



OSSERVATORIO CLaP

**Cura,
Lavoro e
Professionalità**



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

DOMANDA E BISOGNO DI CURA

Per gli italiani, dati riferiti al 2015, la speranza di vita a 65 anni risulta essere di un anno più elevata rispetto alla media dell'Unione Europea. Nello specifico, per gli uomini il valore è pari a 18,9 anni, mentre per le donne è del 22,2 anni. Accanto a ciò, l'Istat¹ rileva come dopo i 75 anni i cittadini italiani risultino vivere in condizioni di salute peggiori. Raggiunta questa età, in media, un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o presenta molteplici cronicità, con una ripartizione di genere, superati gli 80 anni, rispettivamente del 59% per gli uomini e del 64% per le donne.

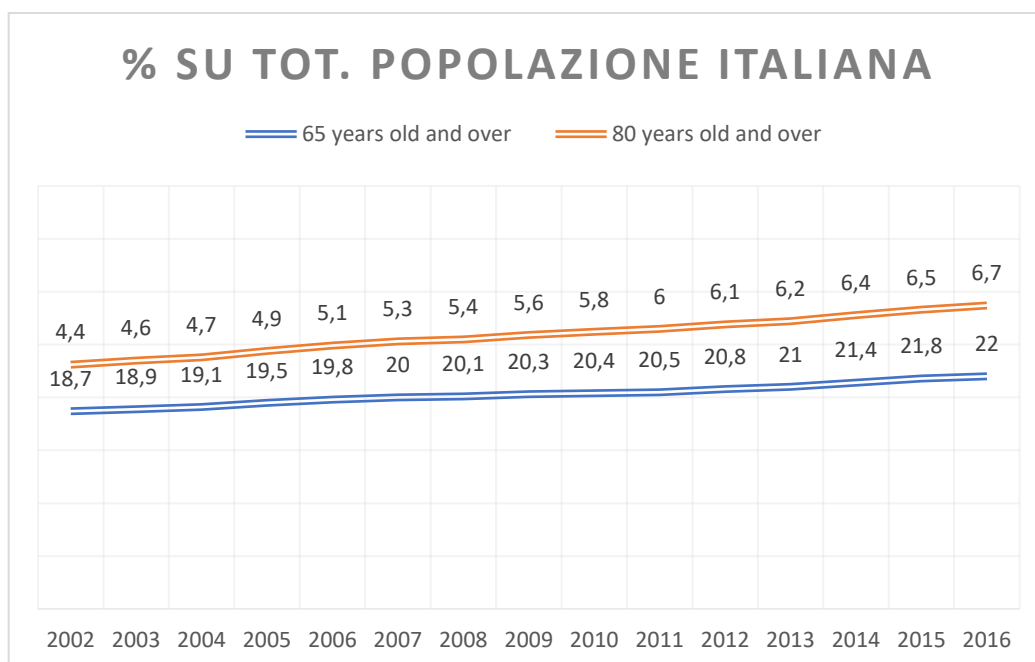
Nel Rapporto dell'Istat si evince come vi sia un notevole peggioramento dello stato di salute della popolazione in Italia nel passaggio dai 65 agli 80 anni, con un aumento, stimato del doppio, della presenza di patologie croniche, e del quintuplo per quel che riguarda gravi limitazioni motorie².

Tipica del nostro Paese è la longevità dei suoi abitanti, con l'Italia che si trova ai primi posti nella classifica degli Stati che presentano il più alto tasso di longevità. Si registra però, di pari passo, un costante invecchiamento della popolazione dovuto anche alla riduzione della fecondità; il tutto ha comportato un cambiamento nella struttura demografica italiana (Tab.1).

¹Istat (2017). "Anziani: Le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea".

² In questa categoria rientrano coloro che dichiarano di avere molta difficoltà o di non essere in grado di camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri o di salire e scendere una rampa di scale senza aiuto.

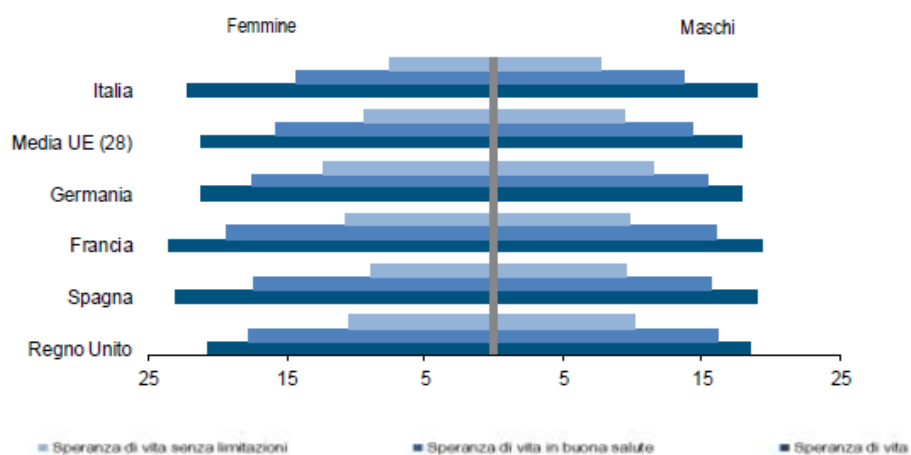
Tab. 1



Elaborazione dati Istat 2017.

Ma occorre analizzare il tipo di invecchiamento al quale vanno incontro gli italiani, per capire la domanda di cura ed il conseguente bisogno di quest'ultima che ne deriverà. Consultando sempre i dati Istat, per quel che riguarda la qualità degli anni che restano da vivere in condizioni di buona salute e senza limitazione alcuna, l'Italia si trova ai livelli più bassi, in relazione sia alla media UE28, sia rispetto ai grandi Paesi europei, in particolar modo per quel che riguarda le donne.

Tab. 2



Fonte: Rapporto Istat: "Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea"; (2017).

Con riferimento ai risultati del 2015, un uomo italiano di 65 anni si può attendere di vivere ancora 13,7 anni in buona salute, mentre ad esempio un uomo del Regno Unito di pari età ancora 16,1 anni, con una media UE pari a 14,4 anni. Per quel che riguarda il genere femminile, sempre nell'intorno dei 65 anni, in Italia la speranza di vita in buona salute è pari a 14,3 anni, ma non viene retto il confronto con le coetanee francesi che si attestano sui 19,3 anni, tantomeno con la media UE che per le donne è pari a 15,8 anni.

Di conseguenza, col passare del tempo, vi sarà una sempre maggiore domanda di cura che avrà bisogno di essere soddisfatta, in relazione al fatto che il sempre più progressivo invecchiamento della popolazione è seguito di pari passo da un peggioramento delle condizioni di salute dei cittadini ultrasettantenni italiani.

Le differenze territoriali

Dividendo la penisola in macro-aree territoriali si osservano risultati diversi tra le varie zone. Una prima differenza la si riscontra per quel che riguarda la percezione della propria salute da parte dei cittadini. Con particolare riferimento alle cattive o pessime condizioni di salute, se al Nord le percentuali sono abbastanza basse, precisamente il 5,5% per il Nord-Ovest e il 5,6% nel Nord-Est, al Sud si riscontrano percentuali più elevate, anche in relazione alla media nazionale; nelle Isole la rilevazione è pari al 10,3% mentre nel Sud è del 9,5%.³

La migliore situazione del Nord Italia trova un'ulteriore conferma anche dai risultati derivanti dall'analisi dei dati relativi alla popolazione anziana. Mentre nel Sud, tra gli over 65, la percentuale di coloro che esprimono una cattiva percezione dello stato di salute è pari al 26,2%, con una punta nelle Isole del 29,1%, al Nord si riscontrano percentuali decisamente più basse rispetto ai loro coetanei del Meridione, con il 14,6% nel Nord-Ovest e il 14,7% nella regione del Nord-Est. La rilevazione per il Centro Italia indica come la percezione di una cattiva condizione di salute tra gli over65 risulti essere pari al 20,3%.

³ Rapporto Istat (2015): "Le dimensioni della salute in Italia. Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali."

Alcuni fattori che influenzano le disuguaglianze territoriali nella salute, come rilevato dall'Istat⁴, sono la disoccupazione e l'insicurezza del lavoro. Incidendo sul benessere psichico e fisico delle persone, dato il venir meno delle risorse necessarie per soddisfare i propri bisogni, si hanno importanti ricadute psicologiche nonché peggioramenti dello stile di vita, i cui impatti non sono limitati solo in un determinato periodo ma possono arrivare a condizionare l'intero arco di vita. Analizzando la situazione italiana a livello territoriale, i valori più alti di occupazione vengono registrati nelle regioni del Nord con un tasso pari al 64.2%, mentre nel Mezzogiorno il valore dell'occupazione è decisamente più basso, registrando un 42%, con cadute sino al 39% in Calabria e Sicilia.

È proprio nel Mezzogiorno che l'Istat⁵ rileva, anche a parità d'età, una maggiore presenza della multicronicità (56.4% contro il 42.7% del Nord) e una presenza di anziani con almeno una malattia cronica grave (49.4% contro il 39.4 del Nord). Anche le gravi limitazioni motorie e quelle sensoriali sono più riscontrate al Sud, con le prime stimate attorno al 27.7% (17.0% Nord) e le seconde intorno al 16.5% (12.8% Nord).

Il Mezzogiorno presenta una situazione di svantaggio anche per quel che riguarda la povertà, sia assoluta che relativa, che incide sull'accesso alle cure. Nel 2016, dei 4.7 milioni di poveri assoluti rilevati in Italia, più di 2 milioni vivono al Sud e nelle Isole. Andando oltre i termini assoluti, e inquadrando il fenomeno rispetto al totale della popolazione residente, si vede come l'incidenza maggiore si verifica proprio nel Mezzogiorno (9.8%) data la minore popolosità dell'area. Ciò significa che un abitante su dieci non ha accesso all'insieme di beni e servizi considerati essenziali per mantenere una qualità di vita che possa essere considerata minimamente accettabile.

⁴ Cit. Istat 2015

⁵ Cit. Istat 2017

Le potenzialità del mercato del lavoro.

All'interno del settore dei servizi sanitari e sociali, il numero di occupati è destinato ad aumentare nel corso dei prossimi anni non solo in Italia, ma anche in Europa, per via di alcuni fattori⁶, tra i quali:

- *Il progressivo invecchiamento della popolazione.* Questo trend comporterà un aumento della domanda di servizi socio-sanitari e assistenziali, oltre che dei servizi volti al sostegno del benessere delle famiglie e delle persone;
- *I cambiamenti nei ruoli di genere e nelle strutture familiari e la crescente flessibilità del lavoro.* La sempre maggiore presenza di donne all'interno del mercato del lavoro comporta una sempre minore capacità da parte di quest'ultime di farsi carico delle esigenze di cura e assistenza. Nasce il bisogno, quindi, di rintracciare nel mercato i servizi sostitutivi del lavoro familiare. Il cambiamento della struttura familiare, con sempre più famiglie composte da un solo individuo, limita (e limiterà sempre più in futuro) la presenza di assistenti informali, quali familiari, amici e membri della parentela; tale diminuzione comporterà in futuro un aumento della domanda di assistenza formale, che avrà come risultato un aumento della crescita dell'occupazione nei settori più strettamente coinvolti in tale processo ovvero quello dei servizi sanitari e sociali;
- *I mutamenti tecnologici e l'innovazione.* Il campo della tecnologia applicata ai servizi sanitari comporta la necessità di nuove mansioni e compiti professionali, nonché un aggiornamento delle qualifiche e delle mansioni già presenti nel mondo socio-sanitario. L'utilizzo di apparecchiature mediche di nuova generazione, così come ad esempio la gestione delle applicazioni ICT nel campo sanitario, prodotti dell'incessante progresso tecnologico in ambito medico, sono caratterizzate dalla necessità di una sempre maggiore specializzazione che tocca coloro che adoperano tali strumenti e dal bisogno di aggiungere nuove mansioni e compiti.

⁶ Report Analisi del mercato del lavoro per le professioni della white economy. I fattori di cambiamento e le professioni innovative della white economy. I risultati dell'indagine.

NUOVE PROFESSIONI DELLA CURA

Le trasformazioni nel mondo del settore sanitario e in quello dei servizi sociali, ma non solo, sono accompagnate da cambiamenti anche nel campo dei fabbisogni occupazionali e in quelle dei profili professionali emergenti (Fig.1). La domanda di competenze nuove e aggiornate, soprattutto nel mondo sanitario, è plasmata da alcuni fattori messi ben in evidenza da un'indagine del CEDEFOP⁷.

Figura 1

Fattori di cambiamento	Cambiamenti nel lavoro	Skills
Sviluppo di nuovi modelli di erogazione di cura integrati	Dalla cura negli ospedali all'erogazione di cure primarie più vicino all'ambiente domestico del paziente, soprattutto nei casi di presenza di cronicità.	Questi nuovi modelli di erogazione delle cure richiedono diverse abilità e nuovi metodi di lavoro. Nello specifico, la fornitura di servizi sanitari è affidata a team interdisciplinari con spiccate competenze di comunicazione, leadership e management.
Sviluppo di nuove tecnologie	E-health, che consente servizi di diagnostica a distanza grazie all'utilizzo di nuove attrezzature mediche e nuove tecniche diagnostiche.	L'utilizzo dei sistemi per la diagnostica a distanza necessita di figure dotate di competenza tecnica oltre che clinica. Al medico vengono richiesti nuovi modi di comunicare con i pazienti.

Oltre ai fattori riportati in tabella, dinamiche meno “tecnologiche” intervengono, nell'ambito della white economy, dal punto di vista del core delle sue attività, nel plasmare la necessità di competenze degli operatori che operano all'interno della WE; in primo luogo, la profonda evoluzione dei servizi sanitari, che si integrano lungo un continuum unico con quelli sociali.

Poi vi sono i processi di globalizzazione, la concorrenza internazionale e la mobilità della forza lavoro. Anche se erogati su scala nazionale, i servizi sanitari e sociali risentono spesso della concorrenza internazionale. Soprattutto nei casi di scarsità di servizi e di lunghe file d'attesa, sempre più pazienti tendono ad usufruire di servizi sanitari dislocati in altri Stati,

⁷ Cedefop (2016). *Future skill needs in Europe: critical labour force trends*. Luxembourg: Publications Office. Cedefop research paper; No 59.

soprattutto quando la qualità dei servizi sanitari viene percepita come migliore altrove. Il reclutamento di personale sanitario da altri paesi rappresenta una delle soluzioni alla carenza di competenze professionali in ambito sanitario. Formare professionalità spesso richiede molto tempo e l'assunzione di personale avente competenze già sviluppate riduce i tempi di immissione di operatori già formati, facendo aumentare la crescita dell'offerta di queste figure professionali e riducendo i costi della formazione.

Mutamenti: rischi e opportunità

L'indagine sulla White Economy ha permesso di mettere in evidenza quali siano i mutamenti in atto nei vari settori e quali siano le conseguenti ricadute in termini di fabbisogni professionali. In primo luogo, si sottolinea il preoccupante *mismatch* tra bisogno, offerta e copertura pubblica. Le possibilità di crescita all'interno di un determinato settore sono strettamente legate alla capacità di far correre alla stessa velocità questi tre vettori che al momento sono disallineati. Da un lato vengono messe in evidenza le scelte effettuate dal sistema universitario che non sempre rispondono alla effettiva domanda e alla necessità di figure professionali; il mercato, che in questo caso è rappresentato dai bisogni dei cittadini, assume dimensioni sempre più ampie e poi il sistema sanitario, gestito sempre più in un'ottica di contenimento della spesa. I settori dai quali è partita l'indagine sono contigui e trasversali a tal punto che, pur non rappresentando il "core" della white economy, risultano essere ambiti di profondo interesse in funzione dell'identificazione di figure professionali più innovative e meno note. Questi settori sono, oltre a quello dei Servizi sociali e sanitari, quello delle Biotecnologie e bioscienze e industria farmaceutica, Informatica, digitalizzazione ed e-health, Industria del benessere, ivi inclusa anche quella del benessere alimentare, il settore della Silver Economy, quello del non profit e quello dell'Agricoltura sociale.

Per ognuno di questi settori, grazie all'uso della letteratura in senso stretto e a quella "grigia" (utilizzo di una pluralità di fonti come articoli di giornale specializzati e non, materiali di convegni ed eventi, ecc.) sono stati analizzati gli effetti sul piano delle competenze e delle professionalità richieste, con un'analisi sulle ricadute in termini di nuove figure professionali e sull'evoluzione delle competenze richieste ai profili professionali tradizionali, nonché all'individuazione di ulteriori profili professionali innovativi (Fig.2). Inoltre è stata portata

avanti un'individuazione di ulteriori profili professionali innovativi che non sono emersi dall'indagine ma di cui si rileva un effettivo bisogno.

Figura 2

Settore	Figure Professionali Innovative	Figure Professionali con Competenze Innovative
Servizi sanitari e sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Case Manager; • Care Manager; • Infermiere Pivot in Oncologia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico di Genere; • Educatore dei centri per anziani; • Coach per l'inserimento lavorativo delle persone affette da patologie psichiatriche;
Biotechologie, bioscienze e industria farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> • Patient Advocacy Manager o Advocate; 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatore scientifico del farmaco;
Informatica, digitalizzazione ed e-health	<ul style="list-style-type: none"> • Professionisti dell'Health Information Management; • Professionisti dell'Health Information Technology; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nuove competenze sono richieste al personale sanitario dallo sviluppo della <i>telemedicina</i>, ossia l'insieme di tecniche mediche e informatiche che permette la cura di un paziente a distanza.
Industria del benessere	<ul style="list-style-type: none"> • Wellness Manager; • Wellness Coach; 	<ul style="list-style-type: none"> • Rinnovamento competenze professionali di coloro che operano all'interno del settore, come personal trainer, istruttori, dietisti, ecc.
Silver Economy	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnico dei sistemi domotici; 	<ul style="list-style-type: none"> • Age and diversity manager; • Geriatri con approcci multidisciplinari; • Bioingegneri della riabilitazione;
Il settore Non Profit/ Terzo settore	<ul style="list-style-type: none"> • Esperti di fund-raising; • Fund-raising Manager; • Project Manager della Cooperazione allo sviluppo; • Manager dell'Emergenza Umanitaria; 	<ul style="list-style-type: none"> • Manager delle imprese sociali; • Progettisti di Innovazione Sociale; • l'Europrogettista;

Agricoltura Sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Esperti in attività e terapie con gli animali e le piante: 	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della capacità di lavoro in team da parte di agricoltori, periti agrari, tecnici del verde, fisioterapisti, fitoterapisti, educatori, psicologi, assistenti sociale, ecc.
---------------------	--	---

Si è ritenuto interessante, rispetto a tutti i settori e le figure professionali individuate, proporre un approfondimento riguardante tre figure: il Care Manager, il Case Manager e gli specialisti dell'Health Information Technology.

Il Care Manager accompagna in cittadino attivato e i caregiver nella gestione di tipo ordinario del piano di cura stabilito all'interno dei programmi domiciliari di lunga durata. La figura ha come compito il riuscire a fare coincidere tutte le attività sul e del paziente al fine di raggiungere una corretta erogazione dei servizi socio-sanitari. Essendo formato al ruolo di "coaching", il Care manager è in grado di fornire al paziente *informazione, motivazione, supporto, strumenti e abilità nella pianificazione*. Così facendo, accompagna il paziente durante tutto il percorso di cura e garantisce la continuità di quest'ultima. Alcuni dei compiti portati avanti da questa figura sono: a) l'attivazione di specifici programmi di cura; b) L'organizzazione delle stesse; c) l'analisi lungo un arco temporale dei parametri rilevati a domicilio.

Il Case Manager, che corrisponde al medico supervisore, ha il compito di supervisionare e coordinare l'intero iter terapeutico assistenziale. La necessità di avere questa figura operante all'interno dell'ambito sanitario nasce da: a) la complessità del percorso da gestire, percorso all'interno del quale operano spesso molte figure professionali; b) la necessità, da parte del paziente e dei suoi familiari, di avere una figura di riferimento a cui rivolgersi in caso di chiarimenti e/o necessità. Il Case Manager deve essere in grado, quindi, di coordinare equipe aventi specialisti diversi tra loro operanti al suo interno, e deve farsi carico anche dei bisogni complessivi del malato. Per queste ragioni, all'interno del Rapporto sulla White Economy si evidenzia come sia più opportuno che tale figura venga ricoperta da un medico.

Nello specifico, i compiti del Case Manager possono essere così riassunti:

- Coordinare i diversi interventi tra i vari attori del piano di cura di ogni individuo;

- Monitorare lo stato di salute del paziente con il fine di poter intervenire in maniera tempestiva;
- Monitorare i risultati derivanti dagli esami al fine di poter apportare delle correzioni ai piani di cura;
- Adattare i percorsi assistenziali alle condizioni dei singoli pazienti assegnati;
- Organizzare il lavoro tra le varie figure professionali.

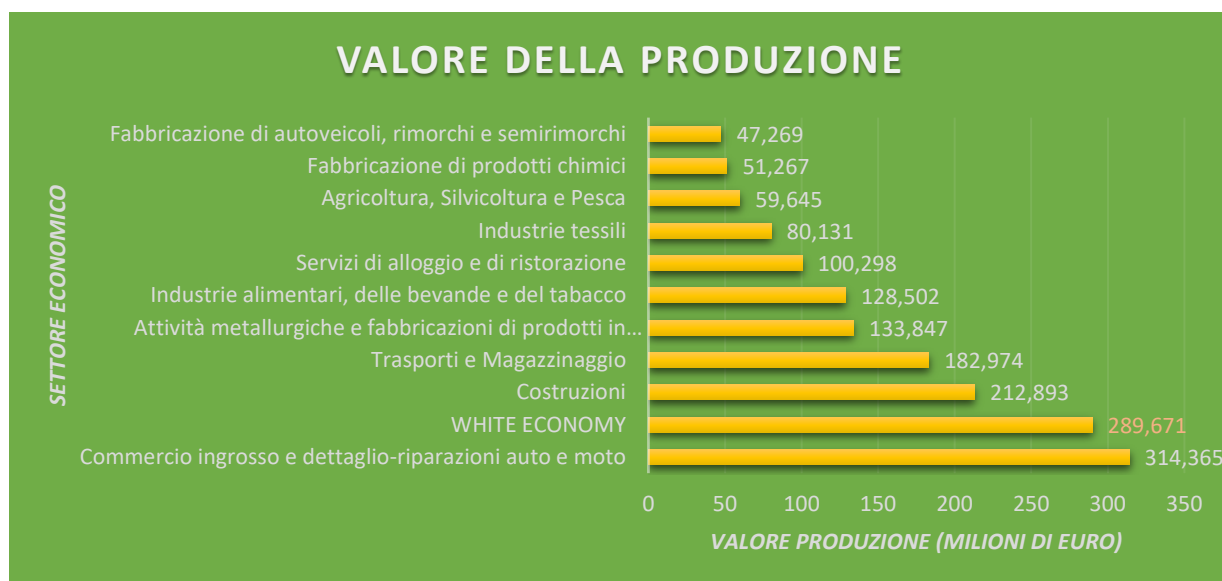
Se il ruolo di Case Manager è spesso ricoperto, come detto, da un medico, quello del Care Manager spesso è portato avanti da infermieri e/o assistenti sociali. Questi due profili, ma non solo questi, devono essere visti sotto l'ottica dello sviluppo di un lavoro e di un contesto lavorativo oramai sempre più fondati sulla logica della complessità e sulla interdisciplinarietà, i quali richiedono una forte flessibilità mentale e la capacità di operare in team sempre più eterogenei e saper leggere insieme più prospettive.

Nel settore dell'informatica e della *e-health*, una forte componente innovativa è apportata dagli specialisti dell'Health Information Technology (HIT). L'ambito attorno al quale ruotano questi specialisti è quello della gestione delle informazioni sulla salute e lo scambio di informazioni sanitarie in formato digitale. La caratteristica di questi professionisti risiede nell'elaborazione di software e hardware da utilizzare in ambito sanitario per gestire e memorizzare i dati dei pazienti. Il loro background è di tipo informatico e sono figure necessarie alla corretta gestione dello scambio e del mantenimento dei dati che poi vengono consultati dai professionisti dell'Health Information Management. Questi ultimi sono figure chiave nel garantire la qualità delle informazioni inerenti i pazienti e le relative cure ai quali vengono sottoposti durante i cicli di cura. Essi sono al contempo responsabili dell'integrità, della qualità e della protezione dei dati e delle informazioni circa lo stato di salute dei pazienti.

Potenzialità di sviluppo economico della White Economy e condizioni dell'occupazione dei white jobs

La white economy è un insieme vasto comprendente settori dal peso economico elevato. È stato stimato come il valore complessivo della produzione sia pari a 290 miliardi di euro⁸ (Fig.3), rappresentando circa il 9.4% del valore totale della produzione italiana.

Figura 3



Mettendo a confronto la White Economy con gli altri settori produttivi, si può rilevare come essa risulti essere seconda solamente al complesso delle attività del commercio; la WE supera, in termini di valore della produzione di beni e servizi, sia il settore delle costruzioni sia quello dei trasporti.

Analizzando i singoli componenti che vanno a comporre la WE, e analizzando il valore aggiunto generato da ognuno di essi (Tab.3), ossia il valore dei ricavi della vendita di beni e servizi meno gli acquisti presso terzi, il dato maggiore lo si riscontra nel comparto dei servizi sanitari, con quasi 75 mld di euro, mentre al secondo posto vi sono la previdenza pubblica e le istituzioni sanitarie che arrivano a sfiorare i 40 mld di euro.

⁸ Censis 2015 su elaborazione dati Istat.

Tab. 3



Fonte: Eurostat

L'occupazione

L'invecchiamento della popolazione e la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro hanno determinato un'importante crescita dei white jobs. Costituiscono la forza lavoro dei white jobs i lavoratori dei servizi sanitari, sociali (di tipo residenziale e non) e alla persona. Compito di questi lavoratori è il garantire la salute e il benessere delle persone e delle famiglie attraverso l'erogazione di servizi sociali, di cura dei bambini e delle persone anziane non autosufficienti e dei disabili. Il progressivo invecchiamento della popolazione tende a generare una maggiore domanda di servizi sanitari e sociali, mentre la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro comporta la necessità di andare a ricercare all'interno del mercato stesso tutti quei servizi sostitutivi del lavoro domestico, di cura dell'infanzia e delle persone non autosufficienti che solitamente sono svolti dai membri della famiglia, soprattutto dalle donne⁹.

Italia Lavoro, nell'analizzare l'occupazione dei white jobs, si è soffermata sulla base della definizione per settore economico, comprendente i quattro comparti dell'assistenza sanitaria, dei servizi di assistenza sociale residenziale, dell'assistenza *sociale non residenziale* e delle

⁹ Rapporto Italia Lavoro, 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."

attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico (86,87,88 e 89 della classificazione ATECO).

Prendendo come riferimento i quarti trimestri degli anni che vanno dal 2008 al 2017 (Fig.4), si vede come la quota di occupati in Italia nelle attività dell'assistenza sanitaria e sociale siano passati dalle 1.407.200 unità del 2008 alle 1.563.400 del 2017, con un incremento del 11.10%; anche se inferiore al trend europeo, questo settore ha registrato un aumento degli occupati, confermando i dati che lo vedono come uno dei possibili driver della ripresa dell'occupazione e della crescita economica del Paese.

Fig.4

Years	EU28	ITALY
2008Q4	19629,1	1407,2
2009Q4	20040,8	1376,5
2010Q4	20252,5	1360,5
2011Q4	20572,7	1467,1
2012Q4	20791,9	1539,1
2013Q4	20962,0	1512,4
2014Q4	21303,1	1511,0
2015Q4	21559,4	1509,1
2016Q4	21945,6	1540,6
2017Q4	22452,9	1563,4

Fonte: Eurostat

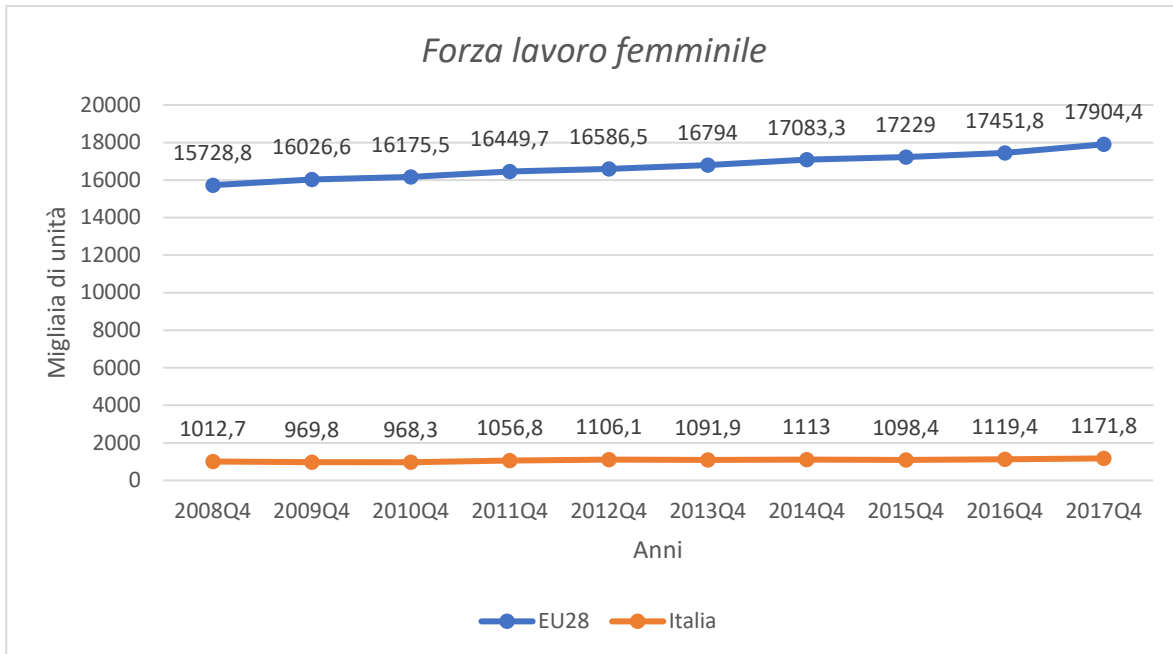
Scomponendo per genere la forza lavoro, i risultati mostrano come l'incremento maggiore, per l'Italia, sia stato registrato dalla componente femminile (Tab.4), che ha registrato un aumento nel periodo di riferimento pari al 15.71%, con un incremento di 159.100 unità. Per quanto riguarda gli uomini (Tab.5), nello stesso periodo, è stato rilevato un calo della forza lavoro pari a -0,73%, che in termini unitari ha significato una diminuzione di 2.900 unità.

Da notare come, già nel 2008, in termini unitari, le donne fossero maggiormente coinvolte in questo settore, con una differenza che è andata via via aumentando negli anni fino a raggiungere, nel 2017, le 780.200 unità di differenza.

Nell'Europa 28, la differenza nell'incremento tra i generi in termini percentuali è stato, al contrario dell'Italia, più alto per la componente maschile rispetto a quella femminile. Per gli uomini nel periodo 2008-2017 l'aumento è stato del 16.61%, pari a 648.200 unità in più. Per

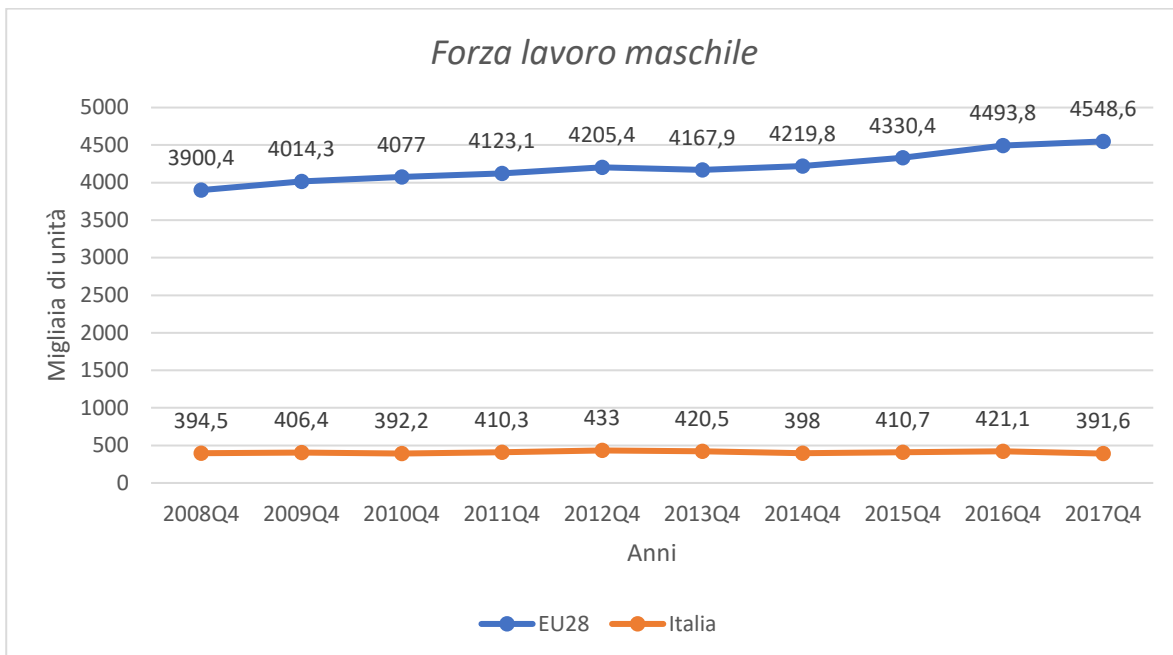
le donne, l'aumento percentuale è stato del 13.83%, ovvero un incremento pari a 2.175.600 unità.

Tab. 4



Fonte: Eurostat

Tab. 5



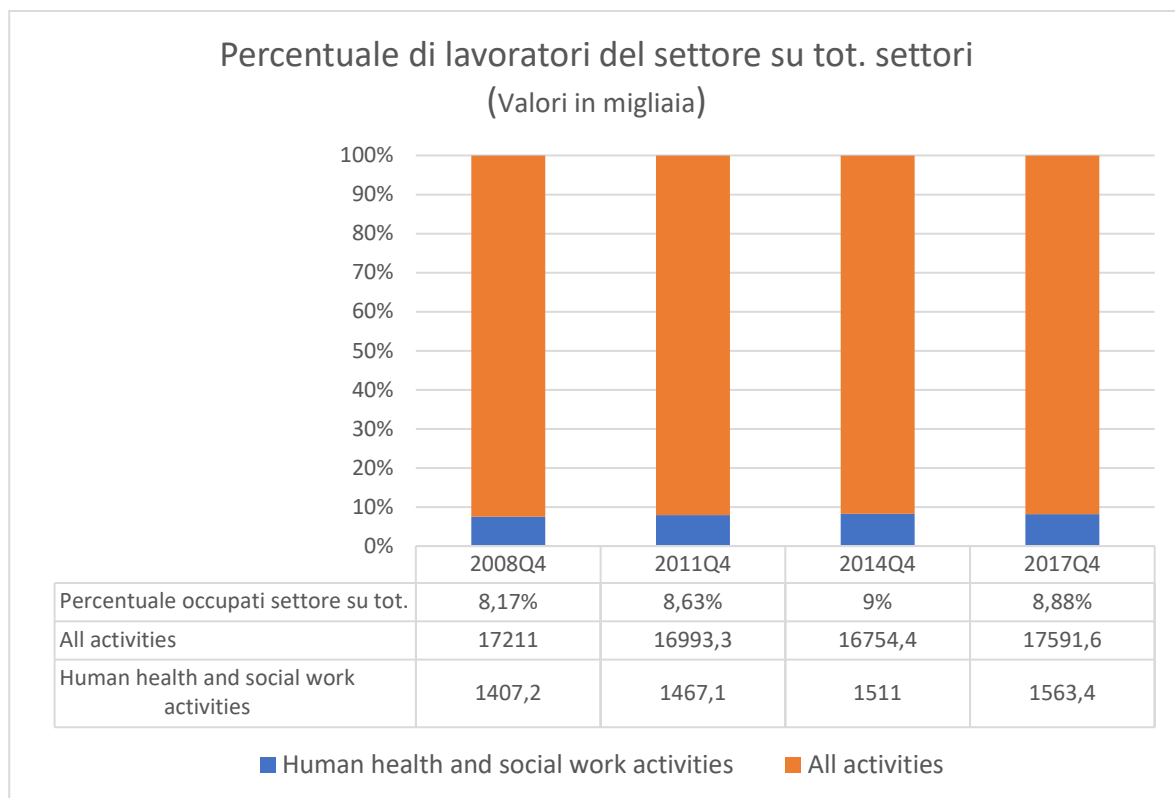
Fonte: Eurostat

Alcune caratteristiche strutturali delle *Human Health and Social Work Activities*

Per riuscire a comprendere meglio di che tipo di occupazione si parla quando ci si riferisce al vasto settore dell'assistenza sanitaria e sociale, occorre innanzitutto scomporre la forza lavoro per genere e per gruppi d'età, al fine di rintracciare l'andamento occupazionale generazionale nel settore. Successivamente si individueranno le quote di contratti temporanei presenti in quest'ultimo, soprattutto rispetto al totale dell'economia nazionale, comparandone i trend e la percentuale di lavoratori del settore rispetto al totale dell'economia.

I dati sull'occupazione in generale mostrano come, nonostante la crisi economica, il settore dei servizi sociali e sanitari sia riuscito a "difendersi" bene, arrivando ad aumentare la quota di occupati nel settore ed incrementando anche la percentuale di occupati sul totale delle attività economiche nazionali (Tab.6).

Tab. 6

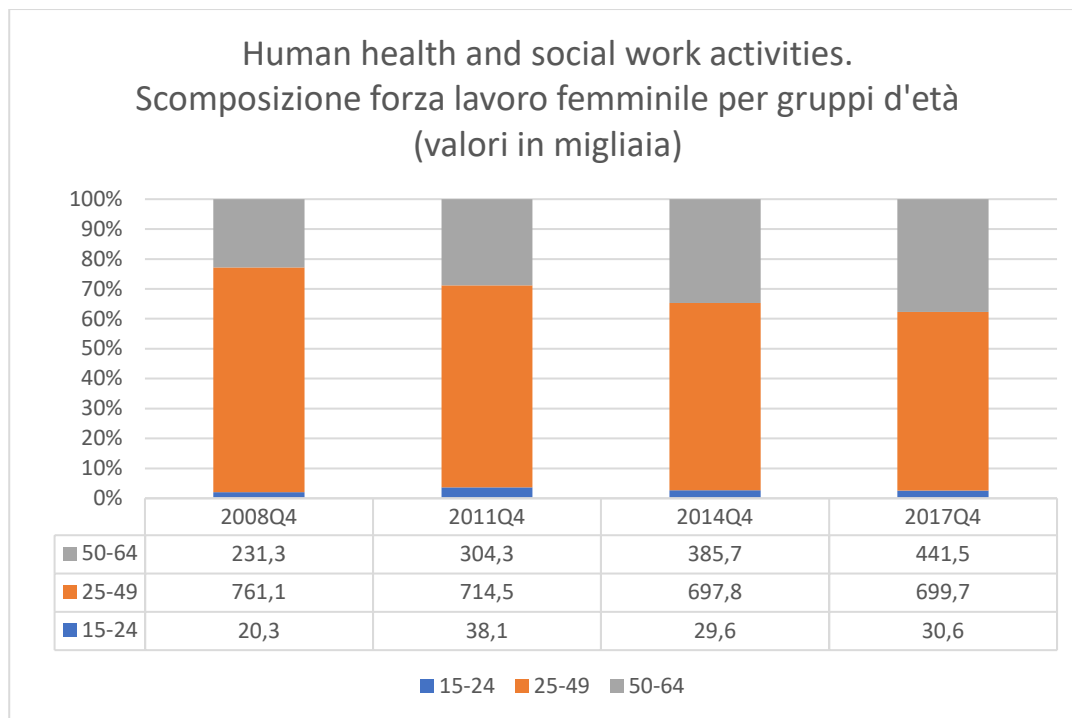


La Tabella 7 mostra come, a partire dal 2008, vi sia stata una progressiva diminuzione della quota di occupati di genere femminile con età 25-49, mentre è andata via via aumentando la presenza di lavoratrici adulte, comprese nella fascia 50-64. È rimasta marginale nel tempo,

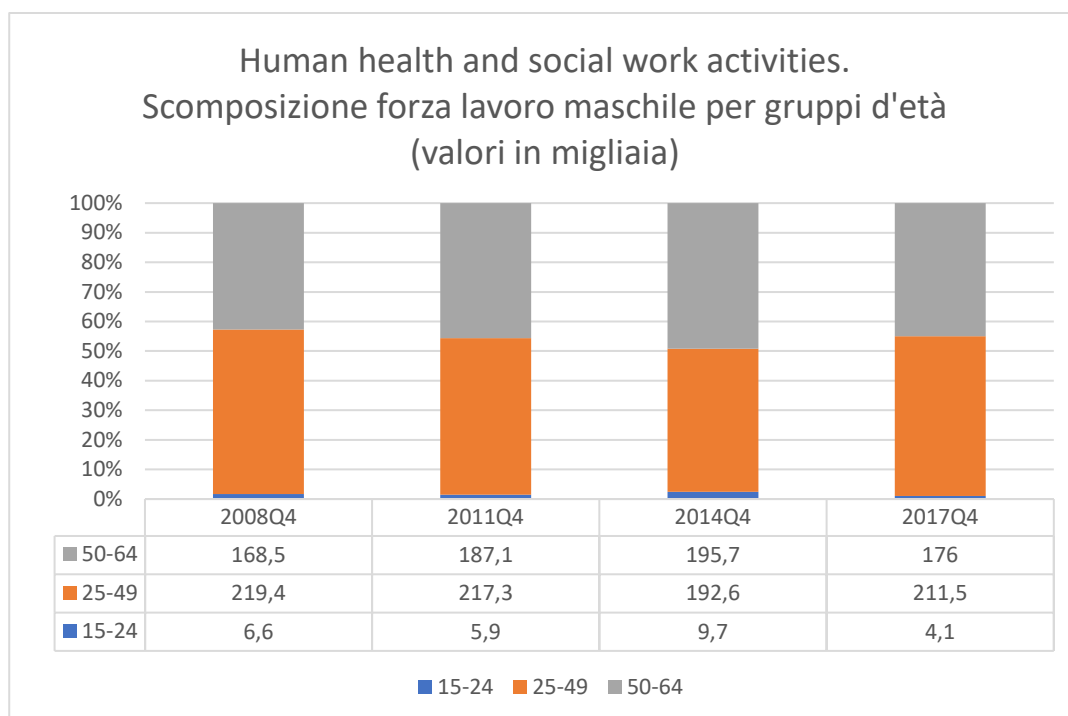
invece, la presenza di lavoratrici più giovani. Nel tempo quindi, il settore dei servizi sanitari e sociali, per quel che riguarda le donne, è stato caratterizzato dal progressivo invecchiamento dei suoi occupati.

Nella Tabella 8 è possibile notare come negli anni sia diminuita sempre più la presenza di giovani lavoratori, la quale pur restando marginale come nel caso delle lavoratrici, è arrivata a rappresentare nel 2017 solo l'1,04% del totale dei lavoratori del settore. Per un certo periodo è stato registrato lo stesso trend visto per il genere femminile, ovvero un graduale aumento della presenza di lavoratori più adulti, salvo poi nel 2017 vedere una loro diminuzione a favore dei lavoratori della fascia 25-49.

Tab.7



Tab. 8

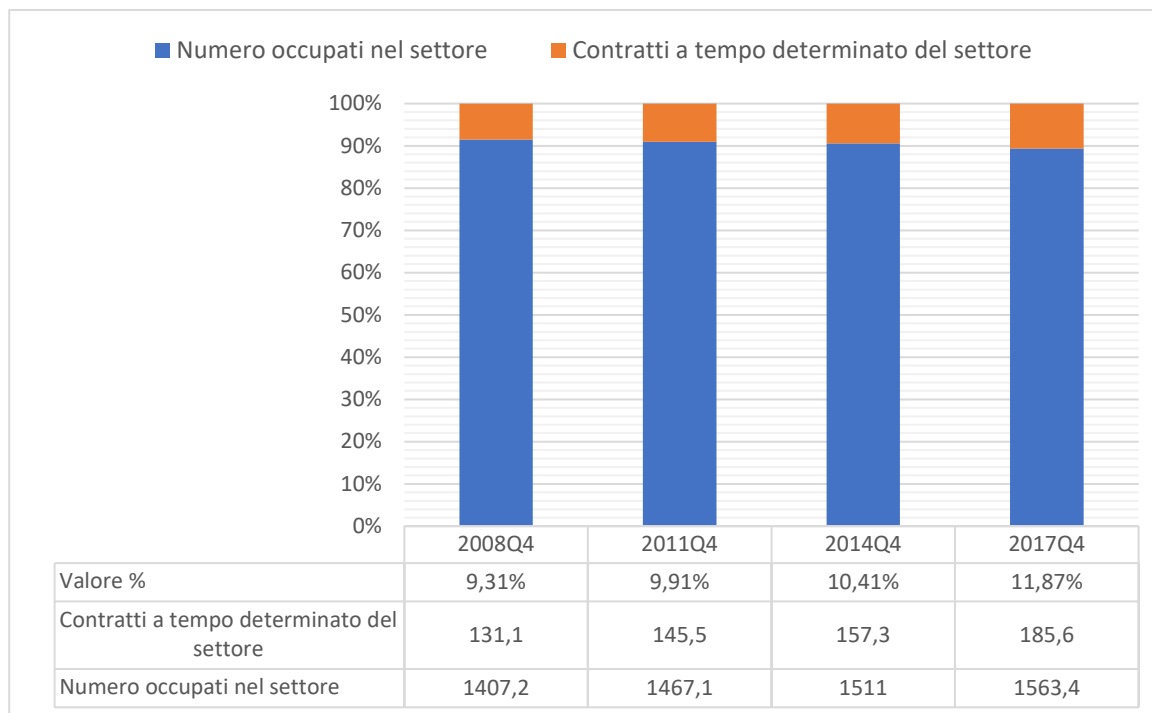


Occorre poi considerare la qualità dell'occupazione che investe il settore. Una prima analisi di riferimento risulta essere la percentuale di contratti a tempo determinato sia sul totale dei lavoratori del settore di riferimento, per poi passare alla percentuale di contratti a tempo determinato del settore rispetto alla totalità delle attività economiche.

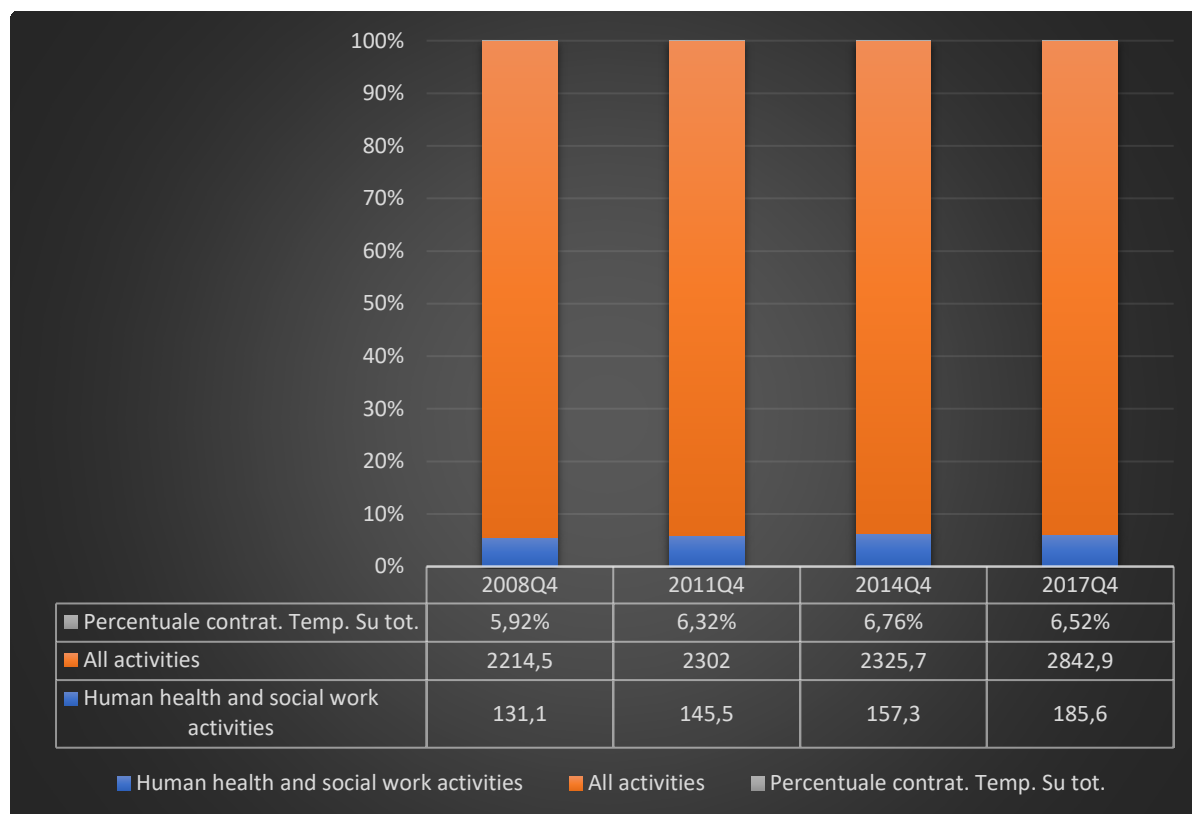
La Tabella 9 mostra come, accanto all'aumento degli occupati nel settore, di pari passo vi sia stato anche un aumento dei contratti a tempo determinato. Mentre nel 2008 questi contratti costituivano il 9.31% del totale dei contratti del settore, nel 2017 sono arrivati a rappresentarne quasi il 12%.

Rispetto al totale dei contratti a tempo determinato del complesso delle attività economiche (Tab.10), l'incidenza dei contratti a tempo determinato del settore risulta esser progressivamente cresciuta negli anni, passando dal 5.92% registrato nel 2008 al 6.76% del 2014, per poi registrare una diminuzione al 2017 con una soglia pari al 6.52% del totale.

Tab. 6



Tab. 7



Fonte: Elaborazione dati Eurostat

Un invecchiamento bipartisan

Una delle sfide che accomuna l'Italia agli altri paesi membri dell'Unione Europea è la trasformazione, soprattutto riguardo i cambiamenti nella struttura demografica, che i sistemi sanitari devono affrontare. L'invecchiamento della popolazione rappresenta, come detto, una sfida comune e riveste un'importanza strategica al fine di riprogrammare un'assistenza di lunga durata sostenibile per quel che riguarda la spesa e la qualità dei servizi erogati. Risulta difficile prevedere quale sarà l'impatto che tale fenomeno avrà sui costi dell'assistenza sanitaria, anche se è intuibile come la pressione sul bilancio sanitario, e più in generale sul bilancio statale, sarà sempre maggiore. Ovviamente l'impatto dipende da una serie di fattori che, incrociandosi tra loro, ne determinano l'evoluzione e ne definiscono i contorni in maniera sempre più chiara. Gli stili e le condizioni di vita, unitamente alla situazione socio-economica di ogni paese determineranno traiettorie che, seppur simili nel breve periodo, potranno discostarsi nel lungo per quel che riguarda gli effetti del generale invecchiamento della popolazione. Il contesto generale è influenzato anche dal fatto che nella maggior parte dei paesi europei le dimensioni dei nuclei familiari vanno riducendosi e le famiglie sono sempre meno capaci o meno disposte a soddisfare le esigenze cui vanno incontro gli anziani.

Quindi le sfide da affrontare, non solo a livello nazionale ma anche a livello comunitario, sono due: da un lato, i sistemi sanitari dovranno provvedere ad un adeguamento alle nuove richieste di assistenza, con importanti focus sulle cure di tipo geriatrico e sull'assistenza per le malattie croniche. Dall'altro, l'assistenza sanitaria formale dovrà sempre più sopperire alla progressiva riduzione dell'assistenza sanitaria familiare, quindi informale.

Anche sulla questione del personale sanitario vi è una generale tendenza comune a molti paesi Europei¹⁰. I problemi connessi al reclutamento e al mantenimento del personale sanitario vengono acuiti dalla generale tendenza all'invecchiamento e al calo dell'offerta di forza lavoro per questo settore. Si prevede che queste tendenze avranno pesanti ripercussioni sul bilancio del sistema sanitario, comportando un incremento dei costi. L'invecchiamento, quindi, non riguarda esclusivamente i caretaker ma anche i caregiver nel loro complesso.

¹⁰ Sigismondi, F. *"Sistemi sanitari europei, i problemi e le tendenze in comune"*; 3° sessione Cgil, Segreteria regionale Cgil Piemonte.

La scomposizione della forza lavoro del settore per gruppi d'età, di quattro paesi dell'Unione Europea, mostra il trend appena descritto.

Tab.8 % occupati 25-49 su Tot. Occupati del settore

	Belgio	Germania	Francia	Italia
2008Q4	72%	63,40%	66,80%	69,70%
2011Q4	66%	59,45%	64%	63,50%
2014Q4	65,95%	56,61%	62%	58,90%
2017Q4	62,38%	54,50%	61,52%	58,30%

Fonte: Elaborazione propria su dati Eurostat

Tab.9 % occupati 50-64 su Tot. Occupati del settore

	Belgio	Germania	Francia	Italia
2008Q4	20,70%	24%	25,68%	28,40%
2011Q4	25,30%	27,50%	29,44%	33,50%
2014Q4	26,95%	31,80%	31,90%	38,50%
2017Q4	32%	34,42%	31,65%	39,50%

La Tabella 8 mostra come, nel corso degli anni, si sia registrata una progressiva diminuzione, in termini percentuali, della componente 25-49 all'interno della forza lavoro del settore di riferimento. Il trend differisce in termini numerici tra paese e paese, con la Francia che segna il discostamento minore tra gli anni 2008-2017, con una riduzione pari al 5.28%. Negli altri tre paesi la diminuzione percentuale registrata è compresa tra il 9.62% del Belgio e l'11.4% dell'Italia.

Nella Tabella 9, invece, la rilevazione conferma il trend che vuole un aumento percentuale negli anni della parte di forza lavoro compresa tra i 50 e i 64 anni. Se anche in questo caso in Francia il trend è stato meno "robusto" rispetto agli altri paesi in esame, con un aumento nel periodo 2008-2017 pari all'incirca al 6%, Belgio, Germania e Italia hanno registrato un aumento superiore al 10%. Nello specifico, il Belgio ha registrato un aumento di questa porzione di forza lavoro pari all'11.3%, in Germania del 10.42% e in Italia dell'11.1%.

Anche se ovviamente risulta prematuro parlare sin da ora di emergenza riguardo l'invecchiamento dei caregiver, un piano di potenziamento della forza lavoro, con l'immissione di nuovi e giovani professionisti, potrebbe correggere e limitare i danni che si

potrebbero verificare in futuro in un settore chiave sia per l'economia di ogni singolo paese, sia per la società tutta, data l'importanza dei servizi che eroga.