

**IL RUOLO DEI WHITE JOBS PER IL WELFARE IN AMBITO NAZIONALE:
FATTORI DI CRESCITA E POTENZIALITA' DI SVILUPPO**

Massimo Castellano¹

SOMMARIO

I *white jobs* (i lavoratori nei servizi sanitari, sociali e alla persona) costituiscono un segmento particolare del mercato del lavoro con una significativa rilevanza economica, professionale e sociale e con un potenziale di occupazione molto elevato. In esso sono raggruppati settori economici, professioni e soggetti economici con caratteristiche molto diverse tra loro che sono unificate da una missione comune, quella di concorrere a garantire la salute delle persone e il benessere delle famiglie attraverso i servizi sociali, la cura dei bambini, degli anziani non autosufficienti e dei disabili. Sono i comparti che rispondono a una domanda sempre più elevata di servizi di cura e di assistenza in un paese come il nostro che invecchia più velocemente degli altri. La finalità principale di questo paper è verificare in quale misura i *white jobs* hanno il potenziale di occupazione più elevato e possono generare di conseguenza il maggiore incremento del prodotto interno in Italia. La prima parte del lavoro analizzerà i principali fattori che contribuiscono alla crescita dei *white jobs* sia in un confronto europeo ma anche in ambito nazionale, mentre la seconda parte del paper, prenderà in considerazione le politiche di promozione e valorizzazione dei servizi alla persona e alla famiglia in sia in ambito Europeo che nazionale, con particolare riferimento ai voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia. Verranno, inoltre, considerati anche alcuni *case studies* quali esempi di percorsi di utilizzo dei *white jobs* nell'ambito dei servizi sanitari, sociali e alla persona.

¹ Cultore in Economia del Settore non Profit, Dipartimento di Scienze Economiche, Aziendali e Statistiche, Università di Palermo

1. Introduzione

Il sistema di welfare italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, anche in conseguenza della crisi economica che ha attraversato il nostro Paese. Da un punto di vista finanziario si assiste ad una riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali e ad un crescente disagio economico delle famiglie, mentre da un altro punto di vista si dipanano gli effetti delle trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione e dai mutamenti della struttura delle famiglie che riducono gli aiuti informali scambiati a causa delle modificazioni delle reti. La vita media in continuo aumento e il regime di persistente bassa fecondità hanno accentuato l'invecchiamento della popolazione. Alle sfide che la globalizzazione e le crisi finanziarie impongono ai sistemi paese, l'Italia si presenta con una struttura per età fortemente squilibrata, in termini di rapporto tra popolazione in età attiva e non, e con una dinamica demografica che aggraverà il processo di invecchiamento, se non verranno attuate politiche sociali in grado di mutare in profondità i comportamenti individuali e familiari. Alcune stime dell'OCSE indicano che a partire dal 2030 per ogni anziano vi potrebbero essere solo 2 individui occupati, a fronte dei 3 attuali e dei circa 5 nel 1960.

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

Il nostro sistema di welfare, basato in prevalenza sulle reti informali e soprattutto sulle donne, rischia di essere messo in crisi dal rapporto fortemente squilibrato tra popolazione in età attiva e non, in aggiunta ad una dinamica demografica che favorirà il processo d'invecchiamento della popolazione italiana. Ciò comporta l'attuazione di politiche capaci di mutare i comportamenti sociali e familiari e facilitare l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro agli stessi livelli che si osservano negli altri paesi europei più sviluppati.

L'aumento della quota della popolazione anziana determina, infatti, la crescita di coloro che hanno bisogno di cure e di assistenza e che subiscono severe limitazioni alla propria autonomia, causando un aumento dei consumi sanitari, viceversa, l'accresciuta presenza delle donne nel mercato del lavoro riduce la loro possibilità di sostenere il carico del lavoro di assistenza per gli anziani, che interessa fasi della vita

sempre più prolungate e determina la necessità di acquistare sul mercato i servizi sostitutivi del lavoro familiare.

A fronte di queste rapide trasformazioni demografiche, i *white jobs* assumono un peso sempre più importante nel mercato del lavoro italiano, a conferma dell'incremento dei livelli occupazionali che caratterizza i settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona con oltre due milioni e mezzo di persone, corrispondente all'11% del totale dei lavoratori e ad una crescita del 70% rispetto al 2000. Inoltre, in tali settori prevale un'occupazione stabile, dal momento che i lavoratori dipendenti sono in larga maggioranza (89%), così come la maggior parte di loro è assunto con contratto a tempo indeterminato (91%). Altri fattori, comunque, sono degni di attenzione, quali ad es. la presenza del volontariato in tale settore, dal momento che la sostenibilità del sistema si regge anche su quasi un milione di volontari che prestano la loro opera gratuitamente soprattutto nelle istituzioni non profit; l'elevato livello di istruzione degli operatori del settore nettamente superiore rispetto a quello complessivo con il 39% dei diplomati ed il 35% dei laureati; alti livelli di produttività e d'investimenti, pur in presenza di imprese di modesta dimensione, diversamente da quanto si registra negli altri settori economici. I *white jobs* rappresentano, di conseguenza, una componente importante del nostro sistema economico, il cui valore aggiunto, pari al 7% del prodotto complessivo del nostro Paese è cresciuto dal 2000 al 2011 del 21%, a fronte del 4,5% della media di tutti i settori economici. Anche nel lungo periodo di crisi iniziato nel 2008, il loro valore aggiunto aumenta, seppure in misura più contenuta (3,8%), ma a fronte di una flessione (-4,4%) che si registra nel complesso delle attività economiche.

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

Le considerazioni introduttive di cui sopra si riferiscono ad una ricerca svolta nel 2014 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in collaborazione con l'Unione Europea, la quale ha sottolineato come i *white jobs* possano diventare uno dei volani più importanti della ripresa dell'occupazione nel nostro Paese (si prevede una crescita di circa tre milioni di occupati nel 2020) e possano generare di conseguenza il maggiore incremento del prodotto interno in Italia e come per il prossimo futuro, quindi, sia importante considerare il ruolo a cui essi saranno chiamati per sostenere la sfida che origina da fenomeni demografici di proporzioni non ancora adeguatamente conosciute e che determineranno conseguenze non ancora sufficientemente

analizzate e discusse sul welfare e sulle politiche pubbliche, soprattutto, in risposta all'aumento della cronicità grave delle malattie ed alla disabilità della fascia più debole e bisognosa della popolazione e tutto ciò nell'ottica di alleggerire, nel prossimo futuro, l'aumento della pressione di tale fenomeno sul sistema sanitario nazionale.

Le rilevazioni statistiche e le considerazioni svolte in questa ricerca, quindi, hanno permesso di tracciare la trama di questo paper: in una prima parte, dopo alcune brevi considerazioni sull'attuale processo di transizione demografica e sociale in Italia, verranno esaminati i principali fattori di crescita dei *white jobs*, mentre la seconda parte del paper, prenderà in considerazione le politiche di promozione e valorizzazione dei servizi alla persona e alla famiglia in Europa, con particolare riferimento all'Italia e ai voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia. Verranno, inoltre, considerati anche dei *case studies* che analizzeranno differenti percorsi di utilizzo dei *white jobs* nell'ambito dei servizi sanitari, sociali e alla persona.

2. Il processo di transizione demografica e sociale in Italia

Viene detto transizione demografica il processo di trasformazione di una popolazione da uno status "naturale", risultato di dinamiche tendenzialmente spontanee, a uno più "evoluto", regolato in misura crescente dal potere d'intervento degli individui. Lo straordinario incremento della sopravvivenza della nostra popolazione, da un lato, e il controllo della fecondità, dall'altro, sono i tratti distintivi di questo processo. I fattori individuali di "scelta", per quanto riguarda la sopravvivenza, sono com'è noto prevalentemente preventivi rispetto all'esposizione ai fattori di rischio e all'adozione di conseguenti stili di vita. Da questo punto di vista sono assai più rilevanti i cambiamenti indotti dagli avanzamenti in ambito medico-scientifico, farmaceutico e, negli ultimi decenni, soprattutto tecnologico-sanitario. I profondi cambiamenti nelle opzioni individuali relative alla formazione delle unioni familiari e alle scelte riproduttive sono, invece, prevalentemente riconducibili ai mutamenti socio-culturali legati alla secolarizzazione della società. (ISTAT, 2014)

Per analizzare il processo di crescita dei *white jobs* dobbiamo considerare due elementi principali: l'invecchiamento della popolazione, che genera una domanda crescente di servizi sanitari, sociali, personali, e la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro, che determina la necessità di acquistare i servizi sostitutivi del lavoro domestico di cura dell'infanzia e delle persone non autosufficienti svolto dai membri della famiglia. Questi fenomeni, che interessano tutti i paesi industrializzati, sono più accentuati in Italia. Infatti le trasformazioni demografiche, negli ultimi anni, hanno determinato fenomeni di grande rilevanza per lo sviluppo sociale ed economico del nostro Paese, come la diminuzione delle nascite, l'innalzamento della vita media, l'aumento delle migrazioni e il forte invecchiamento della popolazione. Tali trasformazioni, che negli ultimi anni si sono manifestate con una velocità sconosciuta nel passato e che nel futuro subiranno un'ulteriore accelerazione, hanno forti ricadute sul tessuto sociale, sullo sviluppo economico, sul mercato del lavoro, sulla salute dei cittadini, sulla tenuta del sistema di protezione e

d'inclusione sociale e sulle stesse caratteristiche del sistema di welfare. (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014)

La prima causa dell'invecchiamento in Italia è la diminuzione del tasso di fecondità, confermata dal numero medio di figli per donna che è inferiore alla soglia di rimpiazzo e quindi non garantisce il ricambio generazionale; solo l'afflusso degli immigrati garantisce che la popolazione complessiva non diminuisca. La popolazione italiana invecchia anche perché cresce l'età media di vita che è la più alta in Europa e di conseguenza aumenta l'indice di dipendenza degli anziani: nel 2060 nel nostro Paese ci saranno 58 persone non autonome ogni 100 in età lavorativa e la speranza di vita sarà di 89,7 anni per le donne e di 85,5 anni per gli uomini. Una delle conseguenze dell'invecchiamento della popolazione è l'aumento della quota delle persone non autosufficienti che salirà in Italia dal 7% del 2010 (4,4 milioni) al 10% (6,4 milioni). Nello stesso periodo la spesa per l'assistenza a lungo termine aumenterà dal 2% del PIL al 3%.

A partire dal 2015, infatti, si profila una nuova fase caratterizzata dal declino demografico, laddove la popolazione residente decresce e invecchia. Nel 2015 la popolazione residente si riduce di 139 mila unità (-2,3 per mille) rispetto all'anno precedente (al 1° gennaio 2016 si stima sia pari a 60,7 milioni di residenti) quella di cittadinanza italiana scende a 55,6 milioni (-179 mila unità); anziché crescere la popolazione invecchia, così come conferma la stima dell'indice di vecchiaia al 1° gennaio 2016 che è pari a 161,1 persone di 65 anni e oltre ogni 100 giovani con meno di 15 anni (171,8 nel Centro e 143,5 nel Mezzogiorno collocando il nostro Paese tra i più vecchi del mondo, insieme a Giappone (indice di vecchiaia pari a 204,9 nel 2015) e Germania (159,9 nel 2015). (ISTAT, 2016)

In tale contesto emerge il fenomeno del "degiovanimento" cioè della progressiva erosione dei contingenti delle nuove generazioni alla base della piramide delle età della popolazione residente per effetto della denatalità, evidente dal confronto tra la piramide del 1952 e quella del 1992, e ancora di più tra il 1976 ed il 2016. L'Italia è, infatti, uno dei paesi con il più basso peso delle nuove generazioni, dal momento che la quota di queste classi di età dal 1926 al 2016 si è pressoché dimezzata. Nel 2016, infatti, la popolazione fino a 24 anni di età è scesa sotto la soglia del 25%, mentre in Francia la quota è del 30,4%. Si tratta di sei milioni di giovani in meno per l'Italia. I due paesi hanno una vita media molto simile e più o meno lo stesso ammontare di popolazione, ma una storia molto diversa. La differenza maggiore sta nella fecondità francese che, dopo una fase di diminuzione, ha ripreso ormai da tempo ad aumentare fino a superare la soglia dei 2 figli per donna. In Italia, di contro, la propensione al primo matrimonio tra le giovani generazioni è in forte calo per via di una accentuazione della posticipazione verso età più mature (nel 2014 l'età media al primo matrimonio è di 34,3 anni per gli uomini e di 31,3 per le donne). L'innalzamento dell'età media al primo matrimonio è da mettere in relazione con la posticipazione degli eventi caratterizzanti il processo di transizione allo stato adulto; in particolare, il protrarsi della permanenza dei giovani nella famiglia di origine spinge in avanti il calendario della prima unione. La recente diminuzione della fecondità è in gran parte da

attribuire al dispiegarsi degli effetti sociali della crisi economica che ha coinvolto l'Italia come altri paesi europei (ad esempio Grecia e Spagna). (ISTAT, 2016)

Il problema della scarsa natalità è anche confermato da un'indagine del Censis secondo cui l'87,7% degli italiani pensa che il nostro Paese sia afflitto da tale fenomeno. Per l'83,3% la crisi economica ha avuto un impatto sulla propensione alla natalità rendendo più difficile la scelta di avere figli anche per chi li vorrebbe. Il 60,7% è tuttavia convinto che, se migliorassero gli interventi pubblici su vari fronti (sussidi, asili nido, sgravi fiscali, orari di lavoro più flessibili, permessi per le esigenze dei figli), la scelta di avere un figlio sarebbe più facile. (Censis, 2016)

Secondo l'ultimo rapporto della Svimez (2016), la perdita netta di giovani generazioni in età feconda, insieme alle aspettative di crescita e di benessere, stanno modificando nel profondo i comportamenti riproduttivi. Nel 2015 il numero dei nati nel Mezzogiorno, così come nell'Italia nel suo complesso, ha toccato il valore più basso dall'Unità d'Italia, 170 mila. Il calo delle nascite ha interessato anche il Centro-Nord e le coppie con almeno un genitore straniero, che negli anni duemila avevano contribuito ad alimentare, soprattutto in quest'area, una lieve ripresa della natalità.

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

La demografia nei prossimi anni, quindi, sarà caratterizzata da una popolazione più longeva ma più anziana. La speranza di vita alla nascita dovrebbe salire da 76,7 anni nel 2010 a 84,6 nel 2060 per gli uomini e da 82,5 a 89,1 anni per le donne. Il tasso di fertilità nell'UE dovrebbe crescere di poco, da 1,59 nascite per donna nel 2010 a 1,71 nel 2060. Il saldo netto cumulativo delle migrazioni nell'UE ammonterà, secondo le proiezioni, a circa 60 milioni fino al 2060. Nel 2060 la popolazione totale sarà poco più numerosa (517 milioni, contro 502 milioni nel 2010), ma molto più anziana: secondo le proiezioni, il 30% degli europei avrà almeno 65 anni. Da un lato, quindi, ci saranno più persone che vivranno più a lungo, ma dall'altro ci saranno gravi problemi alle economie e ai sistemi previdenziali dei paesi europei, in quanto, ci saranno meno persone in età lavorativa, la cui quota della popolazione tra i 15 e i 64 anni di età scenderà dal 67% al 56%, il che comporterà che all'incirca invece di 4 persone in età lavorativa per ogni pensionato ce ne saranno solo 2. (Fondazione Farmafactoring, 2014)

Anche l'OCSE ha sottolineato il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione la cui diffusione, a livello globale, colpisce tutti i paesi in via di sviluppo e le rilevazioni statistiche lo confermano dal momento che nel 2014, ci sono stati 868 milioni persone di età superiore ai 60 nel mondo, corrispondenti al 12% della popolazione totale. Entro il 2030, questo livello aumenterà a 1,2 miliardi (corrispondente al 16% della popolazione) e per il 2050, le stime attuali indicano che ci saranno 2.03 miliardi di persone anziane a livello mondiale (21% della popolazione). Questa è una realtà che, come già detto, interessa i paesi in via di

sviluppo in cui vive il 62% della popolazione di 60 anni e le stime prevedono che la quota aumenti all'80% entro il 2050. (Bluestone, 2015) (OECD, 2015)

Tuttavia, i sistemi sanitari, in generale, non sono ancora del tutto preparati ad affrontare il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. In molti paesi OCSE, più della metà degli individui oltre i 65 anni di età soffrono hanno più di una malattia cronica, e quelli oltre i 75 anni, in futuro potranno soffrirne di tre o più patologie croniche. La gestione efficace delle diverse malattie e delle cure necessarie costituisce ancora un problema per molti sistemi sanitari e di assistenza sociale in molti paesi, soprattutto in relazione all'organizzazione dei team di assistenza ed alla formazione degli operatori sanitari per fornirli delle necessarie conoscenze di cui hanno bisogno per affrontare i cambiamenti nelle strutture demografiche e nei profili epidemiologici. (Colombo, 2015)

3. I principali fattori di crescita dei *white jobs*

La domanda di servizi di cura (specialmente di quelli domestici) è considerevolmente aumentata nel corso degli ultimi anni, generando un importante settore di sviluppo occupazionale, con un ampio potenziale di sviluppo, che fino ad oggi ha riguardato per lo più la popolazione immigrata e dopo la fase della grande espansione è entrato in una fase caratterizzata dalla ricerca di personale sempre più qualificato e di garanzie di qualità dei servizi erogati che in qualche caso è stata gestita da agenzie e associazioni non profit di tutela e promozione lavorativa dei lavoratori immigrati, in altri casi è stata governata direttamente dagli enti erogatori di servizi alla persona come i comuni e i consorzi di comuni. La domanda di servizi sanitari e di cura rivolti alle persone è cresciuta esponenzialmente nell'ultimo ventennio. Tale crescita, caratterizzata sia in senso quantitativo che qualitativo ha provocato effetti diretti sulla maggiore richiesta di personale qualificato e, parallelamente, sulla necessità di aumentare le competenze professionali dei lavoratori del settore. Alla luce di queste considerazioni, in questa sezione del paper verranno messi in evidenza i principali elementi che hanno caratterizzato la crescita dei *white jobs*. (Villante, 2012)

3.1 I *white jobs* per settore economico e per professione

Un primo elemento riguarda la differenziazione fra i *white jobs* sulla base di due diverse e molto ampie definizioni: la prima prende in considerazione i settori economici e la seconda le professioni. Il primo punto di vista consente di analizzare quattro comparti (assistenza sanitaria, servizi sociali residenziali e non residenziali, collaboratori domestici) nei quali operano soggetti economici con caratteristiche e forme giuridiche molto differenti: liberi professionisti, lavoratori autonomi, imprese, istituzioni pubbliche e non profit, ma anche famiglie come datori di lavoro di personale domestico. Nell'UE sono oltre 25 milioni gli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona, di cui 2,5 milioni risiedono in Italia. Nel corso di 12 anni il numero degli occupati nei *white jobs* è aumentato del 39,9% nella media dei paesi europei e del 69,6% in Italia, ma vi sono molti margini di crescita ulteriore dei *white jobs* nel nostro Paese perché gli

occupati in questo comparto rappresentano nel 2012 il 10,9% del totale di tutti i settori (7% nel 2000), mentre nella media europea sono pari all'11,8% (9% nel 2000).

Il secondo punto di vista prende in considerazione un insieme molto differenziato di professioni (medici, tecnici e operatori qualificati dei servizi sanitari, sociali e personali, addetti ai servizi domestici), da quelle intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione a quelle completamente non qualificate, che sono svolte da 2,1 milioni di lavoratori, dai quali sono esclusi coloro che svolgono funzioni amministrative e gestionali come impiegati, operai, dirigenti, presenti nella prima definizione di *white jobs* basata sui settori economici. Due punti di vista differenti che consentono da una parte di misurare l'apporto dei *white jobs* alla creazione del prodotto interno in rapporto alla consistenza e alle caratteristiche delle unità attive che operano nei quattro comparti, dall'altra di evidenziare le dinamiche diversificate di crescita di sei professioni che contribuiscono alla salute e al benessere delle persone e delle famiglie.

Nell'ambito, della crescita del numero degli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona un elemento da sottolineare riguarda il contributo prevalente fornito dalla componente femminile che aumenta dal 2000 al 2012 in Italia del 106,8%, a fronte di quella maschile che cresce solo del 10,5%, con una differenza di oltre 96 punti percentuali, mentre nella media europea l'aumento del numero delle donne occupate nei settori dei *white jobs* è del 41%, a fronte del 35,6% di quello degli uomini, con una differenza di soli 5 punti. Nella media dei 27 paesi europei le donne occupate nei *white jobs* rappresentano il 79% del totale mentre in Italia tale percentuale è inferiore di circa quattro punti rispetto alla media europea, ma aumenta dal 2000 al 2012 di quasi 14 punti, dal 61,4% al 74,9%, mentre in alcuni paesi come la Germania, la Francia e il Regno Unito la quota di occupate sul totale diminuisce.

Come è stato già osservato l'Italia presenta per i *white jobs* settori caratterizzati da un alto tasso di femminilizzazione, ma scendendo maggiormente in dettaglio secondo la ripartizione geografica, il 78,1% delle donne occupate fra i *white jobs* è localizzata nelle regioni del Nord Italia a fronte di una quota più bassa del Mezzogiorno (67,3%). Più della metà degli occupati in questi settori risiede nelle regioni del Nord (50,3%), il 24,5% in quelle del Centro e il 25,1% in quelle del Mezzogiorno. Ma se più della metà degli occupati nei *white jobs* risiede nelle regioni settentrionali la loro incidenza percentuale sul totale degli occupati è più elevata nelle regioni del Centro (12,7%), seguita dalle regioni del Nord (10,6%) e da quelle del Mezzogiorno (10,2%). Le tre regioni con la quota più alta di *white jobs* sul totale degli occupati sono la Sardegna (13,9%), il Lazio e la Liguria (13,8%), mentre in Abruzzo si registra la percentuale più bassa (7,8%).

Quasi il 60% degli occupati nei *white jobs* è costituito da tecnici della salute (32%) e da addetti ai servizi domestici (23%), un quinto dalle professioni qualificate nei servizi personali (20%), il 13% da medici, l'8% dalle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali e la quota più piccola è costituita dai tecnici dei servizi sociali (4%). Sono professioni ad alto tasso di femminilizzazione, dal momento che le lavoratrici rappresentano più di tre quarti del totale (75,9% a fronte del 24,1% degli uomini), ma quote ancora più alte

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

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

3.2 Il valore aggiunto dei *white jobs*

Nel 2011 il valore aggiunto a prezzi correnti nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona ha raggiunto nel complesso dei 27 paesi dell'Unione europea oltre 894 miliardi di euro, con un incremento rispetto al 2003 del 37,4%. Anche nel nostro Paese il valore aggiunto (98 miliardi di euro) ha registrato nello stesso periodo un incremento simile a quello europeo (37,2%). I 98 miliardi del valore aggiunto dei settori dei *white jobs* raggiunto in Italia nel 2011 rappresentano il 6,9% del totale di tutte le attività economiche, con un incremento di un punto percentuale rispetto alla quota del 2003. Quote più alte si osservano nella media dei paesi europei (7,9%) e in Francia (9,5%). Ciò segnala che la possibilità per l'Italia d'incrementare ulteriormente il valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona è ancora ampia.

Un conferma di quanto sopra esposto viene dall'analisi del *concentration index of the value added*² sviluppato in una ricerca commissionata dalla Commissione europea sui lavori e le competenze del futuro nel settore della salute e dei servizi sociali. Tale indice per l'Italia è inferiore a 100 anche se cresce nel tempo in maniera significativa (+5% fra il 2003 ed il 2011); in Italia l'incidenza percentuale del valore aggiunto dei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona sul PIL sul totale dei settori economici è pari al 6,9% e rappresenta l'87% del valore medio dei paesi dell'Unione. Questo indicatore, che è cresciuto nel tempo in maniera significativa segnala che in Italia sono rilevanti le potenzialità di crescita del valore aggiunto prodotto dai *white jobs*.

Se si prende in considerazione una serie storica più lunga, dal 2000 al 2011, l'incremento del valore aggiunto complessivo dei settori dei *white jobs* in Italia sale al 56% e l'incremento maggiore si registra nel settore dei servizi sociali (81,9%, seguito da quello del personale domestico (73,7%) e da quello dei servizi

² Rapporto tra l'incidenza percentuale del valore aggiunto dei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona sul totale dell'economia di ciascun paese dell'Unione europea e l'incidenza registrata nella media dei paesi europei.

sanitari (48,3%). Nel 2011, la quota maggiore di valore aggiunto è prodotta dal settore dei servizi sanitari (69,8%), seguita da quello dei servizi alla persona e alla famiglia (16,4%) e da quello dell'assistenza sociale (13,8%). Nel decennio considerato diminuisce di quasi 4 punti percentuali la quota di valore aggiunto del comparto sanitario e aumenta di circa 2 punti quella degli altri due settori.

Effettuando una disamina a livello territoriale osserviamo come l'incremento dal 2000 al 2011 del valore aggiunto nei settori dei *white jobs* riproduce la suddivisione ripartizionale del Paese, con differenze abbastanza nette tra la media delle regioni del Nord (24%) e del Centro (23,5%) e quelle Mezzogiorno, dove la crescita è molto più contenuta (15%). In tutte le aree del Centro-Nord aumenta maggiormente il valore aggiunto prodotto dal comparto dell'attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico (Centro: 30,7%; Nord: 38,5%), mentre nel Mezzogiorno l'incremento maggiore interessa i settori della sanità e dell'assistenza sociale (15,7% a fronte del 10,2% del personale domestico). Solo nel Mezzogiorno si registra una riduzione complessiva del valore aggiunto per tutte le attività economiche (-0,4%).

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

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

Dopo avere esaminato i fattori che hanno determinato la crescita del valore aggiunto da parte dei *white jobs*, un'ulteriore riflessione riguarda il contributo alla crescita dello stesso nei settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale scomposta nei contributi derivanti dai fattori produttivi (capitale e lavoro) e dalla produttività totale dei fattori (PTF)³ che misura quanto pesano le capacità imprenditoriali del management, il livello d'innovazione e la qualità del lavoro nella crescita del valore aggiunto.

³ La produttività totale dei fattori misura il tasso di progresso tecnico non incorporato nei fattori produttivi (lavoro e capitale): innovazioni nel processo produttivo, miglioramenti nell'organizzazione del lavoro e nelle tecniche manageriali, miglioramenti nell'esperienza e livello di educazione raggiunto dalla forza lavoro, parte dei miglioramenti nella qualità dei beni d'investimento, andamento del ciclo economico, economie di scala, esternalità, riallocazione dei fattori produttivi verso utilizzi più produttivi.

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

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

Queste informazioni segnalano che mentre per la crescita del valore aggiunto nel settore dei servizi sanitari contribuisce per due terzi il lavoro e per un terzo il capitale non-ICT, nel settore dell'assistenza sociale la maggiore crescita del valore aggiunto è imputabile quasi totalmente alle ore lavorate. Entrambi i settori sono penalizzati dal basso o nullo investimento nelle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione e dalla carenza d'innovazione nell'offerta dei servizi e nell'organizzazione del lavoro

Il modesto livello d'innovazione e d'investimento nei due settori (servizi sanitari e assistenza sociale) emerge anche se si osserva l'andamento della produttività del lavoro nel corso degli ultimi 17 anni, confrontata con quella del complesso delle attività economiche (figura 2.27). La variazione della produttività del lavoro per l'intera economia è nulla o negativa a partire dal 2000 e quella dei due settori si mantiene sempre su valori negativi, con la sola esclusione degli anni dal 1993 al 2000, nel corso dei quali la produttività del settore dei servizi sanitari subisce una flessione pari a circa il 15%, quella del settore dell'assistenza sociale del 38%. Nello stesso periodo, la produttività del complesso delle attività economiche cresce di circa il 14%, per poi iniziare la lunga fase di stagnazione che dura fino ai giorni nostri.

Tra il 1992 e il 2010 la crescita media annua della produttività del lavoro nel totale delle attività economiche è pari all'1%. Il capitale ICT e non-ICT ha contribuito rispettivamente per 0,1 e per 0,4 punti percentuali mentre la produttività totale dei fattori ha contribuito per 0,4 punti. Nel settore dei servizi sanitari si osserva una dinamica lievemente negativa della produttività del lavoro (-0,3%), determinata dal contributo negativo dell'intensità di capitale (-0,1 punti percentuali) e della produttività totale dei fattori (-0,2 punti percentuali). Più accentuata è la variazione negativa della produttività del lavoro nel settore dell'assistenza sociale (-1,4%), alla quale il capitale ICT e non-ICT hanno contribuito rispettivamente per -0,1 e per -0,6 punti percentuali, mentre la produttività totale dei fattori ha contribuito per -0,7 punti.

3.3 Le principali caratteristiche delle imprese, delle istituzioni pubbliche e non profit

A partire dai dati del censimento dell'industria e dei servizi del 2001 e del 2011 è possibile analizzare le principali caratteristiche delle imprese, delle istituzioni non profit e delle istituzioni pubbliche

in tre settori che costituiscono i *white jobs* (assistenza sanitaria, servizi di assistenza sociale residenziale e assistenza sociale non residenziale). Complessivamente, sono 283 mila le unità attive con un incremento del 40,4% rispetto al 2001 (+82 mila unità attive), mentre l'incremento delle unità di tutti i settori economici nello stesso periodo di 10 anni è stato del 9,3%.

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

Gli addetti nel 2011 sono complessivamente 1,6 milioni di lavoratori e quasi la metà (43,8%) lavora presso istituzioni pubbliche, anche tale quota si è ridotta, nel periodo intercensuario, di quasi 11 punti percentuali, mentre sono aumentate le percentuali delle imprese private e delle istituzioni non profit rispettivamente di sei e di cinque punti. A questi addetti occorre aggiungere i lavoratori esterni (circa 88 mila) che lavorano in gran parte presso le istituzioni non profit (63,4%), i lavoratori temporanei (circa 9 mila) impiegati prevalentemente nelle istituzioni pubbliche e gli oltre 956 mila volontari che prestano la loro opera gratuitamente quasi esclusivamente nelle istituzioni non profit (97,9%).

Il 57% dei volontari risiede nel Nord, il 22 nel Centro e il 21% nel Mezzogiorno e il loro numero è aumentato in 10 anni del 28%. La prevalenza delle microimprese con meno di 10 addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale (87% del totale) si riflette sulla loro forma giuridica: il 91% è costituita da un imprenditore individuale, libero professionista o lavoratore autonomo, il 4% sono società a responsabilità limitata, mentre le società per azioni rappresentano solo lo 0,1%. La grande maggioranza dei titolari di microimprese a gestione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale è composta da uomini (79% a fronte del 21% delle donne), l'85% ha conseguito la laurea e il 48% ha avuto come precedente esperienza lavorativa il lavoro indipendente. Anche se non fa parte dei *white jobs*, l'industria della salute (imprese farmaceutiche, della fabbricazione di apparecchi biomedicali e di forniture mediche e dentistiche) completa il quadro delle attività che concorrono a garantire la salute delle persone: nel 2011 le imprese sono circa 18 mila (il loro numero aumenta rispetto al 2008 del 6%), occupano circa 137 mila lavoratori, producono un valore aggiunto di circa 12 miliardi di euro e la produttività del lavoro è aumentata del 20% rispetto al 2008.

Nell'ambito del censimento è stata condotta un'indagine relativa alla microimprenditorialità, cioè sulle imprese a conduzione familiare con meno di 10 addetti. Tale indagine ha rilevato informazioni sociodemografiche sugli imprenditori di circa 705 mila unità, delle quali 21 mila operano nei settori della sanità e dell'assistenza sociale. La grande maggioranza dei titolari di microimprese a gestione familiare nei

settori della sanità e dell'assistenza sociale è composta da uomini (79,1% a fronte del 20,9% delle donne). Questo valore medio presenta significative differenze nei singoli settori di attività: la quota più bassa di imprenditrici si osserva nel settore dell'assistenza sanitaria (16,9%), con valori più alti nel segmento dei servizi ospedalieri (37,7%) rispetto a quelli degli studi medici (14,4%), e quella più alta nell'assistenza sociale residenziale in cui le imprenditrici sono in larga maggioranza (86,4%), in particolare nelle altre attività che comprendono gli asili nido e le strutture di assistenza diurna per minori disabili (88,1%). Le imprenditrici sono in maggioranza anche nel settore dei servizi di assistenza sociale residenziale (57,3%), in particolare nelle strutture di assistenza infermieristica (66,1%).

Complessivamente, il 46,3% degli imprenditori delle 705 mila microimprese a gestione familiare ha avuto come precedente esperienza lavorativa il lavoro dipendente e il 36,6% il lavoro indipendente, mentre nel totale dei settori sanitari (21 mila unità) i più frequenti passaggi si manifestano da lavoro indipendente a titolarità d'impresa (48%). Solo nel settore dell'assistenza sanitaria sociale non residenziale si registra una quota maggiore di passaggi da lavoro dipendente a creazione d'impresa (55,1%), mentre nel settore sanitario il 35,5% dei titolari d'impresa non ha alle spalle una precedente esperienza di lavoro.

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

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

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

Per raggiungere questi tre obiettivi i paesi europei hanno attivato principalmente quattro tipi di politiche:

1. riduzione del prezzo dei servizi;
2. semplificazione delle procedure attraverso l'uso dei voucher;
3. regolamentazione del lavoro occasionale;
4. la promozione dell'offerta dei servizi alla persona.

La riduzione del prezzo dei servizi è il primo obiettivo di molte politiche pubbliche perché incide sia sulla scelta di utilizzare o meno le attività produttive del sommerso economico, sia sulla decisione di esternalizzare il lavoro domestico, altrimenti svolto prevalentemente dalle donne, che aprirebbe loro la possibilità di entrare nel mercato del lavoro. Il contenimento del costo dei servizi può essere realizzato attraverso molti meccanismi che riguardano sia l'ambito fiscale, sia la riduzione del costo del lavoro. Occorre osservare a questo proposito che in Italia più di 650 mila madri che si prendono regolarmente cura di figli minori di 15 anni, di adulti malati, disabili o di anziani, che sono inattive oppure occupate part-time a

causa dell'inadeguatezza dei servizi di cura per l'infanzia e per le persone non autosufficienti, dichiarano che la maggiore inadeguatezza dei servizi è il loro costo e solo al secondo posto collocano la loro insufficiente diffusione nel territorio.

Di conseguenza, è possibile affermare che il principale motivo che spinge una quota significativa di madri italiane a non lavorare è razionale, perché quando il costo dei servizi sostitutivi del lavoro domestico e di cura dei bambini è superiore al salario atteso, non è conveniente lavorare. Le donne che si aspettano di guadagnare uno stipendio più alto delle spese che dovrebbero sostenere per i servizi sostitutivi del lavoro domestico e di cura dei familiari sono potenzialmente più propense a lavorare, mentre le donne meno istruite e con minori qualifiche professionali, che hanno un'aspettativa salariale più bassa, non conviene lavorare, dal momento che il costo dei servizi sostitutivi è più alto del salario che possono guadagnare. (Cicciomessere, 2013)

La semplificazione delle procedure e l'uso dei voucher nei servizi non di cura sono stati sviluppati con maggiore successo in Francia e in Belgio con approcci molto diversi per essere utilizzati in ambiente domestico per l'assistenza alla persone e alle famiglie. La chiave di successo è costituita dal costo per la famiglia che è inferiore a quello praticato nel mercato nero.

La regolamentazione del lavoro occasionale è stata realizzata soprattutto in Italia con i buoni lavoro per il lavoro accessorio e in Germania con i Mini-Jobs. Queste forme di lavoro consentono di semplificare le procedure di assunzione, riducono il costo del lavoro per gli utilizzatori e abbattano il prelievo fiscale per il lavoratore. In Italia il compenso per il lavoro occasionale di tipo accessorio è esente da qualsiasi imposizione fiscale e non incide sullo stato di disoccupazione del prestatore. Queste tipologie contrattuali sono espressamente finalizzate a far emergere quella parte del lavoro non regolare svolto occasionalmente nei lavori domestici, di *babysitting*, ma anche per le ripetizioni private, nella convinzione che sia preferibile per la collettività rinunciare a una quota del gettito fiscale in cambio della regolarizzazione di questi lavoratori che sono in ogni caso coperti da regimi assicurativi contro gli infortuni. Ovviamente queste nuove tipologie di lavoro possono determinare una riduzione dei diritti dei lavoratori e un aumento della precarietà, se non sono circoscritte ai lavori occasionali.

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

Il sistema dei voucher comprende in sé tutte e quattro le tipologie di politiche ed è finalizzato a raggiungere contemporaneamente i tre obiettivi della riduzione del costo dei servizi, della loro qualificazione e dell'emersione del lavoro non regolare. Questo sistema ha anche il vantaggio di consentire allo Stato di recuperare una parte delle risorse investite attraverso nuove imposte e contributi sociali determinati dall'aumento degli occupati nei servizi alla persona, la conseguente riduzione degli assegni di disoccupazione e l'emersione del lavoro non regolare.

5. Servizi alle persone e creazione di nuova occupazione: alcune esperienze in Italia

I servizi sanitari, sociali e alle persone, i c.d. *white jobs*, svolgono una funzione fondamentale nei sistemi di protezione sociale, per il contributo che offrono alla tenuta della coesione sociale e alla copertura di vecchi e nuovi rischi sociali. Siano essi legati alla non autosufficienza, alla cura e assistenza di minori, anziani, disabili, alla conciliazione tra vita e lavoro o ancora ai processi di deospedalizzazione e costruzione di nuovi percorsi integrati e continuativi di assistenza al domicilio, questi servizi costituiscono uno dei punti nevralgici dei welfare europei. Pur nella varietà dei sistemi nazionali e delle grandi differenze che corrono tra paesi e gruppi di paesi è su questo fronte che si misurano molte delle grandi sfide che insistono sul modello sociale europeo.

Un buon sistema di servizi alle persone come ci ricordano le istituzioni europee è di fondamentale importanza per promuovere l'inclusione sociale, ridurre il rischio di povertà e le disuguaglianze e indirettamente per promuovere la partecipazione attiva al mercato del lavoro. Non meno importante è il contributo diretto che essi danno alla creazione di nuova occupazione e alla stessa crescita economica. L'invecchiamento della popolazione ma anche l'aumento dei bisogni collegati alla conciliazione tra vita e lavoro sono i driver che maggiormente impattano sulla crescita dell'occupazione nei *white jobs*. Di seguito vengono richiamati alcuni esperienze di assistenza a persone in condizioni di fragilità che consentiranno di vedere come queste abbiano dato la possibilità al nostro sistema di welfare di creare nuova occupazione. (Ciarini, 2015)

5.1 La prima infrastruttura di coesione sociale in Italia: il Civitas Vitae di Padova

Nel quadro della longevità e della non autosufficienza nel nostro Paese una recente ricerca realizzata dal Censis in collaborazione con la Fondazione Generali confronta alcune soluzioni praticabili per un'assistenza di qualità alle persone longeve fragili o non autosufficienti. La crisi del sistema sociale ha determinato oggi una crescente *sconnessione sociale* e richiede anche nel sistema del welfare l'attenzione sulla qualità delle relazioni, la forma l'intensità e l'efficacia dei processi di integrazione e il modo in cui tutti i cittadini, si sentono parte di un contesto sociale, e tutto ciò al fine di ricostruire la filiera sociale e le relazioni interpersonali, offrendo così una solida sponda collettiva, di comunità, alle persone e alle famiglie. In tale ambito, un modello esemplare riguarda il Civitas Vitae di Padova, la prima in Italia infrastruttura di coesione sociale in Italia. (Censis, 2015)

Obiettivo principale di questo progetto è quello di rimettere al centro della vita collettiva e della stessa azione istituzionale ai vari livelli la *priorità delle relazioni*, della reciprocità, delle modalità in cui si vive insieme e si includono soprattutto le persone più fragili, meno autonome. Tutte le persone che a vario titolo lavorano in questa organizzazione, infatti, hanno come riferimento il principio costitutivo della

relazione e sono legittimate a “produrre relazioni” perché la relazione è l’elemento costituente iniziale del processo.

La relazione, che al Civitas Vitae interagisce con la non autosufficienza da cui non necessariamente può trovare ricambio, è mossa dall’interno da due componenti inscindibili:

- il *rapporto*, e cioè l’afflato che stimola ciascuno ad ascoltare, parlare, agire con l’altro;
- il *dono*, e cioè l’afflato di donare qualcosa di sé per meglio supportarsi vicendevolmente, per “trasformare” l’altro in una visione di integrazione al meglio, e quindi proiettandolo oltre l’esistente e lo status quo.

In tale contesto, la diversità diventa molla per gli scambi e agisce da vettore di produttività e di aggregazione nella società. La relazione rinvia anche alla centralità della persona che deve fare leva sui processi e sulle organizzazioni, tanto più nel welfare in cui prevale una condizione di asimmetria tra la persona fragile, sofferente e gli operatori e le strutture. Il Civitas Vitae si ispira alla convinzione che pur nella complessità le persone devono tornare al centro della scena economica e sociale come unione originale di *differenze e unicità* perché ogni persona è importante. La longevità, quindi, viene considerata non come un rischio e un costo, ma come una opportunità e una risorsa, per cui l’allungamento della durata della vita, il numero crescente assoluto e relativo di longevi diventano leve per attivare processi sociali di creazione di relazionalità diffusa divenendo il perno della progettualità Civitas Vitae.

Questi principi fondanti l’organizzazione hanno però un senso se vengono organizzati per condividere una visione e realizzare i relativi contesti promuovendo conoscenza generativa. E’ questa la dimensione del welfare community innovativo orientato a creare nuova relazionalità sociale e con gli anziani protagonisti di un modo diverso di fare e vivere il welfare. La promozione del nuovo welfare richiede di muovere su due versanti:

1. il primo, fondato sulla interrelazione tra le residenze per anziani non autosufficienti e le strutture rivolte ad altre classi di età, a cominciare dall’infanzia. Il Civitas Vitae ha saputo ricostruire una filiera integrata ad anelli trasversale ai bisogni delle generazioni, che consente incontri altrimenti altamente improbabili tra ospiti longevi non autosufficienti e genitori e bimbi;
2. il secondo versante, consiste nella propensione di personale e volontari coinvolti nel progetto ad esprimere, oltre alle competenze e alla missione, la cultura e la pratica del dono oltre il dovuto che consente di prendersi cura realmente delle persone fragili, divenendo l’ossigeno del contesto e permettendo anche una gestione *non profit* che destina le risorse con efficienza ed efficacia al benessere degli ospiti della comunità generata ed allargata.

L’eccellenza del Civitas Vitae, quindi, non sta tanto in una tecnicità di altissimo profilo o in modelli organizzativi capaci di trasferire nel sociale aspetti virtuosi della gestione di impresa, ma nel mostrare con il fare come si può riattivare un welfare community che genera relazioni, non rinunciando ad offrire servizi e prestazioni di alta qualità e sostenibili.

Dal punto di vista del frame strutturale il Civitas Vitae è la prima infrastruttura di coesione sociale in Italia, costruita nella convinzione che la risorsa longevità possa essere *asset* fondante per realizzare progetti di vita nella prima e terza età, cioè al servizio delle fasce di popolazione più fragili e meno tutelate, composta da elementi tra loro sinergici, resa viva da diversi catalizzatori di relazione, pensati, promossi e realizzati in collaborazione con l'iniziativa privata e pubblica, in cui armonicamente convivono strutture sanitarie e sociosanitarie, attività di formazione e ricerca, abitazioni private ed organizzazioni commerciali, nonché edifici per la pratica sportiva e luoghi di aggregazione sociale e culturale, trattandosi di una grande rete inserita in un ampio polmone verde, volutamente senza soluzione di continuità con il territorio circostante.

Come avviene in qualsiasi contesto sociale complesso (dal quartiere fino alla metropoli), non sono mai le strutture fisiche a dare vita alla comunità bensì le singole persone e le loro aggregazioni che costituiscono i catalizzatori delle relazioni. Per quanto motivo, nell'esperienza di Civitas Vitae c'è un quotidiano rinnovarsi relazionale grazie all'apporto di diverse associazioni, quali ad es. Agorà, un'associazione di longevi attivi come "civil servant" che collaborano con istituzioni pubbliche e private in progetti eterogenei che vanno dalla cultura dell'alimentazione al supporto a consumi e acquisti, dalla costruzione di reti intergenerazionali nelle scuole allo studio delle tecnologie informatiche, ecc. Un'altra associazione è Nonni del Cuore costituita da un gruppo di longevi che hanno seguito un corso di oltre 600 ore per imparare ad interagire in modo pedagogicamente corretto con bimbi ed adolescenti in modo da diffondere e disseminare quel risultato di gioia tipico dell'approccio nonno/nipote. Una terza associazione è il Comitato ospiti che si dedica allo sviluppo delle relazioni tra strutture organizzative ed ospiti, Altre due associazioni, ancora, operano nel campo dell'ospitalità, la VADA (Volontari Amici degli Anziani) che, in spirito di solidarietà, si occupa degli ospiti per combatterne la solitudine, per supportare chi si trova in situazione fragile e delicata, per dare consistenza all'ideale di famiglia allargata caratteristico del modello Civitas Vitae; mentre l'altra, la Cilpress, concretizza la sua attività nel campo dell'attività di *relational service*, dall'accompagnamento in ospedale, alla consegna di pasti a domicilio fino alla gestione e riparazione di ausili per disabili.

Il processo di "trasformazione" dei soggetti promosso nel Civitas Vitae grazie all'intergenerazionalità e all'interconnessione tra le persone singole ed aggregate diverse, legittima quel riconoscimento della longevità come risorsa che comprende sia la longevità fragile (cultura del limite e della solidarietà) sia la longevità attiva (cultura della sussidiarietà circolare) ed è in linea con tale intento che opera all'interno di Civitas Vitae la Fondazione di Ricerca HPNR (*Human Potential Network Reserch*) con l'intento di supportare sotto il profilo scientifico le metodologie qui applicate nelle fasi esistenziali dell'infanzia e della vecchiaia, perché in tali età è il contesto a dare piena valorizzazione al potenziale umano, un contesto non profit che sviluppa anche una costruttiva economia di condivisione.

L'opera di Civitas Vitae ha dato una spinta in avanti al concetto di Distretto di Cittadinanza come esempio evolutivo di sussidiarietà circolare. Il modello di governance del Distretto è alquanto innovativo per

il panorama italiano perchè pone in relazione sistematica, cioè non occasionale, le tre generazioni che da sempre contraddistinguono la famiglia come società naturale fondata sul matrimonio: quella dei genitori, dei figli e degli anziani. Il vecchio sistema di welfare ha separato queste tre generazioni separandone anche i luoghi di cura per le tre generazioni (i bambini negli asili nido e nelle scuole materne; gli anziani non autosufficienti nelle case di riposo; i disabili gravi nelle RSA e così via). Oltre che al facilmente immaginabile spreco di risorse, che un tale impianto comporta, quel che più è grave è che in tal modo si finisce con l'incentivare processi di frantumazione sociale. (Zamagni, 2013)

Sul fronte della governance esterna, il Distretto in questione, facendo tesoro dell'esperienza pluridecennale dei distretti industriali realizza quella triangolazione tipica della sussidiarietà circolare che mette in interazione strategica le tre sfere di cui si compone l'intera società: la sfera dell'ente pubblico (stato, regioni, comuni, enti parastatali, ecc.), la sfera delle imprese (ovvero la *business community*) e la sfera della società civile organizzata (volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali, organizzazioni non governative, fondazioni). E' proprio questa forma di governance che, da un lato, consente di valorizzare i diversi territori costituendo un'autentica infrastruttura di coesione sociale e, dall'altro lato realizza sostanziali economie di scala e di scopo. In tal senso, il Distretto di Cittadinanza costituisce un esempio veramente notevole di innovazione sociale. E' tale l'innovazione che è sociale tanto nei mezzi che impiega quanto nei fini che persegue e dunque che crea valore sociale soddisfacendo bisogni sociali. Non c'è solo, infatti, la *creatività profittevole* (quella che genera profitto), ma c'è anche e sempre più ci sarà nel futuro prossimo la *creatività sociale*. (Zamagni, 2013)

5.2 L'istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia in Italia

Nell'ambito delle politiche di promozione e valorizzazione dei servizi alla persona e alla famiglia è stata avanzata in Italia l'istituzione del “voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia”, come strumento di infrastrutturazione del “secondo welfare”, in linea con quanto sostenuto nella riforma del terzo settore del Governo (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2014) che prevede di dare stabilità e ampliare le forme di sostegno economico pubblico e privato degli enti del terzo settore. (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2016)

La proposta di legge si ispira al modello francese e si propone di:
favorire la costruzione di un sistema di servizi alla persona e alla famiglia più efficiente, di qualità e con costi sostenibili che faciliti la conciliazione fra vita privata e attività professionale, al fine di contribuire alla crescita dell'occupazione femminile;

1. rendere sostenibile un moderno e più equo sistema di welfare a favore dell'infanzia e delle persone non autosufficienti, basato sui principi della sussidiarietà, attraverso la responsabilizzazione, il coinvolgimento e la valorizzazione di tutti i soggetti pubblici e privati del settore sociale e delle imprese, al fine di mobilitare risorse aggiuntive a quelle pubbliche;

2. promuovere la crescita dell'occupazione regolare e migliori condizioni di lavoro nel comparto degli *household services*, considerato dalla Commissione europea quello con il più elevato potenziale di aumento dell'occupazione e del valore aggiunto, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e della maggiore domanda di servizi di cura dell'infanzia da parte delle lavoratrici e dei lavoratori;
3. far emergere il lavoro nero, così diffuso fra i collaboratori domestici e gli assistenti personali, soprattutto quelli immigrati, anche per consentire il recupero di risorse aggiuntive da destinare ai servizi attraverso il maggior gettito contributivo determinato dall'aumento dell'occupazione regolare nel comparto dei servizi alla persona;
4. adottare un sistema universale e standardizzato di voucher per il pagamento dei servizi alla persona da parte delle famiglie, delle imprese e delle amministrazioni pubbliche, che sia flessibile, facile da utilizzare e che sia stato già sperimentato con risultati positivi in altri paesi. (Cicciomessere e Marsala, 2015)

Il sistema del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia si basa sostanzialmente su tre pilastri, ciascuno dei quali contribuisce in diversa misura a ridurre il costo dei servizi per la famiglia attraverso un unico titolo di credito:

1. le famiglie che acquistano a costo agevolato i servizi;
2. le imprese che erogano a costi agevolati prestazioni di welfare aziendale ai propri dipendenti o le banche in favore dei propri clienti;
3. le amministrazioni regionali e locali che erogano servizi alla persona a favore di persone bisognose e svantaggiate o servizi di conciliazione ai destinatari delle politiche del lavoro attraverso i servizi pubblici e privati del lavoro.

In tale contesto il Censis ha sviluppato un modello per valutare l'impatto economico, occupazionale e sulla finanza pubblica del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia. Mettendo a confronto i due scenari, quello attuale e quello con voucher, emerge secondo stime ed elaborazioni del Censis, un maggiore impatto sulla domanda di servizi da parte delle famiglie utilizzatrici di servizi di collaborazione domestica (+482 unità familiari) rispetto a quelle che ricorrono a servizi socio assistenziali privati (+79 unità) in coerenza con gli accresciuti bisogni di assistenza connessi con l'invecchiamento della popolazione, inoltre si prevede anche una consistente crescita dei dipendenti del settore privato beneficiari di servizi di welfare "voucherizzabili" (+731 unità), con enormi vantaggi sia per i dipendenti che per la produttività aziendale. In termini di nuova occupazione, l'introduzione del voucher porterebbe, nel corso di un quinquennio, all'emersione di 326 mila unità, mentre l'occupazione aggiuntiva è valutabile in 315 mila nuovi occupati fra diretti (assistenza domiciliare) e indiretti (settori collegati). Per quanto riguarda l'impatto sulla finanza pubblica, Il sistema a regime avrebbe un costo di circa 3,6 miliardi di euro, che si riduce a 1,9 miliardi tenuto conto dei benefici diretti (emersione del lavoro irregolare, nuova occupazione, minor impiego

dell'Aspi) e a 700 mila euro se si considerano anche quelli indiretti (occupazione in altri settori, Iva su consumi familiari, imposte su utili d'impresa). (Censis, 2014)

5.3 Il IV piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva

Un'altra esperienza da sottolineare per la rilevanza nel campo dell'assistenza alle persone in condizioni di fragilità riguarda l'approvazione nel mese di agosto 2016, da parte del Consiglio dei Ministri, del IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2016/2017 (d'ora in poi Piano di Azione) elaborato dall'Osservatorio Nazionale Infanzia ed Adolescenza (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015)

I contenuti evidenziati di volta in volta nei diversi Piani di azione rimandano esplicitamente ai principi enunciati nella Convention on the Rights of Child, che costituiscono perciò la cornice più ampia entro cui le direttive del Piano si pongono per fissare le priorità di ogni biennio. Questi principi vengono spesso riassunti nello schema delle tre "P", cioè *provision*, *protection* e *promotion*: i *provision rights* sono quelli che si riferiscono all'accesso a servizi o beni materiali e immateriali (es. il diritto all'educazione o il diritto alla salute); i *protection rights*, diritti che prevedono la protezione da situazioni di rischio, danno e pericolo (es. abuso e maltrattamento); e infine, i *participation (o promotion) rights* sono i diritti che riconoscono il ruolo attivo del bambino come agente di cambiamento e portatore di idee e opinioni che devono essere prese sul serio. Attorno a questi tre principi trasversali si articolano i contenuti del Piano.

Il Quarto Piano di Azione è composto quattro priorità tematiche: **1)** linee di azione a contrasto della povertà dei bambini e delle famiglie; **2)** servizi socio educativi per la prima infanzia e qualità del sistema scolastico; **3)** strategie e interventi per l'integrazione scolastica e sociale; **4)** sostegno alla genitorialità, sistema integrato dei servizi e sistema dell'accoglienza. In relazione a ciascuna priorità tematica sono stati quindi individuati interventi/azioni riconducibili a: interventi di tipo legislativo; interventi di tipo amministrativo generale e/o programmatico; interventi di natura operativa (progetti sperimentali, costituzione di tavoli di coordinamento, ecc.), anche realtà del terzo settore.

Per quanto concerne il primo punto, complessivamente considerato, il crescente fenomeno della povertà minorile e dell'esclusione sociale, aggravatosi con la crisi economica che ha attraversato il Paese, impone una riflessione e un'azione di Governo articolata che ponga l'accento sulla multidimensionalità dello stesso. La strategia Europa 2020 traccia le coordinate fondamentali per contrastare i processi di graduale impoverimento delle famiglie e produrre maggiore inclusione sociale e protezione dei soggetti più vulnerabili con l'obiettivo di promuovere l'intervento precoce e la prevenzione attraverso strategie integrate e di affrontare il disagio sociale sin dalla prima infanzia, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili.

5.4 Il progetto LaFemMe – Lavoro Femminile Mezzogiorno

Nell'ambito delle azioni a sostegno delle politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro il Ministero

del Lavoro e delle Politiche Sociali si è fatto promotore del progetto La.Fem.Me. volto a favorire l'aumento della partecipazione femminile al lavoro. (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Unione Europea, 2014). L'intervento non prevede misure dirette rivolte alle donne, ma mette a disposizione servizi rivolti alle aziende, al sistema degli operatori del mercato del lavoro e alle amministrazioni regionali dal momento che dalle analisi empiriche emerge che la maggiore criticità è rappresentata dalla insufficiente domanda di lavoro regolare femminile, soprattutto nel Mezzogiorno e all'insufficienza e all'eccessivo costo dei servizi di conciliazione lavoro-famiglia. Una linea di attività specifica, invece, è dedicata alla promozione dell'occupazione femminile e giovanile nei settori della green economy. Nella primo anno di attività (2011-2012) il progetto è stato impegnato nelle quattro Regioni del Sud (Calabria, Sicilia, Puglia e Campania), successivamente (2013-2014) le attività sono state ampliate anche alle Regioni del Centro Nord dove maggiore è la richiesta di supporto da parte delle aziende.

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

E' uno dei pochi progetti che non distribuisce sussidi, ma eroga consulenza e formazione direttamente alle aziende interessate e alle Regioni. L'attività di formazione e di consulenza si concretizza nell'accompagnamento della direzione aziendale, d'intesa con i referenti sindacali e con i lavoratori, nell'individuazione della soluzione più adeguata rispetto alle esigenze di riorganizzazione e di recupero della produttività e di competitività dell'impresa.

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

6. Considerazioni conclusive

Dopo avere esaminato le differenti problematiche dei *white jobs* è utile, in via conclusiva, fare alcune considerazioni in riferimento ai modelli di risposta ai bisogni di tutela delle persone non autosufficienti affrontate in precedenza.

Una prima riflessione, riguarda la visione prevalente dei longevi nella cultura collettiva degli italiani. Nonostante la persistenza di stereotipi come quello dell'anziano, sempre e comunque fragile, povero e

marginale, si fa strada una nuova visione di longevità attiva praticata ormai da quote rilevanti di persone della terza età ed ha cominciato a radicarsi socialmente la convinzione che gli anziani non sono un peso passivo di cui farsi carico, ma i soggetti protagonisti di una fase molto diversa del nostro vivere collettivo.

Una seconda riflessione, riguarda la non autosufficienza, come porta d'accesso alla vera vecchiaia. Nella cultura sociale collettiva, infatti, si diventa vecchi quando si perde la propria autonomia, diventando dipendenti da altri. La risposta a tale fenomeno è stata spontanea e tempestiva indirizzandosi verso un'assistenza in ambito familiare o semplicemente assumendo una badante proveniente da un paese ad alta pressione migratoria. E' nato così in tempi ristretti un nuovo settore del welfare, quello dell'assistenza domiciliare privata, in cui le famiglie sono diventate datori di lavoro e le straniere prestatori d'opera ed in cui l'acquisto dei servizi e delle prestazioni delle badanti è stato finanziato con risorse private, dei longevi e dei familiari e con una quota di risorse pubbliche, tra le quali spicca l'indennità di accompagnamento.

Un'ulteriore considerazione conclusiva, è collegata alla precedente, in quanto la soluzione della domiciliarità con badante, se è apparsa, in una prima fase, flessibile, sostenibile economicamente e soddisfacente per entrambe le parti, successivamente ha incrinato l'equilibrio del modello italiano per le note difficoltà che in questi anni stanno colpendo i budget familiari intaccando la capacità di spesa dei longevi e dei familiari. Non sorprende, infatti, che il finanziamento del costo dell'assistenza a familiari non autosufficienti ha richiesto uno sforzo economico diffuso nelle reti familiari con quasi 910 mila famiglie in cui più membri si sono tassati per contribuire a pagare tale assistenza.

Il problema della domiciliarità, quindi, diventa un problema importante per la non autosufficienza. La problematica in questione può essere osservata da due punti di vista differenti. Un primo punto considera la casa di abitazione come soluzione ottimale, ma si consideri che oltre 2,5 milioni di anziani vivono in abitazione non adeguate alla condizione di ridotta mobilità, e avrebbero bisogno di lavori infrastrutturali per adeguarle; 1,1 milioni vivono in abitazioni che sono inadeguate e inadeguabili. Sono poi oltre 9,8 milioni gli italiani che vivono in una abitazione non adeguata per una persona anziana magari con problemi di mobilità e ulteriori 6,7 milioni dicono che la propria abitazione non è adeguabile agli standard *age proof*. Il secondo punto di vista, invece, si riferisce alle strutture residenziali che, però, non risultano in Italia assolutamente competitive, se consideriamo, ad esempio, che sono poco più di 200 mila i longevi non autosufficienti ospiti di strutture residenziali di contro a circa 2,5 milioni in famiglia, in casa propria o di parenti. Eppure il ricorso alla residenzialità potrebbe essere subito ampliato con una qualità più alta dell'offerta. Se il predominio assoluto della domiciliarità è lo stato attuale della situazione, tuttavia il mercato della residenzialità è potenzialmente espandibile rispetto all'attuale dimensione residuale, purché migliori la qualità dei luoghi e dei servizi interni. Sono infatti 4,7 milioni i longevi che sarebbero favorevoli per il ricorso alla residenzialità, purché la sua qualità migliori rispetto all'attuale situazione. Conseguenziale a tale problema è l'ampliamento della qualità dell'offerta intesa non solo dal punto di vista dell'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, ma anche in termini di contesti ad alta intensità relazionale, aperti alle comunità esterne, piattaforme in grado di

valorizzare le potenzialità residue delle persone non autosufficienti con uno spettro adeguato di attività diversificate. (Censis, 2015)

Un altro problema sottolineato riguarda il valore decisivo della relazionalità per il care di qualità. Gli esempi delle best practice italiane confermano, infatti, che promuovere contesti che siano piattaforme per la moltiplicazione delle relazioni, in cui ci sia un set ampio di attività, iniziative, progetti in cui le persone possono coinvolgersi e a partire dalle quali sviluppare rapporti con gli altri. Quale che sia la soluzione che prevale per la persona non autosufficiente, la domiciliarità o la residenzialità, tutto deve essere orientato a garantire reti di relazioni, opportunità per essere attivi, condizioni per realizzare progetti e aspettative, affinché le persone non autosufficienti siano protagonisti della vita delle comunità al fine di promuovere soluzioni assistenziali sostenibili.

E' opportuno a questo punto considerare la *governance* da attuare per il welfare del futuro. Secondo il Censis i servizi sociali la e coesione sociale, in definitiva, rappresentano un binomio fondamentale del nuovo welfare, in quanto, la collettività manifesta bisogni sempre più articolati e complessi, non solo più cura, ma anche più asili, più formazione, più lavoro, più servizi relazionali che siano in grado di creare un tessuto di fiducia tra le persone. E' innegabile che servizi sociali capaci di migliorare la qualità della vita e delle relazioni incrementano il capitale sociale delle comunità e il benessere degli individui. Le situazioni di disagio sociale che si osservano in tutto il Paese sono sintomatiche del fatto che l'intervento pubblico non è più sufficiente a coprire l'articolata mole di bisogni espressi dalla collettività. Servono, quindi, dei modelli di intervento più flessibili che si adattino alle varie esigenze superando l'approccio burocratico attraverso un forte spirito di imprenditorialità almeno nella fase iniziale di sperimentazione ed innovazione. Il settore privato è in grado di offrire queste competenze perché un numero sempre maggiore di operatori è pronto a condividerle per progetti di interesse collettivo. Occorre testare, quindi, nuove modalità di collaborazione pubblico/privato affinché si sviluppino sinergie virtuose fra gli operatori dei servizi sociali e sanitari e gli Enti Locali (Comuni, Province ecc.). In questa difficile opera di rilettura del sistema sociale, gli attori socio economici e istituzionali chiamati in causa sono veramente numerosi, anche se allo Stato viene riconosciuto e confermato il ruolo di garante sia nella tutela sia nella gestione dei servizi. In questa cornice, l'aumentata varietà degli operatori coinvolti nel sistema di erogazione dei servizi sociali, tra i quali rientrano anche i *white jobs*, deve costituire un punto di riferimento per l'intero sistema che deve diventare "misto" sia per quanto attiene l'allocazione delle funzioni e delle responsabilità, sia in merito agli strumenti di regolazione della domanda e dell'offerta, che devono operare con criteri diversi dal mero controllo burocratico tipico del welfare state. (Censis, 2010)

Bibliografia

- Bluestone K. (2015), The future of development is ageing, in *Ageing: debate the issues*, Edited by Patrick Love, Paris: OECD
- Censis (2010), Gli scenari del welfare. Tra nuovi bisogni e voglia di futuro. Rapporto finale
Roma: Censis
- Censis (2014), Voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia, Roma: Censis
- Censis (2015), L'eccellenza sostenibile nel nuovo welfare. Modelli di risposta top standard ai bisogni di tutela delle persone non autosufficienti. Il piano della cultura sociale collettiva. Analisi socio-economica e istituzionale del fenomeno, Roma: Censis
- Censis (2016), 50° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, Milano: F. Angeli, 2016
- Ciarini A. (2015), Servizi alle persone e creazione di nuova occupazione. L'esperienza del CESU in Francia e le possibili riforme per l'Italia, Fondazione EYU, Roma
- Cicciomessere R. (2013), Uso efficace dei fondi comunitari per contribuire alla crescita dell'occupazione femminile, Italia Lavoro, 2013
- Cicciomessere R. e Marsala A. (2015), il voucher universale per i servizi alla persona: flessibilità e semplificazione, www.robertocicciomessere.eu/Quaderni_S&O_MarsalaCicciomessere.pdf
- Colombo F. (2015), Health systems are still not prepared for an ageing population, in *Ageing: debate the issues*, Edited by Patrick Love, Paris: OECD
- European Commission (2012), Annual Growth Survey 2012, Brussels: European Commission
- Farvaque N. (2013), Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities. Report for the DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Orseu, 2013
- Fondazione Farmafactoring (2014), Le sfide del welfare nell'Italia che invecchia: welfare state e welfare society, I Quaderni della Fondazione Farmafactoring, nr.4
- ISTAT (2014), Rapporto annuale 2014 – La situazione del Paese, Roma: ISTAT
- ISTAT (2016), Rapporto annuale 2016 – La situazione del Paese, Roma: ISTAT
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Unione Europea (2014), Le prospettive di sviluppo dei white jobs in Italia Servizi sanitari, sociali e alla persona: i settori economici con il potenziale di occupazione più elevato, Roma: Italia Lavoro SpA
- OECD (2015), Ageing: debate the issues, edited by Patrick Love, Paris: OECD
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2014), Linee guida per una Riforma del Terzo Settore, Roma
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2016), Riforma del Terzo settore e del Servizio Civile, Roma
- Villante C. (2012), Invecchiamento attivo, professionalità di cura e validazione delle competenze. Dai progetti Leonardo da Vinci la sperimentazione di soluzioni alle nuove domande sociali, Osservatorio ISFOL, nr.2
- Svimez (2016), Rapporto Svimez 2016 sull'economia del Mezzogiorno, Bologna: il Mulino, 2016

Zamagni S. (2013), Dal welfare della delega al welfare della partecipazione. Il Distretto di Cittadinanza come esempio evoluto di sussidiarietà circolar³, Le Giornate di Bertinoro per l'economia civile, XIII edizione

ABSTRACT

THE ROLE OF WHITE JOBS FOR THE WELFARE IN ITALY: GROWTH FACTORS AND POTENTIAL OF DEVELOPMENT

The white jobs (workers in health and social services, to individuals) constitute a particular segment of the labor market with a significant economic, professional and social life, and with a very high employment potential. In it are grouped economic sectors, occupations and economic entities with very different characteristics that are unified by a common mission, that of contributing to ensure people's health and well-being of families through social services, child care, the the dependent elderly and disabled. Are the sectors that respond to an increasing demand for nursing and care services in a country like ours that is aging faster than the others because you live longer and longer but always fewer children are born, thereby already a natural balance today negative it does not register in the other European countries. Only the positive net migration still manages to limit the reduction of the working age population, but with unbalanced effects between the Centre-North and the South regions, in which accentuate the aging phenomena of the population and reducing the number of persons potentially active. The heavily imbalanced ratio of working age population and not, combined with a demographic trend that will aggravate the aging process of the Italian population, threatens to undermine our welfare system based too much on informal networks and particularly on women, unless they realize social policies capable of changing social and family behaviors and facilitate the entry of women into the labor market at levels that are observed in other developed European countries. No wonder, in the face of these rapid demographic changes, the white jobs play an increasingly important role in the Italian labor market, and that the sectors of health, social and personal services now occupy more than two and a half million people and producing 98 billion of added value. The main purpose of this paper is to verify the extent to which white jobs have the highest employment potential and can therefore generate the biggest increase in domestic product in Italy.