, in particolare. Siamo immersi nell'era dei Big Data, governata dalla grammatica degli algoritmi e da flussi sempre più ingenti di dati generati dall'Internet delle cose, attraverso oggetti di misu-

razione (sensori ambientali), di rilevazione (ausili personali per la rilevazione di funzioni vitali) e di controllo (sistemi di videosorveglianza, ausili per la richiesta di aiuto a distanza), che restituiscono immagini, video, codici numerici, documenti testuali. Ma la nuova frontiera, la più estrema, in crescente diffusione è quella dell'*Internet nelle cose e negli esseri umani*. Si pensi alle esperienze di esseri umani cibernetici, meglio conosciuti come cyborg, dotati di innesti tecnologici ed elettronici che rispondono a specifiche esigenze. Analogamente, le nuove tecnologie sono incorporate nelle dimensioni locali della vita stessa delle persone, a livello familiare e comunitario, attraverso una connettività diffusa, globale (Wellman e al., 2005).

Il welfare dei servizi alla persona costituisce un ambito nel quale in molti paesi, non solo dell'est asiatico (Giappone in primis), ma anche europei (Danimarca, Olanda, Gran Bretagna), sono state avviate sperimentazioni di frontiera nelle quali l'adozione di questi strumenti integra a vari livelli, ma non sostituisce (non ancora), l'azione umana. Il binomio di innovazione sociale e ricorso alle nuove tecnologie costituisce un potente agente di miglioramento della qualità della vita delle persone assistite, delle loro famiglie, degli operatori e le operatrici professionali coinvolti. I servizi educativi per l'infanzia, l'assistenza socio-sanitaria agli anziani e i servizi per le persone con disabilità costituiscono gli ambiti di particolare applicazione delle soluzioni offerte dal processo di digitalizzazione. Un processo che non può non ripercuotersi sui modelli organizzativi e gestionali di questi servizi (Rotolo, 2019; Perobelli e Rotolo, 2019) che si contraddistinguono per l'elevato contenuto di cura, socialità e relazione (Burgalassi, 2007).

A fronte degli indiscutibili vantaggi che il ricorso alle nuove tecnologie dell'Ict può portare, non si possono trascurare però i complessi e delicati risvolti di carattere etico e i potenziali rischi che un uso acritico di questi nuovi strumenti potrebbe portare, primo tra tutti la progressiva smaterializzazione e disumanizzazione della relazione tra beneficiario del servizio e operatore/trice, nonché la pericolosa deriva della sostituzione del rapporto umano con quello dei robot e degli umanoidi-androidi, l'amplificarsi delle disuguaglianze socio-sanitarie nell'accessibilità e nella fruibilità di alcuni servizi (Weiss e al., 2018).

In questo articolo, dopo aver introdotto il tema dell'innovazione digitale nei servizi del welfare, si presentano alcune sperimentazioni di utilizzo di soluzioni avanzate di intelligenza artificiale e di robotica nei servizi alla persona (bambini, anziani e persone con disabilità). Si cercherà, quindi, di mettere in luce i vantaggi ma anche i rischi che possono deri-

vare da un utilizzo acritico delle soluzioni offerte dalle nuove tecnologie. Nella parte conclusiva del contributo si tratteranno alcuni punti chiave da tenere in considerazione per valorizzare il potenziale che l'incorporazione delle nuove tecnologie in una logica di innovazione sociale può esprimere, tenuto conto dei limiti in precedenza discussi.

2. Cosa si intende per innovazione digitale dei servizi del welfare

Quando si definisce, o si cerca di definire, il significato dell'innovazione digitale nel welfare dei servizi alla persona è bene sgombrare il campo dall'equivoco che si tratti meramente dell'introduzione e dell'utilizzo di strumenti e soluzioni tecnologiche di nuova generazione, non disponibili in precedenza (Rotolo, 2019). Non basta, infatti, ricorrere all'applicazione di nuove tecnologie (*disruptive innovation*) per poter affermare di aver introdotto una innovazione digitale di servizio. L'innovazione non è data esclusivamente dall'adozione di soluzioni non esistenti in passato, ma anche dal ripensamento, sotto una nuova prospettiva o approccio, di una idea precedente. È questa la logica della innovazione incrementale (*incremental innovation*); l'innovazione che si costruisce attraverso un processo di stratificazione della conoscenza. Non solo: quando trattiamo di innovazione tecnologica nel campo delle politiche sociali non possiamo non fare riferimento a quanto affermato già nel 2010 da Murray e al. nel *Libro bianco sull'innovazione sociale*, in cui si precisa il significato di tale espressione. Sono da intendersi quali innovazioni sociali quelle idee «that are social both in their ends and in their means. Specifically, we define social innovations as new ideas (products, services and models) that simultaneously meet social needs and create new social relationships or collaborations. In other words, they are innovations that are both good for society and enhance society's capacity to act» (Murray e al., 2010, p. 3). Questa definizione mette in luce l'importanza di guardare non solo al prodotto o al servizio considerato (innovazione di prodotto), ma anche ai processi che sottendono alla sua produzione o realizzazione (innovazione di processo), nonché al conseguente nuovo assetto organizzativo e gestionale da definire (innovazione organizzativa) (Addarii, 2017). Cambiano i ruoli, i luoghi e le modalità di erogazione dei servizi (Rotolo, 2019). Anche la Commissione europea nel 2010, lanciando la Strategia europea 2020 nella Innovation Union Flagship Initiative (2010) definisce l'innovazione sociale come il mezzo per affrontare i bisogni sociali e le sfide della società, e

per «empower people and create new social relationships and models of collaboration. They are thus innovative in themselves and good for society's capacity to innovate» (Commission europea, 2010, p. 12).

Le nuove tecnologie possono quindi giocare un ruolo importante in questo processo di innovazione sociale, sebbene sia molto discusso in che modo tale mix debba realizzarsi (Zanotto e Tuis, 2019). Alcuni studi mettono bene in luce la non linearità dei processi di innovazione sociale che si realizzano tenendo conto della complessità e della interconnessione dei problemi da affrontare, che coinvolgono le persone, i contesti, e tutti gli attori sociali portatori di interessi specifici (Addarii, 2017). Portare innovazione tecnologica nel welfare dei servizi alla persona significa anzitutto concepire in modo nuovo il modello di servizio, adottando un approccio olistico, che metta al centro la persona, il suo contesto di vita e le sue necessità, variabili nelle diverse fasi del corso di vita, e integrando, in via complementare, nei processi e nella gestione delle attività le nuove soluzioni offerte dalla tecnologia. Questo principio di innovazione integra e completa quello di *Open Innovation*, introdotto nel 2003 in ambito aziendale da H.W. Chesbrough, per indicare l'apertura dei confini dell'innovazione a tutte le possibili vie della sua realizzazione, abbandonando gli approcci tradizionali e introducendo una logica integrata di invenzioni originali e sviluppo incrementale di idee precedenti, attraverso una attività di co-progettazione e co-sperimentazione.

La dimensione collaborativa accomuna queste due concezioni dell'innovazione. L'innovazione sociale nel welfare dei servizi alla persona passa infatti attraverso l'ascolto di tutti gli attori sociali portatori di interessi specifici, la società civile, gli operatori professionali e i cittadini. La Strategia europea 2020 ha fatto proprio questo approccio cooperativo, con la istituzione della European Innovation Partnership¹, volta a promuovere e sostenere il processo di innovazione e trasformazione digitale in una serie di ambiti di policy, tra i quali si evidenzia quello dell'invecchiamento attivo (*Active and Healthy Ageing*). Tra le attività di questa partnership assume articolare rilevanza l'iniziativa *Blueprint*², diretta a sviluppare una visione politica comune a livello europeo, tra *policy makers*, società civile, organizzazioni professionali e industria, su come trasformare il welfare dei servizi alla persona lungo tutto il corso

¹ The European Innovation Partnership, https://ec.europa.eu/eip/ageing/about-the-partnership_en.

² European «Blueprint Digital Transformation of Health and Care for the Ageing Society», https://ec.europa.eu/eip/ageing/blueprint_en.

di vita, introducendo soluzioni tecnologiche innovative. L'iniziativa si basa sulla definizione e il continuo aggiornamento di una mappa di scenari-tipo³, basati sulla contemporanea considerazione delle diverse fasi del corso di vita e una serie di combinazioni di condizioni e bisogni socio-sanitari. Per ciascuno scenario-tipo sono stabiliti sistemi di relazioni tra la persona, i soggetti fornitori dei servizi e gli altri attori rilevanti. Sulla base di questi assetti, si individuano i flussi di dati, le piattaforme e gli strumenti tecnologici più idonei a mettere la persona interessata nella condizione di gestire attivamente la propria salute e stile di vita.

Di fronte alle sfide poste dal rapido invecchiamento della popolazione; dalla solitudine e la marginalizzazione sociale di chi non ha una dimora, di chi ha perso la propria occupazione o la casa; dalle persistenti asimmetrie nella condivisione delle responsabilità familiari da cui deriva la necessità di sostenere il lavoro di cura e assistenza a minori, anziani e persone con disabilità all'interno della famiglia, occorre ripensare il welfare, quello dei servizi alla persona in particolare, adottando una prospettiva nuova rispetto al passato, per offrire soluzioni diverse per problemi già noti o che assumono anche contorni differenti (Notarnicola e al., 2019). Entro tale contesto, infatti, i bisogni delle persone e delle famiglie tendono a dilatarsi e la tenuta dei sistemi di welfare è messa a seria prova. Emergono così in tutta evidenza i limiti dei servizi offerti sia dal settore pubblico che da quello privato; la loro insufficienza e inadeguatezza. Ciò vale in particolare per alcuni paesi, come l'Italia, in cui i servizi del welfare scontano un significativo ritardo rispetto al resto d'Europa. In molti paesi, europei ed extra-europei ci si sta già interrogando su come risolvere problemi sociali ricorrendo alle nuove tecnologie (Yamashita, 2015), in particolare nell'assistenza alle persone anziane che, come dimostrano molti studi, quando utilizzano le tecnologie dell'Ict sperimentano un deciso miglioramento delle loro condizioni di vita (Francis e al., 2019).

3. Il fascino dell'intelligenza artificiale e della robotica

L'innovazione dell'Ict nel welfare dei servizi alla persona può avere un forte impatto per il miglioramento della qualità della vita delle persone assistite e dei loro *caregivers* (Asboe e al., 2011), potendo, i primi, conservare più a lungo una vita indipendente, recuperare più velocemente

³ *Ibidem*.

buone condizioni di salute, rafforzare la propria resilienza, migliorare il sistema di relazioni sociali; i secondi, trovandone giovamento nello svolgimento di alcuni compiti di cura quotidiani. L'Intelligenza artificiale e i robot possono infatti costituire un aiuto non solo per bambini, persone anziane o con disabilità, ma anche per le figure professionali dell'assistenza, che possono così svolgere il proprio servizio con minore fatica fisica, e migliore protezione della loro stessa salute.

Le soluzioni in via di sperimentazione si collocano lungo un continuum che va dall'utilizzo di semplici dispositivi indossabili (*wearable devices*) che consentono il monitoraggio di alcune funzioni vitali o di lanciare segnali di allarme e di richiesta di aiuto in caso di necessità, a sistemi robotici e umanoidi molto sofisticati, che simulano le sembianze di animali e di altri esseri umani, in grado di interagire sia con il personale professionale, che con le persone assistite, fino a raggiungere la frontiera più estrema delle tecnologie cyborg dirette a potenziare alcune funzioni umane (gli esoscheletri) (Foster, 2018; Piore, 2014). Molte di queste soluzioni sono state adottate all'interno di residenze protette per persone anziane, di co-housing misti con assistenza leggera e sanitaria professionale, in case di cura, in asili e strutture di assistenza diurna o di lungo termine per persone con disabilità (Ovelgönne e al., 2010).

In alcuni paesi il ricorso a soluzioni tecnologiche molto avanzate costituisce già una realtà. Per quanto l'adozione di questi strumenti sollevi molti interrogativi, è bene descrivere alcuni di essi e il loro utilizzo, al fine di circostanziare al meglio la riflessione.

La struttura residenziale per anziani Shin-tomi di Tokyo, ad esempio, utilizza da diversi anni venti diversi modelli di robot: Paro, una foca robot, è utilizzata nell'ambito della *pet therapy*; Pepper, un umanoide, con la sua gestualità guida gli anziani ospiti negli esercizi fisici ma anche nel ballo e nell'intrattenimento; Tree è un ausilio per sostenere nella deambulazione persone con problemi motori; Aibo, un cagnolino robot, interagisce con i residenti attraverso il gioco. Vi sono poi strumenti che potenziano alcune funzioni umane degli operatori dell'assistenza, per alleggerirne la fatica. Si pensi ad Hal (Hybrid Assistive Limb), un esoscheletro motorizzato indossato dagli operatori per aiutarli nello spostamento dei pazienti; o ancora, Muscle Suit, utile per il loro sollevamento. L'introduzione di questi sistemi sembrerebbe, dunque, andare in due direzioni: da una parte, il potenziamento e l'integrazione delle attività umane degli operatori dell'assistenza con quelle svolte dai robot e dagli umanoidi, per arricchire l'esperienza relazionale degli ospiti/assistiti; dall'altra, il miglioramento del contesto lavorativo degli

operatori dell'assistenza, cercando soluzioni che rendano meno pesante ed usurante lo svolgimento di alcune attività che richiedono particolare sforzo fisico. Naturalmente si tratta di scelte che non possono non sollevare alcuni interrogativi, che saranno discussi più avanti.

Tra i sistemi robotici, risultato delle più recenti frontiere dell'Intelligenza artificiale, Paro⁴, una foca robot, costituisce l'esperienza maggiormente conosciuta. Ne sono stati distribuiti oltre 5000 esemplari in 30 paesi di tutto il mondo: dagli Stati Uniti, alla Danimarca (dove sono presenti in 400 residenze per anziani), in Germania e Francia e anche in Italia. Introdotto per la prima volta nella Casa di cura di Castel San Giovanni in provincia di Piacenza, per lo studio dell'interazione uomo-macchina in campo geriatrico-riabilitativo, oggi trenta esemplari sono presenti in diverse istituzioni pubbliche. Nel Centro diurno Villa Sormani, della Fondazione Sacra Famiglia di Cesano Boscone, in provincia di Milano si sta sperimentando l'utilizzo di tre gatti robot con sette ospiti con forme di demenza e i primi risultati sembrerebbero indicare un miglioramento del benessere generale dei pazienti, favorendo l'interazione emotiva tra uomo e animale e risvegliando così emozioni e sentimenti di affetto. L'uso di questi robot è stato anche sperimentato con bambini con sindrome autistica, dimostrandosi efficaci nel favorire interazioni e relazioni sociali e nel gioco e ridurre gli stati di ansia generati da alcune situazioni reali. Un recente studio di Huijnen mette in luce come la collaborazione tra sviluppatori, *professionals* e portatori di interesse dovrebbe rafforzarsi per riuscire ad individuare meglio le specifiche esigenze di questi pazienti e realizzare strumenti personalizzati (Huijnen e al., 2016; Aresti-Bartolome e Garcia-Zapirain, 2014).

Nell'assistenza socio-sanitaria si evidenzia inoltre l'impiego di Ri-Man e Riba, due umanoidi interattivi in grado di muoversi autonomamente, sollevare e spostare una persona, rispondere a domande e interagire utilizzando il linguaggio umano. Ri-man è dotato di sensibilità tattile su braccia e fianchi per reagire al tocco umano; ha una pelle morbida; braccia piccole ma molto potenti, capaci di sollevare una persona adulta e adagiarla su un letto o una poltrona; ha udito ed olfatto, vede e riconosce le persone da cui ha ricevuto istruzioni. C'è poi Sanbot⁵, un robot

⁴ Paro è stato progettato agli inizi degli anni novanta dal prof. Takanori Shibata. La collaborazione con il Laboratorio di Robotica e tecnologie per l'apprendimento dell'Università di Siena ha consentito la sperimentazione di questo robot nel supporto cognitivo di persone con demenza, stati depressivi e ansiosi.

⁵ Sviluppato da Qihan Technology Co. Ltd (Shenzhen, Cina).

sociale, impiegato non solo in ambito socio-sanitario ma anche educativo. Per la prima volta nel 2018 è stato sperimentato il suo utilizzo in un nido comunale di Padova, per studiarne le interazioni con i bambini, gli operatori dell'assistenza e i genitori, dopo anni di sperimentazione protetta nel reparto di Pediatria dell'Ospedale universitario della città. Così come in ospedale il Sanbot ha contribuito a sollevare i piccoli pazienti dagli stati di ansia, agevolando la somministrazione delle terapie e riducendo il ricorso a farmaci, anche nel contesto di lavoro dell'asilo comunale ha mostrato di riuscire a incuriosire i bambini e a stabilire un contatto, anche con i più timidi (Beraldo e al., 2019). Il che apre il campo ad applicazioni in campo scolastico. Il Sanbot, capace di ascoltare, apprendere e interagire sulla base di quanto appreso, potrebbe infatti essere utilizzato per la telepresenza a scuola qualora un bambino, per motivi di salute o di altro tipo, non potesse recarvisi fisicamente.

Accanto a queste esperienze di frontiera, spesso a carattere sperimentale, che non esauriscono comunque l'ampio ventaglio di soluzioni oggi adottate nei servizi socio-sanitari e assistenziali alla persona, ve ne sono altre che, pur non rinunciando al ricorso alle nuove tecnologie presentano un approccio che potremmo definire *soft*. In Danimarca, nella città di Aarhus, la residenza pubblica per anziani di Bjerggaarden, realizzata nella forma di un senior co-housing, realizzato con un mix di spazi privati (le singole abitazioni dei residenti) e comuni, un gruppo di studiosi dell'Università di Aarhus ha sperimentato l'utilizzo innovativo di alcune tecnologie già disponibili, per favorire la socialità non solo interna alla residenza ma anche con la realtà al suo esterno, al fine di stimolare la partecipazione delle reti familiari e amicali dei residenti a prendere parte, insieme ai volontari e al personale della struttura, a una serie di attività condivise (Asboe e al., 2011)⁶. Il progetto ha mosso i suoi primi

⁶ Si tratta del progetto «Share to care» basato sulla integrazione della tecnologia Dect (Digital Enhanced Cordless Telecommunication) con quella web. È stato creato un calendario elettronico condiviso e interattivo, operante sia su circuito chiuso che su web, al fine di consentire allo staff (operatori e volontari), ai residenti e alle famiglie di concorrere alla programmazione di una serie di attività di natura sociale in cui essere coinvolti e partecipare. La novità sta anche nel fatto che non si tratta di un coinvolgimento meramente passivo dei residenti e delle loro famiglie o amici, ma di un coinvolgimento attivo. Tutti gli attori possono infatti farsi promotori e, quindi, responsabile della programmazione di attività sociali che non coinvolgano solo il proprio congiunto ma anche altri residenti. Una attività che contribuisce largamente all'ampliamento delle reti personali e all'accrescimento delle occasioni di incontro e socialità dei residenti con altre persone, oltre a un più fecondo scambio con i volontari e gli operatori della struttura.

passi dalla constatazione che il mantenimento di relazioni tra le persone anziane che vivono in strutture di questo tipo e la rete dei propri familiari e amici costituisca un importante fattore di miglioramento della loro qualità di vita. L'idea di fondo consiste nel superamento di sistemi di rapporti separati (*silos model*), per raggiungere l'obiettivo di coinvolgere familiari e amici in attività condivise. Un approccio volto, dunque, a superare una cultura di rapporti *one-to-one* (assistito-operatore, assistito-volontari, operatori-familiari) o *few-to-one* (operatori e volontari-assistito), per realizzare un assetto organizzativo capace di coinvolgere e avvicinare tutte le parti in gioco nella vita quotidiana della casa, del tipo *few-to-many* (Asboe e al., 2011).

Analizzando questa esperienza risaltano due aspetti, degni di una attenta considerazione: a) l'innovazione di servizio non passa necessariamente per l'adozione di tecnologie particolarmente avanzate ed avveniristiche, per di più molto costose e difficilmente sostenibili per il welfare pubblico dei servizi, quanto invece per la capacità di riconcepire un assetto organizzativo e gestionale supportato da tecnologie esistenti; b) l'introduzione delle nuove tecnologie non è da considerarsi quale una conseguenza ineludibile del progresso, ma deve emergere da un processo riflessivo capace di guidare e governare tali scelte in una prospettiva di policy. La scelta di questa prospettiva può ragionevolmente sostenere processi decisionali capaci di governare l'innovazione digitale nei servizi alla persona entro il perimetro del rispetto dei diritti umani delle persone (Assemblea generale delle Nazioni unite, 2019).

Sulla stessa linea si colloca Ecare⁷, un progetto europeo che prevede un percorso di inclusione per persone anziane sole e a rischio di isolamento sociale, che intendono migliorare il proprio stile di vita per mantenersi attive e sane utilizzando le nuove tecnologie. L'applicazione Ict per la vita indipendente e l'uso di alcuni device (smartwatch e tablet) costituiscono i due fattori attraverso i quali la persona coinvolta nel progetto può entrare in contatto con la comunità di appartenenza. La tecnologia diventa così il motore di un processo di cambiamento che passa attraverso l'accrescimento delle competenze digitali di persone anziane che acquisiscono una nuova consapevolezza rispetto alla propria condizione, la ricostruzione di una serie di legami sociali e l'introduzione nel quotidiano delle persone assistite di un sistema di applicazioni digitali che ne favoriscono il mantenimento delle condizioni di

⁷ Il progetto E.CA.R.E. è finanziato dal Programma Interreg V-A Italia Austria 2014-2020.

salute. Anche nel caso di questo progetto l'innovazione digitale di servizio è indiscutibile, sebbene si muova su un piano decisamente diverso rispetto ai casi precedenti.

Sono già disponibili, sebbene a prezzi poco accessibili, robot e umanoidi in grado di assistere una persona anziana, facendole compagnia, parlando e interagendo con lei, aiutandola in alcune attività della vita quotidiana (lavarsi e mangiare), nel mettersi a letto o in poltrona, nella somministrazione dei farmaci, nella misurazione di alcuni parametri vitali, e molto altro. Ma la domanda che resta da porsi è se questa soluzione sia concepita per integrare la capacità dei servizi di rispondere ai bisogni degli assistiti e per aiutare i *caregivers* a svolgere in modo più sereno e meno faticoso il proprio lavoro, oppure non tenda a sostituire il lavoro umano con quello di un esercito di nuovi «schiavi artificiali» destinati a svolgere compiti più rischiosi o più pesanti, fisicamente e psicologicamente. Non protestano, non si ammalano, non perdono la pazienza, non sono soggetti a stress e stanchezza, liberano tempo ai loro «padroni». Non rappresenterebbero forse la soluzione più ovvia?

4. Quali i rischi dell'utilizzo di queste tecnologie

La domanda è volutamente provocatoria. Eppure in alcuni paesi, di fronte al costante aumento della popolazione anziana e delle persone che necessitano di servizi di cura e assistenza, i robot umanoidi e androidi sono considerati una soluzione sempre più concreta alla carenza di personale in questo tipo di assistenza. I vantaggi dell'utilizzo dei robot e delle nuove tecnologie sono stati solo in parte evidenziati nel precedente paragrafo e tuttavia è necessario guardare ad essi considerando alcuni nodi critici dal punto di vista etico, e non solo.

I servizi di cura si basano sulla relazione umana, un rapporto tangibile, fisico e psichico al contempo. Una relazione che perde la sua materialità, quando l'interazione implica la partecipazione di un robot o di una macchina guidata da una intelligenza artificiale. Sappiamo che alcuni di questi robot hanno sembianze di alcuni animali da compagnia o di altri esseri umani. In molti casi sono ormai in grado di interagire con le persone assistite e consentono di ottenere importanti risultati terapeutici quando utilizzati con persone con demenza o disabilità mentali (Mordoch e al., 2012; Huijnen e al., 2016). Infatti, la digitalizzazione può creare nuove forme di relazione e attivare nuove risorse a supporto di persone fragili e in condizione di vulnerabilità (Rotolo, 2019).

Non si può, tuttavia, trascurare di interrogarsi su dove tutto ciò possa condurre e quale sia il rapporto tra il ricorso ai robot e la dignità umana, soprattutto nel caso di persone che non sono in grado di comprendere la dimensione virtuale del rapporto con il robot e l'umanoide, considerato di fatto una persona o un animale reale. Prendendo spunto dal lavoro di Amanda Sharkey, nel quale l'autrice fa riferimento al *capability approach*, nella accezione delle dieci capacità centrali di Martha Nussbaum (Nussbaum, 2011), è possibile assumere che, sebbene la robotica e l'intelligenza artificiale contribuiscano ampiamente ad espandere l'accesso ad alcune capacità, possono tuttavia limitarlo rispetto ad altre (2014). Si pensi ai robot e agli esoscheletri che svolgono una funzione di assistenza e supporto allo svolgimento di alcune attività quotidiane: se, da una parte, le persone che possono accedere a questi dispositivi conquistano nuovi spazi di autonomia e indipendenza, migliorando la propria attività motoria, accrescendo le opportunità di socializzazione e aumentando la propria autostima; dall'altra, se utilizzati indiscriminatamente, possono generare nella persona assistita un senso di umiliazione, sentendosi trattata come un oggetto, e minandone la dignità personale e il rispetto di sé (Sharkey, 2014). Se si considerano, poi, i robot e i dispositivi di monitoraggio, che consentono di controllare e supervisionare a distanza, in qualsiasi istante della giornata, la persona che necessita assistenza, anche in questo caso, se, da una parte, queste nuove tecnologie espandono le opportunità di accesso a capacità centrali legate allo stato di salute, alla possibilità di muoversi in sicurezza, di comunicare con un maggior numero di persone a distanza, di informarsi e coltivare i propri interessi, di sviluppare la propria creatività; dall'altra, la persona assistita può sentirsi violata nella sua dimensione privata, nella sua riservatezza, sviluppando un senso di dipendenza e subalternità rispetto ai soggetti controllanti. L'intrusività di questi dispositivi può costituire una seria minaccia al rispetto di alcune importanti libertà umane individuali (Sharkey, 2014). Per quanto concerne, infine, i robot da compagnia, o «pet robot», in precedenza ampiamente descritti con riferimento al loro utilizzo nella «pet therapy», va evidenziato che se, da una parte, numerosi studi ne evidenziano l'efficacia terapeutica, dal momento che favoriscono l'interazione (Mordoch e al., 2012), il gioco e la partecipazione ad attività ricreative, l'espressione di emozioni, la riduzione degli stati ansiosi e dello stress; dall'altra, occorre tenere ben presente le modalità e i limiti entro i quali questi animali elettronici possono essere utilizzati. Occorre evitare, infatti, di cadere nell'errore di lasciare la persona assistita da sola con il robot, senza la mediazione di un operatore

dell'assistenza. Uno dei rischi dell'uso indiscriminato e incontrollato di questi ausili è la riduzione delle relazioni e dei contatti umani, generando nuove forme di isolamento sociale. Non solo: occorre considerare che, per molti assistiti, che non sono in grado di distinguere un robot da un umano o da un animale, la relazione poggia su una sorta di «inganno». Alcuni autori sostengono che l'uso degli animali robot possa portare a infantilizzare persone che sono in condizioni di fragilità e vulnerabilità. Nel caso in particolare delle persone che soffrono di demenza si rischierebbe di sottrarre loro autonomia, competenza e potere (*disempowerment*), e dignità (*disparagement*) (Kitwood, 1997) come nella *dolls therapy* (Cayton, 2006): il rapporto con il «beniamino artificiale» si fonderebbe sul presentare come reale qualcosa che ne è solo il simulacro (Balistreri e Casile, 2018; Johnston, 2015). Il rapporto tra virtuale e reale, alla base del concetto di simulacro, è stato oggetto di una approfondita riflessione, in un noto saggio di Jean Baudrillard⁸, in cui l'Autore afferma che «oggi è il reale che è diventato l'alibi del modello in un universo retto dal principio di simulazione» (Baudrillard, 2010, p. 10). Ed è il reale a costituire la vera e unica utopia che però non appartiene più alla sfera dei possibili perché costituisce un oggetto perduto. È l'era dell'iperrealtà quella che ha ora inizio. Non si va più dal reale all'immaginario ma, al contrario, si parte da modelli di simulazione per dar loro il senso del reale, del quotidiano. Il reale è quindi reinventato come finzione (Baudrillard, 2010). Resta da chiedersi se queste nuove forme del «reale» possano dare senso e significato alle relazioni che gli assistiti instaurano con i robot e gli umanoidi, entro una cornice di rispetto della dignità umana.

Volgendo ora lo sguardo alle altre parti interessate all'utilizzo di queste nuove tecnologie, gli operatori dell'assistenza e i *caregivers*, è opportuno sottolineare l'importanza delle modalità di gestione e utilizzo di questi dispositivi. È innegabile la utilità e l'efficacia dell'utilizzo di robot ed esoscheletri nella quotidianità dell'assistenza. Tuttavia, se, da una parte, il lavoro può essere reso più leggero fisicamente, meno stressante e più stimolante; dall'altra, può accadere che l'utilizzo dei dispositivi a) ab-

⁸ Si tratta del famoso saggio dal titolo «Cyberfilosofia», in cui Baudrillard considera il robot governato dalla «logica immanente del principio operativo». Il robot, in tal senso, non sarebbe teso alla somiglianza con l'uomo ma esclusivamente alla sua efficacia meccanica. La sofisticata tecnologia dei computer e la potenza dei loro algoritmi «fondono in sé l'essere e l'apparenza in un'unica sostanza di produzione e lavoro».

bassi il livello di attenzione verso le persone assistite, generando una sorta di pericoloso «rilassamento emotivo» che potrebbe portare a ridurre le visite di persona, b) riduca i contatti e le relazioni con operatori, familiari e amici, c) faccia venir meno l'impegno degli operatori a mediare l'opera dei robot. Il pericolo maggiore sarebbe ritenere che in un futuro «tutto digitale» la macchina sostituisca l'uomo. La vera sfida è invece quella di comprendere in che modo le nuove soluzioni offerte dalla rivoluzione digitale possano aiutare i *caregivers* a svolgere meglio il proprio lavoro. Inoltre, come in precedenza evidenziato, il ricorso esclusivo alle macchine presenterebbe notevoli problemi di carattere etico. Tuttavia, oltre che analizzare con attenzione in che modo le nuove tecnologie sono utilizzate, occorre verificare a chi siano accessibili, per evitare di ampliare disuguaglianze già molto presenti nel settore dei servizi socio-sanitari e proteggere i loro diritti economici e sociali (Weiss e al., 2018). Non v'è dubbio che la maggior parte di questi ausili sia ancora molto costosa: Paro, costa circa l'equivalente di 3.800 dollari in Giappone, ma arriva a costare 5.000 euro in Europa; l'affitto di un esoscheletro può arrivare a costare fino a circa 1000 dollari al mese. Va detto che queste tecnologie sono da tempo immesse sul mercato dell'assistenza pubblica e privata. E questo fatto introduce ulteriori *bias*. Infatti, il welfare pubblico spesso non dispone di risorse economiche sufficienti per poter investire in queste tecnologie, che invece sono piuttosto diffuse in strutture di assistenza privata. Ne consegue un diverso accesso a questi dispositivi, maggiormente accessibili a fasce di popolazione benestanti. Senza adeguati incentivi governativi e regolamentazioni che tengano conto delle necessità delle persone che necessitano di servizi alla persona ma che si trovano in condizioni più disagiate non sarà possibile di un welfare capace di offrire servizi alla persona tecnologicamente avanzati.

Infine, un ultimo rischio consiste nel modo stesso di concepire l'innovazione tecnologica e sociale dei servizi alla persona. Come già accennato nell'introduzione a questo contributo, un errore che spesso si riscontra consiste nel fatto che l'innovazione di servizio parta dalle tecnologie esistenti o dalle opportunità nuove da esse fornite e non, viceversa, da una idea o strategia di innovazione di servizio che si realizza attraverso e con l'uso di alcune tecnologie. La prospettiva è molto diversa e cambia completamente la logica di ripensamento e ridefinizione dei servizi alla persona del welfare. Proprio per questo motivo, nel prossimo paragrafo saranno indicate alcune direttrici che potrebbero essere percorse per cogliere questa difficile sfida.

5. Una sfida ancora tutta da giocare

La rivoluzione digitale e i contenuti di innovazione tecnologica che porta con sé – con particolare riguardo all'intelligenza artificiale e alla robotica – costituiscono la vera frontiera dell'innovazione sociale del welfare dei servizi alla persona. Tuttavia persiste la mancanza di una visione strategica capace di guidare il processo di ridefinizione dei modelli di servizio di cura e assistenza alla persona e di supporto ai *caregivers*. Per vincere questa sfida occorre adottare un approccio nuovo rispetto al passato (Zanotto e Tuis, 2019), che coniughi l'innovazione sociale e le nuove tecnologiche, superando i criteri del risparmio economico e della efficienza organizzativa, per guardare con rinnovato interesse alla qualità della vita e al benessere di tutti gli attori in gioco (Taylor, 2015). Un approccio che ponga l'efficacia prima ancora dell'efficienza e che sia capace di coinvolgere tutti gli attori in gioco: gruppi portatori di interessi, società civile, *policy makers*.

Porre l'efficacia quale obiettivo prioritario rispetto all'efficienza significa non guardare ai costi ma agli obiettivi ed entro tale cornice prendere delle decisioni e assumersi delle responsabilità rispetto alla riprogettazione di un sistema di servizi alla persona in un'ottica di innovazione sociale con contenuti tecnologici. Non è quindi la tecnologia a governare questo processo ma, al contrario, l'obiettivo di assistenza e cura (Rotolo, 2019). Nella fase di riprogettazione del servizio un momento imprescindibile è dato dal passo confronto dal basso rappresenta per l'individuazione dei bisogni specifici dei soggetti destinatari del servizio di cura, della disponibilità degli operatori dell'assistenza a utilizzare determinate soluzioni tecnologiche, delle richieste provenienti dai familiari caregivers.

Una volta individuati i bisogni e chiarite le aspettative di tutte le parti coinvolte, nonché il framework entro il quale il servizio andrà a collocarsi e a operare, si valutano le soluzioni tecnologiche che potrebbero potenziare, migliorare, integrare il servizio esistente. La scelta delle tecnologie non può non considerare tutti gli aspetti in precedenza discussi: aspetti funzionali ma anche etici, di rispetto delle libertà individuali e della dignità umana, secondo una logica complementare e non sostitutiva dell'azione umana. La centralità dell'operatore professionale dell'assistenza sociale e sanitaria non può venire meno, sebbene il ruolo dei sistemi robotici e degli ausili possa contribuire notevolmente all'alleggerimento del carico di lavoro fisico e dello stress psicologico.

Volendo riassumere in punti, gli aspetti da considerare quando si riflette

su una innovazione di servizio, dovrebbero essere i seguenti: a) bisogni degli attori coinvolti; b) identificazione degli obiettivi di servizio; c) traduzione degli obiettivi in attività, risultati attesi; d) identificazione della soluzione innovativa di servizio e sua traduzione in un modello di servizio; e) individuazione delle nuove tecnologie che possono potenziare la capacità di impatto del servizio sulla vita degli assistiti, dei *caregivers* e degli operatori dell'assistenza; f) attività di valutazione e verifica finale. Il campo resta ancora aperto a soluzioni che rappresentino delle vere e proprie innovazioni di servizio ad elevato contenuto tecnologico, anche perché la sfida più grande resta quella del settore pubblico, ancora troppo indietro non solo rispetto ad altri paesi europei ma anche rispetto alle realtà locali sebbene, come sopra accennato, alcune esperienze siano già da qualche tempo in corso.

RPS

Fiorenza Deriu

Riferimenti bibliografici

- Addarii F., 2017, *Vision and Trends of Social Innovation for Europe*, Commissione europea, Doi: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.30629.60640>.
- Aresti-Bartolome N. e Garcia-Zapirain B., 2014, *Technologies as Support Tools for Persons with Autistic Spectrum Disorder: A Systematic Review*, «International journal of environmental research and public health», vol. 11, n. 8, pp. 7767-7802, Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph110807767>.
- Asboe M., Grönvall E. e Lassen H.M., 2011, *Care to Share? Social Innovation through Low-Budget, High Impact Welfare Technologies*, 2011 5th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth) and Workshops.
- Assemblea generale delle Nazioni unite, 2019, *Extreme Poverty and Human Rights*. Lo Special Rapporteur dell'ultimo Rapporto indaga il tema delle implicazioni per i diritti umani delle tecnologie digitali: *The Digital Welfare State and Human Rights*, A/74/493.
- Balistreri M. e Casile F. (a cura di), 2018, *Carebot: i robot della cura e le questioni morali, psicologiche e sociali*, con saggi di Balistreri M., Di Nucci E., Galletti M., Kanemitsu H., Santoni de Sio F. e van Wynsberghe A., Zara G. (in NEU, ottobre 2018).
- Baudrillard J., 2010, *Cyberfilosofia*, Mimesis, Milano.
- Beraldo G., Menegatti E., Tommasi V., Mancin R. e Benini F., 2019, *A preliminary investigation of using humanoid social robots as non-pharmacological techniques with children*, Doi: <https://doi.org/10.1109/ARSO46408.2019.8948760>.
- Burgalassi M., 2007, *Il welfare dei servizi alla persona in Italia*, FrancoAngeli, Milano.

- Cayton H., 2006, *From Childhood to Childhood? Autonomy and Dependence through the Ages of Life*, in Hughes J.C., Louw S.J. e Sabat S.R. (a cura di), *Dementia: Mind, Meaning and the Person*, Oxford University Press, Oxford, pp. 277-286.
- Commissione europea, 2010, *Turning Europe into a True Innovation Union*, Memo/10/473, Bruxelles, p. 12, disponibile all'indirizzo internet: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/MEMO_10_473.
- Francis J., Ball C., Kadylak T., Cotten Law S.R. e al., 2006, *Aging in the Digital Age: Conceptualizing Technology Adoption and Digital Inequalities*, in Neves B.B. e Vetere F. (a cura di), *Ageing and Digital Technology*, Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2019, Doi: https://doi.org/10.1007/978-981-13-3693-5_3.
- Huijnen C., Lexis M., Jansens R. e de Witte L.P., 2016, *Mapping Robots to Therapy and Educational Objectives for Children with Autism Spectrum Disorder*, «Journal of autism and developmental disorders», vol. 46, n. 6, pp. 2100-2114, Doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2740-6>.
- Kitwood T., *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*, Open University Press 1997.
- Mordoch E., Osterreicher A., Guse L., Roger K. e Thompson G., 2012, *Use of Social Commitment Robots in the Care of Elderly People with Dementia: A Literature Review*, «Maturitas», n. 74, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.10.015>.
- Murray R., Caulier-Grice J. e Mulgan G., 2010, *The Open Book on Social Innovation*, Social Innovator Series: Ways to Design, Develop, and Grow Social Innovation, The Young Foundation, The Lab. Nesta Innovating Public Services.
- Notarnicola E., Berloto S., Fosti G., Perobelli E. e Ricciuti E., 2019, *Il cambiamento nel welfare locale. Lezioni per il riposizionamento dei servizi pubblici*, Collana White Paper Ocap Osservatorio sul cambiamento delle amministrazioni pubbliche, vol. 2/2019, Egea, Milano.
- Nussbaum M.C., 2011, *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, Harvard University, Belknap Press.
- Ovelgönne M., Sonnenbichler A.C. e Geyer-Schulz A., 2010, *Social Emergency Alert Service – A Location-Based Privacy-Aware Personal Safety Service*, 2010 Fourth International Conference on Next Generation Mobile Applications, Services and Technologies.
- Perobelli E. e Rotolo A., 2019, *L'innovazione digitale nei servizi di welfare. Stato dell'arte e prospettive*, Collana White Paper Ocap Osservatorio sul cambiamento delle amministrazioni pubbliche, vol. 1/2019, Egea, Milano.
- Sharkey A., 2014, *Robots and Human Dignity: A Consideration of the Effects of Robot Care on the Dignity of Older People*, «Ethics and Information Technology», n. 16, pp. 63-75, Doi: <https://doi.org/10.1007/s10676-014-9338-5>.

- Taylor K., 2015, *Connected Health: How Digital Technology Is Transforming Health and Social Care*, Deloitte Centre for Health Solutions, Londra.
- Weiss D., Rydland H.T., Øversveen E., Jensen M.R., Solhaug S. e Krokstad S., 2018, *Innovative Technologies and Social Inequalities in Health: A Scoping Review of the Literature*, «PLoS ONE», vol. 13, n. 4, e0195447, Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195447>.
- Wellman B., Hogan B., Berg C., Boase J., Carrasco J.A., Côté R., Kayahara J., Kennedy T.L.M. e Tran P., 2005, *Connected Lives: The Project*, in Purcell P. (a cura di), *Networked Neighbourhoods*, Springer, Berlino.
- Yamashita C., 2015, *World Social Welfare Circumstances Social Welfare and Elderly Care System in the World, and Civic Technology*, 2015 International Conference on Computer Application Technologies.

Sitografia

- Ecare project, <https://ecareproject.eu/>.
- European «Blueprint Digital Transformation of Health and Care for the Ageing Society», https://ec.europa.eu/eip/ageing/blueprint_en.
- Foster M., 2018, *Ageing Japan: Robots' Role in Future of Elder Care*, <https://www.reuters.com/article/us-japan-ageing-robots-widerimage-idUSKBN1H33AB>.
- Johnston A., 2015, *Robotic Seals Comfort Dementia Patients but Raise Ethical Concerns*, Kalw, August 17, <https://www.kalw.org/post/robotic-seals-comfort-dementia-patients-raise-ethical-concerns#stream/0> (consultato il 13 luglio 2020).
- Piore A., 2014, *Will Your Next Best Friend Be a Robot?*, Popular Science, November 18, <https://www.popsci.com/article/technology/will-your-next-best-friend-be-robot/> (consultato il 13 luglio 2020).
- Rotolo A., 2019, *Digitalizzazione e innovazione dei servizi di welfare: a che punto siamo?*, Innovacare, <https://www.secondowelfare.it/innovacare/digitalizzazione-e-innovazione-dei-servizi-di-welfare-a-che-punto-siamo.html>.
- Zanotto O. e Tuis D., 2019, *Iniziative europee per la digitalizzazione dei modelli di cura per gli anziani a domicilio*, Innovacare, <https://www.secondowelfare.it/innovacare/iniziative-europee-per-la-digitalizzazione-dei-modelli-di-cura-per-gli-anziani-a-domicilio.html>.

La centralità dei dati per un welfare che cambia: una sfida per la ricerca sociale

Fabrizio Martire

RPS

Il cosiddetto welfare digitale dipende fortemente dai dati. Quale che sia la funzione loro attribuita – anticipare, stimare, localizzare fabbisogni o sostenere in modo più o meno automatizzato processi decisionali – la rinnovata centralità dei dati per il welfare, legata anche alle innovazioni tecnologiche che rendono possibili forme di rilevazione ed elaborazione delle informazioni inimmaginabili in passato, implica anche un'altra centralità: quella dei cittadini, principali stakeholders dei servizi di welfare e ora, nella cosiddetta «società digitale», anche fornitori insostituibili dei dati

e delle informazioni di cui il welfare si serve. Tutto ciò rende l'etica della ricerca un campo strategico di riflessione e di intervento, non solo di per sé, ma anche fattore che influenza la qualità dei dati raccolti. Nel saggio si sostiene la tesi secondo cui l'etica dei mezzi – approccio deontologico, rispetto della persona e della riservatezza dei suoi dati – debba essere più sistematicamente affiancata da un'etica dei fini – approccio consequenzialista, condivisone con i cittadini delle beneficiarie pubbliche, estese e democratiche delle campagne di raccolta dati.

1. Società digitale e big data

La cosiddetta «società digitale», annunciata ormai da tempo (Lupton, 2015), si sta pienamente affermando anche come società delle informazioni e dei dati digitali. La sinergia tra le tecnologie della nostra vita quotidiana (computer, tablet, smartphone, ecc.) e quelle a disposizione dei grandi gestori di dati (istituzioni pubbliche e private, imprese, ecc.) implica, almeno in potenza, un salto di qualità nella rilevazione, costruzione, gestione e utilizzo dei dati. Questo nuovo scenario investe profondamente anche le pratiche di welfare, le quali – oltre che di sensibilità, etica, competenze, esperienze, modelli teorici di riferimento – vivono di dati.

Il welfare digitale è caratterizzato da profonde innovazioni potenziali nella progettazione e implementazione dei processi attraverso cui conoscere e anticipare i bisogni delle persone (vedi di seguito, par. 2), de-

cidere quali soluzioni di welfare adottare caso per caso e valutare l'efficacia degli interventi attuati (Pedersen e Wilkinson, 2018). La progressiva introduzione dell'intelligenza artificiale e degli algoritmi decisionali (vedi seguito, par. 3) implica una maggiore dipendenza delle pratiche di welfare dalla qualità dei dati su cui tali meccanismi si basano; come vedremo nella seconda parte del saggio, questo tema tipicamente metodologico – la qualità dei dati – implica una prospettiva di riflessione e azione più ampia, che metta al centro i cittadini nel loro doppio ruolo (fornitori di dati/informazioni e destinatari degli interventi di welfare), e guardi al welfare digitale come un sistema collaborativo in cui la reputazione delle istituzioni e la fiducia in esse da parte dei cittadini costituiscono due ingredienti decisivi.

L'espressione «società digitale» ne chiama, per immediata associazione di idee, un'altra ormai entrata nel *thesaurus* dei nostri giorni: «big data». L'uso ampio e diversificato di questa espressione è proporzionale alla difficoltà di darne una definizione univoca. A questo riguardo mi pare molto efficace la sintesi proposta da Salganik in un manuale di metodologia della ricerca sociale digitale di recentissima pubblicazione: «Una delle definizioni più comuni [di *big data*] pone l'attenzione sulle “3V”: *volume, varietà, velocità*. In sostanza esiste una grande quantità di *big data*, in una grande varietà di formati, in un processo di creazione continuo. I fan dei big data aggiungono anche altre “V”, come *veridicità* e *valore*, mentre i critici ne aggiungono di diverse, come *vaghezza* e *vacuità*» (Salganik, 2020, p. 30).

C'è un'altra questione metodologica che l'era digitale, o i *big data*, hanno posto, o meglio ri-attualizzato; e cioè la differenza tra dati/informazioni costruiti appositamente per gli scopi per i quali vengono usati e dati/informazioni che vengono usati per scopi indipendenti rispetto ai processi che ne hanno determinato la creazione. A questo proposito Salganik propone la coppia concettuale dati *ready-made* e *custom-made* (ivi, p. 24); nella prima categoria rientrano le informazioni che il ricercatore/utilizzatore di dati trova pronte (*ready*) e usa per i suoi obiettivi conoscitivi o di intervento; nella seconda le informazioni che ottiene grazie a un processo di rilevazione disegnato (*custom*) e implementato per le sue esigenze.

Questa dicotomia concettuale e le sue implicazioni metodologiche non costituiscono un'assoluta novità. Anche nell'era pre-digitale i ricercatori potevano ricorrere a dati tipicamente *custom* – si pensi alle indagini campionarie con le quali il ricercatore «crea» informazioni, cioè le risposte delle persone alle domande di un questionario appositamente dise-

gnato, o *ready* – l’analisi secondaria di fonti, documenti, testi e altri tipi di artefatti umani creati per motivi diversi rispetto alle loro esigenze conoscitive. D’altra parte, i *big data* – e questo per alcuni costituisce il vero elemento di innovazione – hanno enormemente ampliato, almeno in potenza, l’accesso a flussi di dati *ready*, che possono essere sfruttati per esigenze conoscitive.

Tuttavia, l’entrata – o forse è meglio dire l’irruzione – del digitale nella ricerca sociale non significa solo potenziale accesso ad un nuovo mondo da osservare fatto di comunicazioni e interazioni sui *social networks*, tracce di transazioni finanziarie, dati di posizioni e spostamenti rilevati con sensori Gps (giusto per fare qualche esempio di tipici dati *ready-made* digitali). Per quanto differenziata per categorie di popolazione, la penetrazione della tecnologia nella vita quotidiana amplifica le possibilità e le modalità a disposizione del ricercatore per chiedere informazioni mirate (*custom-made*) ai loro target di riferimento. Si pensi ad esempio alle potenzialità offerte dalla tecnologia mobile; essa consente di «intercettare i rispondenti il più possibile a ridosso del comportamento che si vuole studiare, per limitare lo sforzo di cooperazione mnemonica e migliorare la precisione dei dati raccolti» (Schmitz, 2018, p. 24). I questionari somministrati tramite smartphone e app permettono, in linea di principio, di raccogliere informazioni in tempo reale, eliminando tutte quelle fonti di distorsione legate alla eventuale natura retrospettiva dei dati (che caratterizzano invece le survey tradizionali, in cui generalmente si chiedono agli individui informazioni sui loro comportamenti avvenuti anche molto tempo prima del momento della rilevazione).

Lungi dal considerare le innovazioni sopra sommariamente descritte come la panacea di tutti i mali; al contrario, e come vedremo nelle pagine che seguono, esse rinnovano problemi metodologici tradizionali e ne introducono di nuovi. Ciò non toglie che lo scenario descritto ha implicazioni rilevanti anche per l’uso dei dati nelle pratiche di welfare.

2. Dati per il welfare

Un ambito primario di rilevanza dei dati per il welfare riguarda la stima, e, quando possibile, l’anticipazione, di bisogni sociali in risposta ai quali progettare e implementare policy, interventi e prestazioni, tanto a livello individuale, quanto territoriale; parallelamente alcune delle principali innovazioni di processo e di strategia di ricerca sociale si sono in-

RPS

Fabrizio Martire

crociate, nel momento della loro applicazione, con il welfare e con le sue esigenze di conoscenza. A questo proposito va comunque sottolineata una rilevante differenza interna al mondo, ampio e diversificato, del welfare. Se in riferimento alla salute pubblica sono oggi a disposizione sistemi informativi adeguati a supporto della programmazione delle policy, riguardo agli altri ambiti principali del welfare i margini di miglioramento sono molto ampi, non potendo ancora contare su strategie di mappatura dei bisogni diffuse e sistematiche.

Il progetto *Google Flu Trends* (Ginsberg e al., 2009), ormai diventato un classico nella letteratura metodologica sui *big data*, costituisce un esempio significativo di uso dei dati digitali al servizio della salute pubblica¹. L'obiettivo del progetto era migliorare e rendere più sensibile il monitoraggio della diffusione dell'influenza stagionale. Tale misurazione negli Stati Uniti era affidata ai Centri di controllo e prevenzione delle malattie che raccoglievano ed elaboravano informazioni ricevute da presidi medici locali selezionati sul territorio. Nel progetto *Google Flu Trends* questi dati – ufficiali, controllati, ma giudicati lenti rispetto alla tempestività richiesta ad un sistema di monitoraggio epidemiologico – sono stati affiancati dall'analisi geo-localizzata delle ricerche che le persone fanno sui motori di ricerca digitando espressioni come «influenza», «rimedi per l'influenza», ecc. – cioè dati sicuramente meno precisi ma più veloci per ricostruire il passaggio dell'influenza stagionale in un territorio. Dal punto di vista degli ideatori di *Google Flu Trends*, l'analisi delle *queries* sui motori di ricerca poteva anche servire per «tracciare» i casi di influenza con sintomi lievi, cioè le situazioni in cui le persone non vanno dal medico, sfuggendo così al monitoraggio tradizionale.

Non è difficile immaginare la trasposizione dell'approccio *Google Flu Trends* ad altri domini del welfare. Vari tipi di tracce che le persone lasciano online (ad esempio *queries* di ricerca, interazione sui *social networks*, acquisti, richieste di informazioni su siti istituzionali) possono essere analizzate per cogliere nel loro stato embrionale, e cioè prima che si concludano in forme codificate e ufficiali, situazioni di disagio

¹ Col senno di poi possiamo dire che il valore di questo progetto risiede più nelle prospettive da esso aperte che nella sua efficacia intrinseca. I suoi risultati si sono rivelati nel tempo non proprio soddisfacenti a causa di alcuni problemi di funzionamento che, per motivi di spazio, qui non posso descrivere, ma che sono ben illustrati in (Lazer e al., 2014). Al di là di questi limiti specifici, l'approccio di *Google Flu Trends* nei suoi connotati generali è stato applicato nel tempo in ambiti di ricerca anche molto diversi tra loro.

familiare, economico-lavorativo, psichico, ecc., con l'obiettivo di individuare target di popolazione o territoriali potenzialmente a rischio rispetto ai quali prepararsi ad interventi di welfare mirati (Cao, 2012; Pedersen e Wilkinson, 2018).

Riprendendo la dicotomia concettuale illustrata nel primo paragrafo, quella che distingue tra dati *ready-made* e *custom-made*, possiamo dire che lo scenario sopra descritto si riferisce alle potenzialità del primo tipo di dati per il welfare. Anche sull'altro fronte, quello del *custom-made*, si stanno affermando, soprattutto nel contesto internazionale, strategie innovative di ricerca che aprono scenari nuovi per le politiche di welfare, con particolare riferimento al tema della *ageing society*. Mi sto riferendo alle cosiddette *biosocial surveys*, cioè indagini campionarie – solitamente di tipo longitudinale e svolte su campioni molto grandi – in cui, oltre alle variabili e agli aspetti tipicamente studiati con le survey (caratteristiche sociodemografiche, opinioni, atteggiamenti, stili di vita quotidiana, ecc.), si rilevano anche alcuni *biomarkers*, cioè dati fisici e biologici (altezza, peso, caratteristiche dell'apparato respiratorio, pressione arteriosa, colesterolo, e così via) attraverso i quali valutare e monitorare nel tempo le condizioni di salute degli intervistati (Sala, 2013). Nello specifico, lo scopo principale delle *biosocial surveys* è studiare le relazioni a livello individuale tra tipi di variabili molto diverse tra loro (parametri dello stato di salute effettivo, condizione di salute percepita, stili di vita e di lavoro, ecc.) per analizzare le influenze reciproche tra gli aspetti fisiologici, psicologici e sociali nella vita quotidiana.

In anni recenti, mappando il Dna degli intervistati da campioni di saliva o sangue, l'ambito di rilevazione delle *biosocial surveys* si è esteso alla genetica, campo di studi controverso, soprattutto quando viene messo in relazione – come nel caso delle *biosocial surveys* – con aspetti psicologici, stili e qualità della vita. Ferme restando le implicazioni etiche legate all'apertura alla genetica, nelle *biosocial surveys* «la combinazione tra due approcci consolidati – la survey da un lato e la misurazione di caratteristiche tipicamente associate allo stato di salute dall'altro – crea un ibrido originale funzionale soprattutto allo studio su larga scala delle relazioni tra predisposizioni individuali (anche di natura genetica), stili di vita, condizioni di salute e benessere» (Martire e Pitrone, 2018, p. 61). Come intuibile già da questa breve descrizione, le *biosocial surveys* implicano uno sforzo progettuale e di implementazione molto gravoso; la loro natura longitudinale e la rilevazione congiunta di aspetti psicologici, sociali e *biomarkers* – che richiede il ricorso a competenze mediche in fase di raccolta dei dati oltre a quelle solitamente richieste agli inter-

vistatori nei sondaggi – rendono le *biosocial surveys* molto costose, e generalmente dipendenti da investimenti pubblici significativi in ricerca e sviluppo. A livello internazionale si segnalano attualmente pochissimi progetti di *biosocial surveys* attivi e due di questi sono strettamente legati alle politiche di welfare, con particolare riferimento, come accennato in precedenza, al problema dell'invecchiamento della popolazione.

Negli Stati Uniti il *National Institute on Aging* coordina – con il sostegno, anche finanziario, di altri enti governativi – il progetto di ricerca longitudinale *The Health and Retirement Study* (Hrs); lo scopo del progetto è fornire dati e analisi utili ai responsabili delle politiche sulla salute, sul lavoro e sul welfare, e più in generale alimentare un dibattito pubblico sull'invecchiamento della popolazione che sia informato da un approccio integrato in cui gli aspetti sanitari e di benessere sociale siano trattati nelle loro relazioni reciproche. Dal 2012 il progetto Hrs include anche la rilevazione di informazione genetica (Sonnega e al., 2014). Nel 2001 prende il via il progetto *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* (Share)², con l'esplicita intenzione di adattare il progetto Hrs al contesto europeo, e contribuire così alla costruzione di un sistema informativo trans-nazionale sui temi dell'invecchiamento³.

3. Dati di welfare

I dati, le strategie per la loro raccolta, elaborazione ed interpretazione, non sono centrali solo nella fase di anticipazione e stima di bisogni sociali. Oggi più che mai un intervento di welfare può essere rappresentato come un sistema decisionale complesso di allocazione di risorse che si alimenta continuamente di dati per il suo funzionamento.

Nella letteratura specializzata, per rappresentare ed analizzare i processi decisionali implicati dagli interventi di welfare si fa spesso riferimento al concetto di *Decision Support System* (Dss) (Power, 2008). L'idea di base consiste nell'introdurre in un processo decisionale (ad es., stabilire se una famiglia debba o meno essere oggetto di una misura di welfare, oppure individuare modalità e intensità di tale misura, ecc.) una qualche forma standardizzata di raccolta ed elaborazione di informazioni, la cui logica prescinde dalle specificità dei singoli casi oggetto di deci-

² <http://www.share-project.org/home0.html>.

³ Per ulteriori testimonianze di progetti di biosocial survey vedi: Benzeval e al., 2014; <https://www.understandingsociety.ac.uk/>; <http://www.cuore.iss.it/>.

sione, in questo senso standardizzata, e che assume un ruolo più o meno vincolante per chi ha la responsabilità della decisione.

Nell'ambito del welfare i Dss possono assumere forme molto diverse, generalmente collocabili su due dimensioni: il grado di strutturazione delle informazioni raccolte e, come accennato sopra, il grado di automatismo previsto dal sistema decisionale complessivo. La strategia di raccolta dei dati può essere altamente strutturata (questionari standardizzati, schede di rilevazione che prevedono a monte tutte le casistiche ammissibili), oppure prevedere una qualche combinazione tra dati strutturati e non, contemplando la possibilità di rilevare informazioni più biografiche e situazionali, che possono variare caso per caso (ad es. integrare questionari e schede compilate da una famiglia con le valutazioni spontanee e non standardizzate che può fare un operatore quando entra in contatto con una specifica situazione di disagio effettivo o potenziale).

In un Dss gli output di un sistema informativo possono variare in funzione del ruolo che essi assumono rispetto al processo decisionale. A grandi linee si può dire che si va da un grado zero di automatismo in cui le informazioni raccolte ed elaborate hanno l'obiettivo di informare al meglio il decisore, la cui autonomia è pienamente preservata rispetto ad esse; a gradi intermedi in cui i dati elaborati individuano un range limitato di alternative decisionali possibili, lasciando comunque la responsabilità della scelta finale al decisore; fino a Dss normativi, in cui l'output del sistema informativo è la decisione stessa. In quest'ultimo modello, altamente standardizzato, la responsabilità dei gestori dell'intervento di welfare non si esercita a valle del processo di raccolta ed elaborazione delle informazioni, e cioè nel loro uso caso per caso, quanto piuttosto a monte, nella progettazione e implementazione degli algoritmi che definiscono una volta per tutte le regole di trasformazione di una data combinazione di informazioni in una decisione (Keen, 1987; Schneider e Seelmeyer, 2019).

Quale che sia la funzione attribuita ai dati – anticipare, stimare, localizzare fabbisogni o sostenere in modo più o meno automatizzato processi decisionali – la loro rinnovata centralità per il welfare, legata anche alle innovazioni tecnologiche che rendono possibili forme di rilevazione ed elaborazione delle informazioni inimmaginabili in passato, implica anche un'altra centralità: quella dei cittadini, principali stakeholder dei servizi di welfare e ora, nella cosiddetta «società digitale», anche fornitori insostituibili dei dati e delle informazioni di cui il welfare si serve. Alle principali implicazioni di questa considerazione saranno dedicate le pagine che seguono.

4. *La ricerca sociale come partecipazione*

Le specificità della ricerca sociale rispetto ai modi dell'indagine empirica propri delle cosiddette «scienze dure» (fisica, biologia, chimica, ecc.) sono molteplici e riguardano, tra l'altro, caratteristiche dell'oggetto di studio, logiche e strumenti di rilevazione, potenzialità della formalizzazione e della matematizzazione dei processi e delle conoscenze acquisite. Tali differenze appaiono così significative e irriducibili da mettere in crisi qualsiasi tesi monista in ambito epistemologico, e cioè l'idea per cui si possa e si debba arrivare alla definizione e applicazione di una logica e metodologia dell'indagine scientifica comune a tutte le discipline (Marradi, 2016).

Una di queste differenze irriducibili è a mio avviso ben rappresentata dall'idea secondo cui la ricerca sociale, quando si basa su dati individuali, è sempre e comunque partecipazione. I referenti empirici delle scienze dure (atomi, molecole, strati geologici, corpi celesti, ecc.) possono essere propriamente definiti «oggetti» di rilevazione, nel senso che sono inerti rispetto agli obiettivi conoscitivi e alle procedure messe in atto dal ricercatore. Lo stesso non si può dire per le persone, le quali, quando sono oggetto di rilevazione, attivano comunque complessi processi di attribuzione di senso che influenzano significativamente l'esito della rilevazione stessa. Che si tratti di compilare un questionario semplice e strutturato, oppure di ricostruire in modo approfondito esperienze, atteggiamenti o opinioni, le persone rispondono alle richieste dei ricercatori dando, anche implicitamente, molteplici significati all'interazione col ricercatore, anche in funzione delle intenzioni che gli attribuiscono e degli usi che prefigurano possano essere fatti delle informazioni che vengono raccolte (Pitrone, 2009; Cataldi, 2012).

Riguardo a questo aspetto può essere a mio avviso utile mettere a fuoco una differenza di fondo tra la raccolta di dati che le Università, gli istituti di ricerca pubblici e privati svolgono per scopi acquisizione e miglioramento della conoscenza scientifica di un dato fenomeno sociale e le rilevazioni, come quelle che si fanno nell'ambito del welfare, che producono dati per i quali è previsto un uso diretto, più o meno immediato o differito nel tempo, più o meno mirato su un target di popolazione specifico o generalizzato.

Nel primo caso – ricerca per scopi prevalentemente conoscitivi – le persone che partecipano all'indagine percepiscono il proprio ruolo soprattutto in termini di contributo volontario ad un'attività il cui output (i risultati della ricerca) non avrà conseguenze immediate e dirette sulla

propria vita quotidiana. In sostanza possiamo dire che in questi casi i soggetti – nella loro rappresentazione della situazione – concedono dati, risposte, informazioni ad un committente che persegue scopi conoscitivi suoi propri. La metafora della partecipazione come concessione è implicitamente confermata dalle principali strategie che, nella letteratura metodologica sulla survey, vengono proposte e discusse al fine di gestire al meglio la fase di contatto tra ricercatore/intervistatore e intervistato.

Generalmente si fa riferimento alla dimensione del questionario e alla durata dell'intervista (che devono essere mantenute sotto una certa soglia), alla possibilità da parte dell'intervistato, entro i limiti permessi dal disegno di indagine complessivo, di scegliere tempi e modalità dell'intervista, al rispetto della riservatezza e anonimato delle informazioni raccolte (Palmieri e Liani, 2016). Il patto implicito tra ricercatore e intervistato che queste ed altre strategie più specifiche sembrano sostenere colloca quest'ultimo nel ruolo di chi concede il suo tempo, il suo impegno cognitivo, le informazioni che lo riguardano al primo; un patto asimmetrico in cui è l'intervistato a dare qualcosa al ricercatore, e non viceversa. Nel frame di questo patto l'azione corrispettiva e reciproca del ricercatore consiste nel ridurre il più possibile i costi dell'aiuto che chiede all'intervistato.

Non a caso tra gli istituti di ricerca pubblici e privati si è diffuso ormai da tempo il ricorso a veri e propri incentivi materiali (buoni spesa, denaro, benefit) per agevolare la partecipazione degli intervistati (Church, 1993; Sanchez-Fernandez e al., 2010). L'asimmetria del patto tra ricercatore e intervistato è plasticamente confermata: l'indagine e i suoi risultati interessano al primo e non anche al secondo; l'intervista, piuttosto che una collaborazione, è quindi una prestazione, e in quanto tale va pagata.

Quando, come nel caso delle indagini sociali al servizio del welfare, una campagna di raccolta dati avviene per scopi di uso applicativo diretto e non solo per sviluppare conoscenza, la metafora della concessione sopra descritta non tiene più. Nelle rappresentazioni di chi partecipa alla rilevazione, il rapporto con il ricercatore, e con l'indagine in generale, non si esaurisce nel momento della concessione di informazioni, e quindi la logica degli incentivi e quella della riduzione dei costi sopra descritta appaiono riduttive. Verosimilmente in questi casi, chi concede i dati si sente, rispetto all'uso che può esserne fatto, portatore di interessi tanto quanto chi li riceve. Di conseguenza, la natura del patto implicito tra ricercatore e soggetti studiati si arricchisce: entrano forte-

mente in gioco aspetti come la fiducia, la reputazione e la credibilità, sia rispetto agli attori in campo (chi coordina la raccolta delle informazioni e chi ha la responsabilità dell'uso dei dati), sia rispetto alle procedure messe in atto, non solo in fase di rilevazione, ma anche di utilizzo.

Evidentemente, queste tre dimensioni – fiducia, reputazione e credibilità – non sono del tutto ininfluenti nei contesti di ricerca di tipo più conoscitivo, ma il sempre crescente ricorso alla rilevazione di dati massivi come fase integrante dei processi decisionali istituzionali – nel welfare, ma non solo – ne aumenta il valore strategico, e pone sfide importanti per la ricerca sociale.

5. L'etica della ricerca, una dimensione portante della qualità

I due casi citati in precedenza – *Google flu trends* e le *biosocial surveys* – esemplificano due tipi di campagna di raccolta dati molto diversi tra loro, ascrivibile all'approccio *ready-made* il primo, e *custom-made* il secondo (sul punto vedi sopra, par. 2). Eppure, condividono un obiettivo innovativo: entrambi costituiscono due tentativi di ampliare la base di dati di riferimento per la progettazione di interventi di welfare. L'ambizione che li accomuna è valicare i confini dei presidi istituzionali tradizionali e raccogliere dati massivi riferibili ad ampie popolazioni di riferimento, e non solo a *target* specifici, cioè le persone che entrano in contatto con tali presidi. I *biomarkers*, cioè uno dei tipi di dati rilevati con le *biosocial surveys*, non sono una novità in sé; l'innovazione sta piuttosto nel tentativo di costruire e usare *database* di *biomarkers* riferiti alla popolazione nel suo complesso, non solo quella ospedaliera. *Mutatis mutandis*, lo stesso vale per l'esperienza *Google flu trends*, nell'ambito però dell'analisi secondaria, cioè della raccolta e del trattamento di informazioni già esistenti (*ready-made*) e non rilevate ad hoc.

Proprio in questo spostamento su larga scala stanno sia le potenzialità che la fragilità dei sistemi di raccolta di dati massivi resi possibili dalle nuove tecnologie. Qualsiasi «macchina» di rilevazione di informazioni, per quanto sofisticata e affidabile sul piano tecnologico, poggia le sue fondamenta sulla qualità dei dati di input, e quindi, nel caso di rilevazioni di massa, sul contributo diffuso e granulare di tanti singoli individui sparsi sul territorio, fuori da quei presidi istituzionali che, in linea di principio, consentono un maggior controllo delle informazioni raccolte.

Questa prospettiva di larga scala rende le tre dimensioni sopra citate – fiducia, reputazione e credibilità di chi svolge la ricerca e di chi userà i

dati – strategiche per la qualità del materiale empirico rilevato; costituiscono cioè prerequisito irrinunciabile affinché ci si possa aspettare dai cittadini accuratezza nel fornire dati. Messa in questi termini, un’etica della ricerca improntata ai valori della fiducia, della reputazione e della credibilità sembra un’esigenza rilevante solo per la qualità dei sistemi informativi *custom-made*. In realtà anche quando si raccolgono e analizzano dati già esistenti – come le tracce che le persone lasciano online – queste tre dimensioni favoriscono l’accettabilità sociale di tali pratiche di ricerca, agevolandone il funzionamento.

Nella fase post-emergenza Covid-19 che stiamo vivendo in Italia, due casi mi paiono emblematici e rappresentativi del discorso sopra avviato. Mi riferisco all’app Immuni e all’indagine campionaria su vasta scala con test sierologici coordinata dall’Istat e dalla Croce rossa, cioè due importanti iniziative prese dal Governo italiano in ambito epidemiologico. Entrambe si configurano come due progetti di rilevazione massiva di informazioni, idealmente rivolte alla popolazione nel suo complesso e non a target specifici ospedalizzati. Una delle due (app Immuni) si configura come un sistema di monitoraggio esteso e capillare che sfrutta la diffusione degli smartphone in molte fasce della popolazione. Mentre sto scrivendo queste due iniziative sono ancora in corso⁴; un bilancio ed un’analisi accurata del loro andamento e della loro efficacia è quindi prematuro. Tuttavia, gli indicatori di partecipazione dei cittadini a queste due iniziative (tasso di consenso al prelievo sierologico da parte delle persone incluse nel campione Istat, percentuale di persone che hanno scaricato l’app Immuni, ecc.) hanno da subito dato segnali preoccupanti.

Giustamente, in ottemperanza di uno dei principi cardine dell’etica della ricerca, e cioè il rispetto della persona e della sua autonomia (Manson e O’Neill, 2007), le due campagne di raccolta di dati garantiscono, nel decidere se partecipare o no, libertà di scelta agli individui. Addirittura, l’app Immuni prevede quattro livelli di volontarismo: scaricamento dell’app, attivazione del bluetooth che consente la registrazione di eventuali contatti, disponibilità a sottoporsi al tampone in caso di segnalazione da parte dell’app, consenso allo sbloccaggio dei dati registrati dal proprio smartphone in caso di esito positivo del tampone.

A differenza delle applicazioni di tracciamento sviluppate in altri paesi, Immuni è stata progettata per una tutela massima della riservatezza e

⁴ A inizio agosto 2020 sono stati resi pubblici i primi risultati dell’indagine Istat-Croce rossa.

della privacy del singolo utente; tuttavia questo non è bastato a promuovere adeguatamente il suo utilizzo, il quale, da un punto di vista quantitativo, rimane sotto le attese minime che, secondo gli esperti, devono essere raggiunte perché Immuni possa essere efficace come strumento di monitoraggio diffuso e su larga scala. Come anticipato, qualsiasi analisi di bilancio rigorosa è prematura, tuttavia le testimonianze e le valutazioni degli esperti sui media nazionali hanno sottolineato il ruolo giocato dalle perplessità e dai dubbi dei cittadini sull'effettivo utilizzo dei dati raccolti da Immuni; perplessità e dubbi che i portavoce delle istituzioni non sono riusciti a dissipare.

Se, come credo, i problemi che sta incontrando Immuni non sono contingenti, ma potenzialmente strutturali di qualsiasi sistema di raccolta di informazioni massive per il welfare, gli *stakeholders* istituzionali e scientifici che vogliono investire nella centralità dei dati si trovano di fronte ad una sfida importante.

6. Considerazioni conclusive

Nello spazio che mi resta a disposizione cercherò di delineare due dimensioni, due ambiti di riflessione e di intervento, a mio avviso strategici per una ridefinizione più funzionale del patto tra istituzioni e cittadini nell'ambito delle campagne pubbliche di raccolta di dati.

Maggior equilibrio tra componente deontologica e consequenzialista nell'etica della ricerca. Nella letteratura specializzata si individuano due principi diversi che possono orientare l'etica della ricerca. Da una parte la deontologia, che mette in primo piano i modi con cui si conducono le indagini e chiede ai ricercatori il rispetto di certi limiti; rientrano in questo principio le procedure attraverso cui viene garantita l'autonomia dei partecipanti e il rispetto della riservatezza dei loro dati. Dall'altra il consequenzialismo, che invece valorizza i fini della ricerca, che deve essere orientata all'interesse pubblico e ad una beneficiabilità il più possibile estesa e democratica (Sinnott-Armstrong, 2014; Alexander e Moore, 2015).

Sia in riferimento alla sua progettazione/implementazione, sia per come è stato presentato al pubblico, Immuni, a mio avviso, rappresenta prevalentemente un approccio deontologico all'etica della ricerca.

Come si diceva in precedenza, molto si è infatti insistito sulla sua poca invasività, sull'autonomia lasciata al singolo utilizzatore e sulla non rintracciabilità delle identità personali, aspetto quest'ultimo che secondo alcuni esperti riduce le sue potenzialità come strumento di monitorag-

gio. Tutto ciò comunque non ha dissipato diffidenze e preoccupazioni da parte dei cittadini.

Verosimilmente, quando si tratta di campagne di raccolta dati che prevedono un loro uso applicativo diretto, e non organizzate per scopi prevalentemente se non esclusivamente conoscitivi, l'approccio deontologico non è sufficiente. In ottica consequenzialista, si potrebbero potenziare forme di comunicazione istituzionale che valorizzino chiaramente e dettagliatamente i benefici – per il singolo e per la comunità – dell'indagine che si intende svolgere; benefici che in qualche modo possano compensare e superare i rischi che le persone inevitabilmente associano ad una loro eventuale partecipazione ad essa. Si tratta cioè di affiancare ad una protezione rispetto ai mezzi (ottica deontologica) la condivisione dei fini (ottica consequenzialista). È inoltre importante che tale condivisione non assuma la forma di una comunicazione *top-down* dalle istituzioni al cittadino, ma venga invece costruita in modo partecipato, coinvolgendo la società civile nella varietà delle sue espressioni e dei suoi rappresentanti.

L'etica della ricerca come «ambiente» istituzionale. Per quanto una singola campagna di raccolta dati possa essere progettata e svolta in modo più o meno etico, credibilità, fiducia e reputazione rappresentano più propriamente tre dimensioni di base di un contesto più ampio – culturale, sociale, istituzionale – nel quale le ricerche vengono svolte. Una singola iniziativa, per quanto caratterizzata da una spiccata responsabilità etica, può fare poco per contrastare gli effetti di un senso generalizzato e diffuso di sfiducia verso l'uso che le istituzioni possono fare dei dati.

Per questo l'ottica consequenzialista sopra descritta dovrebbe servire alla costruzione di una cultura dell'informazione e della centralità del dato che in parte prescinde da singole iniziative di ricerca e che rispetto ad esse si configurerebbe come ambiente ideale di funzionamento. In questa prospettiva la collaborazione tra istituzioni e comunità scientifica dovrebbe avere un carattere più strutturale, piuttosto che attivarsi caso per caso, problema per problema.

Riferimenti bibliografici

- Alexander L. e Moore M., 2015, *Deontological Ethics*, in Zalta E.N., *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Stanford University, Stanford.
- Benzeval M. e al., 2014, *Understanding Society: The UK Household Longitudinal Study. Biomarker User Guide and Glossary*, Institute for Social and Economic Research, Essex.

- Cao L., 2012, *Social Security and Social Welfare Data Mining: An Overview*, «Ieee Transactions on Systems, Man, and Cybernetics», vol. 42, n. 6, pp. 837-853.
- Cataldi S., 2012, *La ricerca sociale come partecipazione. Il rapporto tra ricercatore e attore sociale nell'indagine sociologica*, FrancoAngeli, Milano.
- Church A.H., 1993, *Estimating the Effect of Incentives on Mail Survey Response Rates: A Meta-Analysis*, «Public Opinion Quarterly», vol. 57, n. 1, pp. 62-79.
- Ginsberg J. e al., 2009, *Detecting Influenza Epidemics Using Search Engine Query Data*, «Nature», n. 457, pp. 1012-1014.
- Keen P.W., 1987, *Decision Support Systems: The Next Decade*, «Decision Support Systems», vol. 3, n. 3, pp. 253-265.
- Lazer D., Kennedy R., King G. e Vespignani A., 2014, *The Parable of Google Flu: Traps in Big Data Analysis*, «Science», n. 343, pp. 1203-1205.
- Lupton D., 2015, *Digital Sociology*, Routledge, Londra.
- Manson N.C. e O'Neill O., 2007, *Rethinking Informed Consent in Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Marradi A. (a cura di), 2016, *Oltre il complesso d'inferiorità. Un'epistemologia per le scienze sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Martire F. e Pitrone M.C., 2018, *L'integrazione tra le scienze sociali e le scienze biologiche nelle biosocial surveys*, «Sociologia e ricerca sociale», n. 116, pp. 61-74.
- Palmieri M. e Liani S., 2016, *Il contatto nelle interviste telefoniche: rifiuti e strategie di persuasione*, «Rassegna italiana di sociologia», n. 1, pp. 5-30.
- Pedersen J.S. e Wilkinson A., 2018, *The Digital Society and Provision of Welfare Services*, «International Journal of Sociology and Social Policy», vol. 38, n. 3/4, pp. 194-209.
- Pitrone M.C., 2009, *Sondaggi e interviste. Lo studio dell'opinione pubblica nella ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Power D.J., 2008, *Decision Support Systems: A Historical Overview*, in Burstein F. e Holsapple C., *International Handbooks Information System. Handbook on Decision Support Systems 1: Basic Themes*, Springer, Berlino.
- Sala E., 2013, *Le indagini campionarie del nuovo millennio. Quali novità all'orizzonte?*, «Quaderni di sociologia», n. 62, pp. 77-90.
- Salganik M.J., 2018, *Bit By Bit. Social Research in the Digital Age*, Princeton University Press, Princeton; trad. it. 2020, *Bit By Bit. La ricerca sociale nell'era digitale*, il Mulino, Bologna.
- Sanchez-Fernandez J. e al., 2010, *An Analysis of the Effect of Pre-Incentives and Post-Incentives Based on Draws on Response to Web Surveys*, «Quality and Quantity», n. 44, pp. 357-373.
- Schmitz N.H., 2018, *Rimanere connessi: la trasformazione delle indagini campionarie nell'era digitale*, «Sociologia e ricerca sociale», n. 116, pp. 20-32.

- Schneider D. e Seelmeyer U., 2019, *Challenges in Using Big Data to Develop Decision Support Systems for Social Work in Germany*, «Journal of Technology in Human Services», vol. 37, n. 2/3, pp. 113-128.
- Sinnott-Armstrong W., 2014, *Consequentialism*, in Zalta E.N., *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Stanford University, Stanford.
- Sonnega A. e al., 2014, *Cohort Profile: The Health and Retirement Study (Hrs)*, «International Journal of Epidemiology», n. 43, pp. 576-585.

RPS

Fabrizio Martire

APPROFONDIMENTO

Le trasformazioni dei modelli nazionali di politiche attive del lavoro per i giovani Neet in Italia, Germania e Regno Unito

Maria Concetta Ambra

RPS

Il presente contributo si inserisce nel dibattito della political economy comparata ed esamina le caratteristiche qualitative dei modelli di politica attiva del lavoro (Almp) rivolte espressamente ai giovani Neet in tre paesi: Regno Unito, Germania e Italia. I tre modelli di Almp sono esaminati alla luce delle riforme attuate dal 2000 al 2019.

Il principale interrogativo di ricerca è comprendere se e come tali modelli siano cambiati nel tempo e se le trasformazioni siano state influenzate dall'azione sovranazionale europea. L'analisi qualitativa comparata mostra che i tre modelli di Almp presentano proprie specificità nazionali e i cambiamenti introdotti nella fase successiva alla crisi economica hanno contribuito a differenziare il modello inglese e tedesco. Tale processo di divergenza non è attribuibile all'influenza del programma comune europeo

Garanzia giovani (Gg). Nel caso inglese, che non ha adottato il programma Gg, i cambiamenti del modello di Almp sono da ricondurre alle scelte politiche attuate dal governo conservatore. Nel caso tedesco i cambiamenti hanno riguardato la maggiore personalizzazione delle misure già erogate e l'influenza europea è limitata alla disponibilità di risorse aggiuntive europee per l'implementazione nel contesto tedesco del programma Gg. Infine il modello italiano di Almp ha compiuto importanti passi avanti che lo hanno avvicinato alle caratteristiche del modello inglese e tedesco della fase pre-crisi. In questo caso le trasformazioni che si verificano in particolare dal 2014 al 2019 sono state favorite dall'implementazione del programma europeo Gg. Ciononostante il modello italiano di Almp continua a rimanere «incompiuto».

1. Introduzione

Sono passati oltre venti anni dal lancio della *Strategia europea per l'occupazione* nel 1997 che intendeva creare «nuova e buona occupazione» e circa dieci dalla successiva *Strategia europa 2020* in risposta alla crisi economica e finanziaria, per sostenere l'occupazione e promuovere una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva. In questi anni diversi paesi

europei hanno introdotto numerose riforme riguardanti il mercato del lavoro, le politiche sociali e del lavoro e i servizi pubblici per l'impiego. Nel Regno Unito e in Germania le riforme sono entrate a regime prima dell'impatto della crisi economica, creando sistemi di politiche attive del lavoro (Almp) organici e coerenti. In Italia invece, nonostante l'avvio delle riforme (es. nel 1997 con il «Pacchetto Treu» e nel 2003 con la «Legge Biagi») queste sono rimaste incompiute e hanno solo abbozzato un sistema di Almp rimasto «incompleto». In seguito alla crisi, in tutti e tre i paesi i precedenti modelli di Almp vengono ulteriormente modificati.

Tali trasformazioni sono state guidate dall'azione sovranazionale europea? Sinora gli studiosi hanno risposto in modo diverso a questo interrogativo (Ferrera e Gualmini, 1999; Hay, 2010; Burrone, 2016; Baccaro, 2016; Baccaro e Howell, 2017).

Nel tempo il coordinamento tra i paesi europei è andato rafforzandosi, in particolare per effetto delle raccomandazioni del Consiglio, che hanno agito come *soft laws*, ovvero atti giuridici non vincolanti ma in grado di indirizzare le politiche degli stati membri. Proprio una raccomandazione del Consiglio nel 2013 istituisce una garanzia europea per tutti i giovani Neet che non studiano e non lavorano. Lo scopo è quello di impegnare gli stati membri ad offrire ai giovani un lavoro di buona qualità, istruzione continua, un apprendistato o un tirocinio in modo da ridurre gli elevati livelli di inattività e disoccupazione. È la prima volta che viene promosso e co-finanziato con risorse europee il programma comune *Garanzia giovani* (Gg) espressamente dedicato ai giovani Neet al di sotto dei 25 anni. Se il lancio di questo programma comune europeo rivolto ai giovani è una novità, il problema della maggiore difficoltà di accesso dei giovani al mercato del lavoro, non è affatto nuovo per gli studiosi del mercato del lavoro e delle politiche attive. Infatti molte analisi hanno contribuito a delineare tesi teorico-interpretative in grado di spiegarne i più alti livelli di disoccupazione: dalla tesi del capitale umano a quella della dualizzazione, alla segmentazione (Reyneri, 2017). A fronte di spiegazioni diverse sulle cause della disoccupazione giovanile, gli studiosi sembrano invece concordare sulla necessità di supportare i giovani attraverso politiche attive del lavoro. Tuttavia recenti ricerche e studi di valutazione sulle Almp hanno sollevato forti dubbi sul loro funzionamento proprio nei confronti dei giovani (Eichhorst e Konle-Seidl, 2016).

Questo contributo si pone un triplice obiettivo: il primo è quello di esaminare i modelli nazionali di politiche attive del lavoro (Almp) ri-

volte ai giovani Neet, in tre paesi: Germania, Regno Unito e Italia, che in base alle caratteristiche strutturali del mercato del lavoro presentano rispettivamente una incidenza bassa, media, e alta dei livelli di disoccupazione e inattività giovanili; il secondo è quello di delineare il percorso di trasformazione di tali modelli e comprendere se e come siano cambiati; il terzo è quello di verificare se e in che modo il programma comune europeo Gg abbia influito sui tre modelli.

L'articolo è diviso in cinque paragrafi. Il primo presenta una lettura critica della letteratura esistente e mette a fuoco, relativamente al target giovanile, gli aspetti poco esaminati nell'analisi comparata dei modelli nazionali di Almp. Il secondo illustra il metodo adottato nella comparazione, attraverso l'analisi dei dati Eurostat sul diverso andamento dell'incidenza dei Neet nei tre paesi e attraverso l'esame dei principali monitoraggi e studi di valutazione dei tre modelli di Almp destinati ai giovani. Il terzo e il quarto paragrafo delineano le caratteristiche dei tre modelli di Almp nella fase pre-crisi (dal 2000 al 2007) e in quella successiva (dal 2008 al 2019), mettendone in evidenza sia le specificità nazionali sia le tendenze convergenti e divergenti. Il quinto presta attenzione all'influenza del programma europeo Gg. Le conclusioni mostrano che i modelli di Almp destinate ai giovani, presentano significative differenze, che si sono accentuate nel corso dell'ultimo decennio.

2. *Quello che gli studi precedenti non dicono*

Già alla fine degli anni novanta alcuni studiosi avevano iniziato ad esaminare l'impatto delle politiche promosse dall'Ue all'interno dei diversi contesti nazionali, cogliendone gli aspetti positivi (Ferrera e Gualmini, 1999). Tali analisi sono state arricchite da successivi contributi empirici e analitici. Alcuni confermano la rilevanza dell'influenza europea sulle politiche nazionali, sottolineandone però gli aspetti negativi (Baccaro, 2016). Altri invece mostrano come nonostante le pressioni comuni europee, ciascun paese mantenga un proprio profilo distintivo (Hay, 2004; Burroni, 2016).

Secondo Burroni (2016) le politiche europee non hanno prodotto una convergenza tra i diversi paesi, né in termini di paradigmi di policy adottati, né in termini di politiche attuate, né tantomeno nei risultati. Tramite una analisi comparata lo studioso individua infatti quattro diversi modelli di capitalismo in Europa che, nonostante le comuni pressioni esterne, continuano a presentare significative specificità ricondu-

cibili a tre fattori: le caratteristiche istituzionali/regolative; le complementarità istituzionali tra le diverse arene regolative; l'agency dei diversi attori collettivi e individuali, pubblici e privati. Rispetto alle Almp tale analisi si concentra sul diverso livello di spesa in politiche attive rispetto al Pil. Questa scelta non permette di intercettare tra i modelli la presenza di differenze più marcatamente qualitative, come ad esempio relative ai programmi, misure e servizi implementati o al target di beneficiari o alle modalità attraverso cui vengono definiti i criteri di condizionalità.

Se il contributo di Burroni (2016) valorizza le differenze tra i paesi, Baccaro e Howell (2017) ritengono più importante identificarne le somiglianze. Gli studiosi individuano l'emergere di una comune e progressiva convergenza verso un modello neo-liberista, spiegando come alla luce di tale processo, sia più corretto parlare di varietà di neo-liberismi. L'attenzione verso gli aspetti comuni costituisce un arricchimento delle ricerche precedenti, tuttavia vengono esaminate le trasformazioni relative alla regolazione del mercato del lavoro e ai sistemi di relazioni industriali e non anche quelle riguardanti le politiche attive del lavoro.

Il libro di Rizza e Scarano (2019) per certi versi costituisce un passo avanti nello studio dei diversi regimi di Almp non solo per l'attenzione alle dinamiche di cambiamento istituzionale nel lungo periodo, ma soprattutto per l'interesse al tipo di riforma attuata nei diversi paesi. In base alle trasformazioni in quattro aree relative alle politiche del lavoro (la regolazione dei rapporti di lavoro, le politiche passive del lavoro, le politiche attive del lavoro e i servizi per l'impiego) vengono descritti quattro nuovi regimi di politica del lavoro. Anche questa analisi tuttavia riconduce le differenze tra i diversi regimi di Almp al diverso livello di spesa in politiche attive sul Pil. Sebbene venga approfondita la suddivisione della spesa tra le diverse aree (ad es. formazione, servizi per l'impiego, incentivi alle imprese, e così via) non è ancora possibile comprendere *come* vengano concretamente utilizzate le risorse e quali eventuali differenze *qualitative* esistano tra le misure implementate in ciascun paese.

Si tratta a nostro avviso di aspetti trascurati ma rilevanti per cogliere appieno le differenze tra i diversi modelli di Almp. Questo articolo intende colmare tale lacuna, proponendo un avanzamento degli studi comparati attraverso un approfondimento qualitativo delle caratteristiche delle Almp esplicitamente destinate ai Neet, giovani non occupati né impegnati in un percorso educativo o formativo.

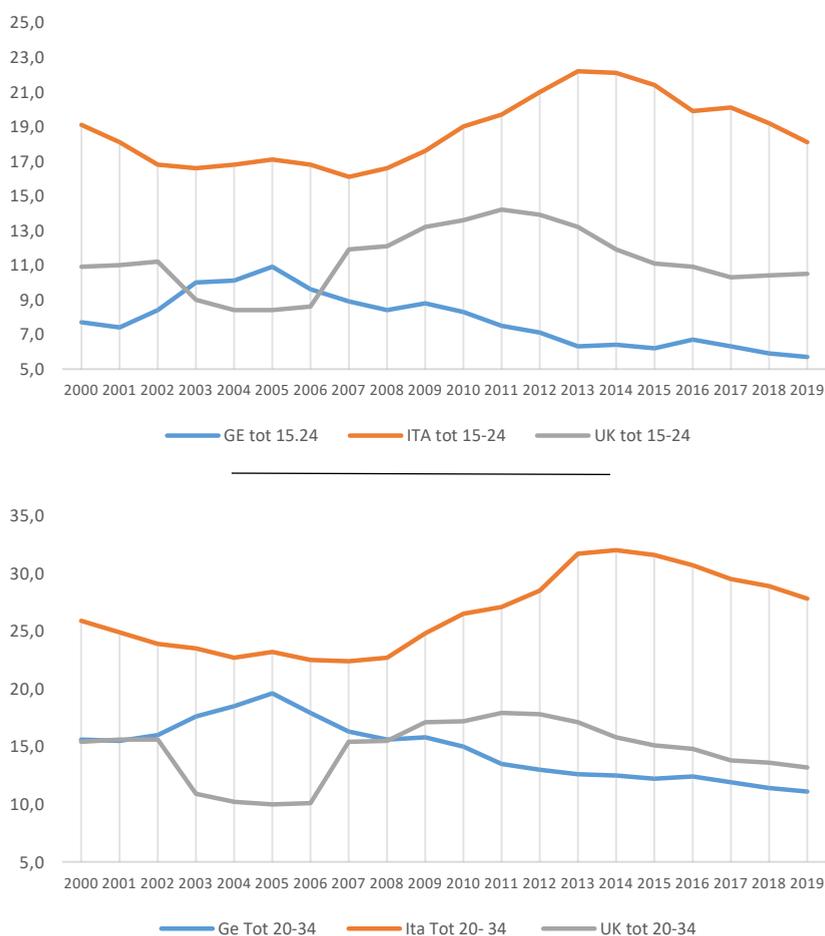
3. Metodo di analisi

La comparazione è stata condotta sulla base dei dati Eurostat (grafico 1) in modo da osservare l'andamento dell'incidenza dei Neet dal 2000 al 2019 in Italia, Regno Unito e Germania. In questo modo è possibile riscontrare una prima tendenza comune ai tre paesi, relativa all'impatto negativo della crisi economica sui livelli di disoccupazione giovanili nel biennio 2008/2009.

RPS

Maria Concetta Ambra

Grafico 1 - Andamento del totale dei Neet per classe di età (15-24 anni) vs 20-34 anni in Germania, Regno Unito e Italia dal 2000 al 2019



Fonte: Nostra elaborazione su dati Eurostat.

Inoltre confrontando la diversa incidenza dei Neet disoccupati in due diverse classi di età (15-24 anni *vs* 20-34 anni) emerge una seconda e inedita analogia tra i tre paesi che riguarda la crescita della percentuale dei Neet all'aumentare dell'età.

Si tratta di un dato rilevante perché da una parte evidenzia che il fenomeno dei Neet non si limita ai giovanissimi (15-24 anni) ma colpisce anche i giovani adulti (20-34 anni) e dall'altra dimostra che l'innalzamento dell'età dei Neet non riguarda esclusivamente i paesi dell'area mediterranea, come la Grecia (Bell e Blanchflower, 2015) e l'Italia, ma anche la Germania e il Regno Unito, due paesi nei quali i mercati del lavoro presentano caratteristiche strutturali molto diverse.

Esaminando le differenze, nel Regno Unito i livelli di inattività e disoccupazione giovanili aumentano già a partire dal 2006-2007 e tale andamento prosegue per circa 5-6 anni (dal 2006 al 2011/2012). In Germania invece gli effetti della crisi sulla crescita della percentuale di Neet risultano visibili solo dal 2008 al 2009 e dopo questo anno critico, si osserva una riduzione costante, fino ad arrivare ai livelli più bassi in Europa. In Italia infine la percentuale di Neet risulta non solo la più elevata ma si attesta su alti livelli per un periodo più prolungato, di circa 6-7 anni (dal 2007/2008 fino al 2013/2014).

Il periodo osservato è stato distinto in una fase pre-crisi (dal 2000 al 2007) e una post-crisi (dal 2008 al 2019) e la diversa incidenza dei Neet nei tre paesi è stata esaminata alla luce delle diverse caratteristiche dei modelli di Almp implementati nelle due fasi. Le principali peculiarità dei tre modelli nazionali di Almp sono state individuate attraverso una analisi secondaria di studi e ricerche ad hoc condotte nei tre paesi. Si tratta dei monitoraggi dei principali programmi realizzati e specifici studi di valutazione delle politiche e misure attuate a favore dei giovani Neet.

Nella comparazione tra i modelli di Almp sono stati esaminati i seguenti fattori: a) specifico programma introdotto; b) profilo del target dei beneficiari; c) misure di politica attiva previste; d) modalità organizzative e gestionali dei servizi per l'impiego nell'erogazione di misure attive; e) eventuali misure passive collegate; f) eventuale integrazione delle misure attive e passive; g) modalità di erogazione delle misure passive e attive; h) eventuale adozione di criteri di condizionalità più o meno stringenti.

L'analisi qualitativa comparata dei tre modelli di Almp nelle due diverse fasi ha permesso di cogliere i cambiamenti avvenuti da una fase all'altra e mettere a fuoco eventuali differenze permanenti e/o le somiglianze o tendenze comuni emergenti.

4. Le Caratteristiche dei modelli di Almp nel Regno Unito, Germania e Italia dal 2000 al 2007

Per approfondire le specificità del modello inglese di Almp in questa fase sono stati analizzati i principali studi di valutazione del programma *New Deal for Young People* (Ndyp) lanciato dal governo Blair ed esplicitamente rivolto ai giovani dai 16 ai 24 anni¹. Questi studi hanno esaminato le diverse misure anche in relazione alla loro diversa efficacia. Bonjour e al. (2001), ad esempio, sottolineano l'auto-efficacia del programma e l'impatto positivo delle misure di assistenza nella ricerca del lavoro. Dorsett (2006) evidenzia il miglior funzionamento dei sussidi all'occupazione nel settore privato rispetto alla creazione di lavori nel settore pubblico. Per quanto riguarda le modalità organizzative e gestionali dei servizi per l'impiego inglesi è importante ricordare che il processo di trasformazione dei servizi pubblici per l'impiego negli attuali *Jobcenter Plus* ha richiesto quattro anni di tempo (dal 1998 al 2002) per essere completato ed è stato accompagnato da una revisione delle misure passive, con la sostituzione del precedente *Unemployment Benefit* con il *Jobseeker's Allowance* (Jsa), e la diretta attribuzione ai *Jobcenter* del compito di erogazione delle misure attive e passive, in modo da realizzare una gestione integrata dei servizi (Martin, 2014). Infine con la introduzione della condizionalità, la partecipazione al programma viene resa obbligatoria per i percettori del supporto economico.

Le caratteristiche del modello di Almp in Germania sono state individuate sulla base di uno studio di valutazione sui principali programmi tedeschi rivolti ai giovani di età compresa tra 15 e 24 anni (Caliendo e al, 2011). I giovani nella Germania est e ovest erano già destinatari di uno specifico programma federale: *Jump* (*Immediate Action Program for Lowering Youth Unemployment*) introdotto in via sperimentale nel 1999 e ulteriormente finanziato sino al 2004 per favorire l'accesso di giovani disoccupati e svantaggiati alle misure di politica attiva. Dal 2004 diventa operativo il programma *Sgb III* che migliora le misure rivolte ai giovani, integrandole con quelle previste dal *Job-Aktiv Act* del 2002. In seguito alle riforme attuate sotto la guida del governo Schröder dal 2002 al 2005, il modello di Almp tedesco assume caratteristiche molto simili a

¹ Lo studio di Bonjour e al (2001) si basa sui dati di una survey nazionale condotta su circa 11 mila partecipanti al Ndyp, quello di Dorsett (2006) sui dati amministrativi di circa 34 mila partecipanti al programma da settembre a novembre del 1998.

quello inglese, sia per quanto riguarda le misure attive², sia per le modifiche alle modalità organizzative e gestionali dei servizi per l'impiego, grazie alla creazione dei *Jobcenter* con il compito di erogare in maniera integrata le misure di sostegno al reddito e quelle di attivazione. Analogamente vengono riformate anche le misure passive, aggiungendo nel 2005 alla indennità assicurativa su base contributiva (*Arbeitslosengeld I*), uno schema di reddito minimo di tipo assistenziale (*Arbeitslosengeld II*), finanziato dalla fiscalità generale e destinato ai disoccupati che hanno esaurito l'indennità assicurativa e ai soggetti a basso reddito (Ciarini e al., 2020). Infine anche nel modello tedesco viene introdotto il principio di condizionalità e in caso di rifiuto delle misure attive o di un lavoro ritenuto «accettabile» sono previste decurtazioni delle misure passive.

Il modello italiano si differenzia notevolmente da quello inglese e tedesco, come si nota già dall'assenza di un programma di Almp dedicato ai giovani. Le misure di politica attiva sono infatti destinate anche ai giovani, fino ai 29 anni di età. Queste le misure attive esistenti: 1) incentivi per assunzioni nel settore privato; 2) sgravi contributivi; 3) formazione professionale (apprendistato e contratti di formazione e lavoro); 4) autoimpiego e imprenditorialità giovanile; 5) lavoratori socialmente utili; 6) integrazione delle persone con disabilità nelle cooperative (Ministero del Lavoro e della previdenza sociale, 2007).

Gli incentivi vengono destinati alla trasformazione dei contratti di apprendistato, di formazione e lavoro e di inserimento lavorativo (Cil)³ con sgravi, in contratti a tempo indeterminato e a tempo pieno. Gli sgravi contributivi vengono destinati al mezzogiorno per agevolare l'assunzione di soggetti vulnerabili nei territori più critici. Per i giovani fino a 29 anni sono previsti gli incentivi alle assunzioni ma non gli sgravi contributivi.

Le differenze tra il modello italiano rispetto a quello inglese e tedesco sono rilevanti. In primo luogo si segnala la mancanza di un sussidio di disoccupazione non contributivo o di un qualche schema di reddito minimo di garanzia destinato alle persone che non hanno mai avuto un

² L'unica differenza consiste nella assenza in Germania delle «esperienze di lavoro» nel settore del *retail* e dei servizi, spiegabile alla luce della più forte presenza di posti di lavoro nel settore industriale nel mercato del lavoro tedesco.

³ Il contratto di inserimento lavorativo (Cil) è pensato per favorire l'inserimento lavorativo di diversi soggetti deboli (lavoratori over 50 anni; disoccupati di almeno 24 mesi; lavoratori in mobilità o in Cigs da almeno 3 mesi; donne residenti in aree con una forte differenza di genere; giovani fino a 29 anni; persone con disabilità).

lavoro. Quindi le misure passive sono rivolte solo ai lavoratori che hanno perduto l'occupazione (indennità di mobilità; indennità di disoccupazione; cassa integrazione guadagni e pre-pensionamenti). In secondo luogo il modello italiano non prevede l'erogazione integrata di misure passive e attive. Le prime infatti dipendono dall'Inps mentre quelle attive dai Cpi e dalle Apl. Infine l'assenza di un sistema informativo che colleghi i dati Inps con quelli di Cpi e Apl impedisce l'applicazione di qualsiasi condizionalità.

Tabella 1 - Caratteristiche dei modelli di Almp nel Regno Unito, Germania e Italia, dal 1997 al 2007

	Regno Unito	Germania	Italia
a) Programma	<i>Ndyp</i>	<i>Jump e Sgb III</i>	Nessun programma specifico per i giovani
b) Target	Giovani 16-24 anni	Giovani 15-24 anni	Giovani 15-29 anni
c) Misure attive	<ol style="list-style-type: none"> 1) Supporto alla ricerca intensiva di lavoro 2) Sussidi all'occupazione a tempo pieno 3) Educazione e formazione 4) Inserimento task force ambientale (pubblico) 5) Esperienze di lavoro nel <i>retail</i> e servizi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Orientamento e supporto ricerca lavoro 2) Incentivi all'occupazione nel privato 3) Formazione (breve <i>vs</i> lungo periodo con apprendistato) 4) Lavoro pubblico sussidiato 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Orientamento e formazione professionale (apprendistato e contratti di formazione e lavoro) 2) Incentivi occupazione dipendente 3) Sgravi a carattere territoriale 4) Creazione diretta lavoro pubblica utilità (Lsu) 5) Autoimpiego e imprenditorialità giovanile 6) Integrazione persone con disabilità
d) Erogano misure attive	<i>Jobcenter plus</i>	<i>Jobcenter</i>	Cpi (pubblici) <i>vs</i> Apl (privati)
e) Misure passive	<i>Jobseeker's Allowance (Jsa)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Indennità assicurativa (<i>Arbeitslosengeld I</i>) su base contributiva 2) Reddito minimo assistenziale (<i>Arbeitslosengeld II</i>) finanziato dalla fiscalità generale 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Indennità di mobilità 2) Indennità di disoccupazione 3) Cassa integrazione guadagni (Cig) 4) Pre-pensionamenti
f) Integrazione con Misure passive	Si	Si	No
g) Modalità erogazione misure passive e attive	Erogazione integrata <i>Jobcenter Plus</i>	Erogazione integrata <i>Jobcenter</i>	Erogazione separata: Misure passive (Inps) <i>vs</i> Misure attive (Cpi e Apl)
h) Condizionalità	Si	Si	No

Fonte: Nostra elaborazione.

Tabella 2 - Caratteristiche dei tre modelli di Almp nel Regno Unito, Germania e Italia dal 2008 al 2019

	Regno Unito	Germania	Italia
a) Programma	<i>Work Programme Participation Strategy</i>	<i>Jugend stärken (Js)</i>	<i>Garanzia giovani (Gg)</i>
b) Target	1) Giovani Neet 16-24 anni 2) Disoccupati di lungo periodo 3) Persone con disabilità	1) Giovani drop-out e immigrati 12-26 anni 2) Giovani migranti 15-27 anni 3) Giovani ancora in istruzione 4) Giovani migranti under-30, rifugiati e coniugi ricongiunti	Giovani Neet 15-29 anni
c) Misure attive	1) Orientamento e assistenza alla ricerca lavoro 2) Incentivi ai datori per ogni Neet assunto 3) esperienze di lavoro 4) incentivi ai datori per apprendistato 5) azioni di prevenzione per giovani 16-17 anni (rientro nei percorsi educativi o formativi o alternanza formazione e lavoro).	1) <i>Jugend Stärken Im Quartier</i> : servizi territoriali di integrazione sociale, educativa e professionale; misure assistenziali e socio-pedagogiche; attività su territori problematici 2) <i>Jugendmigrationsdienste</i> : servizi individuali e collettivi di assistenza linguistica, culturale e burocratica 3) <i>Jugend Stärken: 1000 Chancen</i> : accompagnamento al lavoro, visite in azienda, incontri con imprenditori, training e coaching; 4) <i>Garantiefonds-Hochschule</i> : fondi di garanzia per l'università, supporto e consulenza per studi universitari o di preparazione licenza di maturità).	1) Orientamento e Formazione 2) Accompagnamento al lavoro 3) Apprendistato 4) Tirocinio extra curriculare 5) Servizio civile (nazionale, regionale, europeo) 6) Autoimpiego e autoimprenditorialità 7) Mobilità professionale 8) Incentivi occupazione Neet
d) Servizi per l'impiego che erogano le misure attive	1) <i>Jobcenter plus</i> 2) <i>Prime contractor</i> 3) Volontariato e terzo settore per i Neet più giovani (16-17 anni)	1) <i>Jobcenter</i> in collaborazione con comunità, scuole e altri enti sociali. 2) <i>Jobcenter</i> in collaborazione con organismi assistenziali per adulti con background migratorio, scuole, imprese e famiglie dei giovani. 3) Personale socio-pedagogico del Ministero per le politiche familiari in collaborazione con Associazione giovani imprenditori	Cpi (pubblici) <i>ns</i> Apl (privati)
e) Misure passive	<i>Universal Credit</i> (2013-2018)	<i>Arbeitslosengeld I</i> , indennità assicurativa contributiva <i>Arbeitslosengeld II</i> , reddito minimo assistenziale finanziato dalla fiscalità generale (2005)	<i>Rdc</i> (2017)
f) Integrazione con misure passive	Sì	Sì	No (Esistente ma non attuabile)
g) Modalità erogazione misure passive e attive	Erogazione integrata	Erogazione integrata	Erogazione separata Misure passive (Inps) <i>ns</i> Misure attive (Cpi e Apl)
h) Condizionalità	Sì	Sì	No (Esistente ma non attuabile)

Fonte: Nostra elaborazione.

5. Le trasformazioni dei modelli di Almp nel Regno Unito, Germania e Italia dal 2008 al 2019

Nella fase successiva alla crisi, nei tre paesi sono introdotte ulteriori riforme che contribuiscono a modificare le caratteristiche assunte dai modelli di Almp sin qui descritti.

Il Regno Unito sotto il governo di coalizione guidato dal conservatore Cameron, lancia il nuovo programma *Work Program*, nel cui ambito vengono destinate ai giovani le misure previste dal *Participation Strategy*. Sono stanziati risorse economiche e misure per circa mezzo milione di beneficiari sul totale di oltre un milione di Neet stimati (Sissons e Jones 2012, p. 37). Le misure non si distanziano molto da quelle precedenti e oltre agli incentivi ai datori di lavoro per apprendistati o per l'assunzione di Neet, sono previste anche esperienze di lavoro e azioni di prevenzione per ragazzi di 16 e 17 anni, per facilitarne il rientro in percorsi educativi, di apprendistato o di alternanza formazione e lavoro. Il *Work Programme* però non è più rivolto solo ai giovani ma anche ai disoccupati di lungo periodo e alle persone con disabilità. Altri importanti mutamenti in questa fase sono l'introduzione nel 2013 dell'*Universal Credit* che accorpa tutti i benefici sottoposti alla prova dei mezzi esistenti ed entra a regime nel 2018 (Martin, 2014); la regolamentazione dell'ingresso di fornitori privati nel mercato dei servizi per l'impiego: i *Prime Contractor* ai quali vengono esternalizzati i servizi destinati ai soggetti più difficili. Questi provider privati, operano attraverso contratti quinquennali, con compensi commisurati ai risultati ottenuti e premi più alti per i servizi offerti agli utenti più svantaggiati, in modo da evitare gli effetti «scrematura» e «parcheggio» (*ivi*, 2014).

In Germania dal 2007 al 2014 era operativo il Programma *Jugend Stärken* (rafforzare i giovani) rivolto ai giovani con basso livello di istruzione e con background migratorio. Il programma viene rifinanziato fino al 2020, con l'aggiunta di 5 milioni di euro di fondi federali e ulteriori 115 milioni stanziati dall'Europa nell'ambito del programma europeo *Garanzia giovani* (Remenyi, 2017). È interessante osservare la specifica articolazione delle misure in base al profilo dei destinatari e del soggetto erogatore. La prima *Jugend Stärken Im Quartier* (rafforzare i giovani nel quartiere) si rivolge ai *drop out* e con background migratorio e offre servizi territoriali di integrazione sociale, educativa e professionale, misure assistenziali e socio-pedagogiche e una serie di attività sui territori problematici per rafforzare le competenze del soggetto e della comunità locale. La seconda *Jugendmigrationsdienste* riguarda i giovani migranti e

RPS

Maria Concetta Ambra

prevede servizi individuali e collettivi di assistenza linguistica, culturale e burocratica. La terza *Jugend Stärken: 1000 Chancen* (rafforzare i giovani: 1000 chance) è destinata ai giovani ancora impegnati in percorsi educativi e offre servizi di accompagnamento al lavoro, visite in azienda, incontri con giovani imprenditori, assistenza orientativa, training e coaching. La quarta *Garantiefonds-Hochschule* (fondi di garanzia per l'università) prevede supporto e consulenza per i giovani rifugiati e relativi congiunti, per spingerli ad iniziare o riprendere gli studi universitari (attraverso, ad esempio, corsi di lingua tedesca fino al livello C1 o classi di preparazione al conseguimento della licenza di maturità). Inoltre ciascuna misura è erogata in collaborazione con altri attori pubblici e privati. Quelle per i giovani nel quartiere prevedono la collaborazione tra *Jobcenter*, le comunità sparse sul territorio, le scuole e altri enti sociali; quelle per i giovani migranti sono erogate dagli organismi assistenziali per adulti con background migratorio in collaborazione con scuole, imprese e famiglie; quelle per i giovanissimi impegnati nel percorso educativo sono offerte dal personale socio-pedagogico qualificato del Ministero per le politiche familiari, in collaborazione con l'Associazione di giovani imprenditori della Germania.

Il modello italiano nella fase successiva alla crisi, risente di molteplici trasformazioni legate in particolare alla introduzione di tre riforme. La prima è la legge Fornero del 2012, che razionalizza il sistema di ammortizzatori sociali esistenti e introduce nuove misure di sostegno economico più adeguate alla tutela dei giovani entrati nel mercato del lavoro con contratti precari e non standard. La seconda è la riforma *Jobs Act* del Governo Renzi, nel 2014, che prova a modificare l'assetto organizzativo e gestionale dei Cpi con la creazione di una Agenzia nazionale per le politiche attive (Anpal) e avvia l'attuazione del programma Gg di cui tratteremo nel paragrafo seguente. La terza riguarda l'introduzione nel 2017 di uno schema di reddito minimo di garanzia, chiamato impropriamente reddito di cittadinanza (Rdc) e teoricamente condizionato all'attivazione (Reyneri, 2018).

6. L'implementazione di Garanzia giovani in Italia

Come rilevato nel paragrafo precedente, la Germania utilizza parte delle risorse europee stanziata nell'ambito del programma Garanzia giovani per riconfermare e rifinanziare le misure del programma JS, già operativo dal 2007 al 2014. L'influenza europea sul modello di Almp tedesco sem-

bra quindi limitata all'opportunità di utilizzare risorse aggiuntive per l'attuazione del modello già esistente (Anpal, 2017a). Va inoltre sottolineato che la Germania, in virtù dei suoi più bassi livelli di Neet, riceve minori risorse rispetto all'Italia che invece si distingue tra i paesi che ottengono maggiori finanziamenti (Escudero e Lopez Mourelo, 2015). Invece il Regno Unito, pur condividendo l'impostazione di fondo di Gg sceglie di non prendere parte al programma e non attuarlo (Anpal, 2017b).

Per l'Italia Gg rappresenta non solo una importante fonte di risorse economiche ma anche il primo vero banco di prova per migliorare il suo modello di Almp rimasto per molti anni «incompiuto» (Anpal, 2018, 2019).

L'implementazione di Gg in Italia si realizza in quattro fasi: 1) *registrazione*, 2) *presa in carico* da parte delle istituzioni, 3) *erogazione* delle misure previste (attivazione o avviamento) e 4) *monitoraggio* degli esiti occupazionali alla conclusione dell'intervento.

Per la fase di *registrazione* sono stati attivati diversi canali di accesso, non solo tramite i centri per l'impiego pubblici (Cpi) e le agenzie per il lavoro (Apl) ma anche per via telematica, grazie alla creazione di un sito Internet nazionale e successivi siti internet regionali. Secondo i dati dell'ultimo monitoraggio Anpal (2020) nel periodo esaminato che va dal 2014 a fine dicembre 2019, oltre 1 milione e 564 mila giovani Neet si sono registrati al programma. Di questi il 52,2% è rappresentato da uomini. La quota più consistente di partecipanti appartiene alla classe di età 19-24 anni (56,4%).

Durante la fase di *presa in carico* i giovani sottoscrivono il «patto di attivazione» e vengono sottoposti alla profilazione che consiste nella loro valutazione in base a determinati parametri e relativa attribuzione di un indice di rischio. Complessivamente sono stati presi in carico oltre 1 milione e 221 mila giovani, con una prevalenza da parte dei Centri per l'impiego pubblici (77,3%) rispetto alle Agenzie per il lavoro accreditate (22,7%). Sul totale dei giovani presi in carico, la maggior parte pari al 55,7% ha una età compresa tra 19-24 anni, il 34,4% è rappresentato dagli over 25 e il restante 9,9% è costituito da minorenni. Il 57,9% ha un titolo di scuola secondaria superiore.

Per quanto riguarda il ruolo dei provider pubblici e privati è importante sottolineare le differenze riscontrate tra Cpi e Apl nelle diverse aree geografiche, con una prevalenza di giovani presi in carico dalle Apl nelle regioni del nord ovest (ed in particolare in Lombardia e Piemonte) rispetto alle regioni del sud, dove i Cpi si sono fatti carico di una utenza più difficile da collocare nel mercato del lavoro.

La terza fase *dell'attivazione o avviamento*, consiste nella offerta di una o più misure tra quelle esistenti. Complessivamente dal 2014 alla fine del 2019 sono stati erogati oltre 870 mila interventi di politica attiva, un numero superiore al totale dei giovani avviati, pari a 703.740, poiché in alcuni casi sono stati offerti più servizi ad una stessa persona (ad esempio orientamento e tirocinio). Tra i giovani attivati, il 43,6% sono quelli nelle regioni del nord contro il 35,5% nelle regioni del sud e isole e il 20,9% nel centro. L'indice di attivazione è più basso per i giovani nel sud e isole e per quelli con più difficoltà a inserirsi nel mercato del lavoro, mentre è più elevato nelle regioni settentrionali ed in particolare nel nord-ovest, e per i giovani con minori difficoltà di inserimento.

Tra le misure esistenti le più utilizzate sono state il tirocinio extra-curriculare (57%), gli incentivi occupazionali (25,5%) i percorsi di formazione (13,4%). La misura meno utilizzata è stata l'accompagnamento al lavoro (2%). Alcune misure, come ad esempio i bonus e gli incentivi occupazionali sono stati aggiunti nel corso del 2018. L'analisi delle misure per area geografica mette in evidenza alcune differenze nei modelli di intervento. Nelle regioni centrali e meridionali il tirocinio extra-curriculare assorbe rispettivamente il 65,9% e il 58,6% delle politiche attive. Tale percentuale diminuisce nelle regioni settentrionali lasciando più spazio agli incentivi e all'accompagnamento al lavoro nel nord-ovest e alla formazione nel nord-est.

L'ultima fase del programma è quella che prevede il monitoraggio e l'analisi del tasso di inserimento occupazionale dei Neet, calcolato sul totale di 680.751 giovani che hanno concluso la partecipazione al programma. Ben 546.235 giovani (pari all'80,2%) dichiara di avere avuto almeno una esperienza di lavoro. 368.947 risultano occupati (pari al 54,2%) con una prevalenza maschile (55,2%) rispetto a quella femminile (53,1%). Dal punto di vista contrattuale 162.336 giovani, pari a circa il 44%, hanno un contratto a tempo indeterminato, seguito dal 32,4% di giovani con contratto di apprendistato, il 19,6% a tempo determinato, il 2,6% intermittente e l'1,4% con contratto di collaborazione o altro (Anpal, 2020, p. 27).

I monitoraggi mostrano che il tasso di inserimento dei giovani cresce in base all'età (passando dal 49,2% dei 15-18 anni al 54,9% tra i 25-29 anni), al titolo di studio (che varia dal 45,4% dei giovani con licenza media al 61,2% dei laureati) e all'area geografica (62% nel nord est rispetto al 61,2% nel nord ovest, il 57,2% nel centro e il 43,4% nel sud e isole). Infine sono i giovani a basso rischio di inserimento lavorativo (63,9%) quelli che sono riusciti più facilmente a trovare un'occupazione rispetto ai giovani ad alto rischio (43,9%).

Questi dati evidenziano che le misure attuate non sono riuscite a contrastare le diseguaglianze esistenti ma le hanno assecondate. Le difficoltà strutturali nell'accesso al mercato del lavoro permangono e le misure funzionano per i giovani meno a rischio, con titoli di studio più elevati e nelle regioni del nord ovest, dove si concentra più della metà dei giovani che ha trovato occupazione (57,1%), rispetto al 33,3% nelle regioni del sud e isole.

7. Conclusioni

I dati Eurostat, sull'andamento dei livelli di incidenza dei giovani Neet nel corso dell'ultimo ventennio, mettono in evidenza la riduzione del fenomeno nel Regno Unito e in Germania, proprio a partire dagli anni successivi al completamento delle principali riforme, la cui entrata a regime ha richiesto un periodo continuativo di almeno quattro anni (dal 1998 al 2002 nel Regno Unito e dal 2002 al 2005 in Germania). Al contrario in Italia la incompiutezza delle riforme (del 1997 e del 2003) ha reso più grave e duraturo l'impatto della crisi sui giovani, sia in termini di elevata incidenza dei giovani Neet, sia per la più prolungata durata degli effetti negativi.

L'analisi delle caratteristiche dei diversi sistemi di Almp nei tre paesi nella prima fase (2000-2007) evidenzia la forte somiglianza tra il modello inglese e tedesco e la notevole differenza del modello italiano (tabella 1). Nel modello inglese e tedesco le analogie riscontrate nella prima fase hanno riguardato diversi aspetti: i programmi espressamente rivolti al target giovanile; l'articolazione delle misure attive in base alle caratteristiche degli utenti; le misure passive di supporto economico e il loro collegamento alle misure di attivazione; le più stringenti condizionalità introdotte; l'ammodernamento dei servizi per l'impiego pubblici e la creazione di un sistema di *Jobcenter* coordinato da una forte regia pubblica e con una erogazione integrata delle misure attive e passive.

Il modello italiano di Almp nella prima fase non prevede alcun programma dedicato ai giovani e destina le misure attive a diversi target di utenti: over 50anni, disoccupati di lungo periodo, donne residenti in zone con più altri livelli di disoccupazione femminile, giovani fino a 29 anni di età, persone con disabilità. Nonostante la trasformazione dei servizi per l'impiego negli attuali Cpi, questi tuttavia non vengono dotati né del numero di operatori sufficienti né degli strumenti necessari ad operare con efficacia (Anpal, 2018; Reyneri, 2018). La parallela aper-

tura ad operatori privati, non sottoposti al rispetto di una serie di regole e sanzioni, ha permesso alle Apl di insediarsi prevalentemente nei territori con più elevati livelli di occupazione e fornire i propri servizi in concorrenza con i Cpi. Inoltre nei confronti delle Apl non è stato previsto alcun meccanismo in grado di disincentivare eventuali azioni di «scrematura» dell'utenza a favore di soggetti più facilmente reinseribili nel mercato del lavoro e/o di «parcheggio» degli utenti più difficili. Un altro aspetto molto importante e che differenzia notevolmente il modello italiano da quello inglese e tedesco, è l'assenza di misure passive non contributive, che ha costretto l'Italia a fronteggiare lo shock occupazionale fra il 2009 e il 2010 ricorrendo ad un esteso uso degli ammortizzatori sociali tradizionali «in deroga» (Ronchi e Terlizzi, 2018).

Dopo la crisi economica, che dal 2008 al 2009 ha contemporaneamente colpito tutti e tre i paesi, facendo risalire i livelli di disoccupazione e inattività giovanili, i tre modelli di Almp sono sottoposti ad ulteriori cambiamenti. In questa seconda fase (2008-2019) si verifica una divergenza tra il modello inglese e tedesco, che si distanziano nei programmi attuati, nelle misure attive e passive erogate, nel target di destinatari e nelle caratteristiche dei provider che offrono i servizi (tabella 2).

Il nuovo modello di Almp inglese con il *Work Programme*, implementa una serie di misure attive che ricalcano quelle già presenti nel programma precedente *New Deal*, rivolte non più solo ai giovani ma anche ai disoccupati di lungo periodo e alle persone con disabilità.

Il modello di Almp tedesco con il programma *Jugend Starken* modifica ulteriormente le misure attive, rendendole più adeguate al profilo dei giovani cui si rivolge (ad es. drop-out, giovani migranti, rifugiati e loro congiunti), e moltiplica gli attori (pubblici e privati) che cooperano nell'erogazione dei servizi. Infine sebbene in entrambi i modelli, rimanga centrale l'azione dell'attore pubblico, va notato come si diversifichi il ruolo. Nel modello inglese la gestione pubblica mantiene il compito di stabilire regole, premi e sanzioni nei confronti dei fornitori privati, ai quali vengono esternalizzati i servizi e le misure rivolte agli utenti più difficili, ma tende a defilarsi dal compito di erogazione. Nel modello tedesco anche l'offerta dei servizi continua ad essere presidiata dai *Job-center* pubblici che coinvolgono però anche altri attori pubblici e privati. Il modello italiano di Almp in questa seconda fase, e in particolare dal 2014 al 2019, compie importanti passi avanti con l'implementazione del programma europeo Gg, attraverso il quale per la prima volta i giovani tra 15 e 29 anni possono accedere ad una serie di misure specifiche. Gli esiti del programma, tuttavia confermano il più facile inserimento oc-

cupazionale dei soggetti già pronti ad entrare nel mercato del lavoro e in coincidenza con il periodo di ripresa della domanda, quando si verifica un aumento dei posti di lavoro disponibili sul mercato.

In conclusione l'analisi qui proposta conferma che i tre modelli di Almp non solo hanno continuato a presentare proprie specificità nazionali, ma sono anche cambiati nel tempo procedendo in direzioni diverse.

Il modello tedesco e inglese- che presentavo caratteristiche molto simili nella prima fase- contrariamente alla tesi della convergenza (Baccaro e Howell, 2017), si sono maggiormente differenziati nella fase successiva alla crisi. Tale processo è avvenuto più per le trasformazioni introdotte nel modello inglese, che per effetto del programma europeo Gg sul modello tedesco. Va sottolineato che il modello inglese di Almp non ha subito alcuna influenza da parte del programma comune europeo Gg, che infatti non è stato adottato nel contesto nazionale inglese. Le trasformazioni del modello inglese di Almp sono quindi da ricondurre unicamente alle scelte politiche attuate dal governo inglese. Il modello di Almp tedesco ha invece mantenuto l'impianto generale introdotto nella prima fase, utilizzando le risorse europee destinate all'attuazione di Gg nel contesto nazionale tedesco per personalizzare ulteriormente le misure attive erogate. L'influenza europea sul modello tedesco sembra quindi limitarsi alla possibilità di impiegare risorse aggiuntive per l'implementazione di un modello di Almp già ben consolidato.

Infine il modello italiano di Almp che nella prima fase mostrava notevoli differenze rispetto a quello inglese e tedesco, ha proceduto per certi versi a convergere verso quei modelli durante l'ultimo decennio. In questo caso il percorso di avvicinamento ai modelli di Almp inglese e tedesco, più simili tra loro nella prima fase, è stato favorito dall'attuazione del programma europeo Gg, che ha effettivamente influito su diverse caratteristiche del nuovo modello di Almp italiano in questa seconda fase. Infatti per la prima volta sono erogate misure attive specificamente rivolte ai giovani Neet (di età compresa tra 15 e 29 anni). È stato introdotto un supporto economico previsto da Gg e collegato alle misure di attivazione. Infine viene teoricamente introdotto il principio di condizionalità, legando l'erogazione del beneficio economico al completamento del percorso di attivazione. Tuttavia concretamente tale condizionalità resta ancora di difficile attuazione a causa della mancata integrazione tra l'ente erogatore delle misure passive (Inps) e i provider delle misure attive (Cpi e Apl). Anche l'assenza di un sistema informativo integrato e in grado di collegare i dati presenti nel sistema Inps con quelli a disposizione di Cpi e Apl impedisce di applicare tale principio.

Riferimenti bibliografici

- Anpal, 2017a, *Scheda Germania, direzione benchmarking e relazioni internazionali*, dicembre 2017.
- Anpal, 2017b, *Scheda paese. Regno Unito, direzione benchmarking e relazioni internazionali*, 14 dicembre 2017.
- Anpal, 2018, *Rapporto di monitoraggio sulla struttura e sul funzionamento dei servizi per il lavoro 2017*.
- Anpal, 2019, *Piano Garanzia giovani. Aggiornamento del sistema di profilazione degli utenti*, allegato n. 1 al decreto direttoriale 15 luglio 2019 n. 313.
- Anpal, 2020, *Garanzia giovani in Italia*, Rapporto quadrimestrale n. 3/2019 (dati aggiornati al 31 dicembre 2019).
- Baccaro L., 2016, *Salvati o affossati dall'Europa?*, «Quaderni di Rassegna Sindacale», n. 1, pp. 19-42.
- Baccaro L. e Howell C., 2017, *Trajectories of Neoliberal Transformation: European Industrial Relations since the 1970s*, Cambridge University Press.
- Bell D.N. e Blanchflower D.G., 2015, *Youth Unemployment in Greece: Measuring the Challenge*, «Iza Journal of European Labor Studies», vol. 4, n. 1.
- Bonjour D., Dorsett R., Knight G., Lissenburgh S., Mukherjee A., Payne J., Range M., Urwin P. e White M., 2001, *New Deal for Young People: National Survey of Participants: Stage 2*, Employment Service, Sheffield.
- Burroni L., 2016, *Capitalismi a confronto. Istituzioni e regolazione dell'economia nei paesi europei*, il Mulino, Bologna.
- Caliendo M., Künn S. e Schmidl R., 2011, *Fighting Youth Unemployment: The Effects of Active Labor Market Policies*, «Iza Discussion Papers», n. 6222.
- Ciarini A., Girardi S. e Pulignano V., 2020, *Reddito minimo e politiche attive del lavoro. Le trappole dell'attivazione work-first e i mutamenti delle politiche sociali*, in Ciarini A. (a cura di), *Politiche di welfare e investimenti sociali*, il Mulino, Bologna.
- Dorsett R., 2006, *The New Deal for Young People: Effect on the Labour Market Status of Young Men*, «Labour Economics», n. 13, pp. 405-422.
- Eichhorst W. e Konle-Seidl R., 2016, *Evaluating Labour Market Policy*, «Iza Discussion Papers», n. 9966.
- Escudero V. e Lopez Mourelo E., 2015, *The Youth Guarantee Programme in Europe: Features, Implementation and Challenges*, «Research Department Working Paper», n. 4, August 2015, International Labour Office.
- Ferrera M. e Gualmini E., 1999, *Salvati dall'Europa?*, il Mulino, Bologna.
- Hay C., 2004, *Common Trajectories, Variable Paces, Divergent Outcomes? Models of European Capitalism under Conditions of Complex Economic Interdependence*, «Review of International Political Economy», vol. 11, n. 2, pp. 231-262.
- Martin J.P., 2014, *Activation and Active Labour Market Policies in Oecd Countries:*

- Stylized Facts and Evidence on their Effectiveness*, «Iza Policy Paper», n. 84, June 2014.
- Ministero del Lavoro e della previdenza sociale, 2007, *Monitoraggio delle Politiche occupazionali e del lavoro*, Segretariato generale, Divisione V - Coordinamento delle attività statistiche, febbraio 2007.
- Remenyi G., 2017, *Cosa fa la Germania per recuperare i Neet?*, Il sole 24 ore, 8 dicembre 2017.
- Reyneri E., 2017, *Introduzione alla sociologia del mercato del lavoro*, il Mulino Bologna.
- Reyneri E., 2018, *I Centri pubblici per l'impiego*, in Fondazioni Astrid e Circolo Fratelli Rosselli, *Nuove e (vecchie) povertà: quale risposta? Reddito d'inclusione, reddito di cittadinanza, e oltre*, il Mulino, Bologna.
- Rizza R. e Scarano G., 2019, *Nuovi modelli di politica del lavoro*, Egea, Milano.
- Ronchi S. e Terlizzi A., 2018, *Schemi di reddito minimo: Il quadro europeo*, in Fondazioni Astrid e Circolo Fratelli Rosselli, *Nuove e (vecchie) povertà: quale risposta? Reddito d'inclusione, reddito di cittadinanza, e oltre*, il Mulino, Bologna.
- Sissons P. e Jones K., 2012, *Lost in Transition? The Changing Labour Market and Young People not in Employment, Education or Training*, Work Foundation.

Sei mesi per cambiare. La presidenza di turno tedesca nel Consiglio dell'Ue

Fabio Turato

Dopo il Brexit e la crisi del Covid-19, il semestre di presidenza tedesco segna il ritorno di un grande paese a coordinare le attività nel Consiglio dell'Unione europea. Si tratta di una risorsa da non sprecare, visti i limiti dello schema che assegna a tutti i governi continentali un turno

semestrale di presidenza. La fragilità d'azione dimostrata ad oggi da paesi non ancora pronti a coordinare per sei mesi l'attività comunitaria, rischiava di mettere ancor più in crisi l'Ue in un momento d'emergenza socioeconomica e sanitaria che non si preannuncia di breve periodo.

RPS

1. La fiducia nell'Unione europea dopo il Brexit

Il referendum britannico che si è tenuto il 23 giugno 2016, segna l'uscita del Regno Unito dall'Unione europea. Dopo 43 anni, avvia un profondo cambiamento di ruolo e senso dell'Ue: di tipo sociale, economico e geopolitico. Quella che comprendeva il Regno Unito era davvero «un'altra» Europa. «L'Europa della guerra fredda»: utile alla ricostruzione post bellica e per saggiare la globalizzazione, ma un'area che negli anni ha ottenuto i risultati migliori nel creare sul continente una zona di libero movimento di merci e persone, piuttosto che un modello politico e istituzionale. Ciononostante, includere il Regno Unito nell'Ue permetteva di allargare lo sguardo sulla globalizzazione, sia considerando il rapporto privilegiato che i britannici mantengono ancora oggi con l'ampia area del Commonwealth, sia per l'attaccamento britannico all'ideale liberista che segnerà tutto il thatcherismo e i governi che lo seguiranno. Nonostante le diffidenze britanniche verso l'Italia già manifestate durante la stesura dei trattati Nato, è l'Italia a caldeggiare l'ingresso del Regno Unito nella Comunità europea nella speranza – non sempre ben riposta – di bilanciare la nascente leadership franco-tedesca (Minuto Rizzo e Bressan, 2019; Romano, 1995). Se quindi risponde al vero che il Brexit aumenta il grado di subalternità italiana rispetto all'asse franco-tedesco, oggi, l'Unione europea a 27 ha invece l'opportunità di intervenire nelle iniziative che incassavano regolarmente il veto di Londra. In modo particolare su tutto ciò che mostrasse una

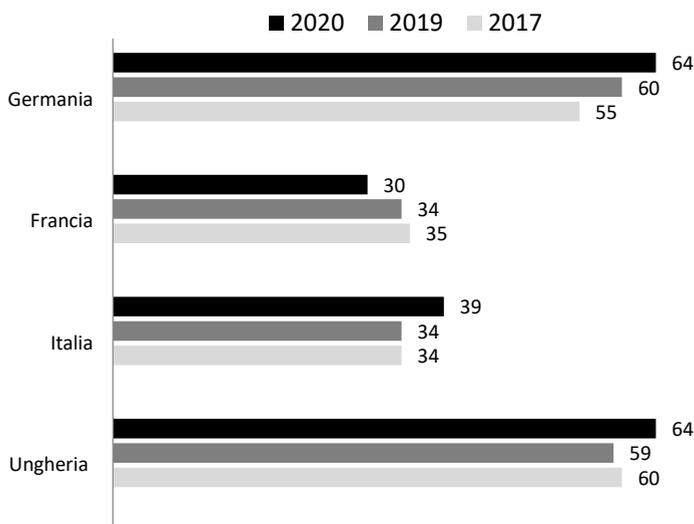
RPS

SEI MESI PER CAMBIARE. LA PRESIDENZA DI TURNO TEDESCA NEL CONSIGLIO DELL'UE

parvenza comunitaria nel significato più esteso del termine, come il tentativo di elaborare strategie «comuni»: ad esempio nelle politiche sociali ed economiche, o nelle emergenze, come quelle sanitarie. Il Brexit prefigura la possibilità del passaggio da una (vaga) Europa sociale a una più tangibile Europa della solidarietà, più attenta agli attori politici meno solidi nel sistema politico europeo. Distratti dalla crisi economica, prima, e dal coronavirus, poi, noi italiani in modo particolare, non ci accorgevamo che l'Europa stava cambiando profondamente appena scattato il Brexit. L'analisi che qui presentiamo pone attenzione principalmente su tre paesi che, per storia e dimensione socioeconomica, sono chiamati a contribuire più di altri al ridisegno delle politiche europee, ma che nel tempo sembrano aver definito gradi di soddisfazione diversi nei confronti dell'Ue. Italia, Francia e Germania sono tre paesi fondatori dell'Unione a cui si unisce il confronto con un paese di più recente adesione come l'Ungheria, che permette di evidenziare domande e sensibilità politiche manifestatesi da parte dei nuovi arrivati. I dati presentati nella figura 1 sono raccolti pochi mesi dopo le ultime elezioni europee, quando la partecipazione al voto torna a superare la barriera psicologica del 50% degli aventi diritto, dopo ben 20 anni di decrescente affezione al voto (Parlamento europeo, 2019). Nel 2020 il grado di fiducia verso l'Unione europea si consolida soprattutto in Germania (64%) e Ungheria (64%). Due atteggiamenti sensibilmente differenti fra loro. Mentre in Germania si evidenzia un andamento crescente negli anni, che conferma la particolare attenzione con cui i cittadini tedeschi e la classe dirigente guardano a Bruxelles quale chiave dello sviluppo, al fine di arginare l'onda montante populista (+ 9% rispetto al 2017). Nel caso magiaro la situazione invece cambia. I giudizi positivi rimangono intorno al 60% anche nelle passate rilevazioni, ma l'analisi del dato è più complessa. Emerge un mix fra aspettative europeiste (via via deluse) e consolidato realismo economico. Il che necessita di un approfondimento che spieghi la leadership di Viktor Orbán nel costruire questo consenso, come analizzeremo nel paragrafo successivo che tratterà del profilo dei leader europei. Al contrario, in Francia (30%) e in Italia (39%) è confermata la preoccupante stabilità del basso livello di fiducia nell'Ue sin dalla rilevazione del 2017. Anche se in Italia la fiducia mostra una timida ripresa (nel 2020 +5% rispetto al 2017 e 2019), la discesa in Francia non pare invece arrestarsi: dal 35% del 2017 cala al 30% del 2020. La critica portata alle classi dirigenti dei due paesi è comune a quella verso l'Unione europea. Il populismo francese personificato da Marine Le Pen, prima, e il movimento protestatario dei

Gilets jaunes, poi, prendono di mira sia le istituzioni europee che l'Eliseo, accentuando lo scontro fra centro e periferia (Rokkan, 1982). Anche nel caso italiano Lega Nord e Movimento 5 stelle più volte strutturano una parte consistente della loro azione politica, attaccando pubblicamente l'Unione europea e sfruttando la frattura descritta da Stein Rokkan (Diamanti e al., 2018).

Figura 1 - La fiducia nell'Unione europea, valori percentuali. Serie storica



Fonte: Osservatorio europeo sulla sicurezza, sondaggio Demos & pi per Fondazione Unipolis, 1/2020.

Gli atteggiamenti descritti riassumono un quadro sociopolitico in cui l'Ue mostra negli anni un crescente rigore e rigidità d'azione nel richiedere il rispetto del Patto di stabilità e crescita da parte dei paesi comunitari¹. Il che non giova alla positiva percezione dell'operato comunitario in molte opinioni pubbliche continentali, contribuendo invece – in maniera indiretta – alla crescita del populismo in molti paesi dell'Ue. Basti pensare alle tardive misure di salvataggio per l'economia greca nel 2011 e al duro pacchetto di riforme imposto: spauracchio che ancora

¹ Stipulato nel 1997, il Patto controlla le politiche di bilancio pubbliche per mantenere fermi i requisiti di adesione all'Unione economica e monetaria dell'Ue (Eurozona) nel percorso d'integrazione monetaria intrapreso nel 1992 con il trattato di Maastricht (<https://eur-lex.europa.eu>).

RPS

SEI MESI PER CAMBIARE. LA PRESIDENZA DI TURNO TEDESCA NEL CONSIGLIO DELL'UE

oggi il populismo euroscettico agita in vista delle scadenze elettorali o ad ogni sobbalzo dell'economia mondiale, additandolo a negativo esempio di centralismo dirigista lontano dalle necessità dei cittadini². L'emergenza sanitaria fornisce una «seconda opportunità» all'Unione europea per levarsi lo stigma dell'austero e rigoroso burocrate bruxellese per dimostrare d'essere in grado di far buon uso delle catastrofi (Debray, 2011). Bisogna far tesoro del fatto che quella degli anni a venire è un'Europa differente per necessità, senza il Regno Unito, ma che rimane ancora l'area geopolitica più ricca del globo con i suoi 450 milioni di abitanti la cui economia, in termini di valore totale di tutti i beni e servizi prodotti (Pil), è maggiore dell'economia statunitense. Dove, per altro, si è consolidata una fitta rete di rapporti interni con oltre il 64% degli scambi commerciali dei paesi dell'Ue che avviene con altri paesi dell'Unione (Unione europea, 2020). Se gli «Stati Uniti d'Europa» resteranno un sogno ancora per svariati lustri, è il miglioramento del «Sistema politico europeo» ad apparire come un traguardo più a portata di mano. L'Unione europea è un soggetto politico particolare. Non è una democrazia competitiva, tipica del modello Westminster, né direttamente parlamentare su modello consensuale (Linz, 1994 e Lijphart, 1992). Il suo sistema politico è *senza un governo* in quanto il governo stesso è costituito da istituzioni separate³. Il che ne fa una democrazia composita i cui membri sono eletti in modo separato e le cui decisioni sono il risultato dell'interazione fra quelle istituzioni separate. Ciò permette all'Unione europea di non essere un'entità astratta, ma un'arena di confronto e scontro fra interessi nazionali differenti (Fabbrini, 2020, 2017 e 2014; Zweifel, 2002). La presenza di una frattura prevalente di tipo interstatale, piuttosto che socioeconomica o socioculturale, richiede ormai il superamento del principio dell'unanimità nelle votazioni nelle sedi deliberative perché il coronavirus amplifica pregi e difetti dell'Ue. Ne è prova la rapidità operativa espressa dagli organi sovranazionali rispetto a quelli intergovernativi, come dimostra la Banca centrale europea nel licenziare il *Pandemic Emergency Purchase Programme* (Pepp) o l'impegno della Commissione europea nel finanziare prevenzione e approvvigionamento medico per la risposta al Covid⁴. Al contrario, Consiglio dell'Unione europea e Consiglio europeo, complicano

² Da ultimo, le resistenze italiane all'impiego del Meccanismo europeo di stabilità Mes nella sua recente versione «light».

³ Commissione europea, Parlamento europeo e Consiglio europeo.

⁴ *Pandemic emergency purchase programme* (Pepp), <https://cutt.ly/einj5wC> e *Team di risposta al coronavirus della Commissione europea*, <https://cutt.ly/uiUmoW4>.

le modalità decisionali, come indica la sofferta approvazione del *Recovery fund*. L'esposizione diretta alle opinioni pubbliche dei rispettivi paesi di ministri e capi di governo, li porta sovente a concludere accordi al ribasso che smarriscono l'anelito europeista al fine di ottenere l'unanimità tra i 27 e spendere il risultato come un successo di fronte all'elettorato di casa propria. L'emergenza Covid offre l'opportunità d'essere il volano della ripartenza socioeconomica continentale, ma la semplificazione dei processi decisionali comunitari è un fattore cruciale per un intervento tempestivo. I ritardi decisionali riflettono una frammentazione che indebolisce l'Unione europea, al punto da trasformarla in preda politica ed economica, come risulta dal discredito che sovente riceve soprattutto dai social media. L'Ue è periodicamente oggetto di negative campagne mediatiche in funzione destabilizzante, volte a esaltarne l'incompiutezza e le debolezze politiche (Commissione europea, 2020b). Per altro frequentemente appoggiate dai leader populistici dei singoli paesi comunitari (Turato, 2018; Mudde e Rovira-Kaltwasser, 2017). Se l'Unione non portasse in dote un alto valore socioeconomico e geopolitico non vi sarebbero motivi affinché attori russi e cinesi impieghino strumenti «non sempre convenzionali» con tale intensità al fine di accedere al ricco mercato europeo. Il che smentisce i sostenitori dell'irreversibile declino dell'Europa su tre punti.

1. L'Europa è ancora compresa fra le aree mondiali più ricche del pianeta. Oggi vive una crisi delle disuguaglianze sociali acuite dal Brexit e soprattutto dal Covid-19 da affrontare sostenendo il disagio sociale e attuando una sensibile riduzione della tassazione sul lavoro. È una sfida complessa da condurre sulla via della sostenibilità ambientale e della digitalizzazione tecnologica, poiché un elemento evidenziato dal Covid-19 è che questa volta saranno gli Usa a dover attuare un «piano Marshall» per salvare il continente, bensì l'Ue.
2. I paesi europei sono obiettivo di acquisizioni industriali e commerciali da parte di attori extracomunitari con l'intento di controllare quote del mercato europeo in settori strategici e a più alto valore aggiunto, non solo nella tecnologia 5G. È evidente che la risposta a questa competizione non può che giungere dall'Unione europea. La quale ha la massa critica per rispondere a nuovi «Stati-continente» e a multinazionali che non di rado superano ampiamente in fatturato il prodotto interno di molti singoli Stati comunitari (Chaban e Holland, 2018; Fabbrini, 2015; Gualtieri e Pastore, 2008).
3. Nelle attuali contingenze cresce l'apprezzamento dei leader di governo europei presso le rispettive opinioni pubbliche. La comunica-

zione politica dell'Ue è da rafforzare poiché, nelle democrazie mediatizzate d'oggi, il gradimento presso le rispettive opinioni pubbliche è un fattore che orienta le decisioni delle leadership (Diamanti e Lazar, 2017; Manin, 2010; Taguieff, 2004). Tecniche e linguaggi sono da innovare per consolidare l'apprezzamento dell'Ue nell'opinione pubblica – soprattutto presso le fasce d'età più adulte – e per non fornire il pretesto d'essere sbeffeggiata e sminuita dal leader populista di turno o da puntuali campagne denigratorie sui social network basate su notizie false (Commissione europea, 2020c).

2. Le leadership europee dopo il Covid-19

Da Angela Merkel a Emmanuel Macron, passando per Giuseppe Conte e Viktor Orbán, i principali capi di governo europei vivono una nuova primavera dei consensi popolari con la crisi del coronavirus⁵. L'effetto *Rally 'round the Flag* induce parti consistenti delle opinioni pubbliche a raccogliersi attorno ai propri leader di governo in particolari momenti di crisi (Mueller, 1970). Dopo lunghi mesi d'incertezza i tedeschi restituiscono fiducia all'esperta cancelliera che in poche settimane sale dal 53% al 71%, con un incremento di ben 18 punti percentuali (tabella 1). Come per la Germania, un effetto simile si registra anche per il presidente francese Macron. Il quale, dopo la vittoria alle elezioni presidenziali 2017, subisce tuttavia dure contestazioni di piazza. La scelta di esporsi personalmente per dialogare con i manifestanti, prima, unito alla crisi sanitaria, poi, lo porta a crescere nel livello di gradimento del 13%, raggiungendo il 46%. L'emergenza Covid giova anche al presidente del Consiglio italiano Giuseppe Conte già uscito vincente nel 2019 dal travagliato cambio della maggioranza di governo. Dopo l'iniziale esitazione di fronte al Covid, sceglie una massiccia esposizione mediatica a partire dal 23 febbraio quando prende consapevolezza dei rischi legati al diffondersi del contagio (Diamanti, 2020)⁶.

⁵ Diverse rilevazioni demoscopiche confermano il consolidarsi dei consensi: *Großes Vertrauen in Merkel und Co.*, Infratest – Dimap, <https://cutt.ly/XysFB64>, April 2020; *Les cotes de satisfaction à l'égard de l'action d'Emmanuel Macron*, Ifop-Fiducial, <https://cutt.ly/8ysGhlU>, mars 2020; *Coronavirus: il giudizio sui diversi attori in campo*, Demos & Pi, <https://cutt.ly/lysGqKY>, marzo 2020; *Tartja megnövekedett népszerűségét a Fidesz*, Istituto di ricerca Nézőpont, <https://cutt.ly/jumwTof>, maggio 2020.

⁶ Videomessaggi su Facebook, punti stampa, dirette televisive.

Tabella 1 - Gradimento dei leader europei «pre» e «post» Covid-19, valori percentuali

	Pre Covid-19	Post Covid-19	Variazione
Angela Merkel	53	71	+18
Emmanuel Macron	33	46	+13
Giuseppe Conte	52	71	+19
Viktor Orbán	51	54	+03

Fonte: Infratest - Dimap/Berlin, Ifop-Fiducial/Paris, Demos & pi/Vicenza, Nézőpont/Budapest, 2020.

La scelta dimostra di funzionare al punto da salire nel gradimento sino al 71%, con un incremento di ben 19 punti percentuali rispetto alle rilevazioni pre-Covid. Il che ne rafforza l'immagine di politico lontano dai partiti e – piuttosto – come capo di una coalizione politica, dove può spendere in autonomia le proprie capacità di leadership. Un caso a parte è invece Viktor Orbán che, differentemente dai precedenti capi dell'esecutivo, presenta un quadro politico interno pur contrastato, ma con un governo più stabile e coeso rispetto ai colleghi europei. Il premier ha un'ampia maggioranza in Parlamento grazie alla solida coalizione ultra conservatrice tra il «suo» partito Unione civica ungherese (Fidesz) e il Partito popolare cristiano democratico (Kdnp). Il controllo sulla coalizione spiega in buona parte il motivo per cui Orbán risulti essere il leader che cresce in misura minore nel gradimento popolare toccando «solo» il 54% (+3%). La stabile alleanza di governo è il risultato di un progetto costruito da Orbán negli anni, piuttosto che a seconda delle occorrenze elettorali: anche scegliendo talvolta di rimanere all'opposizione. Al punto che oggi la maggioranza che regge l'esecutivo è riflesso diretto della maggioranza nel paese. Tanto da risultare meno esposta alle temperie della politica sia interna che estera (Turato, 2020). Orbán è abile a sviluppare nel tempo la nota «relazione unilaterale» con Bruxelles, volta a scansare scomodi oneri comunitari ottimizzando invece i vantaggi diretti per gli ungheresi. Come nel caso del coronavirus, dove l'Ungheria riceverà dal bilancio dell'Unione europea una somma sensibilmente superiore rispetto ad altri paesi comunitari che hanno subito effetti ben più gravi dalla crisi sanitaria⁷. Oppure nel caso del *Recovery fund*. Dove, insieme agli altri paesi del gruppo di Višegrad (Polonia,

⁷ Coronavirus Response Investment Initiative (Crii), <https://cutt.ly/Rygvdeg>.

RPS

SEI MESI PER CAMBIARE. LA PRESIDENZA DI TURNO TEDESCA NEL CONSIGLIO DELL'UE

Repubblica ceca, Slovacchia) l'Ungheria intende correggere l'accordo proposto dalla Commissione europea in quanto «creato su misura per aiutare gli Stati membri del Sud»⁸. Decidendo solo all'ultimo di avvicinarsi alla posizione italiana, quando teme una concreta decurtazione dei fondi. Ciò riassume la difficoltà comunitaria nel far rispettare una decisione politica assunta nell'interesse collettivo e di come Viktor Orbán sia invece un esempio di come piegare di volta in volta a fini nazionali la fragilità politica dell'Ue. Ne è conclusivo esempio la scelta, seguita da altri leader populistici europei, di chiudere le frontiere alla ricollocazione dei profughi siriani durante la crisi del 2015, mettendo in crisi la linea «aperturista» di Angela Merkel. La personalizzazione della politica ungherese centrata sul leader si riflette quindi sull'europeismo manifestato dagli ungheresi: molto europeisti, purché il rubinetto dei finanziamenti rimanga ben aperto.

3. *Il semestre tedesco e l'«eredità di Angela»*

Sino alla fine del 2020 si giocherà una partita determinante per il futuro politico europeo e tedesco. La questione della *legacy* di Angela Merkel peserà nelle decisioni prese da Berlino e – di riflesso – anche da Bruxelles⁹. Il Covid-19 restituisce alla cancelliera un'insperata popolarità dopo mesi di sconfitte elettorali e delusioni politiche. Da ultima, le dimissioni della sostituta scelta per guidare partito e paese, Annegret Kramp-Karrenbauer, dopo il disastro Cdu nel voto regionale in Turingia. L'efficace gestione dell'emergenza sanitaria – insieme al ministro della Salute Spahn – permette invece a Merkel di tornare sulla cresta dell'onda che potrebbe portarla a ricandidarsi alle elezioni federali 2021 e governare il paese per la quinta volta. Il momento della scelta è ancora lontano, ma si tratta di un'eventualità plausibile. Cionondimeno è il semestre di presidenza tedesca dell'Ue da luglio a dicembre 2020 ad essere il banco di prova per definire, non solo la possibile ricandidatura, bensì qualcosa di decisamente più rilevante per la cancelliera e per l'Ue, ovvero il lascito politico di Angela Merkel. Il motivo per cui sarà ricor-

⁸ Ministro delle Finanze Mihaly Varga, video sulla propria pagina Facebook, <https://cutt.ly/rumvyk4>, 9.6.2020.

⁹ Ad esempio gli inviti all'Italia a impiegare il Meccanismo Europeo di Stabilità riformato (MES light), *Merkel-Aussage über EU-Finanzhilfen sorgt, in Italien für Aufsehen*, Süddeutsche Zeitung, 27.6.2020.

data dai posteri. Se Helmut Kohl rimarrà nella memoria di tedeschi ed europei come il cancelliere della riunificazione tedesca e dell'Euro, il semestre tedesco, giunto in un momento tanto critico, permetterebbe ad Angela Merkel di restare nella memoria collettiva come la leader che guida l'Europa fuori dalle secche del Brexit e a superare le difficoltà del Covid-19. È a dicembre 2020 – quando il semestre tedesco si avvierà alla conclusione – che i giochi dovranno essere chiusi. Ovvero quando il congresso della Cdu si esprimerà sull'imprimatur al futuro candidato cancelliere. Con il ritorno di un grande paese alla presidenza di turno ci si attende gestione e supporto a un disegno politico di più ampio respiro che piccoli paesi stentavano a delineare, in parte per incapacità; talora per malcelato euroscetticismo. Il semestre di presidenza dell'Ue non è cosa di poco conto. Ha il potere di individuare le priorità per l'azione comunitaria e di proporre gli argomenti all'ordine del giorno nelle riunioni del Consiglio dell'Ue. Definisce scalette e ordine dei temi da discutere. Inoltre, lo Stato che detiene la presidenza, organizza le riunioni del Consiglio e le presiede, oltre ad assicurare la rappresentanza del Consiglio all'esterno dell'Ue (Consiglio dell'Ue, 2020). Come indica la dura presa di posizione di Angela Merkel verso Mosca sul sospetto avvelenamento dell'attivista russo Alexei Navalny e il disconoscimento europeo della vittoria elettorale del leader bielorusso Aljaksandr Lukašënka. La gestione politica delle 27 legazioni ministeriali dei paesi comunitari esce invece sminuita dall'assegnare a rotazione la presidenza ad ogni Stato europeo in base a un supposto principio di equità. Affidare per sei mesi il coordinamento dei lavori comunitari a una giovane democrazia, rischia – ad esempio – di esporre l'Ue a una presidenza fragile. Oppure, l'assegnazione «del turno» a un governo espressamente anti europeo, presenta seri problemi già nelle fasi di semplice impostazione tecnica, con il moltiplicarsi delle complicazioni qualora le due caratteristiche si presentino addirittura simultaneamente. Per non dire degli imprevisti che sorgono durante il semestre e che richiedono capacità di leadership e mediazione di alto livello. Sia per riadattare i lavori comunitari, sia per risolvere difficoltà contingenti. Nonché per mantenere continuità d'azione con il semestre precedente e di collegamento con quello che seguirà. Viene dunque da chiedersi se anche le «presidenze di turno» possano essere votate a maggioranza di volta in volta dai governi Ue, piuttosto che essere decise con anni d'anticipo (Finke e al., 2012). Che la presidenza semestrale non sia incarico da espletare meccanicamente in base a rodate liturgie bruxellesi lo dimostra proprio il caso tedesco dove, la *tag-line* scelta per l'occasione: *Gemeinsam. Europa*

RPS

Fabio Turato

wieder stark machen (Insieme. Per rafforzare di nuovo l'Europa) ne riassume i propositi¹⁰.

Il cammino si preannuncia impervio. Sia per la (per ora) non dichiarata intenzione tedesca di elaborare un accordo su flussi migratori e diritto d'asilo, sia per ribaltare il ruolo europeo di «utile idiota» al servizio di qualche leader dell'Europa di mezzo che considera ancora l'Ue alla stregua di bancomat nazionale. Il rischio principale riguarda quindi proprio l'assenza della cosiddetta *Gemeinsamkeit*. La voglia di «stare insieme». Ovvero quel fattore che, nelle intenzioni tedesche, dovrà caratterizzare il profilo della nuova Ue e che invece trova le ritrosie dei cosiddetti «paesi frugali-F4+1» (Austria, Olanda, Danimarca, Svezia e, successivamente, Finlandia) e del famigerato «gruppo di Višegrad-V4» (Polonia, Ungheria, Repubblica ceca, Slovacchia). I quali prefigurano l'avvento di un'Europa *à la carte*, intergovernativa e prossima a un modello confederale. La trattativa per una posizione europea comune sul Fondo per la Ripresa (*Recovery fund – Next Generation EU*), promosso dalla Commissione europea disorienta alcuni paesi perché altera il consolidato approccio di ripartizione proporzionale dei sostegni comunitari. La Commissione europea sceglie una strada nuova, in linea con le intenzioni tedesche. L'intreccio delle economie europee è ormai talmente profondo che una debole ripresa dei paesi più colpiti dal coronavirus, rischia di riverberarsi negativamente sulla ripresa delle economie nel resto d'Europa. L'epidemia spinge la Commissione a sostenere maggiormente i paesi più colpiti dal Covid e a considerare un coordinamento sanitario europeo di fronte a crisi particolari. Se in passato l'attenzione è posta nella matematica ripartizione di Fondi strutturali e Politica Agricola Comunitaria, oggi, l'obiettivo è sostenere più in generale il mercato interno europeo, già colpito dal Brexit. Più che in Francia – dove l'uscita del Regno Unito dall'Ue crea soprattutto problemi nel gestire l'immigrazione – in modo particolare in Germania: nello strategico settore dell'auto (Iwh Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Halle, 2019). Si tratta di un cambiamento radicale nella modalità di intervento comunitario che riflette la scelta nel governo tedesco di non seguire la linea suggerita dall'ala rigorista Cdu¹¹.

¹⁰ Il richiamo alla concordia e alla comune azione è ripreso nella variante inglese, *Together for Europe's Recovery*, e francese, *Tous ensemble pour relancer l'Europe*. Si veda: www.eu2020.de. Per altro *Together* era anche lo slogan del piano Marshall.

¹¹ Ne è conferma la nomina di Stephan Harbarth, considerato vicino ad Angela Merkel, alla presidenza della Corte costituzionale tedesca nel giugno 2020. A mag-

4. L'azione europea: il Recovery fund cancella Aquisgrana

Il progetto *Recovery fund* rimane il risultato delle convergenze politiche franco-tedesche, ma si basa su impegni finanziari pensati prevalentemente come trasferimenti, piuttosto che come prestiti (Commissione europea, 2020a). L'iniziativa intende manifestare in maniera tangibile la solidarietà europea verso i paesi più deboli. Cionondimeno, i paesi del V4 si ritengono danneggiati poiché gli interventi sono considerati troppo vantaggiosi per i paesi del Sud, mentre i cosiddetti *Frugal four* (F4) si sentirebbero più garantiti da un deciso allargamento della quota in prestito (Heikkilä e von der Burchard, 2020). Dopo la difficile trattativa sul *Recovery fund*, l'agognata *Gemenisamkeit* europea è ancora da costruire e sarà frutto di duri confronti per tutto il semestre. Va aggiunto che non di rado i paesi più colpiti dal Covid sono anche quelli che presentano i maggiori problemi di trasparenza nell'amministrare la cosa pubblica. Le incoraggianti intenzioni comunitarie rischiano di scontrarsi con apparati burocratici nazionali che rallentano – se non addirittura impediscono – la realizzazione dei piani di ripresa economica data la loro arretratezza. È fuor di dubbio che la crisi del Covid-19 aumenterà la dipendenza dell'Italia dal volere dei nostri più ricchi alleati francesi e tedeschi. Ma più che dalla morsa del debito degli aiuti, dipenderemo da quella politica e, in modo particolare, amministrativa. Sono frammentazione e bizantinismi del nostro apparato burocratico (talora anche il preoccupante livello di corruzione) a mettere a rischio l'impiego degli aiuti europei. Con il risultato di innescare nuovamente la spirale della sfiducia verso l'Ue, alla quale sono da attribuire tutte le colpe, piuttosto che assumerci le nostre responsabilità.

Brexit e Covid modificano lo scenario politico continentale e ciò rischia di fornire ulteriori argomenti agli euroscettici. Se l'accordo di cooperazione franco-tedesca firmato ad Aquisgrana il 22 gennaio 2019 intende rilanciare lo spirito del trattato dell'Eliseo del 1963, emerge come già il Brexit preoccupasse non poco le cancellerie di Parigi e Berlino, che si impegnano a siglare un accordo intergovernativo che puntellasse indirettamente anche l'Unione europea (Elysée, 2019). Consci del perdu-

gio, la decisione della Corte di pronunciarsi criticamente verso il programma di acquisti *Pandemic Emergency Purchase Programme* (Pepp) della Banca centrale europea – il nuovo programma di acquisto titoli di Stato – aveva deluso il governo tedesco. In disaccordo con la Corte costituzionale, a luglio il Bundestag approva invece una mozione per l'acquisto dei titoli di Stato Pepp.

RPS

SEI MESI PER CAMBIARE. LA PRESIDENZA DI TURNO TEDESCA NEL CONSIGLIO DELL'UE

rare delle trattative con Londra sulle modalità dell'exit britannico, Emmanuel Macron e Angela Merkel, temono le negative ripercussioni sui loro paesi. Ma il Covid in poche settimane aumenterà i pericoli di stabilità economica europea portando i due leader a modificare radicalmente il loro approccio bilaterale. Nonostante il Brexit, ci collocasse «automaticamente» al terzo posto fra le capitali europee, all'incontro di Aquisgrana l'Italia non è invitata. Il che sottolinea l'ulteriore arretramento internazionale del nostro paese, anche nello spazio europeo. Sarà inaspettatamente il Covid a rilanciare la posizione italiana sullo scacchiere poiché, al fine di evitare il tracollo dell'intera Europa, occorrerà un piano di sostegno rivolto soprattutto a paesi dal profilo simile al nostro: di dimensioni socioeconomiche medio-grandi e dalle relazioni ormai fortemente intrecciate con i principali paesi comunitari. La cui crisi non arrestata in tempo, innescherebbe l'effetto-domino già visto nella crisi finanziaria 2008. Ma questa volta con il rischio di vedere fallita l'area geopolitica più ricca del mondo (con buona pace dell'asse franco-tedesco). Il *Recovery fund* per sostenere l'Ue, impegnerà enormi risorse finanziarie nel rilancio dell'Unione riconvertendone l'economia: perseguendo la neutralità ambientale, la digitalizzazione tecnologica e la maggiore inclusione sociale¹². Tuttavia, questi ambiziosi obiettivi sono in rotta di collisione con gruppi di paesi che diffidano apertamente dell'operato comunitario. I quali antepongono il proprio interesse nazionale in maniera antagonista verso Bruxelles, piuttosto che definendolo attraverso il disegno politico comunitario. Se Viktor Orbán guida i V4 contro i temi che il semestre tedesco porrà in agenda collegandoli al *Recovery fund* – come libertà civili e rispetto delle minoranze – Austria e Olanda, temono il rafforzamento geopolitico della Germania e il pericolo d'essere inglobate nella sfera tedesca¹³. Le ritrosie economiche di F4 e V4 traggono origine dal ricorso al debito comunitario quale modalità di finanziamento del *Recovery fund*, garantito da risorse provenienti da nuove forme di tassazione, come quella delle grandi società web che operano sul mercato europeo e che oggi approfittano, in modo particolare, della vantaggiosa fiscalità olandese e austriaca. Ma qui è riposta la storica novità del *Recovery fund*.

¹² La vittoria ambientalista alle elezioni municipali francesi 2020 costringe a un rimpasto di governo più attento all'ecologia. Riorganizzare i flussi migratori dopo l'accordo turco-tedesco del 2015 per la gestione su suolo turco (Ernst, 2020).

¹³ La temuta germanizzazione dell'Europa invece dell'agognata europeizzazione della Germania.

Il Consiglio europeo del 17-21 luglio 2020 che delibera l'implementazione finale del piano di ripresa economica accontenterà sia i Frugal-4 che il gruppo di Višegrad (Consiglio europeo, 2020). I primi, attraverso una riduzione delle sovvenzioni a fondo perduto (*grants*), ma con un aumento degli sconti alla contribuzione (*rebates*) del bilancio europeo¹⁴. Mentre i secondi soprattutto grazie a corposi contributi a fondo perduto¹⁵. L'accordo conclusivo lascia complessivamente invariato l'ammontare totale delle risorse del piano *Next Generation EU* messo a punto dalla Commissione europea a maggio e pari a 750 miliardi. Ma ridefinisce la composizione tra contributi a fondo perduto e prestiti. I primi raggiungeranno i 390 miliardi, mentre i secondi a 360¹⁶. L'Italia si assicura invece 209 miliardi, una cifra superiore ai 172,7 del piano originale della Commissione, ma a salire è la quota dei finanziamenti (da 91 a 127,4), mentre resta invariata la quota di contributi a fondo perduto (81,4) (Commissione europea, 2020d).

A livello globale cresce invece l'apprensione per il ruolo europeo (e tedesco), qualora Donald Trump fosse rieletto. Le tensioni a cui l'Ue sarebbe sottoposta in quella eventualità, risulterebbero decisamente superiori a quelle viste sino a oggi¹⁷. D'altro canto Pechino dimostra ancora d'essere un ottimo partner commerciale soprattutto di Berlino, ma anche un formidabile concorrente nel campo degli *assets* strategici¹⁸. I tedeschi intendono aumentare le protezioni delle loro industrie per evitare che siano scalate dalla Cina, o da altri, e su questa posizione intendono portare l'Unione europea. Difendere il controllo (europeo) di

¹⁴ Nel particolare, la Danimarca ottiene 322 milioni annui di rimborsi (rispetto ai 222 milioni della vecchia proposta), l'Olanda 1,9 miliardi (da 1,6 miliardi), l'Austria 565 milioni (da 287) e la Svezia 1,1 miliardi (da 823 milioni).

¹⁵ Alla Polonia spetteranno 33 miliardi a fondo perduto e 39 di prestiti. All'Ungheria 8 a fondo perduto e 7 in prestiti.

¹⁶ Guardando alle singole voci del programma, la *Resilience e Recovery Facility* – il cuore del Fondo per il rilancio economico – che sarà allocato direttamente ai paesi secondo una predefinita chiave di ripartizione, ammonterà a ben 312,5 miliardi.

¹⁷ La critica americana alla posizione europea sull'Ucraina, l'uscita Usa dall'accordo climatico di Parigi, la minaccia di ridimensionare il ruolo americano nella Nato, l'interruzione dell'accordo sul nucleare iraniano, l'uscita degli Stati Uniti dall'Oms e l'interruzione del trattato «Open-Skies» sul controllo aereo tra Russia e i confini orientali europei.

¹⁸ Come spiega l'acquisizione della multinazionale tedesca Kuka Robotics da parte di un gruppo industriale cinese, che ha fatto scattare più di un allarme alla Cancelleria federale in vista di partite molto più importanti, come il famigerato 5G.

grandi aziende rassicura le nazioni comunitarie poiché mantenere il controllo delle imprese è uno strumento in più per combattere la disoccupazione. Il vertice fra Unione europea e Cina sotto l'egida tedesca è chiamato a dirimere la questione. Ma l'insistenza cinese nel revocare lo status di Hong Kong di Regione amministrativa speciale (Sar) innesca tensioni tali che il vertice assumerebbe il significato di riallineamento europeo con quello dell'amministrazione americana¹⁹. Una complicazione che Merkel e l'Ue intendono evitare per non fornire una sponda politica a Donald Trump che in autunno è in piena campagna elettorale. Ciò che emerge in conclusione, è che sovente le divisioni europee rischiano di trasformare l'Unione nella preda preferita degli «Stati-continente» che determinano il nuovo ordine mondiale, in primis Stati Uniti e Russia, ma soprattutto la Cina. Al punto che il piano miliardario immaginato da Francia e Germania per uscire dalla crisi, non punta solo sull'immissione di denaro pubblico nelle economie europee più disestate al fine di rigenerarne la struttura, ma parla direttamente di recupero della «sovranità europea per difendersi da influenze esterne» (Bundesregierung, 2020).

5. Alcune conclusioni

Il semestre di turno affidato a un grande paese gestirà i lavori del Consiglio dell'Ue per risolvere una grande crisi, probabilmente la più grande dopo la seconda Guerra mondiale. Uno scherzo del destino (ri)porta proprio la Germania di fronte a un quadro socioeconomico che si preannuncia davvero disarmante nel breve termine. Occorrono idee e leadership, ma il lascito politico merkeliano è tratteggiato al di là dell'eventuale ricandidatura/rielezione. La convergenza degli interessi europei con quelli tedeschi e viceversa è la garanzia del nuovo impegno tedesco²⁰. Al punto che talora paiono i tedeschi ad essere i primi a temere la propria forza quando giocano un ruolo guida in Europa. La crisi del Covid li porta a confrontarsi con la vulnerabilità della propria egemonia, ovvero con il timore di assumersi la responsabilità di trainare l'Europa lontano dall'euroscetticismo (Rusconi, 2016). Un aspetto rilevante riguarda proprio il (momentaneo) ridimensionamento delle spinte populiste in diversi paesi comunitari. L'accordo di luglio 2020 sul

¹⁹ Cancellazione del modello Cina-Hong Kong: un paese, due sistemi.

²⁰ La Germania è ancora oggi il principale partner commerciale dell'Italia.

Recovery fund ridimensiona le forze sovraniste. Inoltre, la crisi sanitaria ha permesso di recuperare il significato del termine solidarietà: un valore che le spinte egoistiche nazional-populiste avevano quasi cancellato, mentre la cultura dell'insicurezza coltivata in anni di populismo, esaltava il ruolo del confine nazionale quale ultima difesa. Piuttosto, l'epidemia ha ingigantito vecchie e nuove differenze sociali già presenti in Europa, verso le quali le opinioni pubbliche europee non hanno tuttavia reagito fra loro in maniera antagonista. Si tratta di un periodo da sfruttare con adeguati interventi di sostegno poiché stiamo iniziando a prendere consapevolezza della gravità della crisi economica che segue quella sanitaria. Il malessere sociale rischia di acuirsi con il trascorrere dei mesi con effetti sempre meno prevedibili. E anche il recupero della solidarietà potrebbe sfumare rapidamente. All'Unione europea si presenta l'occasione storica di superare la cronica difficoltà manifestata negli anni nel contrastare proprio le disuguaglianze sociali. In ultima analisi abbiamo compreso meglio il significato del confine, recentemente impiegato dai leader populistici per dare una forma alle paure attizzate contro «l'altro da noi» e per rinchiuderci nel recinto delle appartenenze etno-nazionali. Il Covid-19 ci fa comprendere che i confini servono, ma non sigillano. Che la solidarietà e la cooperazione sono decisivi per lo stare insieme e per la costruzione della *Gemeinsamkeit*. Che la frontiera resta fondamentale per riconoscere l'altro e considerarne la pari dignità, rimanendo luogo di mediazione e di scambio: un luogo di con-divisione (Debray, 2010)²¹.

Riferimenti bibliografici

- Bundesregierung, 2020, *Pressemitteilung. A French-German Initiative for the Recovery from the Coronavirus Crisis*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/luYsx7v>, 18.5.
- Chaban N. e Holland M., 2018, *Shaping the EU Global Strategy: Partners and Perceptions*, Palgrave Macmillan, Londra.
- Commissione europea, 2020a, *Piano per la ripresa dell'Europa*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/puGFkTV>.
- Commissione europea, 2020b, *Russian Election Meddling and Pro-Kremlin Disinformation*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/iumPtez>.

²¹ Un ringraziamento a Ilvo Diamanti, Fabio Bordignon, Luigino Ceccarini, Martina Di Pierdomenico e Ludovico Gardani.

- Commissione europea, 2020c, *Coronavirus: EU Strengthens Action to Tackle Disinformation*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/Iiy7yMM>.
- Commissione europea, 2020d, *Recovery Plan for Europe*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/zfsm07T>.
- Consiglio dell'UE, 2020, *La presidenza del Consiglio dell'UE*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/auTafGg>.
- Consiglio europeo, 2020, *Conclusioni del Consiglio europeo*, 17-21 luglio, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/OfajhUc>.
- Debray R., 2010, *Elogio delle frontiere*, Add Editore, Torino.
- Debray R., 2011, *Du bon usage des catastrophes*, Gallimard, Parigi.
- Diamanti I., 2020, *Il consenso di Palazzo Chigi. Conte guida la classifica degli ultimi 25 anni*, la Repubblica, 20.7.
- Diamanti I., Lazar M. e Turato F., 2018, *I mutamenti delle democrazie in Europa*, in Europa, Istituto della Enciclopedia italiana Giovanni Treccani, Roma.
- Diamanti I. e Lazar M., 2017, *Popolocrazia. La metamorfosi delle democrazie*, Editori Laterza, Bari.
- Élysée, 2019, *Signature d'un nouveau traité de coopération et d'intégration franco-allemand*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/tfaN5c8>.
- Ernst A., 2020, *Das EU-Türkei Abkommen auf einen Blick*, Neue Zürcher Zeitung, 9.3.
- Fabbrini S., 2014, *Politica comparata*, Editori Laterza, Bari.
- Fabbrini S., 2015, *Which European Union? Europe after the Euro Crises*, Cambridge University Press.
- Fabbrini S., 2017, *Sdoppiamento. Una prospettiva nuova per l'Europa*, Editori Laterza, Bari.
- Finke D., König T., Proksch S.-O. e Tsebelis G., 2012, *Reforming the European Union. Realizing the Impossible*, Princeton University Press.
- Gualtieri R. e Pastore F., 2008, *L'Unione europea e il governo della globalizzazione. Rapporto 2008 sull'integrazione europea*, il Mulino, Bologna.
- Heikkilä M. e von der Burchard H., 2020, «Frugal Four» *Propose «Loans for Loans» Approach to Coronavirus Recovery Fund*, Politico, 23.5.
- Iwh Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Halle, 2019, *No-Deal Brexit would Hit the German Labour Market Particularly Hard*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/quGIR7X>.
- Linz J.J., 1994, *Presidential or Parliamentary Democracy: Does it Make a Difference?*, in Linz J.J. e Valenzuela A. (a cura di), *The failure of Presidential Democracy*, vol. 1, Johns Hopkins University Press, Baltimora, pp. 3-87.
- Lijphart A. (a cura di), 1992, *Parliamentary versus Presidential Government*, Oxford University Press, Oxford.
- Manin B., 2010, *Principi del governo rappresentativo*, il Mulino, Bologna.

- Minuto Rizzo A. e Bressan M., 2019, *Italia Nato 1949-2019. 70 Years of Partnership with the Atlantic Alliance*, Informazioni della Difesa, Roma.
- Mudde C. e Rovira Kaltwasser C., 2017, *Populism. A Very Short Introduction*, Oxford University Press, Oxford.
- Mueller J., 1970, *Presidential Popularity from Truman to Johnson*, «American Political Science Review», vol. 64, n. 1, pp. 18-34.
- Parlamento europeo, 2019, *Elezioni europee 2019: affluenza e risultati*, disponibile all'indirizzo internet: www.europarl.europa.eu.
- Rokkan S., 1982, *Cittadini, elezioni, partiti*, il Mulino, Bologna.
- Romano S., 1995, *Per noi è una grande occasione*, «Limes – Rivista italiana di geopolitica», n. 2, pp. 182-191.
- Rusconi G.E., 2016, *Egemonia vulnerabile. La Germania e la sindrome Bismarck*, il Mulino, Bologna.
- Taguieff P.A., 2004, *Le populisme comme style politique?*, in Taguieff P.A. (a cura di), *Le retour du populisme*, Universalis, Parigi.
- Turato F., 2018, *Capipopolo. Leader e leadership del populismo europeo*, Castelvecchi, Roma.
- Turato F., 2020, *Orbán all'arrembaggio*, «Limes - Rivista italiana di geopolitica», n. 5, pp. 261-270.
- Unione europea, 2020, *L'economia*, disponibile all'indirizzo internet: <https://cutt.ly/0unPH7U>.
- Zweifel T.D., 2002, *Democratic Deficit? Institutions and Regulation in the European Union, Switzerland and the United States*, Lexington Books, Lanham (Md.).

English Abstracts

RPS

The welfare state as a labour market

Emmanuele Pavolini

Over the last quarter of a century, a broad discussion has opened up in Western countries on what are the scenarios and trajectories of transformation of the labor market in an increasingly post-industrial context. In these analyses, an important part of the tertiary sector is often overlooked: social services, health and education. However, this scarce attention both in welfare studies and those of the labor market, development and industrial relations represents an important limitation. This paper intends to offer a framework and a research agenda through which to better connect the area of welfare studies with that of the analysis of the labor market and economic development.

Who provides the welfare services? Employees in education, health and social care

Gianluca Argentin, Ivana Fellini e Stefano Neri

The pandemic has highlighted the importance of workers employed in health and social care as well as in education. This has drawn attention to labour market issues in these sectors. The aim of this article is to describe the numbers, composition and main features of employment in these sectors, comparing a selection of Western European countries and investigating main trends in the last decade. Our analyses of the European Labour Force Survey datasets show that these sectors are undersized in Italy compared to other Western European countries. This element contributes to keeping employment rates low, especially female employment rates. International comparison also shows that both employees' socio-demographic features and occupational conditions are frequently «extreme» in the Italian case. Empirical evidence recommends a carefully planned design of future recruitment policies in the sectors here investigated.

The valorisation of human resources in the NHS: a disregarded principle

Giovanna Vicarelli

In 2008 the Italian Minister of Health published a «White paper» which was focused on the main principles of the Italian National Health Service. It identified the «Valorisation of human and professional resources» as one of the founding guidelines of the legislative and management policies of the health sector. A decade after the publication of the White Paper, it may be wondered whether this principle has been partially disregarded and what consequences have resulted from the SARS-Cov2 pandemic. To answer this question, the first two parts of the contribution focus on the main causes of the reduction of health sector staff from 2009 to 2019. In the third part, the measures concerning healthcare human resources that have been taken following the Covid-19 infection, are explored.

Care Work. A new frontier of social inequality

M. Arlotti, M. Parma, C. Ranci e S. Sabatinelli

The goal of the article is to investigate, with a specific focus on the Italian case, the working conditions within the care sector, considering early child education and care services on the one hand, and long-term care services supporting frail older people on the other hand. The analysis aims to answer the following research questions: what are the conditions of care work in these two sectors? Are there elements of similarity or difference between them? How are they different or not from what is emerging in other welfare sectors? The research results show the existence of similar problematic working conditions in both the two care sectors, linked to the degree of institutionalization and regulation of the services and – partly also consequently – to the role played by private (formal and informal) market.

Employment relations and care services: fragmentation of actors and collective bargaining between public and private

Anna Mori e Stefano Neri

Over the past decades, welfare services in Europe have undergone a series of profound transformations. The need for public administra-

tions to satisfy a growing demand for care services with very limited available resources, especially after the 2008-09 economic crisis, intensified the processes of outsourcing of these services to private providers. In this context, employment relations and working conditions have suffered from considerable pressure in order to reduce labour costs and increase the flexibility in the management of the workforce. This essay aims at providing a picture of employment relations in the welfare services, such as education, health and social care, in Italy. The analysis will particularly focus on the main trajectories of transformation that these services have experienced over the last decade, the fragmentation of the actors involved in the industrial relations arena as well as on the related trends and critical issues emerging in collective bargaining.

New actors, issues and conflicts: industrial relations in the public sector after the financial crisis

Maarten Keune e Marcello Pedaci

Several studies have highlighted labour relations in the public sector are increasingly under pressure, especially after the outbreak of the financial crisis. The article, based on the findings of an international research project, analyses the evolution of industrial relations since the 2008 crisis in public primary schools and hospitals, comparing five EU countries (Denmark, the Netherlands, France, Italy and Spain). The results identify several broad trends: together with the turn towards greater unilateralism, a greater fragmentation of the union landscape, with more occupational unions, and a widespread increase in strikes and protests; however, findings evidence also the greater union investment in alliances and coalitions with social movements and civil society organisations. Against this backdrop, the erosion of the quality of public services has become a central issue in the demands of trade unions, which emphasize the link between this latter and good job quality for public sector employees.

The protection of workers in the emergency Covid-19

Gaetano Natullo

The essay examines the problems determined by the complex intersection between emergency norms and general and special regulations on safety at work (art. 2087 c.c; d.lgs. n. 81/08) and accidents and occupational diseases (d.p.r. 1124/65).

The short circuit between the above mentioned measures has in fact led to problems of interpretation and application such as: nature of the precautionary rules' production sources and their constraint; nature of the risk Sars-Cov-2 (Risk «generic», external to the company, or «specific», within the company?), with important cascading consequences on the employers' civil and criminal obligations and responsibilities.

The author expresses his opinion and position on the different interpretative profiles, privileging a rigorous but at the same time balanced reading, which includes the protection of workers' health alongside the company's and employment protection.

Investimenti immateriali, crescita e regole europee

Francesco Saraceno

Il volume Politiche di welfare e investimenti sociali, curato da Andrea Ciarini per il Mulino, raccoglie una serie di contributi che legano il tema del welfare a quello della crescita, dell'investimento e della sostenibilità del nostro modello di sviluppo. Quasi tutti i contributi del volume partono dal progressivo disimpegno dello Stato dal settore del welfare; un disimpegno che è iniziato negli anni ottanta del secolo scorso, accelerando dopo la crisi del 2008. Lo scopo del volume è quello di indicare, ora che il contesto è mutato e che l'investimento pubblico è tornato al centro della scena, possibili strade per rilanciare il ruolo di welfare e investimenti sociali nel garantire crescita e inclusione.

Social policies and institutions of well-being. Putting social investment into question

Angelo Salento

This contribution argues that – as shown by the weak results of social policies aimed at supporting competitiveness and flexibility – social policies can achieve equalization objectives only within an institutional architecture that makes the economic space less prone to the production of inequalities. In this perspective, two issues are investigated which are often overlooked: the structural nature of inequalities in an economic sphere dominated by the maximization of on capital invested, and the growing difficulties in accessing essential goods and services when the principle of maximizing profitability is adopted in the space of the foundational economy.

Luci e ombre dell'innovazione digitale nel welfare dei servizi alla persona in Italia

Fiorenza Deriu

In questo articolo, dopo aver introdotto il tema dell'innovazione digitale nei servizi del welfare, si presentano alcune sperimentazioni di utilizzo di soluzioni avanzate di intelligenza artificiale e di robotica nei servizi alla persona (bambini, anziani e persone con disabilità), nelle quali l'adozione di questi strumenti integra, senza sostituire, l'azione umana. Si cercherà, quindi, di mettere in luce in che modo il binomio di innovazione sociale e ricorso alle nuove tecnologie possa costituire un potente agente di miglioramento della qualità della vita delle persone assistite, delle loro famiglie degli operatori e le operatrici professionali coinvolti. Allo stesso tempo, nella seconda parte del contributo, ci si propone di mettere a fuoco i complessi e delicati risvolti di carattere etico e i potenziali rischi che un uso indiscriminato di questi nuovi strumenti può portare: la progressiva smaterializzazione e disumanizzazione della relazione tra fruitore del servizio e operatore; la pericolosa deriva della sostituzione del rapporto umano con quello dei robot e degli umanoidi-androidi; l'amplificarsi delle disuguaglianze socio-sanitarie nell'accessibilità e nella fruibilità di alcuni servizi.

Data for a changing welfare: an opportunity for social research

Fabrizio Martire

The so-called digital welfare deeply rests on data. Whatever the function attributed to them – forecasting, quantifying, locating social needs or supporting decision-making processes, the renewed centrality of data for welfare, due to the technological innovations of detection and processing data strategies, implies another centrality: that of citizens, the main stakeholders of welfare services and now, in the so-called «digital society», also basic suppliers of the data and information that welfare uses. All this makes research ethics a strategic field of reflection and action, not only in itself, but also a factor that influences the quality of the data collected. The essay supports the thesis according to which «ethics of means» – a deontological approach based on the respect for the person and data confidentiality – should be more systematically supported by an «ethics of ends» - a consequentialist approach focused on the sharing with citizens of the public extensive and democratic benefits of data collection campaigns.

RPS

English Abstracts

Transformations of national models of active labour market policies for young NEETs in Italy, Germany and the UK

Maria Concetta Ambra

The present contribution is framed in the debate of the comparative political economy and examines the qualitative characteristics of the models of active labour market policy (ALMP) expressly addressed to young NEETs in three countries: United Kingdom, Germany and Italy. The three ALMP models are examined in the light of the reforms implemented from 2000 to 2019. The main research question is to understand if and how these models have changed over time, and if the transformations have been influenced by European supranational action. The qualitative comparative analysis shows that the three ALMP models have their own national specificities and the changes introduced in the post-economic crisis phase have contributed to differentiate the English and German models. This process of divergence is not due to the influence of the Joint European Youth Guarantee Programme (JPG). In the English case, which did not adopt the GG program, the changes in the ALMP model are due to the political choices made by the conservative government. In the German case the changes were related to the greater customization of the measures already implemented and the European influence is limited to the availability of additional European resources for the implementation of the GG program in the German context. Finally, the Italian model of ALMP has made important steps forward that have brought it closer to the characteristics of the English and German model of the pre-crisis phase. In this case the transformations that occur in particular from 2014 to 2019 have been favored by the implementation of the European GG program. Nevertheless, the Italian model of ALMP continues to remain «incompleted».

Six months to change. The German presidency of the Council of the European Union

Fabio Turato

After Brexit and the Covid-19 crisis, the German presidency semester marks the return of a great country to coordinate activities in the Council of the European Union. This is a chance not to be wasted, given the limitations of the scheme which assigns a six-month presidency to all

continental governments. The weakness displayed to date by countries not yet ready to coordinate community activities for six months risked putting the EU in greater crisis in a moment of socio-economic and health emergency that is not expected to end in the short term.

RPS

English Abstracts

Le autrici e gli autori

Maria Concetta Ambra è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche della Sapienza Università di Roma, dove ha insegnato Sociologia del mercato del lavoro e Formazione e mercati del lavoro.

Gianluca Argentin è un ricercatore tipo B presso il Dipartimento di Sociologia e ricerca sociale dell'Università di Milano Bicocca. I suoi interessi di ricerca riguardano le disuguaglianze educative e le politiche del sistema di istruzione, comprese quelle relative alla gestione della forza lavoro insegnante. Si occupa inoltre di valutazione di impatto di interventi innovativi nel campo educativo, mediante il ricorso a sperimentazioni controllate.

Marco Arlotti è ricercatore senior in Sociologia economica presso il Dipartimento di Architettura e studi urbani (Dastu) del Politecnico di Milano. Si occupa di politiche di welfare, con particolare attenzione alla dimensione territoriale e comparata.

Fiorenza Deriu è docente di Sociologia e di Metodologia e tecniche per la ricerca sociale presso il Dipartimento di Scienze statistiche della Sapienza Università di Roma. Dirige il Master di secondo livello in «Big Data. Metodi statistici per la società della conoscenza» ed è membro del Consiglio scientifico del Laboratorio di ricerca «Minerva» su diversità e disuguaglianze di genere e della Sezione Ais Studi di genere. Tra i suoi interessi di ricerca: molestie e violenza contro le donne, politiche abitative, housing sociale e soluzioni di co-housing, politiche di invecchiamento attivo, inclusione sociale.

Ivana Fellini è professoressa associata di Sociologia economica e del lavoro presso l'Università di Milano Bicocca. I suoi interessi di ricerca riguardano il funzionamento del mercato del lavoro e le sue trasformazioni in prospettiva comparata, il cambiamento delle strutture occupazionali e professionali nella società terziaria, il lavoro nei servizi a bassa qualificazione e l'inserimento lavorativo degli immigrati.

Raffaele Guariniello ha svolto la funzione di magistrato dal 1969 al 29 dicembre 2015: prima come pretore, poi giudice per le indagini preliminari presso la Pretura, poi procuratore della Repubblica aggiunto presso il Tribunale di Torino e coordinatore del Gruppo sicurezza e salute del lavoro, tutela del consumatore e dei malati presso la Procura della Repubblica di Torino. Consulente della Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti dell'utilizzo dell'uranio impoverito dal 2016 al 2018. Nominato presidente della Commissione amianto istituita dal ministro dell'Ambiente con decreto del 30 aprile 2019. Ha pubblicato nel 1985 il saggio *Se il lavoro uccide* per Einaudi e nel 2017 l'opera *La giustizia non è un sogno* per Rizzoli. Inoltre, in particolare, *Codice della Sicurezza degli Alimenti commentato con la giurisprudenza*, Wolters Kluwer 2016; *Il Testo unico Sicurezza sul lavoro commentato con la giurisprudenza*, Wolters Kluwer, 2020.

Maarten Keune è professore di Social Security e Labour Relations all'Università di Amsterdam. Ha lavorato per l'Ilo e l'Etui, ha svolto incarichi per la Commissione europea, l'Eurofound e l'Ocse. I suoi interessi di ricerca riguardano le relazioni di lavoro, il mercato del lavoro e i sistemi di sicurezza sociale.

Fabrizio Martire, professore associato presso il Dipartimento di Comunicazione e ricerca sociale della Sapienza Università di Roma, insegna materie metodologiche e si occupa di temi connessi alla valutazione, alla metodologia della ricerca sociale e alla storia della sociologia.

Anna Mori è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze sociali e politiche dell'Università degli Studi di Milano. I suoi interessi di ricerca si concentrano sulle relazioni di lavoro in chiave comparativa, in particolare nel settore pubblico, e sulle strategie organizzative dei sindacati. Tra le sue ultime pubblicazioni figurano *Employment Relations in Outsourced Public Services. Working between Market and State* (Palgrave, 2020) e *Traiettorie di mercatizzazione e distribuzione dei rischi nell'esternalizzazione di servizi pubblici in Europa* (Stato e Mercato, 2019).

Gaetano Natullo è professore di Diritto del lavoro (Ius/07) presso l'Università degli Studi del Sannio e insegna nel corso di laurea in giurisprudenza. È socio dell'Associazione Italiana di diritto del lavoro e della Sicurezza Sociale (Aidlass). È componente del Comitato di direzione della rivista scientifica «Diritto della sicurezza del lavoro» e del comitato

di redazione delle riviste scientifiche «Diritti, lavori, mercati» e «Diritto delle relazioni industriali». È autore di oltre cento pubblicazioni scientifiche. La sua attività scientifica verte in particolare sui temi della sicurezza sul lavoro, del lavoro e delle relazioni sindacali nelle amministrazioni pubbliche, della disciplina dei licenziamenti.

Stefano Neri è professore associato presso il Dipartimento di Scienze sociali e politiche dell'Università degli Studi di Milano, dove insegna Sociologia dell'organizzazione e Ricerca sociale e sociologia delle professioni. Ha recentemente pubblicato la monografia *Servizi di welfare e comuni. Nuove politiche e trasformazioni organizzative* (Carocci, 2020).

Andrea Parma è ricercatore junior in Sociologia economica presso il Dipartimento di Architettura e studi urbani (Dastu) del Politecnico di Milano. Si occupa di segregazione scolastica e territoriale e di politiche di long-term care.

Emmanuele Pavolini è professore ordinario di Sociologia economica, del lavoro e dell'organizzazione presso l'Università di Macerata. Si occupa prevalentemente di tematiche legate ai sistemi di welfare in ottica comparata.

Marcello Pedaci è professore associato di Sociologia dei processi economici e del lavoro all'Università di Teramo. Ha lavorato per diverse organizzazioni e svolto incarichi per l'Eurofound e l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni. I suoi interessi di ricerca riguardano le relazioni e la qualità del lavoro e il mercato del lavoro.

Costanzo Ranci è professore ordinario di Sociologia economica presso il Dipartimento di Architettura e studi urbani (Dastu) del Politecnico di Milano. Si occupa di welfare, politiche per anziani e disagio sociale.

Stefania Sabatinelli è professore associato di Sociologia economica presso il Dipartimento di Architettura e studi urbani (Dastu) del Politecnico di Milano. Si occupa di politiche sociali, in particolare di assistenza sociale, della famiglia, della cura, e di politiche abitative.

Angelo Salento è professore associato di Sociologia economica e del lavoro presso l'Università del Salento. Le sue ricerche riguardano preva-

RPS

Le autrici e gli autori

lentamente la regolazione del lavoro e delle organizzazioni, i processi di finanziarizzazione, l'economia fondamentale.

Francesco Saraceno è direttore aggiunto di dipartimento all'Ofce, il centro di ricerca in economia di Sciences Po a Parigi. È anche docente di Macroeconomia europea alla Luiss School of European Political Economy, del cui consiglio scientifico è membro. Ha conseguito dottorati di ricerca in economia alla Sapienza Università di Roma e alla Columbia University di New York. La sua ricerca verte sulla macroeconomia e sull'integrazione europea.

Fabio Turato è docente di Relazioni internazionali presso l'Università degli studi di Urbino Carlo Bo. I suoi interessi riguardano il populismo, la politica comparata e la comunicazione politica, con particolare riferimento all'internazionalizzazione dei processi politici e socioeconomici.

Giovanna Vicarelli è professore ordinario di Sociologia economica presso la Facoltà di Economia Giorgio Fuà dell'Università politecnica delle Marche, dove dirige il Centro di ricerca e servizi sull'integrazione sociosanitaria (Criss). Con Mario Cardano e Guido Giarelli ha curato il *Manuale di Sociologia della salute e della medicina* (il Mulino, 2020).