

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 compatti 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

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 e 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, sottponendo 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),

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-

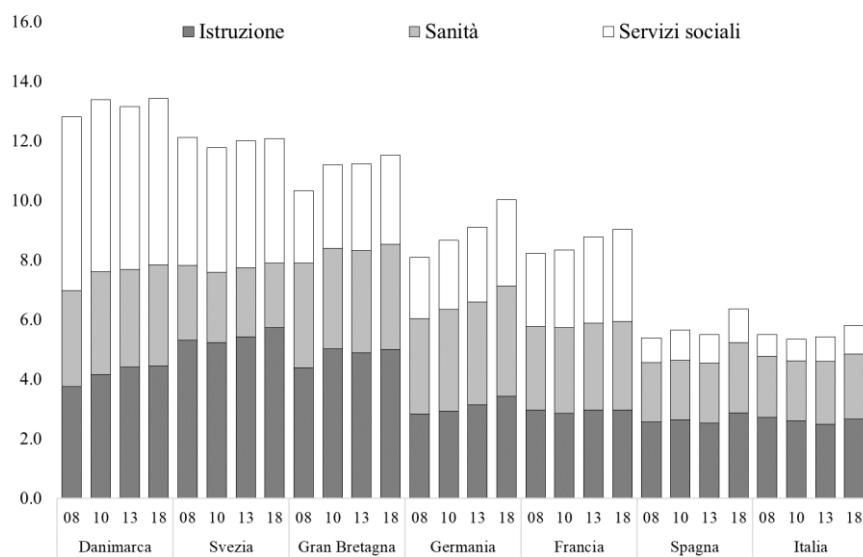
stono non solo per garantire le funzioni essenziali di riproduzione di una società, ma anche per la creazione di opportunità di impiego e perciò per il sostegno e lo sviluppo dei livelli occupazionali complessivi. Messo a fuoco il diverso ruolo della famiglia, dello stato e del mercato nell'organizzazione 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 diseguaglianze. Più sullo sfondo è rimasta invece l'analisi di come l'architettura e l'estensione di questi sistemi abbiano avuto, e continuino 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

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

(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 Sabatini, 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 babysitter) 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 (Rutherford, 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 Iso-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

maggiori 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).

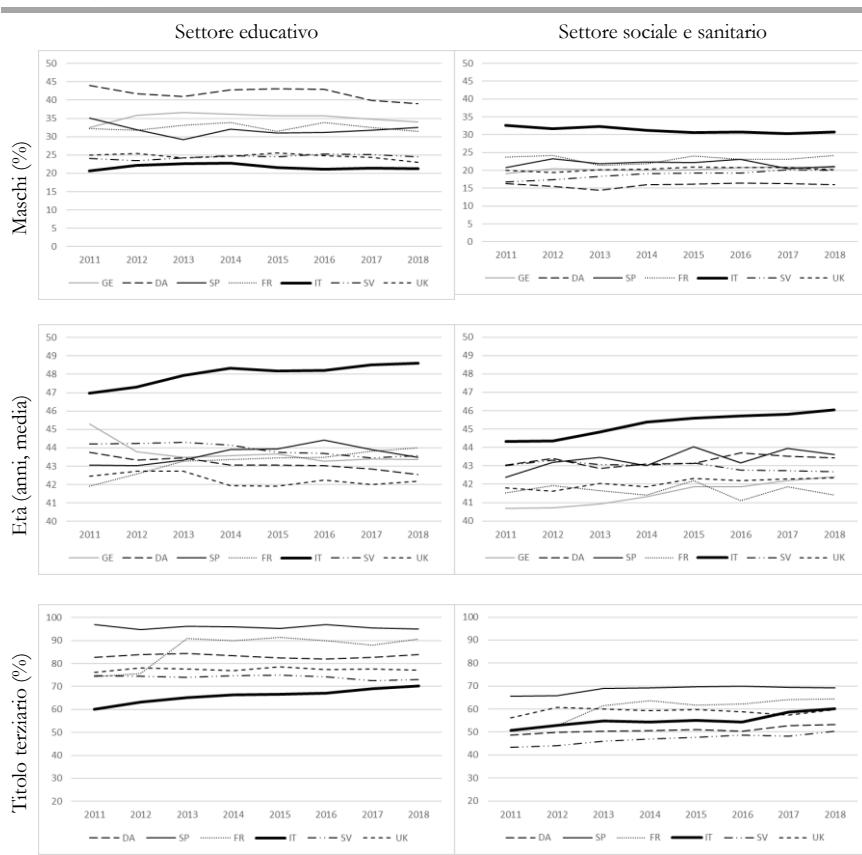
Anche nei settori della sanità e dei servizi sociali l'Italia presenta l'età media più elevata, e in crescita (da 44,3 a 46,1), incrementando la distanza dagli altri paesi, tranne la Germania dove la crescita però parte da livelli assai più bassi, con un'età media che nel 2018 è 42,8 anni. I blocchi 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.

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.

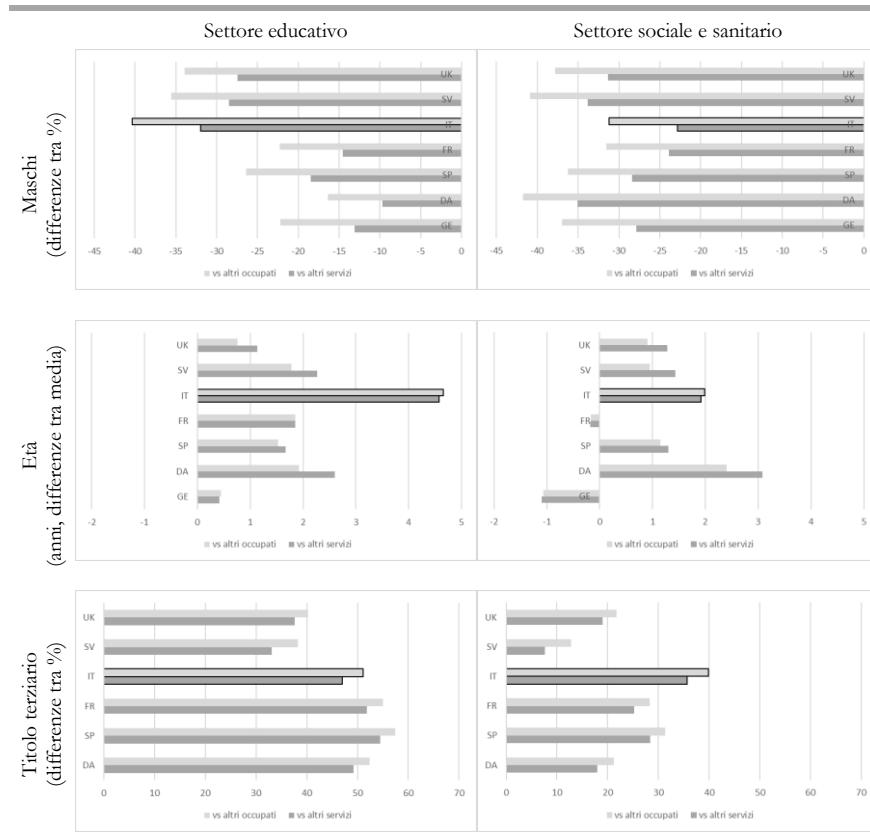
I primi due grafici in alto nella figura 3 evidenziano come la percentuale di lavoratori uomini dei gruppi occupazionali indagati nei due settori risulti inferiore sia a quella dei lavoratori degli altri servizi, sia a quella rilevata in tutti gli occupati; ciò accade in tutti i paesi. Nel caso dell'educazione, 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 rispecchian-
do certo l'insieme delle attività svolte degli insegnanti, lascia ampio spa-
zio discrezionale a questi e porta a elevata variabilità nell'effettivo am-
montare complessivo delle ore di lavoro settimanali. È proprio tale fles-
sibilità 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 la-
voratori 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).

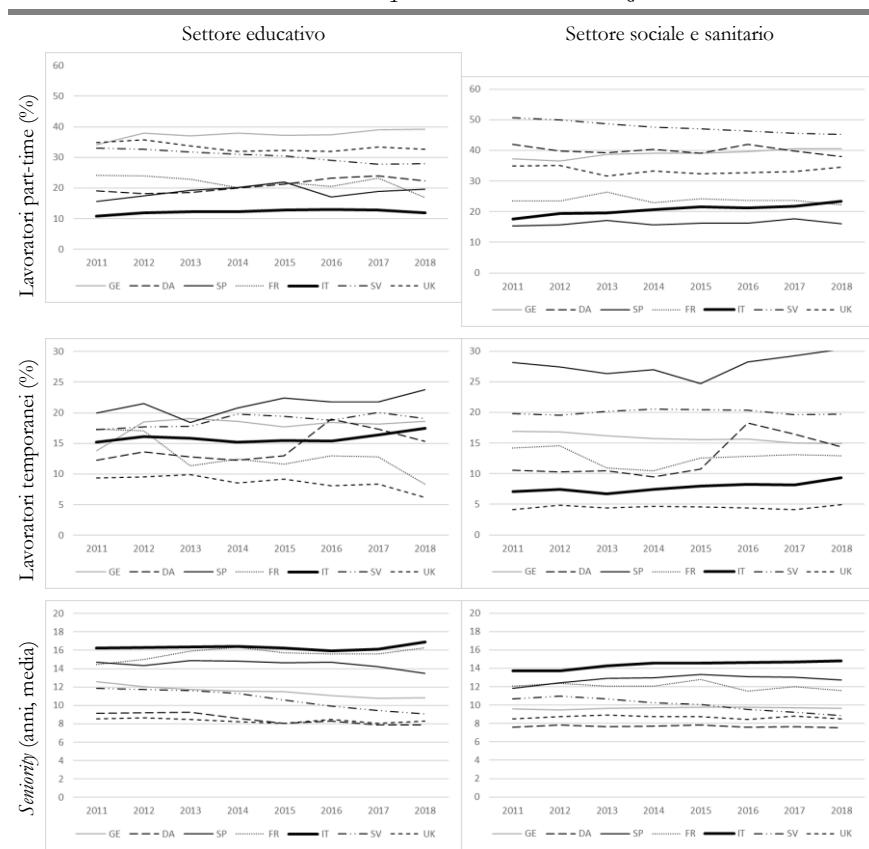
Concentrandosi sulla crescita delle posizioni a termine nel tempo, essa può essere ricondotta alle limitazioni poste alle assunzioni a tempo indeterminato nella pubblica amministrazione, incluso il welfare pubblico, che ha comportato un aumento del ricorso ad incarichi temporanei per la copertura dei 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

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.

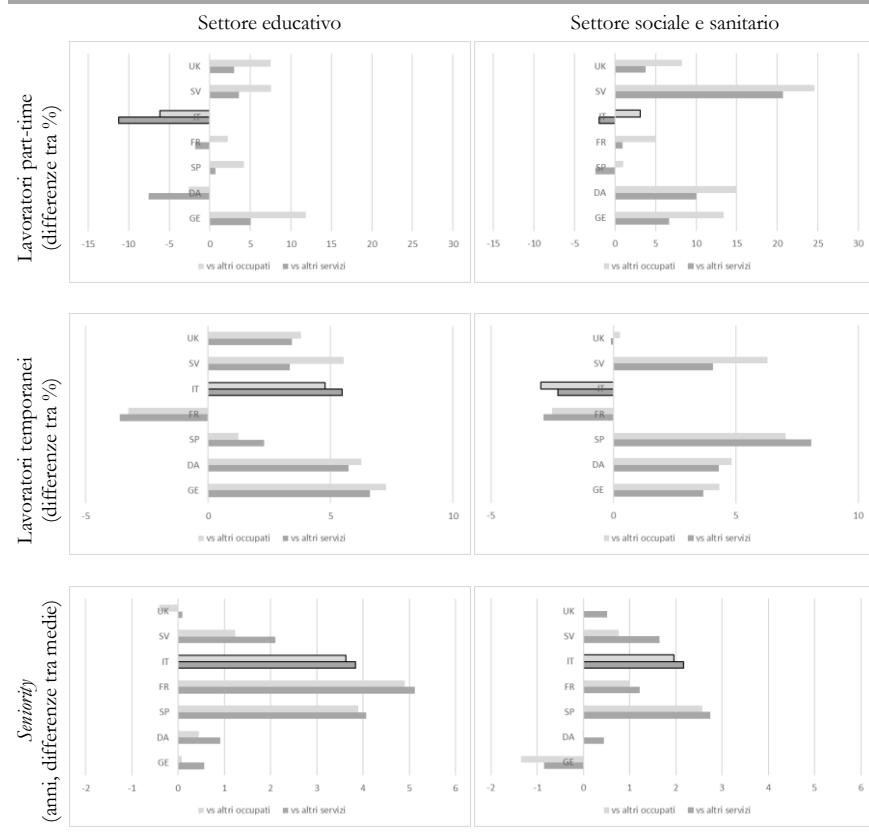
Passando infine alla figura 5, si sviluppa un confronto tra le caratteristiche occupazionali degli occupati appartenenti alle professioni caratteristiche del welfare educativo e sociale e sanitario, gli altri occupati nei servizi e il totale degli altri occupati. Si rileva che l'Italia rappresenta un 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 dunque, 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

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.

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.

RPS

Gianluca Argentin, Ivana Fellini e Stefano Neri

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 austerrità 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

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 improvvise, 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.

- 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 Lenhdorff S. (a cura di), *Working in the Service Sector. A Tale From 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*, «davoce.info», 21/08/2020, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.davoce.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.