

PROFESSIONALITÀ QUALIFICATE NEI SERVIZI DI CURA

Sfide per la reperibilità e il trattenimento nel Terzo Settore

QUADERNI FONDAZIONE CARIPLO ■ Approfondimenti

52



Fondazione
CARIPLO

TUTE SERVARE MUNIFICE DONARE • 1816

PROFESSIONALITÀ QUALIFICATE NEI SERVIZI DI CURA Sfide per la reperibilità e il trattenimento nel Terzo Settore

A cura di Gian Paolo Barbetta, Paolo Canino, Stefano Cima, Nicola Orlando
Evaluation LAB Fondazione Social Venture Giordano Dell'Amore

Collana "Quaderni dell'Osservatorio" n. 52 ▪ Anno 2025

Foto di Archivio Fondazione Cariplo e Luca Meola

Fondazione Cariplo

Via Daniele Manin 23 ▪ 20121 Milano ▪ www.fondazionecariplo.it

Fondazione
CARIPLO 

INDICE



PREFAZIONE	5
EXECUTIVE SUMMARY	9
1. MAPPATURA DELLE PROFESSIONI NEI SERVIZI DI CURA IN ITALIA	15
1.1 La professionalizzazione del lavoro di cura: definizioni e principi	15
1.2 Un excursus normativo sulle professioni di cura in Italia	17
1.3 Le professioni qualificate nei servizi di cura in Italia	21
1.4 Dati ed evidenze sul lavoro e le professioni di cura	24
1.5 Il perimetro della ricerca	36

2. OFFERTA DI PROFESSIONI QUALIFICATE NEI SERVIZI DI CURA	39
2.1 Analisi degli iscritti nelle classi di laurea della cura e nelle altre classi	40
2.2 Profilo dei laureati nelle classi di laurea della cura e nelle altre classi	40
2.3 Condizione occupazionale dei laureati magistrali	50
2.4 Laureati pronti al lavoro nelle classi di laurea della cura e nelle altre classi	57
2.5 Gli sbocchi occupazionali e lavorativi dei laureati	58
3. DOMANDA DI PROFESSIONI QUALIFICATE NEI SERVIZI DI CURA	69
3.1 I fabbisogni occupazionali e professionali per il periodo 2024-2028	70
3.2 Le assunzioni previste nel breve periodo	72
3.3 La domanda di sostituzione e alcune stime sui dati degli Albi professionali nazionali	78
4. DISALLINEAMENTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI PROFESSIONI DI CURA	89
4.1 Il confronto tra entrate e uscite di alcune professioni di cura	90
4.2 LEPS e assistenti sociali: lo spiazzamento a favore del settore pubblico	90
4.3 Turnover e dimissioni nel settore della cura	93
4.4 Le principali evidenze dell'indagine Mille Voci per comprendere	94
5. EVIDENZE EMERSE DAI DATI E DALLE TESTIMONIANZE PRIVILEGIATE	99
5.1 Professioni di cura tra settore pubblico e Terzo Settore	99
5.2 Gli approfondimenti qualitativi con interviste e focus group	103
5.3 Evoluzione della domanda di professionisti della cura	105
5.4 Criticità del Terzo Settore che ne riducono l'attrattività	106
5.5 Pratiche e proposte per attrarre e mantenere al lavoro i professionisti di cura	110
6. CONCLUSIONI	113
BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI	121
APPENDICE 1. PROFESSIONI REGOLAMENTATE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI	125
APPENDICE 2. PROFILI DEI LAUREATI E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI MAGISTRALI	133
APPENDICE 3. PROFESSIONI E SETTORI DI CURA, UNO STUDIO SPERIMENTALE	143

ABSTRACT

Il Quaderno analizza in profondità il mercato del lavoro delle professioni di cura, con un focus sul personale laureato e sulle relative difficoltà di reperimento e trattenimento evidenziate dalle organizzazioni del Terzo Settore. Le professioni considerate si collocano in quattro ambiti principali: socio-assistenziale, educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario, definite attraverso un articolato processo di perimetrazione basato su fonti normative, letteratura scientifica, repertori nazionali e internazionali. L'analisi dell'offerta formativa e occupazionale mostra un incremento del 30% delle iscrizioni universitarie nell'ultimo decennio, con forte prevalenza femminile (70 – 92%) e una crescente domanda di psicologi ed educatori, in particolare dopo la pandemia. Sul fronte della domanda, le stime Unioncamere-Excelsior per il 2024-2028 prevedono inoltre un aumento degli occupati nella "filiera della salute" tra 44.000 e 70.000 unità, con elevato turnover e mismatch tra profili richiesti e offerta disponibile.

Nel Terzo Settore persistono tuttavia criticità spesso legate alla frammentarietà contrattuale e alle retribuzioni iniziali inferiori alla media. A ciò si aggiungono gli effetti dei LEPS, che incrementano l'assorbimento di professionisti della cura nel settore pubblico, riducendo le risorse umane disponibili per il Terzo Settore. Le indagini qualitative condotte su testimoni privilegiati confermano una crescente competizione tra settore pubblico e Terzo Settore che accresce le difficoltà di attrazione e trattenimento di professionisti della cura e la necessità di azioni mirate e l'urgenza di un rinnovato impegno strategico per garantire sostenibilità e qualità al lavoro di cura, cruciale per una società in rapido invecchiamento.

PREFAZIONE¹



La ricerca che viene presentata nasce dalle sollecitazioni della Commissione Servizi alla Persona della Fondazione, ad approfondire le crescenti criticità del variegato mondo del Terzo Settore e degli enti non profit nel reclutare – e trattenere – personale qualificato in quelle che vengono definite professioni di cura; criticità tali da mettere a rischio la possibilità di

¹ A cura di Valeria Negrini, Vicepresidente Fondazione Cariplo.

continuare ad erogare servizi e risposte di qualità alle persone seguite dalle organizzazioni. Da qui la risposta della Fondazione nel provare a indagare il fenomeno per comprenderne meglio ed in modo più puntuale le dimensioni, le ragioni, gli effetti e suggerire possibili risposte. Il primo dato che si pone con grande evidenza è che le difficoltà non nascono da una offerta insufficiente di professionisti in generale: si riscontra un significativo aumento delle iscrizioni nell'ultimo

decennio nell'ambito educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario. È il settore socio-assistenziale a subire, a partire dal 2020, una diminuzione di circa il 10%. I dati poi confermano che il numero di laureati e laureate nelle professioni di cura supera, e di molto, le uscite per pensionamento. Non c'è quindi una scarsità di profili, c'è invece un grave problema nel rendere attrattivo il lavoro di cura per le giovani generazioni, soprattutto nel mondo delle organizzazioni non profit.

Questa criticità era già stata messa in evidenza anche da altre ricerche a livello regionale e nazionale; ma il lavoro che qui viene offerto assume la valenza di un'analisi ampia e puntuale che forse ad oggi ancora non c'era. Oltre a una mole ragionata di dati e di analisi, la ricerca offre anche spunti che ci portano a riflettere e a far riflettere su una questione che continua ad essere centrale se si vuol provare a capire perché lavorare negli ambiti della cura (intesa in senso lato e che comprende professioni di natura assistenziale, sociale e sociosanitaria, ma anche di natura educativa, riabilitativa, promozionale) sia così poco accattivante, soprattutto nel settore non profit.

Circoscrivere il problema al solo dato economico, cioè la scarsa retribuzione nel settore del privato non profit (ma ricordiamo che anche gli stipendi di chi lavora in mansioni analoghe nel pubblico rimangono tra le più basse in Europa), non permette di riflettere sulle cause più sotterranee e profonde del fenomeno.

Al fondo ci sono ragioni di natura culturale che influenzano poi scelte e comportamenti dei decisori pubblici. Una questione culturale che ha a che fare con la scarsa importanza che viene data storicamente e ancora oggi al lavoro di cura, e che si connette strettamente al ruolo delle donne nella società e nel mercato del lavoro, dal momento che nei lavori di cura la presenza femminile è largamente maggioritaria in tutte le professioni, fino a sfiorare il 90% in alcune di esse.

Non è una novità affermare che in Italia il problema principale sembra ancora essere rappresentato dall'incapacità di pensare alla cura e all'educazione (e quindi al welfare) come a una responsabilità collettiva e pubblica. Nel nostro Paese, come in altre parti del mondo, la cura non retribuita (di figli, anziani, persone

con disabilità) grava soprattutto sulle donne: si tratta di un fenomeno che riflette retaggi culturali, debolezze del welfare pubblico e persistenti disuguaglianze di genere. Nella nostra Costituzione, all'art. 37 se da una parte si afferma con forza che "La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore" si dice anche che "Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare".

Nonostante la progressiva messa in campo di interventi (pubblici e privatistici) di supporto alla famiglia abbia alleggerito il carico di cura delle donne e consentito a molte l'ingresso nel mondo del lavoro, il percorso è ancora incompleto: persiste la debolezza di un welfare pubblico – con servizi per l'infanzia e per gli anziani, ad esempio, limitati per disponibilità e copertura territoriale – che rimane intrinsecamente legato a un modello familista, in cui alla famiglia, e in particolar modo alle donne, è demandata ancora oggi la maggioranza delle responsabilità di cura².

Istituzioni come il CNEL e il Censis hanno evidenziato la predominanza di un "welfare fai-da-te", dove 7 milioni di caregiver, perlopiù donne tra i 45 e 64 anni, operano con limitata tutela e supporto. Negli anni, indipendentemente dai governi, si sono stratificate politiche pubbliche orientate a trasferire denaro ai cittadini, piuttosto che a generare risposte pubbliche attraverso il finanziamento di un'ampia offerta di servizi. Ancora oggi quindi abbiamo un sistema di welfare e di assistenza molto sbilanciato a favore di trasferimenti monetari (pensioni, indennità, ma anche buoni e voucher), che palesano come il lavoro di cura sia ancora pensato – purtroppo – come un affare di famiglia, con ricadute evidenti anche sull'occupazione femminile.

Questo nonostante sia acclarato che il mero trasferimento monetario non è in grado di rispondere a bisogni spesso complessi o di arginare l'impoverimento pro-

² Per averne un esempio emblematico basta pensare a quanto è accaduto durante la pandemia da Covid-19; nel 2020 in Italia 3 persone su 4 rimaste a casa erano donne, e per lo più si tratta di donne che hanno rinunciato al posto di lavoro per l'incompatibilità di occuparsi della propria famiglia in lockdown in contemporanea con le proprie mansioni professionali, svolte in smartworking o meno.

gressivo dei singoli e delle famiglie con figli o anziani ma, soprattutto, non assicura una prospettiva di benessere e un orizzonte di uscita dalla condizione di disagio, che troverebbero invece nella dimensione dell'accompagnamento e della presa in carico da parte dei servizi e della comunità il vero antidoto e la vera risorsa.

Rimane quindi la domanda di fondo di quanto valore attribuiamo (la politica, i ministeri, gli amministratori locali e regionali, le università, gli enti non profit) al "lavoro di cura". Lavoro che durante la pandemia è stato definito essenziale, ma che è solitamente considerato poco produttivo, secondo la logica puramente economicistica. Essenziale, ergo, non se ne può fare a meno – poco produttivo, ergo, si può pagare poco. È evidente che i parametri con i quali misurare "la produttività" di queste professionalità dovrebbero cambiare; a meno che si dica apertamente che contribuire alla salute, al benessere, all'educazione, al miglioramento delle condizioni di vita personali, familiari, lavorative, sociali di una comunità non sia "produttivo" per la nostra società, presente e futura.

Eppure, quando si parla di strategie per lo sviluppo non si considera mai abbastanza – nei fatti – il sistema di welfare come uno degli elementi determinanti capaci di orientare lo sviluppo verso una crescita non solo economica, ma verso una società più equa, meno diseguale, meno conflittuale e rancorosa, più partecipativa e responsabile e quindi anche più democratica.

L'enfasi viene posta su altre strategie: sostenibilità ambientale, transizione digitale, infrastrutture, trasporti, etc... (vedi PNRR). Obiettivi sicuramente importanti e assolutamente necessari, ma non sufficienti se si vuole che questo Paese "cambi davvero passo" nel poter offrire e garantire uguali opportunità alle persone indipendentemente dal luogo in cui sono nate o vivono, dalla famiglia di origine, dal genere, dall'età, dalle convinzioni religiose, dalle provenienze geografiche.

Ma se i sistemi di cura e di educazione, se le attività e i servizi rivolti ai giovani, ai bambini, alle persone con disabilità, agli anziani, sono considerate poco importanti, o meno importanti di altre, significa che si attribuisce loro poco valore; e se una cosa ha poco valore si può giustificare che costi poco e venga pagata poco.

Nella ricerca è molto preziosa anche l'analisi qualitativa, ricavata sia dalle interviste individuali che dai focus-group, perché emergono, seppure abbozzate, alcune possibili soluzioni. Tra queste vi è il miglioramento della narrazione-comunicazione da parte delle stesse organizzazioni non profit, il ripensamento di un rapporto tra Pubblica Amministrazione e Terzo Settore che da solo meriterebbe un capitolo a parte³, un maggiore coinvolgimento di scuole e università, il potenziamento dei tirocini, l'investimento su percorsi di formazione e infine una migliore e diversa organizzazione del lavoro da parte degli enti di terzo settore⁴.

Tutte strategie utili e anche indispensabili purché inserite in una visione strategica del ruolo delle organizzazioni non profit oggi e nel futuro; ruolo che non è (solo) quello di rispondere a dei bisogni, ma anche e soprattutto quello di offrire uguali opportunità alle persone, di fronte a un paese che divarica le disuguaglianze e allarga il numero delle persone escluse da diritti fondamentali (casa, lavoro, istruzione, salute). Contribuire cioè a ridurre le disuguaglianze, sia in senso economico che sociale e culturale. Non limitarsi a rispondere alle istanze di salute, di cura, di assistenza solo quando la Regione o l'Ente Locale dice come si deve fare, quali requisiti avere, quali standard e tipologia di personale, che modello di gestione adottare, ma tornare ad

3 La spinta alla co-programmazione e alla co-progettazione sono sicuramente un passo importante per ripensare il rapporto tra PA e TS, ma rischiano di rimanere due modalità di lavoro spuntate se non si mettono al centro dell'attenzione due importanti elementi. La revisione al rialzo di contratti e convenzioni, che oggi non permettono alle realtà di terzo settore di riconoscere retribuzioni adeguate. Il ripensamento del sistema di regolazione dei servizi (accreditamenti socio sanitari e sociali) che sono stati disegnati oltre 20 anni fa e che oggi mostrano la corda alla pressione dei bisogni; sistemi che hanno ingabbiato il "prendersi cura" in procedure e prestazioni, introdotto limitazioni nel fare a seconda del titolo di studio acquisito e aumentato tra l'altro a dismisura burocrazia e formalità amministrative. Sarebbe invece importante avere il coraggio di provare a disegnare la qualità dei servizi considerando gli esiti che producono e non solo standard gestionali e strutturali.

4 Su questi fronti Fondazione Cariplo tra l'altro lavora da tempo, con iniziative di capacity building come il Bando "Riprogettiamo il Futuro" che mira a valorizzare il capitale umano e promuovere lo sviluppo organizzativo.

essere protagonisti nel proporre modelli e soluzioni. Altrimenti si corre il rischio, sempre più diffuso, di perdere il proprio reale potenziale trasformativo e offrire servizi solo a chi se li può permettere.

Se si guarda al ruolo delle organizzazioni non profit in questo modo, è evidente che il welfare non è un mercato, ma è il modo in cui si contribuisce a dare concretezza a principi e valori costituzionali. Mostrare, raccontare il perché si preferisce “dare voce” – invece che “sorvegliare” – significa rimandare a un’idea del mondo ben precisa; agire scelte che assegnano o tolgono diritti significa costruire scenari democratici o di istituzione totale e svela come immaginiamo debba essere la nostra società⁵.

In un contesto che premia l’individualismo dimenticando che le opportunità per pochi si chiamano privilegi o che dichiara di voler dare valore al merito a prescindere dalle condizioni di partenza, agire scelte che permettono alle persone differenti modi di essere e crescere, che contribuiscono a costruire una convivenza che riconosca e rispetti le diversità, che renda i beneficiari protagonisti e corresponsabili, è un’impresa complicata ma molto più entusiasmante anche per chi nel terzo settore lavora o vuole lavorare. Tornare a parlare dei fini – cioè di che idea si ha del mondo e della giustizia sociale – anziché porre soltanto l’enfasi sui mezzi (servizi, professioni, formazione standard, etc...) può essere particolarmente attrattivo soprattutto per le generazioni più giovani e colmare quelle fratture/faglie esistenziali che segnano la distanza tra le aspirazioni individuali e la possibilità concreta di realizzazione offerta dalla società.

Non serve guardare con nostalgia al passato; culture e visioni organizzative arroccate in difesa impediscono alle

stesse organizzazioni di promuovere investimenti ideativi e progettuali innovativi, così decisivi e strategici per affrontare il cambiamento e la complessità delle nuove sfide legate alla trasformazione della nostra società.

Questa ricerca ha anche la possibilità, a mio avviso, di suscitare, alimentare ulteriori dibattiti e riflessioni perché non solo conferma la necessità di competenze elevate nelle professioni di cura, e, di conseguenza di un equo riconoscimento retributivo, ma data la dissonanza occupazionale mostra anche la necessità di una riconsiderazione profonda del significato e dell’organizzazione del lavoro. Anche di quello di cura, il cui valore intrinseco non è più sufficiente. Una nuova cultura del lavoro in grado di dare libero sviluppo alle individualità, all’intrapresa; capace di offrire senso e direzione in un contesto sociale frammentato; che consenta di immaginarsi attori e protagonisti di un futuro che non coincide solo con quello dell’organizzazione di cui si fa parte.

Allo stesso tempo è evidente che le competenze e i saperi richiesti per assolvere al mandato costituzionale del terzo settore non sono codificati in alcuna singola professione; oggi è necessario che le competenze specialistiche si arricchiscano di competenze relative alla gestione della complessità, alla capacità di avere approcci e sguardi trasversali, di ricomporre conflitti, di connettere risorse, di saper leggere e interpretare il contesto (familiare, sociale, ambientale, culturale), di mantenere legami comunitari, di creare e rafforzare relazioni di fiducia tra le persone, di alimentare la solidarietà e la reciprocità tra simili e tra diversi.

Nel welfare, le competenze specialistiche acquistano valore, significato e attrattività se sono in grado di contaminare culture, visioni, modelli e metodi; se sono capaci di aprirsi all’innovazione e alla scoperta, di saper gestire processi partecipativi, ricostruire legami sociali e attivarli laddove sono evaporati, di costruire e mantenere reti, di allestire nuovi servizi in collaborazione coi cittadini.

È una prospettiva che interroga le Università, gli enti di formazione, le organizzazioni del Terzo Settore, la Pubblica Amministrazione; che richiede un impegno collettivo e una collaborazione tra diversi attori che Fondazione Cariplo può favorire e che ha motivato l’elaborazione di questo rapporto di ricerca.

⁵ In non pochi servizi (soprattutto per l’area della salute mentale, delle dipendenze, del carcere o per l’accoglienza dei migranti) la richiesta che viene fatta al Terzo Settore è quella di attuare interventi più di natura securitaria e/o di controllo piuttosto che di promozione e di cura; adeguarsi a queste richieste significa togliere voce e diritti alle persone, negare loro possibilità di cambiamento. Avere la capacità (e anche il coraggio) di agire e raccontare un modo diverso di lavorare può anche contribuire a rendere più interessante e stimolante il lavoro nel sociale, ad attrarre intelligenze e passioni dei giovani.

EXECUTIVE SUMMARY



L'obiettivo principale di questa ricerca è approfondire la conoscenza dello stato attuale e degli sviluppi del mercato del lavoro nel settore delle professioni di cura, con particolare attenzione al personale laureato. Lo studio analizza le diverse professionalità in quattro ambiti di attività (*socio-assistenziale, educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario*), verificando le eventuali difficoltà di reperimento di personale qualificato, in particolare da parte delle organizza-

zioni del Terzo Settore. Questa analisi, basata su dati nazionali, mira a identificare le criticità esistenti e a proporre soluzioni che possano facilitare l'inserimento di professionisti laureati, contribuendo a soddisfare le crescenti esigenze di cura e assistenza nella società, dovute principalmente al progressivo invecchiamento della popolazione. Le professioni di cura si occupano del benessere fisico, mentale ed emotivo delle persone, le analisi proposte nel *primo capitolo* si concen-

trano su specifiche figure professionali identificate attraverso un articolato processo di perimetrazione. Le professioni di cura sono state identificate partendo, in primo luogo, dalle classi di laurea che formano i professionisti e dai percorsi normativi che hanno portato al loro riconoscimento e alla relativa regolamentazione. L'analisi si avvale anche dei tentativi di definizione presenti nella letteratura scientifica e "grigia" riguardante il settore delle professioni di cura. Sono state inoltre prese in considerazione le professioni catalogate nell'Atlante del Lavoro INAPP (Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche), in particolare quelle relative all'*erogazione degli interventi nei servizi sociali* del settore socio-sanitario, così come quelle elencate nei repertori delle professioni, come l'ISCO (International Standard Classification of Occupations), sviluppato dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), e il Repertorio Europeo delle Professioni (ESCO) messo a punto dall'Unione Europea. Questi strumenti forniscono dati sui requisiti formativi, competenze, standard di pratica e responsabilità, contribuendo a delineare il perimetro complessivo delle professioni di cura.

Al termine di questo percorso di perimetrazione, sono state identificate diverse professioni qualificate nei servizi di cura, complete di codice delle professioni ISTAT e di esempi rappresentativi per ognuna di esse. Le professioni considerate nel focus di analisi includono quindi gli psicologi clinici e gli psicoterapeuti (2.5.3.3.1), gli psicologi dello sviluppo e dell'educazione (2.5.3.3.2), gli specialisti nell'educazione di persone con disabilità (2.6.5.1.0), i logopedisti (3.2.1.2.3); i terapeuti della neuro e psico-motricità dell'età evolutiva (3.2.1.2.5); i tecnici della riabilitazione psichiatrica (3.2.1.2.6); gli educatori professionali (3.2.1.2.7); i terapeuti occupazionali (3.2.1.2.8); gli assistenti sociali (3.4.5.1.0), e, infine, i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (3.4.5.2.0). Queste professioni, provenienti dalla Classificazione Istat e dall'Atlante del lavoro INAPP, rappresentano il perimetro della ricerca e costituiscono il fulcro delle analisi condotte.

L'analisi dell'offerta nelle professioni di cura, sviluppata nel *secondo capitolo* sulla base dei dati quantitativi del MUR e quali-quantitativi di AlmaLaurea, ha

prodotto alcune statistiche sugli iscritti e sui laureati complessivi e dei *pronti al lavoro* e una ricostruzione dei profili e delle relative condizioni occupazionali che mettono in evidenza un aumento generale nelle iscrizioni del 30% nell'ultimo decennio. Le analisi sono state condotte rispetto a quattro ambiti prevalenti di attività: socio-assistenziale, educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario.

L'ambito dell'educazione, in particolare, ha visto la crescita maggiore e più costante, mentre la psicologia ha registrato un'impennata dopo il 2019, verosimilmente in risposta alla crescente domanda di supporto psicologico durante e dopo la pandemia. Al contrario, il settore socio-assistenziale ha subito a partire dal 2020 una diminuzione di circa il 10% che ha riportato il settore ai livelli del 2017 (punto di minimo del periodo).

La predominanza femminile tra i laureati si attesta tra il 70% e il 92%, con la percentuale più bassa nell'ambito socio-sanitario. Molti laureati provengono da contesti meno privilegiati in termini di *background* familiare e hanno spesso una formazione liceale. Gli studenti mostrano un buon livello di soddisfazione nei confronti di questi percorsi accademici, ma manifestano criticità nella connessione con il mercato del lavoro, in particolare nel socio-sanitario. Sebbene il valore sociale del lavoro di cura continui a costituire un elemento di attrazione per i laureati, spesso si traduce in opportunità professionali limitate, richiedendo interventi per facilitare la loro transizione al lavoro.

Nel breve periodo, i tassi di occupazione per le professioni di cura sono inferiori rispetto ad altri settori, ma le differenze si riducono a cinque anni dalla laurea. Le retribuzioni iniziali sono generalmente più basse, con un incremento significativo nelle professioni sanitarie e psicologiche. Emerge infine che il numero di laureati pronti al lavoro nelle professioni di cura è cresciuto significativamente, soprattutto negli ambiti educativi e socio-sanitari, mentre il settore sociale ha visto un calo.

Il *terzo capitolo* offre una disanima dettagliata della richiesta di professioni qualificate nel settore dei servizi di cura. Utilizzando i dati di Unioncamere-Excel-sior, si delineano dapprima i fabbisogni occupazionali e professionali a livello nazionale per il periodo 2024-

2028 relativo alla “filiera della salute”¹, evidenziando la domanda di lavoro generata dall’espansione economica e quella necessaria per sostituire il personale in uscita per pensionamento o mortalità². Il numero degli occupati nella filiera si stima che aumenterà tra le 44.000 e 70.000 unità. Il tasso di sostituzione nella filiera è del 18,3%, inferiore solo a quello degli altri servizi pubblici e privati (pari a circa il 20%), a fronte di un tasso di sostituzione medio complessivo per il periodo 2024-2028 che supera il 13%. Le analisi di Unioncamere mostrano anche un significativo disallineamento (*mismatch*) tra domanda e offerta di lavoro nel campo delle professioni di cura, con un elevato fabbisogno, contrastato da significative difficoltà di reperimento.

Le ulteriori analisi dello stesso capitolo si focalizzano sulle previsioni di assunzione per il 2023. Sulla base dei dati del Sistema Informativo Excelsior, vengono considerate le principali categorie professionali, che comprendono le professioni qualificate nei servizi di cura, identificate nel primo capitolo³.

- 1 Nel Rapporto “Previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine (2024-2028)”, Unioncamere propone un’analisi della domanda per filiere. Tra quelle identificate da Unioncamere, c’è anche la “filiera della salute”, che comprende diversi settori della classificazione ATECO 2007 legati alla salute, tra cui quelli dei Servizi di assistenza sociale residenziale e di Assistenza sociale non residenziale.
- 2 Secondo l’impostazione già adottata dal Cedefop a livello europeo, *expansion demand* (domanda da espansione economica, o domanda di lavoro incrementale identificata dalle variazioni annuali dello stock di occupati in ciascun settore) costituisce solo una parte del fabbisogno complessivo. Anche in settori in crisi, nei quali si verifica una contrazione complessiva dei livelli di impiego, vi sono opportunità di lavoro che si aprono. È infatti necessario considerare anche un’ulteriore componente della domanda di lavoro: la cosiddetta *replacement demand* (domanda di sostituzione). Essa misura la necessità di sostituzione degli addetti del sistema del mercato del lavoro per mantenere costante gli stock occupazionali. Dal punto di vista quantitativo rappresenta la componente predominante del fabbisogno occupazionale complessivo dei vari settori ed è determinata principalmente da fattori demografici (pensionamento o mortalità).
- 3 Le categorie di interesse comprendono specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeuti, professionisti dell’educazione e formazione per persone con disabili-

La maggior parte delle assunzioni previste non riguarderà i giovani. Tra gli assistenti sociali, la quota di assunzioni per i giovani fino a 29 anni raggiunge il 42%, ma diminuisce nelle altre categorie, con percentuali tra il 19% dei tecnici del reinserimento e dell’integrazione sociale e il 32% degli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche. La forma contrattuale predominante per le assunzioni nel 2023 è il contratto a tempo determinato, che varia dal 78% degli assistenti sociali al 93% dei tecnici del reinserimento e dell’integrazione sociale. Le assunzioni per sostituzione non superano il 30% per gli assistenti sociali, mentre oscillano dal 41% degli specialisti nell’educazione e nella formazione di soggetti persone con disabilità al 53% per i tecnici del reinserimento e dell’integrazione sociale. Inoltre, la difficoltà di reperimento è maggiore nelle professioni sanitarie e riabilitative (47%) e minore tra gli assistenti sociali (19%). Tali difficoltà sono attribuibili soprattutto alla carenza di candidati, mentre per i tecnici del reinserimento e dell’integrazione sociale il problema predominante riguarda l’inadeguatezza della preparazione, che incide per il 65,2% dei casi.

Un ulteriore approfondimento è stato infine condotto, sempre nel terzo capitolo, per quel che riguarda la domanda di sostituzione degli assistenti sociali, degli educatori professionali e degli psicologi. Le stime condotte sulla base dei dati degli iscritti agli Albi nazionali dei rispettivi ordini professionali, mostrano che la quota di lavoratori di età compresa tra i 60 e i 67 anni passa dal 9,2% per gli psicologi al 12,8% degli educatori professionali e al 13,2% degli assistenti sociali. Il flusso annuo di uscite per pensionamento, invece, oscilla tra i 650 per gli assistenti sociali e i 1.400 e i 1.450 rispettivamente per gli educatori professionali e gli psicologi.

Nel *quarto capitolo* si evidenziano ulteriori elementi che influenzano la domanda di professionisti qualifi-

.....
 tà, professioni sanitarie riabilitative, assistenti sociali e tecnici del reinserimento e integrazione sociale. A causa della classificazione meno dettagliata di alcune categorie, adottata nel Sistema Informativo Excelsior, i dati relativi agli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche e a quelli delle professioni sanitarie e riabilitative possono essere sovrastimati, poiché includono anche alcune professioni escluse dall’analisi.



cati nei servizi di cura in Italia, includendo professioni sociali, psicologiche, socio-sanitarie e socio-educative, il possibile *mismatch* tra profili e competenze richieste e disponibili può dipendere da: i) la domanda di sostituzione legata all'invecchiamento della forza lavoro; ii) la normativa che potrebbe favorire l'occupazione nel settore pubblico a discapito di quello *non-profit*; iii) il fenomeno delle dimissioni, che caratterizza il settore della cura come "poco attrattivo"; iv) le condizioni di lavoro nel Terzo Settore.

In primis, si è proceduto quindi a confrontare la domanda di sostituzione per pensionamento in determinate professioni di cura, sia nel settore pubblico che privato, con il flusso di laureati *pronti al lavoro* (disponibili al lavoro). Dallo studio emerge che il numero di laureati che entrano nel mercato del lavoro al termine degli studi supera notevolmente le uscite per pensionamento, indicando l'assenza di un problema di ricambio generazionale per le professioni di cura.

È stata poi analizzata la domanda incrementale derivante da nuovi requisiti normativi, come l'introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per gli assistenti sociali, che potrebbe accrescere la domanda di professionisti nel settore pubblico, potenzialmente spiazzando la domanda degli stessi professionisti nel Terzo Settore. Tra il 2020 e il 2022, si è registrato un aumento di 1.688 assistenti sociali assunti dai comuni con contratto a tempo indeterminato, mentre per raggiungere i LEP in tutti gli ATS (Ambiti Territoriali Sociali) sarà necessario assumerne altri 3.216 (provenienti, almeno in parte, dal Terzo Settore).

Le riflessioni sono state estese anche al fenomeno del turnover e delle dimissioni nel settore della cura. Studi empirici mostrano tassi elevati di dimissioni, inclusi contratti a tempo determinato e indeterminato, principalmente attribuibili a bassi livelli retributivi. I giovani, in particolare, tendono a lasciare il Terzo Settore a favore di contratti nella pubblica amministrazione, ritenuti più attrattivi per salari più elevati e maggior stabilità.

Infine, è stato proposto un approfondimento del reclutamento e il mantenimento del personale nelle organizzazioni del Terzo Settore, basandosi sull'indagine "Mille Voci per comprendere" di Fondazione Cari-

pio⁴. Tra i 173 enti coinvolti, il 29% segnala difficoltà nel reperire personale soprattutto per le professioni di cura, il 72% contro il 40% per le altre professioni. Tra i 130 enti che hanno segnalato motivazioni per la difficile gestione del personale, le ragioni più frequenti sono: la mancanza di candidati; la mancanza di esperienza e/o competenze; la scarsa attrattività delle retribuzioni e le condizioni di lavoro.

Nel *quinto capitolo*, ad integrazione delle analisi *desk*, sia documentali che statistiche, vengono sintetizzati i risultati di interviste e focus group condotti per raccogliere le opinioni di esperti e testimoni privilegiati. Sono stati realizzati: i) quattordici interviste individuali rivolte ad accademici, ricercatori, dirigenti degli ordini professionali e delle associazioni di categoria, nonché a consorzi operanti nel settore sociale e socio-sanitario; ii) quattro focus group che hanno coinvolto sia le categorie sopra menzionate sia dirigenti e lavoratori di organizzazioni del Terzo Settore attive principalmente nel territorio della Fondazione, per un totale di 61 enti e circa 75 partecipanti. Il confronto con i testimoni privilegiati, si è basato su una traccia di intervista semi-strutturata⁵, consentendo di evidenziare quanto segue.

Si osserva un aumento della domanda di professioni di cura, sia da parte delle organizzazioni del Terzo Settore sia da parte del settore pubblico. Infatti, nel corso del tempo, le prime hanno allargato le proprie attività in nuovi settori di intervento, ad esempio nel

4 L'indagine è stata implementata dall'Evaluation Lab della Fondazione Social Venture Giordano Dell'Amore (FSVGDA) che costituisce il braccio strategico e operativo di Fondazione Cariplo nell'ambito dell'*impact investing*.

5 La traccia di intervista semi-strutturata ha permesso di indagare le seguenti principali domande di ricerca: 1) negli anni recenti, sono emersi nuovi soggetti/settori/ funzioni di natura pubblica o privata che hanno indotto un aumento della domanda di professionisti? 2) il Terzo Settore, e gli enti che ne fanno parte, esprimono una domanda di lavoro diversa e/o particolare rispetto a quella di altri settori/soggetti? Se sì, quali sono? Se sì, ha l'impressione che le richieste del Terzo Settore facciano riferimento a condizioni di lavoro, professionalità, stipendi che tendano a ridurre l'attrattività del settore non-profit per neo-laureati o lavoratori in generale? 3) È a conoscenza di iniziative che affrontino concretamente il tema del reclutamento/trattenimento di tali professionalità o ha proposte a riguardo?

campo del contrasto alla grave emarginazione degli adulti e, più recentemente, nei servizi per l'infanzia e nella tutela dei minori, mentre il secondo ha notevolmente contribuito a saturare l'offerta, rendendo più difficile il reclutamento e il trattenimento dei professionisti da parte degli enti del Terzo Settore, favorito da un notevole aumento delle risorse disponibili, riconducibile in particolare alle risorse messe a disposizione del PNRR e dagli adeguamenti ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Questa crescita è pronunciata soprattutto nel settore scolastico (insegnanti ed educatori) e per gli assistenti sociali. D'altra parte, trova conferma (per i fattori già evidenziati) la minore attrattività esercitata dal Terzo Settore, rispetto al settore pubblico, nei confronti dei professionisti della cura.

I testimoni privilegiati interpellati hanno anche sottolineato la presenza di un *mismatch* tra formazione e professione, nonostante una preparazione tecnica di alto livello, soprattutto per quel che riguarda la (scarsa) consapevolezza del lavoro emotivo-relazionale e della flessibilità oraria e logistica (lavoro notturno, *week-end*, domiciliarità), richiesti ai professio-

nisti della cura, spesso accompagnata da aspettative irrealistiche nei confronti delle posizioni di ingresso nelle professioni di cura (quali, ad esempio, le richieste di ricoprire ruoli di coordinamento senza esperienza come operatori). Non da ultimo, è emerso come i giovani di oggi siano molto più attenti che in passato alla conciliazione tra vita e lavoro e, pertanto, meno inclini ad accettare i sacrifici professionali richiesti dal lavoro di cura a discapito della vita personale.

È infine emersa l'importanza di rafforzare gli interventi per il reclutamento/trattenimento dei professionisti dalla cura nel Terzo Settore, in particolare le azioni per migliorare il livello retributivo e le condizioni contrattuali dei lavoratori, le campagne di sensibilizzazione per migliorare l'immagine del lavoro di cura nella popolazione e nei potenziali nuovi lavoratori, il potenziamento dei percorsi di formazione e accompagnamento per i neo-assunti, la promozione di iniziative di welfare aziendale in grado di migliorare le condizioni lavorative/contrattuali, lo sviluppo di un *employer branding* per migliorare la comunicazione verso l'esterno, il ricorso a tecniche di *recruiting* più efficaci e adatte alle necessità del Terzo Settore.

1. MAPPATURA DELLE PROFESSIONI NEI SERVIZI DI CURA IN ITALIA



1.1 La professionalizzazione del lavoro di cura: definizioni e principi

La crescita e la differenziazione dei bisogni di cura espressi dalle società sviluppate, soprattutto a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, hanno cercato o stanno ancora cercando una risposta nella crescita progressiva della cosiddetta *care economy* (economia della cura). Nell'ambito della *care economy* rientrano il lavoro di cura

e l'assistenza, ovvero un insieme di attività legate agli aspetti fisici, emotivi e psicologici che si possono ricondurre alle macro-categorie di Sanità e dei Servizi Sociali (come nel caso, ad esempio, dell'assistenza a bambini, anziani e persone con disabilità)¹.

¹ Si segnala che, nell'ambito di questo studio, sul versante dell'offerta si utilizzeranno nello specifico i seguenti ambiti professionali: educazione e formazione, psicologia e scienze cognitive, socio-sanitario e sociale.

Tuttavia, in Italia, a fronte del crescente bisogno di cure caratterizzato dalla necessità di un controllo costante delle condizioni di salute e da una significativa componente assistenziale (Tiraboschi, 2015), si riscontra una offerta di servizi ancora insufficiente e molto differenziata sul territorio nazionale (Battisti, 2019). Inoltre, manca tuttora una adeguata lettura del perimetro, delle caratteristiche, delle dinamiche e delle problematiche di questo ampio e complesso settore dell'economia che sfida, da molti punti di vista, le tradizionali categorie interpretative (sia economiche che giuridiche) del mercato del lavoro (Casano, 2022).

L'ILO ha proposto una definizione di economia della cura riferendosi a quel settore della economia che include tutte le forme esistenti di lavoro di cura e assistenza alle persone, in considerazione del forte impatto che il lavoro di cura ha sulle economie di tutti i Paesi a prescindere dalle modalità in cui è prestato (retribuito, non retribuito; per il mercato, per la famiglia; nella sfera pubblica o nella sfera privata) (ILO, 2013, 2018). In quest'ambito, l'ILO ha proposto anche una definizione ampia di *lavoro di cura* (ILO, 2013, 2018), inteso come insieme di attività e relazioni finalizzate a soddisfare i bisogni fisici, psicologici ed emotivi di adulti e bambini, fragili e normodotati, anziani, malati e persone con disabilità, nonché adulti sani che hanno esigenze fisiche, psicologiche, cognitive e emotive che richiedono vari gradi di protezione, cura o supporto.

Questo specifico settore da diversi anni è anche considerato un ambito professionale potenzialmente in grado di trainare lo sviluppo occupazionale. Questo andamento espansivo richiede però di essere sostenuto sviluppando interventi sul fronte della costruzione delle competenze, dei percorsi formativi e dei profili professionali e per favorire l'incontro tra *domanda e offerta* di lavoro (Capponi, 2019). Oltre a ciò, si dovrà quindi tenere conto della peculiarità delle risposte che il lavoro di cura deve fornire ai bisogni di cura e di assistenza di persone e famiglie, e dell'impatto che dovrà essere prodotto dalla digitalizzazione sul lavoro, in particolare sulle sue modalità di intermediazione (ILO, 2018; Capponi, 2019).

Una definizione così ampia del *lavoro di cura* rende tuttavia complicato classificare le professioni e le occupazioni del settore. Il mandato del lavoro di cura e di assistenza sta cambiando progressivamente, estendendosi dalla cura fisica in senso stretto anche alla cura delle relazioni (Fefè, 2021). Il lavoro di cura e di assistenza è sempre più strettamente legato al *benessere* delle persone e delle famiglie. Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il benessere è multidimensionale, abbraccia la sfera corporea, relazionale, psichica, emotiva, affettiva, sociale, spirituale. In questo quadro, è evidente come la *relazione* sia uno strumento di lavoro fondamentale per i professionisti che operano nel settore della cura e dell'assistenza. La multidimensionalità dei bisogni di cura e di assistenza ha richiesto e richiede sempre più l'assunzione di un nuovo paradigma, ovvero una nuova cultura della salute e del benessere e nuove metodologie di intervento per ricollocare in un processo unitario apporti sanitari, psicologici, socio-assistenziali, educativi. In questo senso, l'integrazione socio-sanitaria è volta a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita. In quest'ottica, è evidente che le professioni che si occupano di curare e di assistere persone e famiglie comprendono professioni sanitarie, che si dividono in mediche e non mediche, professioni sociali e educative.

In questo quadro è quindi importante analizzare la genesi delle professioni di cura e assistenza. A questo proposito, si evidenzia che, almeno nell'ambito della sociologia italiana, il processo di professionalizzazione (Wilensky, 1964; Abbott, 1988), ovvero l'insieme di fasi o tappe successive attraverso le quali tutte le attuali professioni sono passate prima di essere considerate tali a tutti gli effetti (Zan, 1976), si basa sul paradigma teorico elaborato da Tounsi (2000) che, focalizzandosi sulle occupazioni sanitarie, ha definito una sequenza di quattro eventi che, verificandosi contemporaneamente oppure in momenti/fasi diverse, portano una occupazione a diventare una professione riconosciuta, sia socialmente che istituzionalmente.

(Negri, 2022): i) individuazione e rivendicazione di una base cognitiva, cioè di un corpus condiviso di conoscenze scientifiche e tecniche; ii) nascita e sviluppo di scuole professionali o enti di formazione alla professione; iii) nascita e costituzione di associazioni professionali; iv) riconoscimento e protezione da parte dello Stato. Abbott (1988), d'altra parte, sostiene che lo status di professione risente di fattori critici, culturali, economici, politici e tecnologici, che determinano un'estrema mutabilità delle professioni.

Accanto a questi paradigmi è opportuno precisare che i confini e i contenuti professionali delle figure attualmente operanti nel mercato del lavoro sono stati storicamente delineati anche all'interno di alcuni ambiti o sistemi di qualificazione della professionalità, quali: il sistema di contrattazione collettiva, l'autoregolazione privata con interventi di normazione UNI e la certificazione pubblica delle competenze (Behringer e Coles, 2003; Casano, 2020).

A ciò si deve inoltre aggiungere che anche i profili professionali del lavoro di cura e di assistenza sono prodotti storici e sociali in continua evoluzione. Ciclicamente, infatti, nella società emergono nuovi bisogni e nuove dinamiche che fanno emergere la necessità di figure professionali aggiornate e inedite. La diffusione di nuove figure professionali adibite alla cura e all'assistenza è, per esempio, legata a (Negri, 2022):

- il progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente all'allungamento dell'aspettativa di vita e all'aumento del numero dei grandi anziani, sia in Italia che in Europa;
- il declino del welfare state che ha determinato una crescente erogazione di trasferimenti monetari dallo Stato all'utilizzatore finale dei servizi di cura e di assistenza e alla sua famiglia, a fronte di una scarsità dei servizi pubblici in natura sul territorio nazionale, anche con notevoli squilibri e disparità territoriali all'interno del nostro Paese;
- la scarsa redistribuzione dei compiti di cura tra uomini e donne, che ancora oggi in Italia è più accentuata che in altre economie avanzate, la (crescente) partecipazione delle donne al mercato del lavoro salariato e i cambiamenti nella struttura

delle famiglie (ci sono sempre più persone, specie donne, che vivono da sole);

- la crescente femminilizzazione dei processi migratori legati al lavoro in Italia.

1.2 Un excursus normativo sulle professioni di cura in Italia

In questa sezione si presentano alcuni cenni relativi all'*excursus* normativo che ha individuato e regolamentato i profili professionali nell'area sanitaria, in quella sociale e in quella socio-sanitaria, ovvero nelle macro-categorie di Sanità e dei Servizi Sociali alle quali sono riconducibili le principali attività svolte nell'ambito del lavoro di cura.

L'attuale regime normativo che ordina le professioni sanitarie ha come fonte iniziale il D. Lgs. n. 502/1992 che, nell'adeguare l'impianto del Sistema sanitario nazionale (SSN), nato con L. n. 833/1978, stabilì anche che fosse compito del Ministero della sanità l'individuazione e la regolamentazione dei profili professionali dell'area sanitaria e trasferì la formazione dalla sede regionale a quella universitaria, inserendola nella Facoltà di Medicina e Chirurgia. Di comune accordo con le Regioni, vennero successivamente emanati i decreti ministeriali istitutivi dei primi 13 profili professionali riguardanti il personale infermieristico, tecnico sanitario e della riabilitazione, con l'introduzione di veri e propri ambiti professionali. Con il D.M. 793/1994 furono poi approvati 22 profili professionali nel settore infermieristico, tecnico-sanitario e della riabilitazione, in risposta alla necessità di introdurre conoscenze specializzate per migliorare gli interventi assistenziali. A seguito di tali provvedimenti si delineò quindi una nuova situazione organizzativa più flessibile nell'interpretazione di ruoli e funzioni di ciascuna figura con modalità di lavoro per processi e obiettivi.

L'impianto normativo fu successivamente perfezionato dalla L. n. 42/1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" la quale sancì l'abolizione della denominazione di *professione sanitaria ausiliaria* sostituendola con *professione sanitaria*, quindi: non più paramedici (non medici), ma professioni infermieristiche, tecnico sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione e

sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica. L'art. 1, comma 2, della stessa legge dispose inoltre che: *Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del D. Lgs. n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.*

A seguito della L. 42/1999, si rese necessario avviare un percorso che perfezionasse questa Legge e per questo fu varata all'unanimità la Legge d'iniziativa parlamentare n. 251/2000 che divenne la vera legge quadro del settore: *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica.* Questa norma disciplina la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie ad opera dell'attività, legislativa e amministrativa, dello Stato e delle Regioni. La legge è implementata alla luce e nel rispetto: i) della competenza propria della professione, che si identifica con le *attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva* (art. 1, comma 1, L. n. 251/2000); ii) dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per la professione dell'infermiere, come di ognuna delle altre professioni sanitarie.

Se da un lato appare ovvio e scontato che le attività di diagnosi e cura dell'individuo siano proprie, se non esclusive, della professione medica, e che le funzioni assistenziali siano di competenza della professione infermieristica, dall'altro lato la complessità del funzionamento quotidiano di ospedali e distretti sanitari richiede l'integrazione, la collaborazione e la cooperazione tra medici, infermieri e altri professionisti della salute. È dunque compito dello Stato e delle Regioni normare, con atti legislativi o regolamentari, il campo

di attività esclusivo e quello concorrente di ciascun professionista. A tal fine, la riforma del Titolo V della Costituzione, oltre a ribadire che l'organizzazione del lavoro in sanità è competenza esclusiva delle Regioni, ha affermato che sull'insieme della materia delle professioni, Stato e Regioni hanno competenza concorrente.

Le Leggi 42 e 251 segnano poi il definitivo abbandono del ruolo residuale di tali professionisti, riconoscendo loro pari dignità rispetto alle professioni della salute già esistenti. L'ultimo tassello di questa riforma ha previsto infine la trasformazione dei collegi in Ordini e l'istituzione di Albi e Ordini per le professioni che ne fossero sprovviste. A questo scopo fu quindi varata la Legge 43/06 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini professionali.* In sostanza, questa Legge perfeziona il processo di riforma delle professioni sanitarie ratificando le professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione, facendole rientrare nella cerchia delle *professioni intellettuali.*

Più recentemente, la Legge 3/2018, all'articolo 5, ha dato attuazione agli articoli 3 *septies* e 3 *octies* del D.Lgs. 502/1992 istituendo l'area delle professioni sociosanitarie. È stato individuato un percorso procedurale (che richiedeva accordi Stato-Regioni, recepiti con D.P.R. e specifici decreti) per individuare i nuovi profili professionali sociosanitari, evitando parcellizzazioni con professioni già riconosciute o specializzazioni delle stesse, i nuovi percorsi didattici, le equipollenze e le equivalenze. Le prime professioni, preesistenti e già normate, ricomprese nell'area, dalla data di entrata in vigore della Legge, sono: Operatore socio-sanitario; Assistente sociale; Educatore professionale; Sociologo. Il riferimento all'educatore professionale, pur concomitante temporalmente con l'approvazione della Legge 205/2017 (che suddivide la figura tra educatore professionale socio-sanitario e educatore professionale socio-pedagogico), viste le peculiari funzioni, è da intendersi nella denominazione di educatore professionale socio-sanitario. La Legge ha riconosciuto che queste quattro professioni preesistenti esplicano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute (che

rientra tra le attribuzioni del ruolo sanitario, di cui art. 1 DPR 761/79) introducendo un sostanziale cambiamento della precedente collocazione normativa.

La Legge 328/2000 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*), all'art.12 ha affrontato da vicino il tema delle professioni sociali, rinviando a un successivo decreto la definizione dei loro profili². Tale legge ha comunque definito le competenze e i compiti degli operatori sociali (inclusi gli assistenti sociali). Gli operatori sociali devono essere in grado di valutare in modo accurato e completo i bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità con cui lavorano, tenendo conto di diversi fattori, tra i quali la situazione sociale, economica, familiare e individuale. Sono poi responsabili della pianificazione e dell'implementazione di interventi mirati a rispondere ai bisogni individuati durante la valutazione, con il compito di promuovere il benessere sociale e il miglioramento delle condizioni di vita delle persone e delle comunità con cui lavorano. In quest'ottica, gli operatori sociali devono essere in grado di coordinare i servizi e le risorse disponibili per garantire una risposta integrata ed efficace ai bisogni delle persone e delle famiglie.

Come già riportato nel caso delle professioni sanitarie, la *Riforma del titolo V* ha introdotto, nel 2001, una forte regionalizzazione delle competenze basata sul principio della sussidiarietà (orizzontale e verticale). Con tale riforma, una serie di politiche è stata riservata allo Stato (forze armate e di polizia, giustizia, tributi, politica estera, politica monetaria, assicurazioni sociali...) un'altra serie è stata sottoposta alla compe-

tenza concorrente Stato-Regioni (diritto del lavoro, istruzione, ricerca scientifica, tutela dell'ambiente...). Tutte le altre materie sono state invece riservate alle Regioni, compresa l'assistenza sociale, che prevede l'erogazione di prestazioni e servizi attraverso i Comuni. In questo contesto, il livello nazionale ha pochissimo potere sulle decisioni prese a livello regionale, tranne per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), necessari a stabilire un livello minimo di protezione sociale in tutto il Paese. Questo assetto istituzionale ha portato a uno sviluppo fortemente diseguale e differenziato dell'assistenza sociale a livello regionale. Successivamente, diverse sentenze della Corte costituzionale hanno ribadito che nel sistema derivante dalla riforma del Titolo V della Parte II della Costituzione, nelle materie di competenza concorrente la legislazione regionale deve svolgersi nel rispetto dei principi fondamentali determinati dalla legge dello Stato; la definizione delle figure professionali sociali con i relativi profili e i titoli abilitanti è quindi riservata, per il suo carattere unitario, allo Stato.

A conclusione della ricostruzione del quadro normativo sulle professioni sanitarie e sociali, appare opportuno richiamare che, in Italia, il sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari comprende un insieme variegato di servizi di tipo non ospedaliero, inclusi quelli socio-educativi, alla cui erogazione concorrono una pluralità di soggetti pubblici e privati (questi ultimi sia *for-profit* che *nonprofit*). I servizi, il cui orientamento è stato recentemente meglio definito nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e con la Legge n. 234/2021 che introduce i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)³, si differenziano

2 Il comma 2 dell'art. 12, infatti, stabilisce che *con regolamento del Ministro per la solidarietà sociale, da emanare di concerto con i Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e d'intesa con la Conferenza unificata, sono definiti: a) le figure professionali di cui al comma 1 da formare con corsi di laurea di cui all'art. 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, adottato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n.509; b) le figure professionali di cui al comma 1 da formare in corsi di formazione organizzati dalle regioni, nonché i criteri generali riguardanti i requisiti per l'accesso, la durata e l'ordinamento didattico dei medesimi corsi di formazione; c) i criteri per il riconoscimento e la equiparazione dei profili professionali esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge.*

3 I LEPS definiscono una serie di interventi soprattutto in relazione alla non autosufficienza. I servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS (Ambiti territoriali sociali) nelle aree: a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie. Il comma 170 stabilisce infine che *In sede di prima applicazione i LEPS individuati come prioritari nell'ambito del Piano*



in ragione dello stato di bisogno dei diversi target di utenza e delle esigenze specifiche di protezione sociale e di assistenza sanitaria di ciascun individuo.

1.3 Le professioni qualificate nei servizi di cura in Italia

A sintesi di quanto analizzato finora, possiamo osservare che, in Italia, le professioni del settore sociale risentono dell'assenza di una classificazione organica dovuta, da un lato, alla diversificazione dei modelli regionali di welfare, dall'altro alla mancata definizione dei profili, nonostante siano stati previsti dall'art. 12 della Legge n. 328/2000, rimasto inattuato. Le professioni sociali, non tutte regolamentate e in capo ad autorità competenti diverse, attendono da tempo di essere sistematizzate in una chiara filiera professionale del sociale, nonostante si tratti in molti casi di figure assai richieste nel mercato del lavoro.

L'individuazione dei profili professionali del sociale è inoltre complicata dall'eterogeneità dei tentativi di ordine definitorio, tutti condotti a partire dalla Classificazione delle professioni dell'Istat. Questa classificazione riconduce infatti le professioni esistenti sul mercato del lavoro a un numero limitato di raggruppamenti professionali, all'interno dei quali troviamo insiemi di professioni omogenee dal punto di vista delle conoscenze, competenze, e attività di lavoro. Il livello più elevato di dettaglio è caratterizzato proprio dalle Unità professionali, famiglie di professioni che hanno il livello di omogeneità più elevato e che sono contrassegnate da un codice univoco a 5 *digit* (cifre). Dellavalle (2019), a proposito delle diverse definizioni adottate per definire i profili professionali del sociale, segnala che sul sito governativo "Cliclavoro" sono annoverate in questa area professionale l'assistente sociale, l'educatore, lo psicologo, il sociologo, il tecnico dell'inserimento sociale, l'addetto all'assistenza personale e l'operatore socio sanitario, mentre è ignorata la figura del mediatore interculturale; il

sito Atlante delle Professioni dell'Università di Torino considera, invece, l'assistente sociale, l'educatore e l'orientatore, ma assimila il mediatore culturale a quello linguistico.

Diversamente dalle professioni sociali, quelle sanitarie – come abbiamo visto – hanno seguito un lungo processo di riordinamento il cui ultimo atto è avvenuto nell'ambito della Legge n. 3/2018⁴, con l'istituzione dell'area delle professioni sociosanitarie, finalizzata a rafforzare la tutela della salute intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale. Quest'area ha ricompreso tra l'altro le professioni sociali di: i) sociologo, professione non regolamentata ma che può avvalersi di una specifica norma tecnica (UNI 11695:2017) ampiamente riconosciuta come significativo passo avanti nel processo di definizione e legittimazione della figura; ii) assistente sociale, figura ordinata avente come autorità competente il Ministero della giustizia; iii) educatore professionale e operatore socio-sanitario, entrambe professioni sanitarie, di cui la seconda con formazione di competenza delle Regioni (Natoli e Santanicchia, 2019). Al di là dei confini dell'area socio-sanitaria, si registra poi un'ampia gamma di figure di rilevanza in campo sociale, all'interno della quale si collocano lo psicologo, istituzionalizzato come figura sanitaria dalla Legge 3/2018, e l'educatore professionale psico-pedagogico, riconosciuto insieme al pedagogo nella Legge di bilancio 2018. Più recentemente, la L. 55/2024 ha introdotto le *Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche e educative e istituzione dei relativi Albi* (si rimanda all'approfondimento contenuto nel Box 1.2 – Educatore professionale).

Alle figure appena richiamate, che probabilmente rappresentano la componente (relativamente) più strutturata della filiera del lavoro sociale a livello nazionale, si aggiungono le figure nate dai bisogni dei territori, anche definite *professioni di fatto* (Fondazione Irso, 2009), caratterizzate da percorsi diversi-

nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 sono relativi a: a. pronto intervento sociale; b. supervisione del personale dei servizi sociali; c. servizi sociali per le dimissioni protette; d. prevenzione dell'allontanamento familiare; e. servizi per la residenza fittizia; f. progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

⁴ Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

ficati e, solo recentemente, al centro di un processo tecnico, partecipato dalle istituzioni coinvolte, a favore della loro più ampia spendibilità professionale. Tale processo, avviato dalla L. 92/2012 (Legge Fornero)⁵, si riferisce al percorso di costruzione del Repertorio nazionale delle qualificazioni, tassello fondamentale del Sistema nazionale di certificazione delle competenze⁶ (Negri 2022). Una componente del costituendo Repertorio nazionale è rappresentata dal Quadro nazionale delle qualificazioni regionali, che raccoglie le qualifiche dei repertori regionali di tutti i settori ai fini di una progressiva armonizzazione (Natoli e Santanicchia, 2019). Nello specifico, l'Atlante del Lavoro descrive i contenuti del lavoro in termini di attività (mansioni, compiti, etc.) e dei prodotti e servizi potenzialmente erogabili nello svolgimento delle stesse attraverso 23 Settori economico-professionali (SEP) e 1 Settore Area comune (processi di supporto alla produzione di beni e servizi). I SEP⁷ e

l'Area comune sono descritti per Processi⁸, Sequenze di processo⁹, Aree di attività (ADA).

Nell'ambito del Settore socio sanitario, si distinguono due processi: Erogazione di interventi tecnici sanitari e parasanitari ed Erogazione degli interventi nei servizi sociali. Il Processo di erogazione degli interventi nei servizi sociali si articola in 7 Sequenze di processo e in 21 Aree di attività (ADA) con il quadro che contiene in totale 142 qualificazioni¹⁰.

L'ADA contiene la descrizione delle singole attività che la costituiscono, i prodotti e i servizi attesi nonché i riferimenti ai codici statistici delle classificazioni ISTAT relative alle attività economiche e alle professioni. La tabella 1.1 mostra le professioni associate a ciascuna area di attività nell'ambito del processo Erogazione di interventi nei servizi sociali. Il progressivo completamento di questo processo riguarda anche la prospettiva di completamento della filiera professionale e formativa del sociale, tuttora caratterizzato da una ampia frammentarietà che, di fatto, rende ancora piuttosto difficile il posizionamento nel mercato del lavoro di molte figure professionali necessarie all'erogazione dei servizi.

L'Atlante del Lavoro riporta anche le professioni regolamentate nei diversi settori. Quelle regolamentate nell'ambito del Settore 19 – Servizi socio-sanitari, *considerate più rilevanti ai fini delle analisi condotte in questo studio*, sono riportate nell'Appendice 1, insieme a una breve descrizione, ai requisiti, alla normativa di riferimento, alle autorità competenti ai sensi della

(SEP) è ottenuta utilizzando i codici delle classificazioni adottate dall'ISTAT, relativamente alle attività economiche (ATECO 2007) e alle professioni (Classificazione delle Professioni 2011).

5 La Legge Fornero, all'articolo 4, comma 67, ha disposto per la prima volta la raccolta di tutti gli standard di qualificazioni e competenze certificabili in *repertori codificati a livello nazionale o regionale, pubblicamente riconosciuti e accessibili in un repertorio nazionale dei titoli di istruzione e formazione e delle qualificazioni professionali* e ha rinviato ad un successivo decreto legislativo attuativo la definizione dell'operatività del sistema nazionale di certificazione delle competenze e dei criteri per la definizione e l'aggiornamento del repertorio nazionale dei titoli di istruzione e formazione e delle qualificazioni professionali.

6 Decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13 Definizione delle norme generali e dei livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione e validazione degli apprendimenti non formali e informali e degli standard minimi di servizio del sistema nazionale di certificazione delle competenze, a norma dell'articolo 4, commi 58 e 68, della legge 28 giugno 2012, n. 92. Il D.Lgs. n. 13/2013, in dettaglio l'art. 8, ha quindi istituito il repertorio nazionale dei titoli di istruzione e formazione e delle qualificazioni professionali (nella forma di un atlante interattivo on-line) che, sebbene sconti ancora alcuni limiti, rappresenta il dataset nel quale è possibile individuare i riferimenti, in termini di competenze, conoscenze e abilità, dei profili professionali, anche nell'ambito del lavoro di cura e di assistenza. Il quadro nazionale costituisce allo stato attuale una sottosezione dell'area Atlante e qualificazioni dell'Atlante del lavoro e delle qualificazioni INAPP, che rappresenta la strutturazione pratica ed esplicita del repertorio nazionale.

7 La classificazione dei settori economico-professionali

8 Ognuno dei 24 SEP è a sua volta articolato in Processi di lavoro secondo una logica finalizzata a ricostruire analiticamente i cicli produttivi di beni e servizi caratterizzanti il SEP. Sono l'insieme di attività, svolte secondo una determinata sequenzialità e/ simultaneità, che ha un'origine/input e che permette di raggiungere un determinato risultato/output.

9 I Processi di lavoro a loro volta sono suddivisi in Sequenze di processo, ciascuna contenente specifiche Aree di attività (ADA).

10 Cfr. Atlante del Lavoro, <https://www.inapp.org/atlantelavoro/esplora-atlante-lavoro/>.

Tabella 1.1 – Atlante del lavoro. Professioni associate alle aree di attività del processo di Erogazione di interventi nei servizi sociali

Sequenza	Area di attività (ADA)	Professioni associate alla ADA
Analisi dell'assetto sociale e progettazione di interventi socio-sanitari	ADA.19.02.01 Progettazione di interventi socio-sanitari	2.5.3.3.1 Psicologi clinici e psicoterapeuti 2.5.3.2.1 Esperti nello studio, nella gestione e nel controllo dei fenomeni sociali 2.5.3.3.2 Psicologi dello sviluppo e dell'educazione
Consulenza sulla disponibilità e l'accessibilità dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio	ADA.19.02.02 Servizio di informazione, consulenza e orientamento sociale (front-office e telefonica)	3.4.5.1.0 Assistenti sociali
Prevenzione sui potenziali rischi sociali e pronto intervento in situazioni di emergenza sociale	ADA.19.02.03 Servizio di sensibilizzazione e prevenzione sui potenziali rischi sociali	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
	ADA.19.02.04 Servizio di pronto intervento in situazioni di emergenza sociale	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
Erogazione di servizi sociali professionali	ADA.19.02.05 Servizio per l'inclusione sociale	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
	ADA.19.02.06 Servizio sociale professionale	3.4.5.1.0 Assistenti sociali
	ADA.19.02.07 Servizio di mediazione familiare	2.5.3.2.1 Esperti nello studio, nella gestione e nel controllo dei fenomeni sociali
	ADA.19.02.08 Servizio di mediazione penale minorile	3.4.5.1.0 Assistenti sociali
	ADA.19.02.09 Realizzazione di interventi per il sostegno alla genitorialità	3.4.5.1.0 Assistenti sociali
Realizzazione di interventi e servizi di integrazione sociale e socio-educativa rivolto a soggetti deboli	ADA.19.02.10 Servizio di assistenza all'autonomia, all'integrazione e alla comunicazione delle persone in età scolastica con disabilità	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
	ADA.19.02.11 Realizzazione di interventi di clownterapia	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
	ADA.19.02.12 Servizio di mediazione inter-culturale	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
	ADA.19.02.13 Servizio di mediazione sociale	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
Erogazione di servizi assistenziali domiciliari	ADA.19.02.14 Servizi assistenziali di supporto a soggetti in condizioni disagiate (mensa, trasporto sociale, distribuzione beni prima necessità, servizi di igiene alla persona)	5.4.4.3.0 Addetti all'assistenza personale
	ADA.19.02.15 Realizzazione di interventi assistenziali volti a favorire la domiciliarità dei soggetti deboli con necessità assistenziali limitate	5.4.4.3.0 Addetti all'assistenza personale
Progettazione e erogazione di servizi socio-educativi, socio-ricreativi e assistenziali in strutture semi-residenziali e residenziali	ADA.19.02.16 Progettazione e gestione dei servizi socio-educativi, socio-ricreativi e assistenziali	3.4.5.1.0 Assistenti sociali 2.5.3.3.1 Psicologi clinici e psicoterapeuti 2.5.3.2.1 Esperti nello studio, nella gestione e nel controllo dei fenomeni sociali 2.5.3.3.2 Psicologi dello sviluppo e dell'educazione
	ADA.19.02.17 Assistenza primaria e cura dei bisogni dell'utente in strutture semiresidenziali e residenziali	5.4.4.3.0 Addetti all'assistenza personale
	ADA.19.02.18 Realizzazione di interventi di riabilitazione pedagogico-educativa per soggetti in età minore, soggetti con disabilità e/o disagio sociale	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale 3.2.1.2.7 Educatori professionali
	ADA.19.02.19 Realizzazione di interventi di animazione sociale	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
	ADA.19.02.20 Realizzazione di interventi volti a promuovere l'espressività e la creatività individuale con metodiche definite (es. laboratorio di musicoterapia, di arteterapia, di teatroterapia, etc.).	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
	ADA.19.02.21 Realizzazione di interventi educativi e riabilitativi per soggetti con disabilità visiva	3.4.5.2.0 Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale 3.2.1.2.7 Educatori professionali

Fonte: INAPP, Atlante del lavoro, Atlante e Professioni, 2023

Figura 1.1 - Le professioni socio-sanitarie e socio-educative regolamentate

Note: sono riportate solo le professioni che costituiscono il focus del presente studio; per maggiori dettagli sulle professioni regolamentate raffigurate si veda l'Appendice 1.

Fonte: INAPP, *Atlante del lavoro. Professioni regolamentate, 2023*.

Direttiva 2005/36/CE e successive integrazioni e alle eventuali altre autorità. La figura 1.1 elenca le professioni regolamentate descritte in maggior dettaglio in allegato e nei Box 1.1 e Box 1.2 che approfondiscono, da un lato, gli assistenti sociali, in quanto professione tra le prime ad essere ordinata e tra le più impiegate nei servizi sociali, dall'altro, gli educatori professionali, in quanto la loro regolamentazione ha seguito un lungo percorso conclusosi nell'aprile del 2024.

1.4 Dati ed evidenze sul lavoro e le professioni di cura

1.4.1 Una stima dell'ILO sulla creazione di posti di lavoro

Uno studio dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO, 2018) partendo dalla definizione di lavoro di cura, mostra che la sua forza lavoro comprende gli addetti all'assistenza nei settori dell'istruzione, della sanità e dell'assistenza sociale, gli addetti all'assistenza in altri settori, i lavoratori domestici e gli addetti che supportano l'erogazione dei servizi di assistenza. Lo studio evidenzia che nel lavoro di cura e di assistenza si concentra una quota rilevante dell'occupazione mondiale, soprattutto femminile. In totale, la forza lavoro

globale in questo settore conta 381 milioni di lavoratori (249 milioni di donne e 132 milioni di uomini). Queste cifre rappresentano l'11,5% dell'occupazione mondiale, con una percentuale che arriva al 19,3% nel caso della componente femminile contro il 6,6% di quella maschile. Guardando ai settori in cui operano gli addetti ai servizi di cura e di assistenza, la maggior parte è impiegata nel settore dell'istruzione (123 milioni) e in quello della sanità e dell'assistenza sociale (92 milioni), per un totale di 215 milioni di lavoratori (143 milioni di donne e 72 milioni di uomini) nei due settori, pari al 6,5% dell'occupazione mondiale nel 2018.

Gli operatori del settore della cura e dell'assistenza condividono alcune caratteristiche distintive. Ad esempio, nel fornire cura e assistenza si impegnano spesso in relazioni di cura prolungate e problematiche, utilizzano competenze che spesso non sono né riconosciute né retribuite, operano in ambienti e contesti caratterizzati da tensioni tra le persone (operatori, pazienti, familiari). Gli operatori spesso sono migranti (specie nel caso dei lavori di cura e di assistenza meno desiderabili) che lavorano frequentemente nell'economia informale in condizioni precarie e con retribuzioni molto basse¹¹. Naturalmente,

¹¹ Lo studio segnala che la percentuale di lavoratori della

Box 1.1 - Assistente Sociale

Con Legge n. 84/1993, la professione di assistente sociale è stata ordinata in Italia, ricomprendendola tra le professioni intellettuali riconosciute dallo Stato italiano e attribuendole rilevanza nell'ambito dell'organizzazione dei servizi alla persona, pubblici e privati. Secondo il primo comma dell'art. 1 della suddetta Legge, *l'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative*, mentre il terzo comma precisa che *la professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato*. Il primo comma dell'art. 2 prevede che per esercitare la professione di assistente sociale sia necessaria, oltre al possesso del diploma universitario, l'abilitazione mediante l'esame di Stato e l'iscrizione all'Albo professionale. A questo proposito, l'istituzione nel 1995 dell'Ordine professionale degli Assistenti sociali ha contribuito a definire in maniera significativa il senso di identità della professione (Fargion, 2008), con una particolare attenzione alla definizione di competenze e confini specifici, soprattutto in relazione ad altre professioni affini (Abbott, 1988). L'Ordine professionale degli Assistenti sociali è costituito, in dettaglio, da 20 Consigli Regionali preposti alla tenuta e all'aggiornamento dell'Albo Professionale distinto nelle due sezioni A e B e dal Consiglio nazionale con funzioni di coordinamento e di indirizzo. Con D.P.R. 137/2012 è stato istituito l'Albo Unico pubblicato sul sito del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS)*, oltre che per riunire gli Albi territoriali degli assistenti sociali, anche per: i) semplificare la gestione delle iscrizioni e ridurre la burocrazia; ii) garantire un maggiore coordinamento e uniformità nella professione degli assistenti sociali su tutto il territorio nazionale; iii) per favorire la mobilità professionale e l'interscambio di competenze tra i vari enti e territori.

Nell'aprile del 2022, il Consiglio Nazionale dell'Ordine ha approvato il *Codice deontologico dell'Assistente Sociale* che, tra l'altro, precisa che l'assistente sociale: i) può esercitare la propria attività professionale in rapporto di dipendenza con enti pubblici e privati o in forma autonoma o libero-professionale; ii) deve adoperarsi nell'ambito dell'esercizio della propria professione per far conoscere e sostenere i valori, le conoscenze e la metodologia della professione e deve impegnarsi - attraverso la funzione didattica, la ricerca, la divulgazione della propria esperienza - a fornire elementi per la definizione di evidenze scientifiche; iii) è tenuto alla propria formazione continua al fine di garantire prestazioni qualificate, adeguate al progresso scientifico, metodologico e tecnologico. La norma disciplina anche i rapporti e le *responsabilità dell'assistente sociale nei confronti dell'organizzazione di lavoro*, tra le quali si segnalano quelle di: i) esigere il rispetto del proprio profilo professionale e la tutela (anche giuridica) delle proprie funzioni professionali; ii) impegnare la propria competenza professionale per contribuire al miglioramento della politica e delle procedure dell'organizzazione di lavoro; iii) richiedere opportunità di aggiornamento e di formazione permanente e adoperarsi affinché si sviluppi la supervisione professionale.

(*) Coerentemente con il c.2) dell'art. 3 che dispone che: "L'insieme degli albi territoriali di ogni professione forma l'Albo unico nazionale degli iscritti, tenuto dal consiglio nazionale competente".

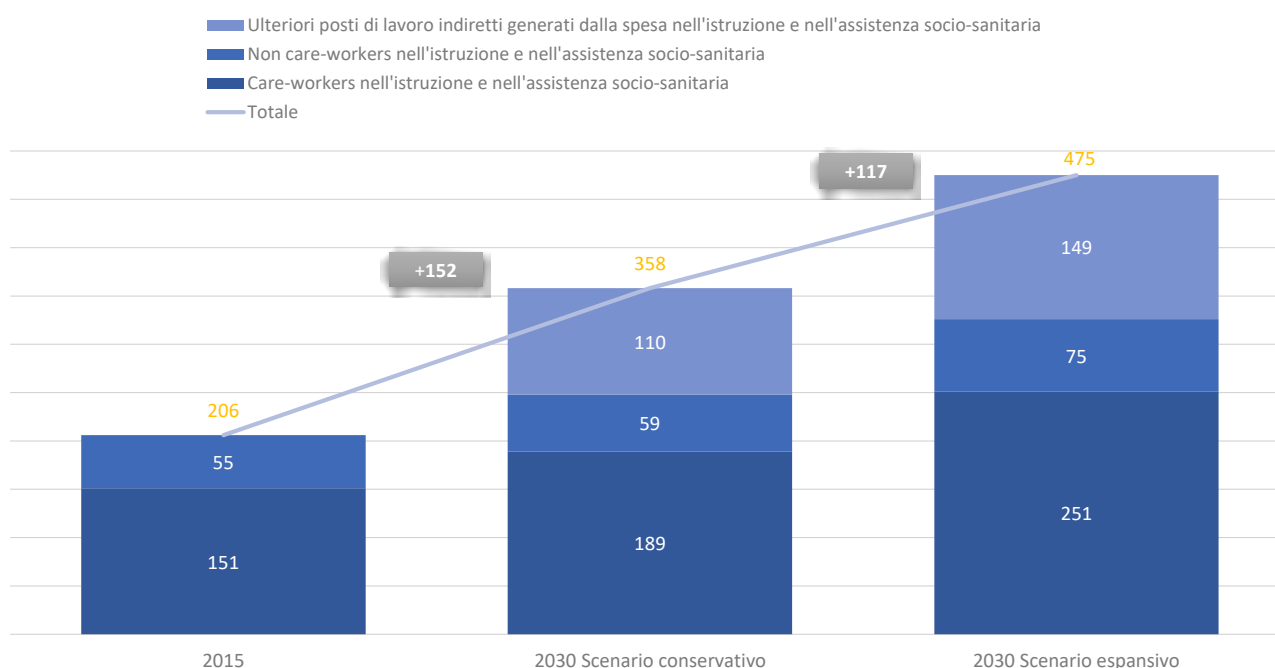
la scarsa qualità del lavoro svolto dagli operatori del settore della cura e dell'assistenza si traduce frequentemente in una scarsa qualità dei servizi erogati.

L'ILO (2018) propone anche una simulazione macroeconomica con previsioni al 2030 condotta su 45 Paesi che rappresentano l'85% del PIL e quasi il 60% della popolazione e della forza lavoro mondiale. Nel 2015, l'occupazio-

cura e dell'assistenza nati all'estero è più alta nel settore sanitario e sociale rispetto ad altri settori.

zione nei settori dell'istruzione, della sanità e del lavoro sociale in questi 45 Paesi ammontava a circa 206 milioni di lavoratori (il 10% circa dell'occupazione e l'8,7% del PIL di questi Paesi). La simulazione confronta uno scenario conservativo con uno espansivo (figura 1.2).

Lo scenario conservativo ipotizza che l'occupazione nel settore della cura e dell'assistenza cambierà di pari passo con le trasformazioni demografiche fino al 2030, ma che gli attuali tassi di copertura, gli standard di qualità e le condizioni di lavoro nei settori della

Figura 1.2 – Stima dell'occupazione nel settore della cura e dell'assistenza: scenario conservativo e scenario espansivo (valori assoluti 2015-2030)

Fonte: Previsioni ILO, *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*, 2018

cura e dell'assistenza rimarranno costanti, così come prevedibilmente gli attuali deficit nella cura e nell'assistenza. Secondo questo scenario, l'occupazione settoriale totale – nel campo dell'istruzione, della sanità e dell'assistenza sociale – raggiungerà i 358 milioni di posti di lavoro entro il 2030. Di questi, 189 milioni interesseranno le professioni della cura e dell'assistenza e 59 milioni altre tipologie di addetti nei settori dell'istruzione, della sanità e dell'assistenza sociale. Ulteriori 110 milioni di posti di lavoro saranno generati in altri settori (posti di lavoro indiretti). Nel complesso, quindi, nei settori dell'economia della cura e dell'assistenza e nei settori ad essa collegata, entro il 2030, si creeranno 152 milioni di posti di lavoro aggiuntivi. Lo scenario espansivo, basato sugli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) e sull'Agenda per il lavoro dignitoso dell'ILO, prevede un aumento degli investimenti nell'economia della cura e dell'assistenza che si tradurrà in un totale di 475 milioni di posti di lavoro entro il 2030, vale a dire 117 milioni di posti di lavoro in più rispetto allo scenario conservativo, o 269 milioni di nuovi posti

di lavoro rispetto al numero di posti di lavoro del 2015. Di questi posti di lavoro aggiuntivi, 78 milioni interesseranno il settore dell'istruzione e dell'assistenza sanitaria e sociale, aumentando l'occupazione settoriale da 206 milioni di posti di lavoro nel 2015 a 326 milioni di posti di lavoro entro il 2030. La cura e l'educazione della prima infanzia (39 milioni) e l'assistenza a lungo termine (30 milioni) saranno i settori che contribuiranno maggiormente a questa crescita potenziale di posti di lavoro, seguiti dalla sanità e dall'assistenza sociale con 9 milioni di nuovi posti di lavoro. I restanti 39 milioni di posti aggiuntivi saranno generati in altri settori (posti di lavoro indiretti).

1.4.2 Le stime CEDEFOP su opportunità e sfide future per i care-worker

Il Cedefop¹² (2023), approfondendo il tema dei *care-worker* (gli operatori socio-assistenziali), sottolinea

¹² Il Centro europeo per lo sviluppo della formazione professionale è un'agenzia dell'Unione Europea.

Box 1.2 - Educatore professionale

IL DM n. 520/1998 ha delineato il profilo professionale dell'educatore professionale, descritto come *operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà*. Il riconoscimento da parte del Ministero della Salute di questa figura tra le professioni sanitarie dell'area della riabilitazione (DM 19/3/1999), connota una professione dotata di autonomia professionale e non più *ausiliaria* del medico (LN 42/99), sono stati stabilite le equipollenze (DM 27/7/00 e DM 22 giugno 2016) e avviati percorsi relativi alle equivalenze dei titoli pregressi, come prevede l'art. 4 comma 2 della L. 42/99.

Nel 2017, il Disegno di Legge 2443 (la cd Legge Iori) aveva l'obiettivo di fare chiarezza sulle professioni educative. Tuttavia, tale disegno di legge non fu approvato per mancanza delle tempistiche burocratiche, ma ne vennero approvati alcuni commi (dal 594 al 600) all'interno della Legge di Bilancio (Legge n. 205/2017). L'approvazione di questi commi ha permesso all'educatore professionale e al pedagogo di ottenere il riconoscimento normativo. Prima di questa legge, gli educatori e i pedagogisti, normativamente parlando, non esistevano e chiunque poteva attribuirsi la qualifica di educatore o di pedagogo, perché nessuno lo vietava. Grazie all'approvazione di questi commi è stata finalmente disciplinata la categoria. Infatti, le qualifiche di educatore professionale socio-pedagogico, di Educatore professionale socio-sanitario e di pedagogo vengono attribuite solo ai possessori di determinati diplomi di laurea:

- qualifica di educatore professionale socio-pedagogico: diploma di un corso di laurea della classe di laurea triennale L-19 Scienze dell'educazione e della formazione;
- qualifica di educatore professionale socio-sanitario: diploma di laurea abilitante di un corso di laurea della classe di laurea triennale L/SNT/2 Professioni sanitarie della riabilitazione;
- qualifica di pedagogo: un diploma di laurea abilitante nelle classi di laurea magistrale LM-50 Programmazione e gestione dei servizi educativi, LM-57 Scienze dell'educazione degli adulti e della formazione continua, LM-85 Scienze pedagogiche, LM-93 Teorie e metodologie dell'e-learning e della *media education*.

La recente Legge n. 55/2024 dispone in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche e educative istituendo due differenti Albi professionali. Procede dapprima alla definizione della professione di pedagogo, inteso come specialista dei processi educativi con funzioni di coordinamento, consulenza e supervisione pedagogica per la progettazione, la gestione, la verifica e la valutazione di interventi in ambito pedagogico, educativo e formativo rivolti alla persona, alla coppia, alla famiglia, al gruppo, agli organismi sociali e alla comunità in generale. In questi ambiti, il pedagogo svolge attività didattica, di sperimentazione e di ricerca. La professione di pedagogo è di livello apicale e può essere esercitata in forma autonoma o con rapporto di lavoro subordinato. Per esercitare la professione di pedagogo è richiesto il conseguimento di uno dei titoli di studio elencati dalla legge, tra cui figurano la laurea specialistica o magistrale in programmazione e gestione dei servizi educativi, in scienze dell'educazione o in pedagogia (ma la professione può essere svolta anche da docenti universitari in discipline pedagogiche). È altresì richiesta l'iscrizione all'Albo previo conseguimento del titolo di studio richiesto nonché l'accertamento delle competenze professionali acquisite col tirocinio previsto dal corso di studi mediante una prova valutativa. L'esame finale per il conseguimento delle lauree magistrali menzionate abilita all'esercizio della professione di pedagogo. La Legge definisce anche la figura dell'educatore professionale socio-pedagogico quale professionista operativo di livello intermedio che svolge funzioni progettuali e di consulenza, con autonomia scientifica e responsabilità deontologica. Anche la professione di educatore professionale socio-pedagogico può essere esercitata in forma autonoma o con rapporto di lavoro subordinato. Per l'esercizio dell'attività di educatore professionale socio-pedagogico e di educatore nei servizi educativi per l'infanzia occorre il possesso del titolo di laurea triennale ovvero della corrispondente qualifica, previo accertamento delle competenze professionali acquisite durante lo svolgimento del tirocinio previsto dal corso di studi, ed è altresì necessaria l'iscrizione all'Albo. La Legge inoltre: istituisce sia l'Albo dei pedagogisti sia quello degli educatori professionali socio-pedagogici, consentendo la contemporanea iscrizione ai due Albi; definisce altresì le condizioni per l'iscrizione all'Albo professionale dei pedagogisti e a quello degli educatori professionali socio-pedagogici, tra le quali è previsto il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione; prevede l'istituzione, con decreto del Ministro della giustizia, dell'Ordine delle professioni pedagogiche e educative, articolato su base regionale e, limitatamente alle province autonome di Trento e di Bolzano, su base provinciale. L'Ordine è costituito dagli iscritti ai due Albi richiamati.

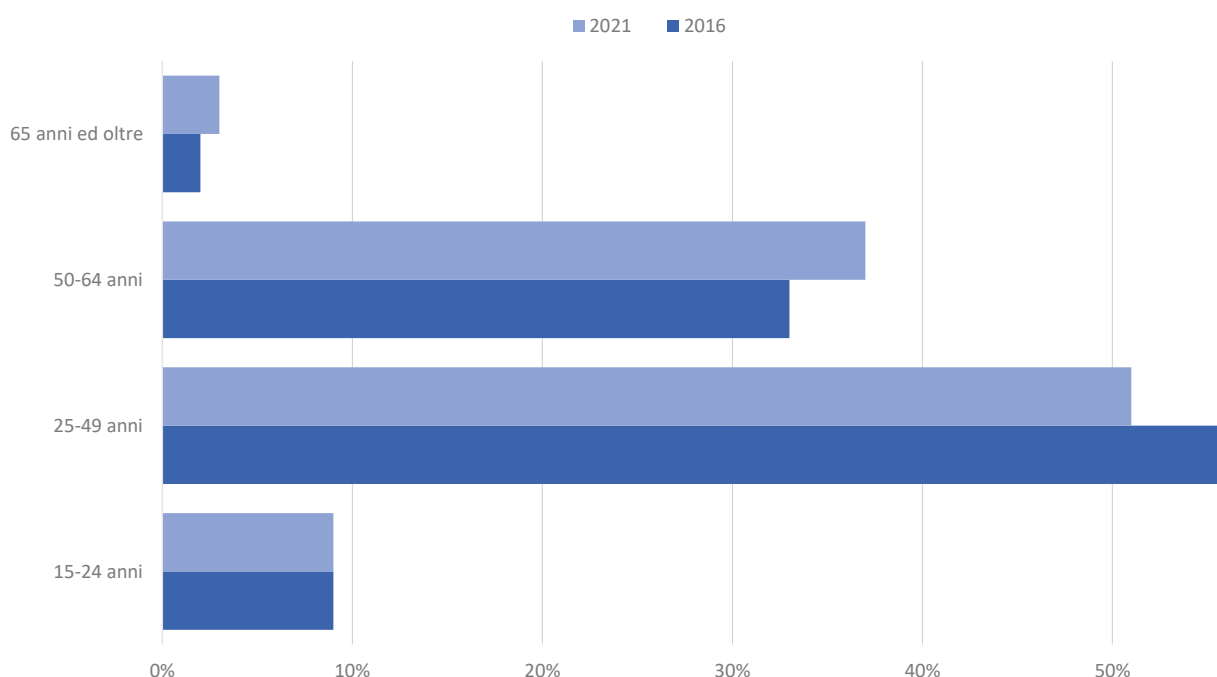
nea che l'11% della spesa del PIL europeo si concentra sull'assistenza sanitaria e sociale (dato 2020) e che i *care-worker*, nel 2022, raggiungono circa 6,2 milioni di lavoratori, pari all'incirca al 3% dell'occupazione nella UE27. I lavoratori della cura e dell'assistenza si caratterizzano, nel 2021, per quote di donne (88%) e di persone di età compresa tra i 50 e i 64 anni (37%) mediamente superiori a quelle registrate trasversalmente in tutte le professioni (rispettivamente, 66% e 28%) (figura 1.3). Tenuto conto dell'età media elevata dei *care-worker* è evidente che il loro progressivo invecchiamento e pensionamento intensificherà la carenza di competenze e di personale in questa professione. Quasi i due terzi (65%) possiedono qualifiche di livello medio (ISCED 3 o 4) e le previsioni indicano che entro il 2035 non si registreranno particolari cambiamenti, sebbene la quota di lavoratori con bassi livelli di qualifica (livello ISCED 2 o inferiore) diminuirà dell'11%, mentre la quota di lavoratori altamente qualificati (ossia con qualifiche di livello ISCED 5 o superiore) aumenterà del 9%.

Il settore dell'assistenza sanitaria e sociale impiega la maggior parte dei lavoratori della cura e dell'assistenza (nel 2021 una quota leggermente inferiore al 72% del 2016) (figura 1.4). I *care-worker* rappresentano una parte significativa della forza lavoro nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e delle attività domestiche: nel 2021, rappresentano, infatti, la terza occupazione all'interno del settore sanitario (con il 19%) e la seconda occupazione all'interno del settore delle attività domestiche (con il 31%).

La quota di *care-worker* sull'occupazione totale varia in modo significativo da paese a paese. Poiché il lavoro di cura e di assistenza è sovente di natura temporanea (figura 1.5), si registra una percentuale di lavoratori della cura e dell'assistenza assunti con contratti temporanei mediamente superiore a quella di tutte le professioni.

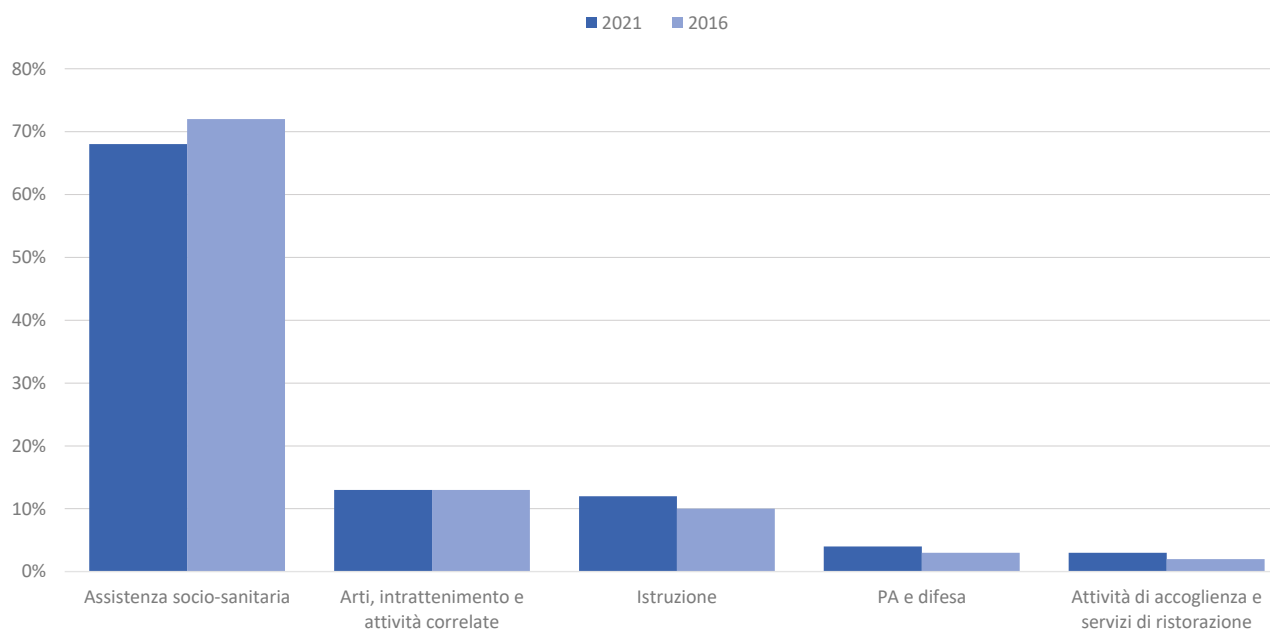
Le analisi condotte da Cedefop evidenziano che gli addetti alla cura e all'assistenza, prevalentemente impiegati nel settore sanitario, svolgono principal-

Figura 1.3 – Care-worker per classi di età in Europa (valori percentuali, anni 2016 e 2021)



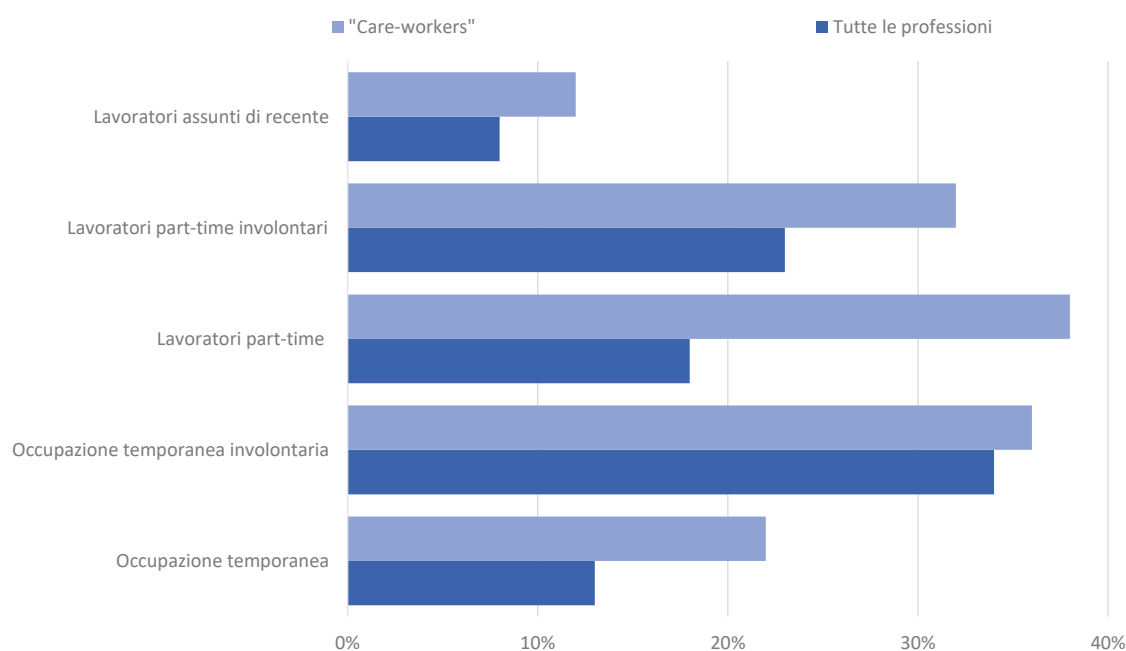
Fonte: Elaborazioni CEDEFOP su micro-dati della European Labour Force Survey, 2023

Figura 1.4 - Principali settori di impiego dei care-worker in Europa (valori percentuali, anni 2016 e 2021)



Fonte: Elaborazioni CEDEFOP su micro-dati della European Labour Force Survey, 2023

Figura 1.5 – Contratti e assunzioni dei *care-worker* in Europa (valori percentuali, anni 2016 e 2021)



Fonte: Elaborazioni CEDEFOP su micro-dati della European Labour Force Survey, 2023

mente compiti interpersonali sebbene anche quelli manuali possano rivestire grande importanza. Il lavoro di cura e di assistenza può essere spesso stressante e, come durante gli anni della pandemia di Covid-19, persino pericoloso. I lavoratori della cura e dell'assistenza lavorano relativamente poco con le tecnologie digitali (anche se la situazione sta cambiando e si prevede cambierà ancor più in futuro), mostrano una notevole soddisfazione lavorativa, nonostante si tratti di un'occupazione difficile e spesso poco retribuita. D'altra parte, invece, i lavoratori sono spesso insoddisfatti per la sicurezza del posto di lavoro.

Cedefop stima che, per il periodo 2022-2035, nella UE a 27 paesi, il tasso di crescita annuale dell'occupazione totale sarà pari allo 0,4%: nell'arco del periodo considerato l'occupazione crescerà complessivamente di circa 10,7 milioni di unità¹³. Nel periodo 2022-2035, l'occupazione nei settori (pubblici) della sanità e della assistenza sociale¹⁴ aumenterà di circa 2,5 milioni di unità, con un tasso di crescita annuo dello 0,8%. In dettaglio, le previsioni Cedefop mostrano che, nel periodo considerato, l'occupazione degli addetti alla cura e all'assistenza aumenterà del doppio in confronto all'occupazione complessiva (Cedefop, 2023), confermando la tendenza crescente registrata nell'ultimo decennio per l'occupazione nelle professioni della cura e dell'assistenza. La futura crescita dell'occupazione in questa professione si registrerà nella maggior parte dei Paesi dell'UE, anche se a tassi diversi. La creazione di nuovi posti di lavoro, tuttavia, non è considerata il principale motore della domanda di lavoro. La maggior parte dei posti di lavoro vacanti è infatti l'esito dell'abbandono dei posti di lavoro da parte di persone che scelgono altre opportunità o che escono completamente dal mercato del lavoro (pensionamenti, congedi parentali, etc.). Questa domanda di sostituzione è molto più consistente e, nel caso degli addetti alla cura e all'assistenza, supera di oltre dieci volte la creazione di nuovi posti di lavoro, stimati in 3,9 milioni nel periodo considerato. Sod-

disfare questo fabbisogno futuro potrebbe essere impegnativo, vista la recente carenza di personale di cura e di assistenza e le condizioni di lavoro piuttosto precarie per molti di questi lavoratori. Complessivamente, se si aggiunge la domanda di espansione a quella di sostituzione, si stima che tra il 2022 e il 2035 dovranno essere coperti 4,3 milioni di posti di lavoro per *care-worker*.

1.4.3 Il settore sanitario e assistenziale in Italia: dati EUROSTAT e ISTAT

I dati Eurostat¹⁵ (statistiche europee sulle imprese) mostrano che, nel 2022, nella UE27, il numero di imprese attive nel settore sanità e assistenza sociale¹⁶ ammonta a più di 2,3 milioni. In Europa, questo settore impiega circa 13,3 milioni di persone, l'8,3% dell'occupazione delle imprese attive nella *business economy*¹⁷ (attività economiche di mercato). Il contributo del settore all'occupazione della *business economy* varia dal 18,5% dei Paesi Bassi al 2,1% della Romania (figura 1.6). In Italia, si contano invece poco più di 349mila imprese (il 14,9% del dato europeo e il 7,6% di quelle attive a livello nazionale nella *business economy*). Gli occupati sono poco più di un milione (il 7,7% del dato della UE27 e il 5,7% del totale degli occupati a livello nazionale nella *business economy*). Il 66,8% lavora alle dipendenze, una quota mediamente più bassa di quella della UE27 (l'84,4%). Se si considerano gli occupati equivalenti a tempo pieno, il loro numero scende a circa 463 mila unità in Italia (mentre in Europa si attesta a 8,7 milioni circa). Il monte *salari e stipendi* degli occupati in questo settore in Italia nel 2022 raggiunge i 13,2 miliardi di euro, il 3,9% del

¹⁵ Eurostat è l'Ufficio statistico dell'Unione europea; una direzione generale della Commissione europea che raccoglie ed elabora dati provenienti dagli Stati dell'Unione e promuove l'armonizzazione della metodologia statistica tra gli Stati.

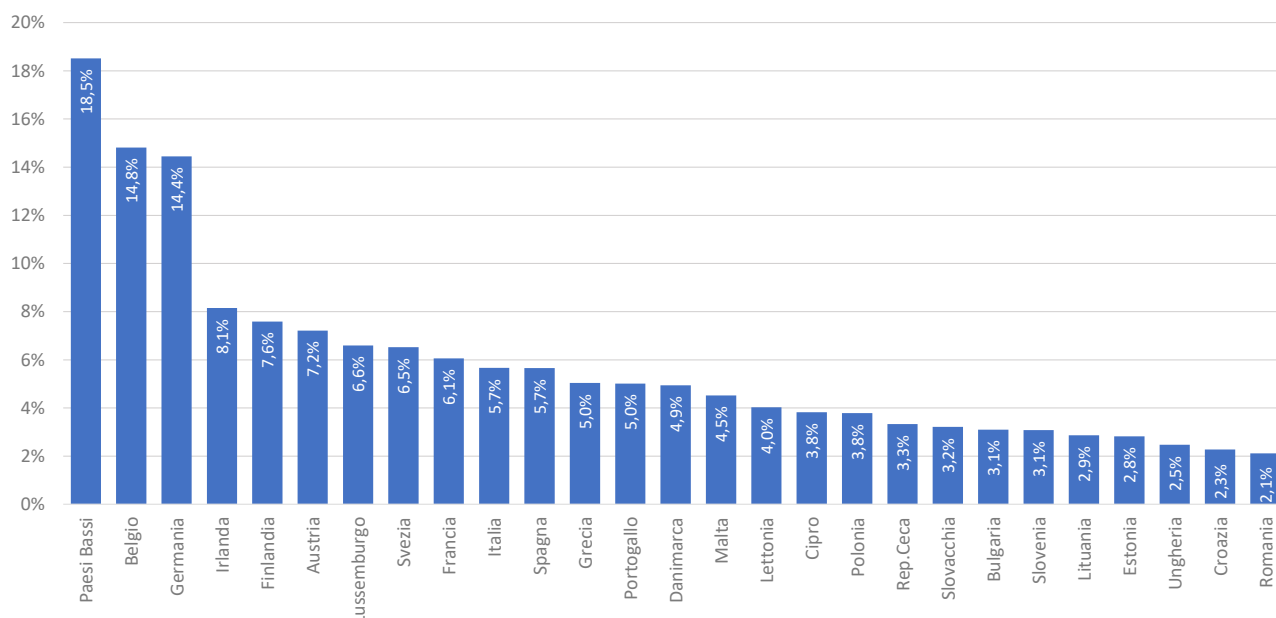
¹⁶ I settori della sanità e dell'assistenza sociale comprendono le imprese della sezione Q della classificazione statistica delle attività economiche nella Comunità europea (NACE).

¹⁷ La *business economy* è definita come l'insieme delle sezioni da B a N, da P a R e dalle divisioni S95 e S96 della classificazione delle attività economiche "NACE revision 2" e include: industria, costruzioni, distribuzione commerciale e servizi.

¹³ Fonte: CEDEFOP Online Tools à Skills Forecast, Future employment growth by country. Aggiornato a dicembre 2024.

¹⁴ Ovvero nei settori denominati in inglese Human health activities e Residential care and social work.

Figura 1.6 - Importanza relativa dell'occupazione nel settore *Sanità e Assistenza sociale* (valori percentuali rispetto alla *business economy*, anno 2022)



Fonte: Eurostat, Structural business statistics (sbs), 2023

monte salari e stipendi nel settore in tutta la EU27 (335,3 miliardi di euro).

I primi risultati Istat sul Censimento permanente delle Imprese (anno 2023), pubblicati nel novembre 2023, mostrano che, tra il 2018 e il 2021, nel settore *sanità e assistenza sociale* le imprese con almeno 3 addetti sono aumentate del 10,4%, attestandosi a 31.218 (il 3,1% di quelle censite complessivamente). Allo stesso modo è cresciuto anche il numero degli addetti (+10%) raggiungendo 322.504 unità. I dati del Censimento consentono anche di verificare che le imprese del settore che nel biennio 2021-2022 hanno acquisito risorse umane sono in totale 16.330, pari a oltre la metà (il 52,3%) di quelle che operano in sanità e assistenza sociale. Si segnala che, per il 24,5% di tali imprese, il principale ostacolo all'acquisizione di risorse umane nel biennio 2021-2022 è consistito dall'incertezza sulla sostenibilità futura dei costi delle nuove risorse (ma si tenga presente che siamo nei primi anni post pandemici); per il 16,3% l'ostacolo principale è stata invece la difficoltà di reperire perso-

nale con le competenze tecniche richieste; l'8,8% ha invece identificato nell'ostacolo principale la difficoltà di reperire personale con adeguate competenze trasversali. Il 17,9% attesta di non aver incontrato alcun ostacolo¹⁸.

Il Censimento permanente dell'ISTAT delle Istituzioni *nonprofit* 2022 stima il numero di organizzazioni che operano prevalentemente nei settori della sanità e

¹⁸ Ciascuna impresa poteva dare più di una risposta, scegliendo tra i seguenti item: L'impresa non ha preso in considerazione la possibilità di acquisire risorse umane; Incertezza sulla sostenibilità futura dei costi delle nuove risorse (anche dovuta all'evoluzione dell'emergenza sanitaria); Difficoltà finanziarie dell'impresa; Oneri fiscali e contributivi troppo elevati; Mancanza di spazio o altri problemi logistici; Difficoltà di reperimento di personale con le competenze trasversali richieste; Difficoltà di reperimento di personale con le competenze tecniche richieste; Difficoltà nell'accedere a finanziamenti e/o incentivi pubblici per le assunzioni; Altri ostacoli; Nessun ostacolo. Nel testo sono stati quindi riportati i risultati principali delle imprese dei settori sanità e assistenza sociale.

dell'assistenza sociale (e protezione civile), nonché i loro dipendenti. Nel complesso, nel 2021, nei due settori operavano 47.451 istituzioni, di cui 12.244 in sanità e 35.297 nell'assistenza sociale (e protezione civile). Si tratta, nel complesso, del 13,2% delle istituzioni *nonprofit* complessivamente censite (360.625). In questi due settori lavorano complessivamente 534.337 dipendenti, il 59,8% dei dipendenti totali (893.741): il 10,8% in sanità e ben il 49% nell'assistenza sociale (e protezione civile). Complessivamente il 66% circa dei dipendenti nei due settori lavora in cooperative sociali (figura 1.7).

Nei due settori, 37.411 istituzioni, 10.747 in sanità e 26.665 nell'assistenza sociale (e protezione civile), si avvalgono di 1.186.517¹⁹ volontari, pari al 25,7% del totale dei 4,6 milioni circa di volontari attivi in tutte le imprese *nonprofit* censite. Il 47,5% dei volontari impegnati nelle istituzioni *nonprofit* dei settori sanità e assistenza sociale (e protezione civile) sono donne.

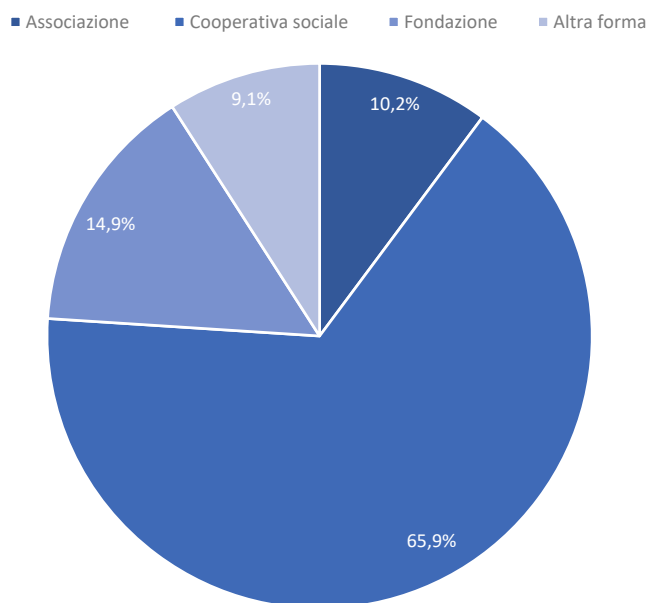
1.4.4 Il personale dei servizi sociali nel Terzo Settore: l'indagine INAPP

INAPP (2023), nella propria indagine sui servizi sociali erogati dal *nonprofit*, condotta nel 2021 e riferita alla situazione del 2020, conferma il settore dei servizi sociali erogati da enti *nonprofit* come un settore ad altissima intensità di lavoro. Nel confronto con la precedente rilevazione del 2016, il numero del personale retribuito che lavora nei servizi sociali forniti dal *nonprofit* è aumentato del 32,2% raggiungendo le 600.588 unità.

Il lavoro retribuito si contraddistingue per un notevole livello di stabilità (figura 1.8). Si tratta infatti nel 90% circa dei casi di lavoro alle dipendenze, per lo più a tempo indeterminato, mentre la presenza di lavoro parasubordinato o a carattere consulenziale appare del tutto residuale. Anche il lavoro volontario gioca un ruolo centrale e caratterizzante nel settore dei servizi sociali *nonprofit*, ma richiede di essere meglio approfondito e conosciuto perché, per definizione, sfuggente rispetto a presenze più stabili e strutturate.

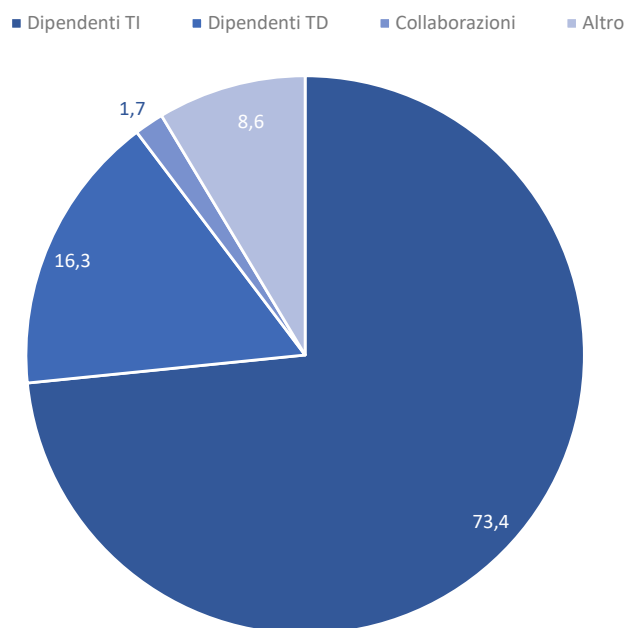
¹⁹ Nello specifico, 467.883 in sanità e 718.6434 nell'assistenza sociale (e protezione civile).

Figura 1.7 – Dipendenti delle istituzioni *nonprofit* nei settori Sanità e Assistenza sociale, inclusa la protezione civile (valori percentuali, anno 2022)



Fonte: Istat, Censimento permanente delle Istituzioni *nonprofit*, 2022

Figura 1.8 – Condizione contrattuale del personale retribuito (valori percentuali, anno 2020)



Fonte: INAPP, 4ª Indagine sui Servizi sociali realizzati dal *nonprofit*, 2022

L'analisi dell'articolazione funzionale degli addetti nel settore dei servizi sociali erogati da enti *nonprofit* ne evidenzia il forte orientamento operativo e la marcata professionalizzazione, con il 62,6% degli operatori costituito da personale qualificato e per meno di un quarto da ausiliari (23,6%). Contenuta è altresì la quota di dirigenti/quadri (il 5%) (figura 1.9). Nel complesso, il personale qualificato ammonta a circa 376mila addetti.

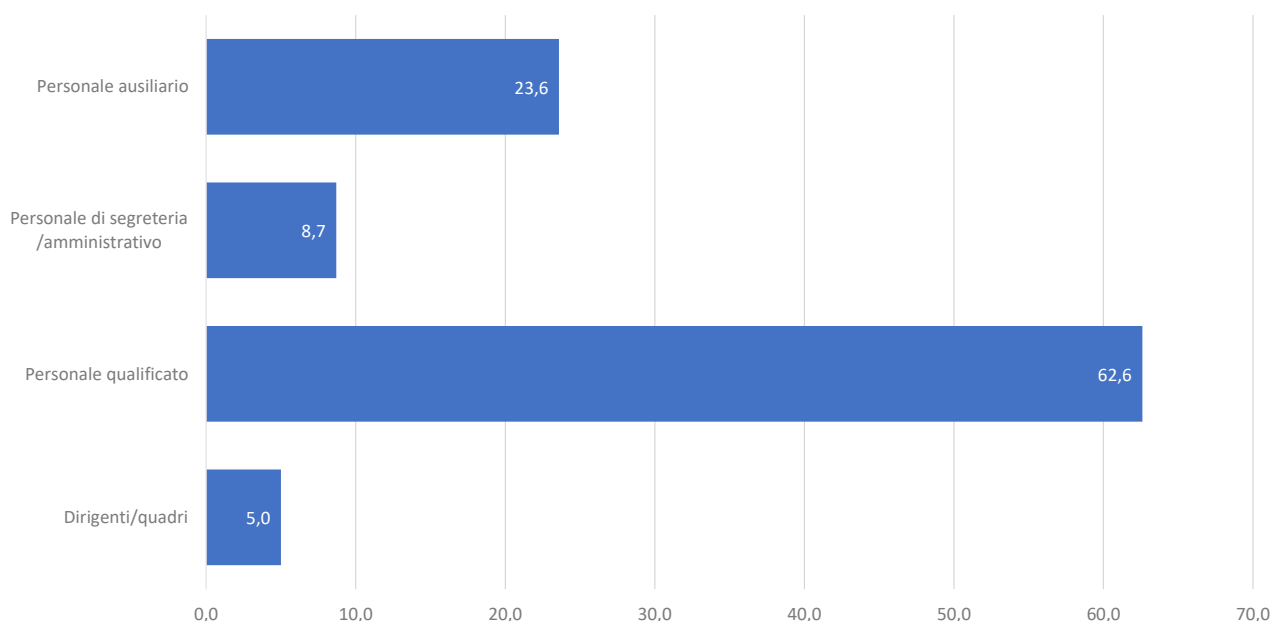
Rispetto al totale del personale impegnato nei servizi sociali forniti dal *nonprofit*, 1.205.030 addetti nel 2020, costituiti oltre che dalla componente retribuita anche da quella volontaria, si osserva che tra il *personale qualificato* prevalgono soprattutto gli addetti all'assistenza personale e le altre figure professionali sanitarie, rispettivamente con il 25,2% e con il 17% del totale addetti (figura 1.10). Emerge

una scarsa presenza di personale qualificato sanitario nell'ambito del privato sociale (medici e fisioterapisti che rappresentano, rispettivamente, il 2,2% e l'1,9% delle professioni qualificate), oltre che di personale specializzato in ambito sociale, con assistenti sociali (1,8%) e soprattutto assistenti sociali specialisti e i sociologi (complessivamente l'1,1%) che costituiscono gruppi nettamente minoritari, sebbene si rilevi una crescita percentuale delle figure più specializzate rispetto alla precedente edizione dell'Indagine (2016), nella quale i sociologi rappresentavano appena lo 0,7%, quasi la metà di quanto osservato nell'ultima indagine (2021), e gli psicologi il 2,4%, anche in questo caso la metà della stima effettuata nel 2021, e gli assistenti sociali appena l'1%.

Sul totale degli addetti (sia retribuiti che volontari), le donne, con oltre 800 mila addette, sono presenti in

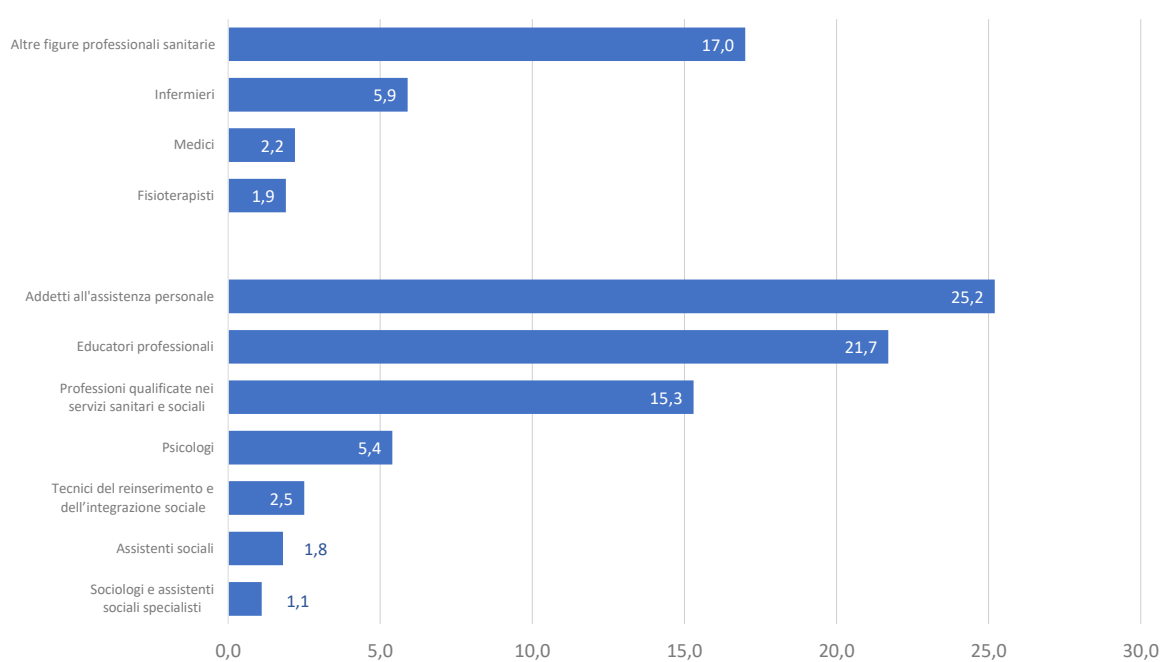


Figura 1.9 - Qualifiche del personale retribuito (valori percentuali, anno 2020)



Fonte: INAPP, 4° Indagine sui Servizi sociali realizzati dal nonprofit, 2022

Figura 1.10 - Professioni sociali e sanitarie (valori percentuali, anno 2020)



Fonte: INAPP, 4° Indagine sui Servizi sociali realizzati dal nonprofit, 2022



misura doppia rispetto agli uomini, con una proporzione rimasta sostanzialmente stabile nel confronto con l'indagine del 2016. Tra le donne prevale il lavoro retribuito (nel 56,6% dei casi contro il 36% della componente maschile) e sono più numerose che altrove nelle cooperative sociali e nelle fondazioni. Nel caso del lavoro retribuito si osserva una netta prevalenza delle donne tra il personale qualificato (il 66% contro il 52,2% degli uomini), mentre i ruoli dirigenziali sono prevalentemente riservati agli uomini (il 9,2% contro il 3,7% delle donne) (figura 1.11). In sintesi, le donne sono tante, ma spesso piuttosto lontane dai ruoli dirigenziali.

1.5 Il perimetro della ricerca

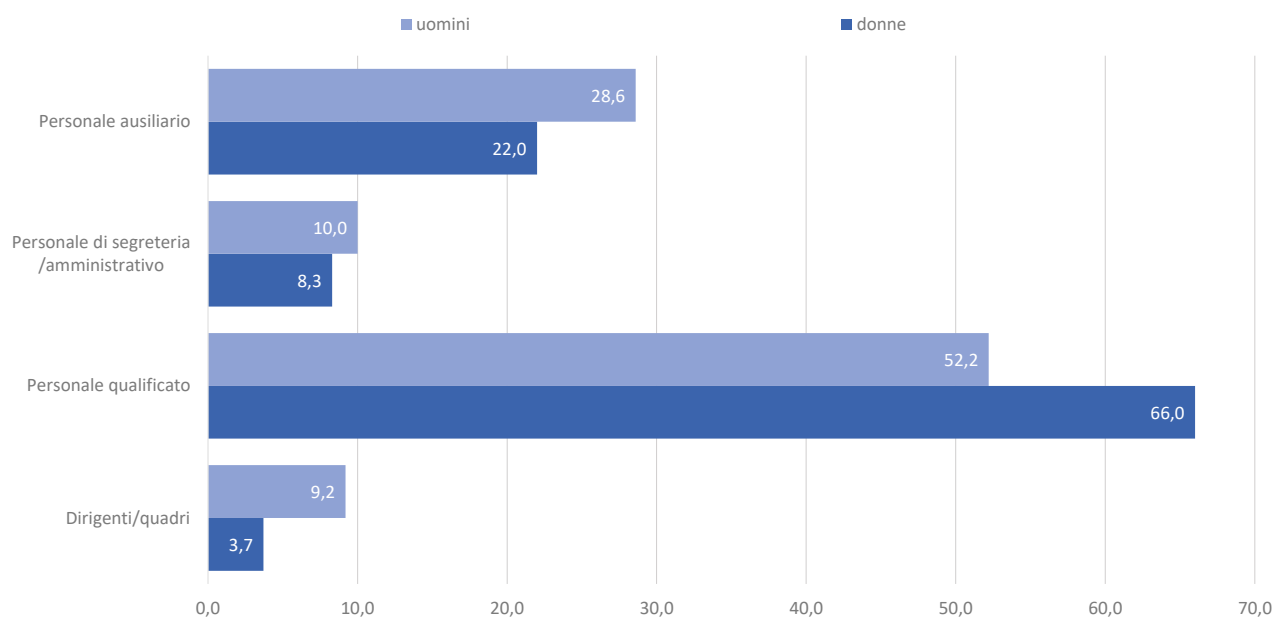
Questo studio mira dapprima a definire il perimetro delle professioni di cura svolte dai laureati in Italia. L'obiettivo è approfondire la conoscenza sullo stato attuale del mercato (offerta e domanda) nell'ambito delle professioni di cura e dei suoi possibili sviluppi, verificando eventuali criticità nella reperibilità e nel trattenimento del personale, in particolare da parte delle organizzazioni *nonprofit* (Terzo Settore). Il *focus* della ricerca riguarda, in particolare, le principali professioni di cura qualificate (svolte da personale laureato) negli ambiti: *socio-assistenziale*²⁰, *educativo e pedagogico*, *psicologico* e *socio-sanitario*. Per quanto possibile, le analisi si concentrano sull'evoluzione dell'offerta e della domanda di personale in questi ambiti.

Partendo dal presupposto che le professioni di cura lavorano sul benessere fisico, mentale e emotivo delle persone, in questo primo capitolo l'identificazione del perimetro della ricerca – ovvero, le professioni (qualificate) nei servizi di cura oggetto di questo studio – è stata condotta a partire da:

- i percorsi universitari, e nello specifico dalle classi di laurea, che nel panorama dell'offerta formativa terziaria accademica, formano la maggior parte dei professionisti negli ambiti socio-assistenziale, educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario;
- un *excursus* dei percorsi normativi delle professioni (qualificate) nei servizi di cura, a partire dalle professioni sanitarie fino ad arrivare a quelle socio-educative, passando per quelle psicologiche, quelle socio-sanitarie e socio-assistenziali;
- una ricognizione della regolamentazione delle professioni nell'ambito dei servizi di cura, con un'attenzione particolare alle professioni il cui esercizio è consentito solo a seguito di iscrizione in Ordini, Collegi o Albi, subordinata al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento di specifiche professionalità;
- tentativi di ordine definitivo presenti nella letteratura scientifica e *grigia* sulle professioni di cura, condotti principalmente sulla base della Classificazione delle professioni dell'ISTAT;
- dati sul lavoro e sul settore della cura, disponibili sia a livello internazionale (ILO) che a livello europeo (EUROSTAT e CEDEFOP) e nazionale (ISTAT);
- professioni di cura identificate nell'ambito dell'Atlante del Lavoro (INAPP) e relative all'erogazione degli interventi nei servizi sociali dell'ambito socio-sanitario e quelle presenti nei repertori delle professioni, quali ad esempio ISCO, *International Standard Classification of Occupations* sviluppato dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro, il Repertorio europeo delle professioni (ESCO), Banche dati (ISTAT, AlmaLaurea, Excelsior, etc.), Albi professionali (degli assistenti sociali, degli educatori professionali, degli psicologi) e della Federazione nazionale degli Ordini tecnici sanitari radiologia medica (TSRM) e professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione (PSTRP), che riportano dati, requisiti formativi, competenze, standard di pratica e responsabilità.

A conclusione di questo percorso sono state identificate le professioni qualificate nei servizi di cura

²⁰ Con settore "socio-assistenziale", ci si riferisce all'insieme di servizi e attività finalizzate a supportare e migliorare la qualità della vita di individui e gruppi in situazioni di vulnerabilità o difficoltà. Questo settore comprende diverse aree, tra le quali: assistenza sociale; salute mentale; sostegno all'infanzia; servizi per l'inclusione sociale; assistenza domiciliare.

Figura 1.11 - Qualifiche del personale retribuito, per genere (valori percentuali, anno 2020)

Fonte: INAPP, 4° Indagine sui Servizi sociali realizzati dal nonprofit, 2022

(unitamente al loro Codice ISTAT nella classificazione delle professioni e ad alcuni esempi di professioni riconducibili alla professione presente nella classifi-

cazione) che costituiscono il perimetro della ricerca e che quindi rappresentano il *focus* principale delle analisi che sono state condotte (tabella 1.2).

Tabella 1.2 - Le professioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie e socio-educative oggetto di approfondimento

Codice Istat professioni (5 digit)	Professione	Esempi di professioni
2.5.3.3.1	Psicologi clinici e psicoterapeuti	<ul style="list-style-type: none"> psicanalista psicodiagnosta psicologo clinico psicologo forense psicoterapeuta
2.5.3.3.2	Psicologi dello sviluppo e dell'educazione	<ul style="list-style-type: none"> psicologo dello sviluppo e dell'educazione psicologo evolutivista psicologo scolastico
2.6.5.1.0	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili	<ul style="list-style-type: none"> esperto nell'integrazione delle persone con disabilità insegnante di sostegno insegnante nelle scuole per ciechi insegnante nelle scuole per diversamente abili insegnante nelle scuole per sordi e muti istruttore di persone con disabilità specialista dell'integrazione scolastica delle persone con disabilità
3.2.1.2.3	Logopedisti	<ul style="list-style-type: none"> logopedista
3.2.1.2.5	Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	<ul style="list-style-type: none"> terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
3.2.1.2.6	Tecnici della riabilitazione psichiatrica	<ul style="list-style-type: none"> tecnico della riabilitazione psichiatrica
3.2.1.2.7	Educatori professionali	<ul style="list-style-type: none"> educatore professionale
3.2.1.2.8	Terapisti occupazionali	<ul style="list-style-type: none"> terapista occupazionale
3.4.5.1.0	Assistenti sociali	<ul style="list-style-type: none"> assistente psichiatrico a domicilio assistente sociale assistente sociale del lavoro assistente sociale familiare assistente sociale medico-ospedaliero assistente sociale medico-psico-pedagogico assistente sociale per minori assistente sociale psichiatrico assistente sociale scolastico
3.4.5.2.0	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale	<ul style="list-style-type: none"> addetto all'infanzia con funzioni educative assistente di atelier creativo per bambini assistente per le comunità infantili educatore professionale sociale esperto assistenza anziani attivi esperto reimpiego pensionati esperto reinserimento ex carcerati mediatore interculturale tecnico della mediazione sociale tecnico per l'assistenza ai giovani disabili

Fonte: selezione da Classificazione Istat delle Professioni, da Atlante del lavoro INAPP sulle Professioni e dall'Indagine Alma-Laurea su Condizione dei laureati. Approfondimento sulle Professioni.

2. OFFERTA DI PROFESSIONI QUALIFICATE NEI SERVIZI DI CURA



Le professioni di cura, tra le quali emergono in particolare le figure di educatori, psicologi, assistenti sociali e operatori socio-sanitari, costituiscono un pilastro del sistema socio-educativo e sanitario finalizzato alla promozione del benessere fisico, mentale e emotivo delle persone. Questo capitolo, basato sui dati del Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) e integrato dall'indagine AlmaLaurea, analizza i valori assoluti e le tendenze degli iscritti nel decennio 2013-14/2022-

23, i profili dei laureati, gli sbocchi occupazionali e il numero e le tendenze dei laureati pronti al lavoro.

Questi dati si riferiscono, in particolare, agli iscritti/laureati nelle classi di laurea¹ che preparano alle pro-

¹ Sulla base delle classi di laurea prevalenti, all'ambito socio-assistenziale sono riconducibili gli assistenti sociali (classe di laurea prevalente "Servizio sociale"), a quello educativo e pedagogico gli educatori professionali e i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale

fessioni di cura; tali dati sono messi a confronto con quelli relativi a tutte le altre classi di laurea. L'obiettivo è identificare i percorsi di studio, le aspirazioni professionali, la condizione occupazionale, la soddisfazione per il lavoro svolto e l'evoluzione dei percorsi lavorativi dei laureati a un anno e a cinque anni dal conseguimento della laurea.

2.1 Analisi degli iscritti nelle classi di laurea della cura e nelle altre classi

Nel decennio considerato, il numero complessivo degli iscritti alle classi di laurea che formano alle professioni di cura ammonta a oltre 2 milioni (2.111.395) di persone, in media oltre 211.000 per ciascun anno accademico (figure 2.1 e 2.2). Complessivamente, nel decennio considerato, le classi di laurea comprese nell'ambito professionale educazione e formazione hanno coinvolto circa 978.000 iscritti (il 46,3% del totale), seguite da psicologia e scienze cognitive (700.000, pari al 32,9%), dal socio-sanitario (250.000, pari al 11,7%) e, infine, dall'ambito sociale (meno di 200.000, pari al 9,1%).

Gli iscritti alle classi di laurea che formano alle professioni di cura mostrano una dinamica temporale migliore rispetto a quella degli iscritti alle altre classi di laurea. La figura 2.3 mostra le tendenze con un numero indice, dove l'A.A. 2013/14 è posto uguale a 100, sia per le professioni di cura, sia per tutte le altre classi di laurea. Dopo un primo triennio relativamente stabile (2013-2016), si evidenzia infatti una crescita costante per le professioni di cura, che guadagnano un differenziale positivo di 30 punti percentuali rispetto alle altre classi di laurea.

Nel periodo considerato, il numero complessivo degli iscritti alle classi di laurea che formano alle professioni

(classe di laurea prevalente "Scienze dell'educazione e della formazione"; a quello psicologico, gli psicologi clinici e gli psicoterapeuti e gli psicologi dello sviluppo e dell'educazione (classe di laurea prevalente "psicologia", a quello socio-sanitario, i logopedisti, i terapeuti della neuro e psico-motricità dell'età evolutiva, i tecnici della riabilitazione psichiatrica e i terapeuti occupazionali (classe di laurea prevalente "Professioni sanitarie della riabilitazione"). Nel caso degli specialisti nell'educazione delle persone con disabilità le classi di laurea di riferimento sono diverse tra le quali Scienze della formazione primaria, Psicologia e Scienze pedagogiche, ma l'ambito prevalente è quello educativo e pedagogico.

di cura rivela andamenti interessanti e differenziati tra gli ambiti professionali identificati (figura 2.4).

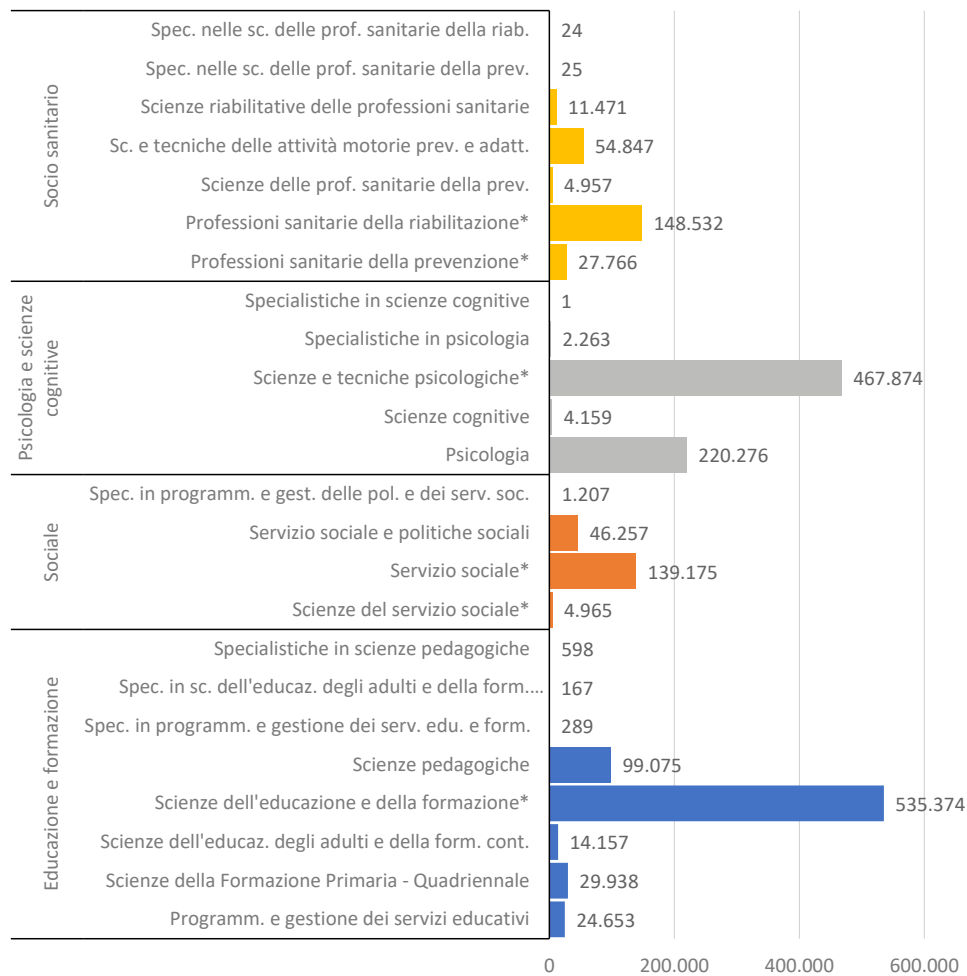
All'interno delle professioni di cura, l'ambito educazione e formazione registra l'incremento più marcato (oltre 50 punti percentuali). Psicologia e scienze cognitive mostrano un'accelerazione a partire dal 2019, probabilmente legata all'aumento della domanda di supporto psicologico dovuta alla pandemia Covid-19. Anche l'ambito socio-sanitario segna una crescita significativa, pari a circa 40 punti percentuali. L'ambito sociale si muove invece in controtendenza nel periodo post-pandemico, perdendo i circa 10 punti percentuali recuperati tra il 2017 e il 2020.

I dati disaggregati per tipologia di corso (triennale vs magistrale) indicano ovviamente una prevalenza di iscritti ai corsi triennali (figura 2.5). Tuttavia, si osservano alcune differenze settoriali e andamenti diversi: il settore dell'educazione mostra i differenziali minori e la progressione più rapida in entrambi i livelli di laurea (le magistrali quasi raddoppiano gli iscritti nel decennio). Le classi di laurea in psicologia e scienze cognitive mostrano differenziali più ampi e una crescita nelle triennali molto più marcata rispetto alle magistrali. Il sociale non presenta segnali di crescita nelle magistrali e fa registrare una contrazione delle triennali tra l'inizio e la fine del periodo osservato. Infine, l'ambito socio-sanitario mostra una dinamica di crescita significativa delle magistrali e una crescita modesta nelle triennali.

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda la composizione di genere degli iscritti (figure 2.6 e 2.7). Rispetto alle altre classi di laurea, le professioni di cura presentano, in media, una partecipazione femminile superiore di 31 punti percentuali, evidenziando che la dimensione di genere costituisce un elemento particolarmente caratterizzante. Considerando gli ambiti professionali osservati, la forte predominanza femminile varia da un massimo del 92% nell'educazione e formazione a un minimo del 58% nell'ambito socio-sanitario.

2.2 Profilo dei laureati nelle classi di laurea della cura e nelle altre classi

L'analisi che segue è stata effettuata utilizzando i dati, accessibili liberamente, raccolti annualmente da

Figura 2.1 – Iscritti di tutte le classi di laurea (v.a. somma degli iscritti A.A. 2013-14/2022-23)

Nota: (*) Classi di laurea magistrale

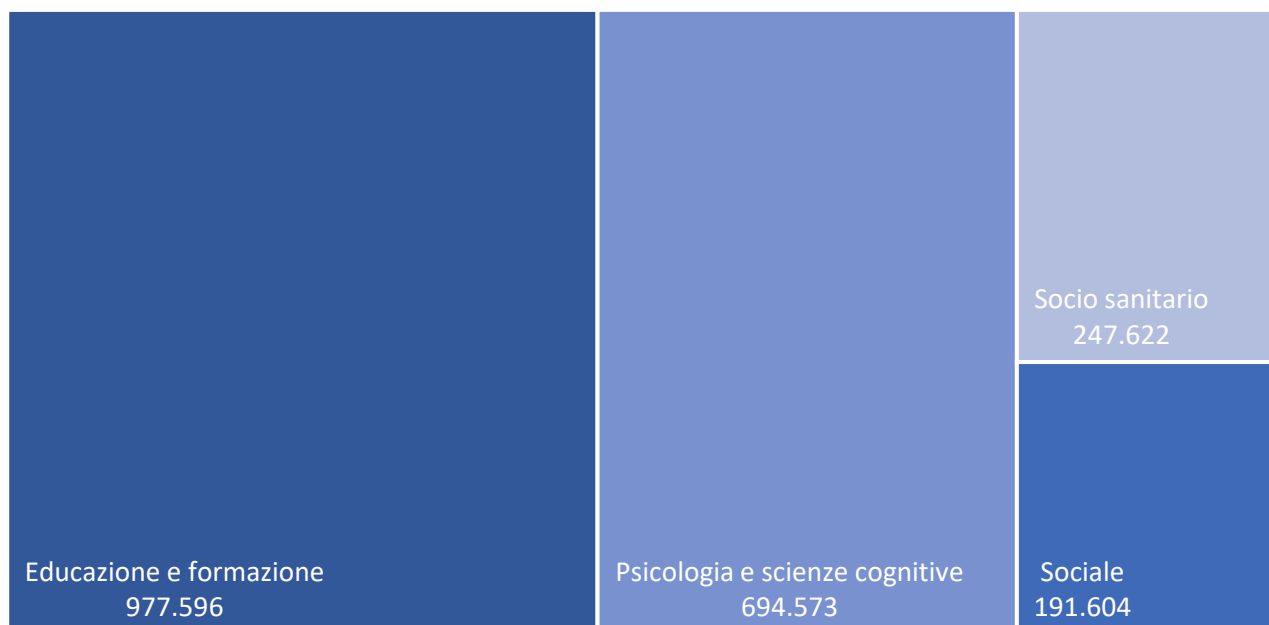
Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR, 2024

AlmaLaurea mediante la somministrazione di questionari ai laureati. Nel 2024 hanno fornito risposte 274.605 laureati, che costituiscono il 93,1% del totale della popolazione oggetto di indagine. La rilevazione prende infatti in considerazione i circa 295mila laureati nell'anno solare 2023 provenienti da 78 Atenei degli 82 aderenti ad AlmaLaurea a giugno 2024.

I corsi di laurea magistrali a ciclo unico e quelli di primo livello sono gli unici a cui si accede con il diploma di scuola secondaria di secondo grado. I corsi di primo livello sono distribuiti in quindici ambiti disciplinari, con una maggiore concentrazione nei gruppi economico (15,6%), medico-sanitario (12,4%), ingegneria industriale e dell'informazione (11,7%), politi-

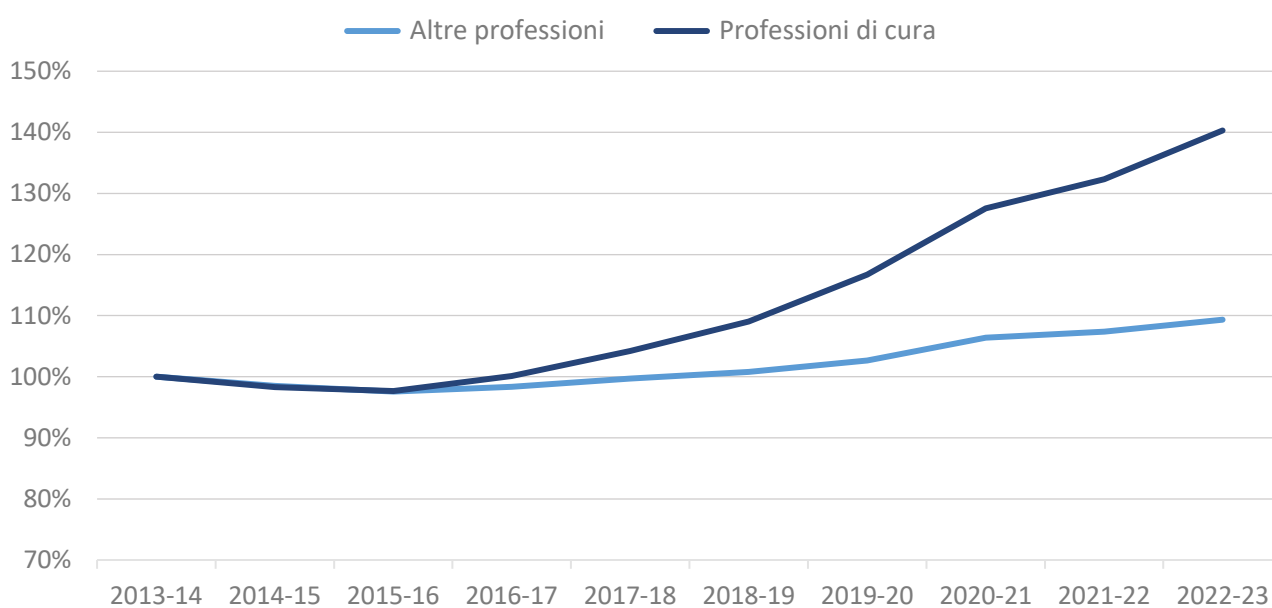
co-sociale e comunicazione (10,4%) e in quello scientifico (10,3%). I corsi magistrali a ciclo unico, di durata almeno quinquennale, sono presenti in pochi ambiti disciplinari: medico e farmaceutico (46,3%), giuridico (30,0%), educazione e formazione (15,2%, con la sola classe di laurea in Scienze della Formazione primaria), architettura e ingegneria civile (6,1%), veterinario (2,1%) e letterario-umanistico. Ai corsi magistrali biennali hanno invece accesso i laureati che hanno già conseguito almeno una laurea di primo livello. I laureati magistrali biennali si distribuiscono in quindici ambiti disciplinari, con una maggior concentrazione in quattro: economico (16,4%), ingegneria industriale e dell'informazione (15,9%), scientifico (14,6%) e politico-sociale e comunicazione (10,4%).

Figura 2.2 – Iscritti per classi di laurea/ambito professionale (v.a. A.A. 2013-14/2022-23)

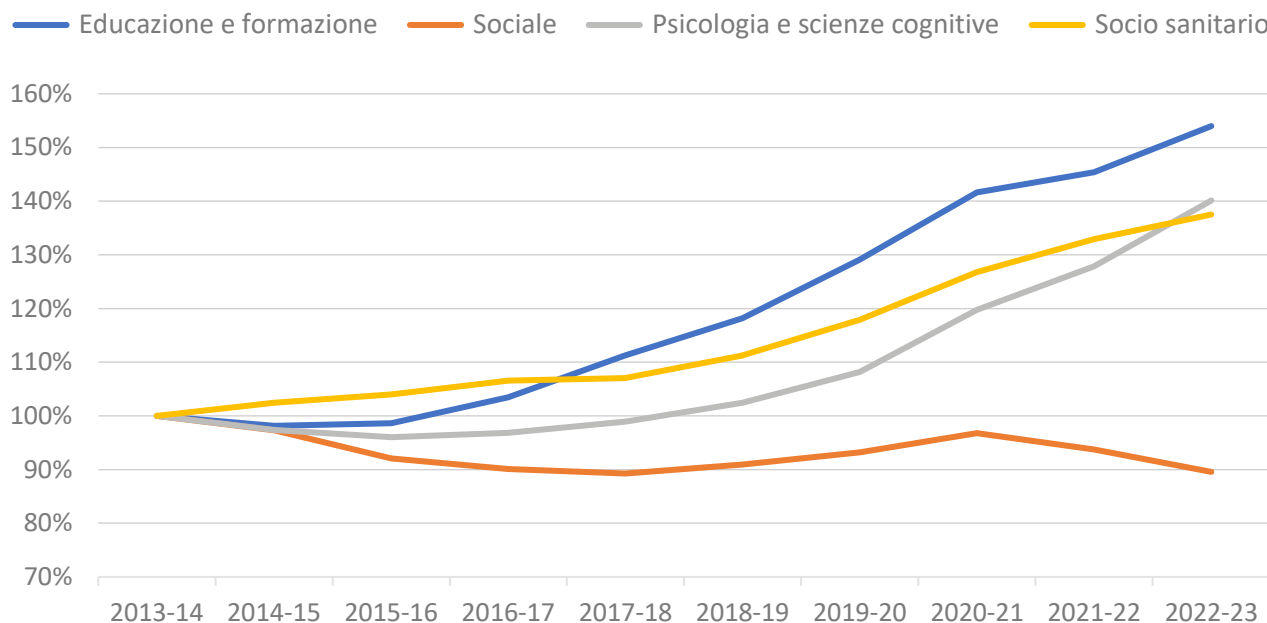


Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR, 2024

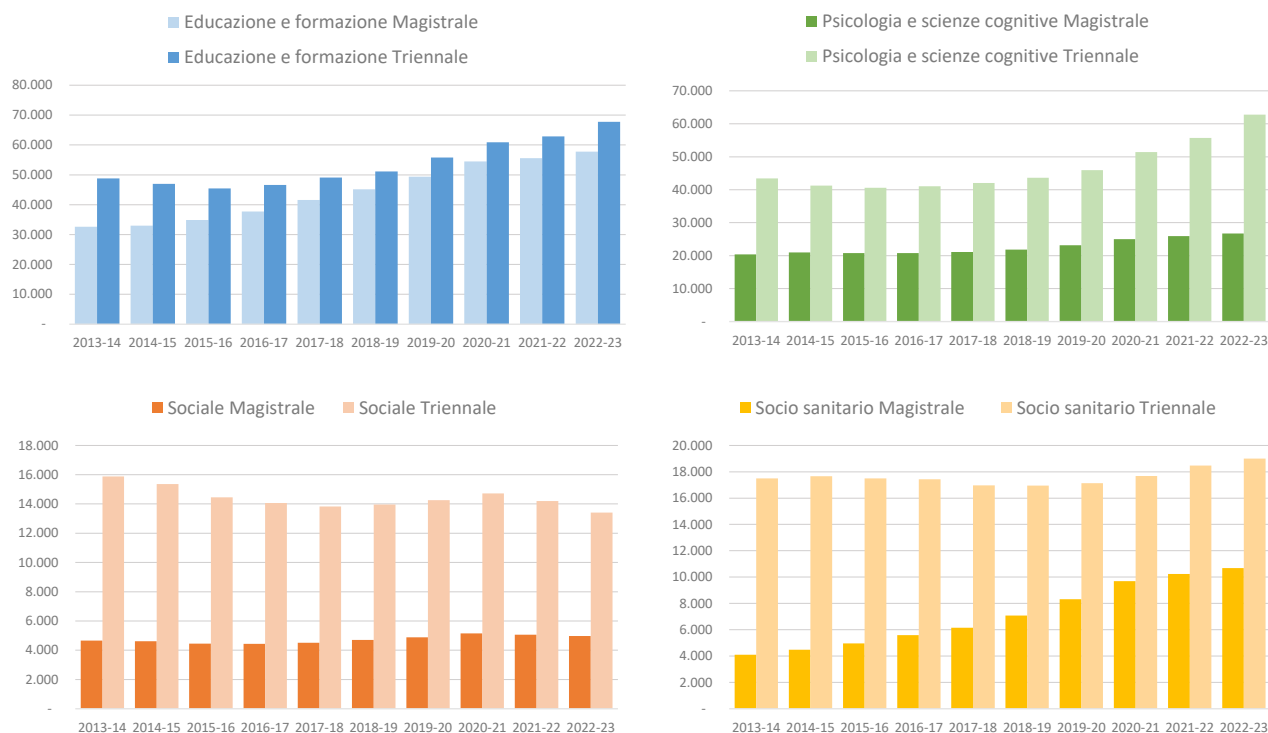
Figura 2.3 – Dinamica degli iscritti. Confronto fra classi di laurea che formano alle professioni di cura e tutte le altre professioni (Indice: A.A 2013-14=100)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR, 2024

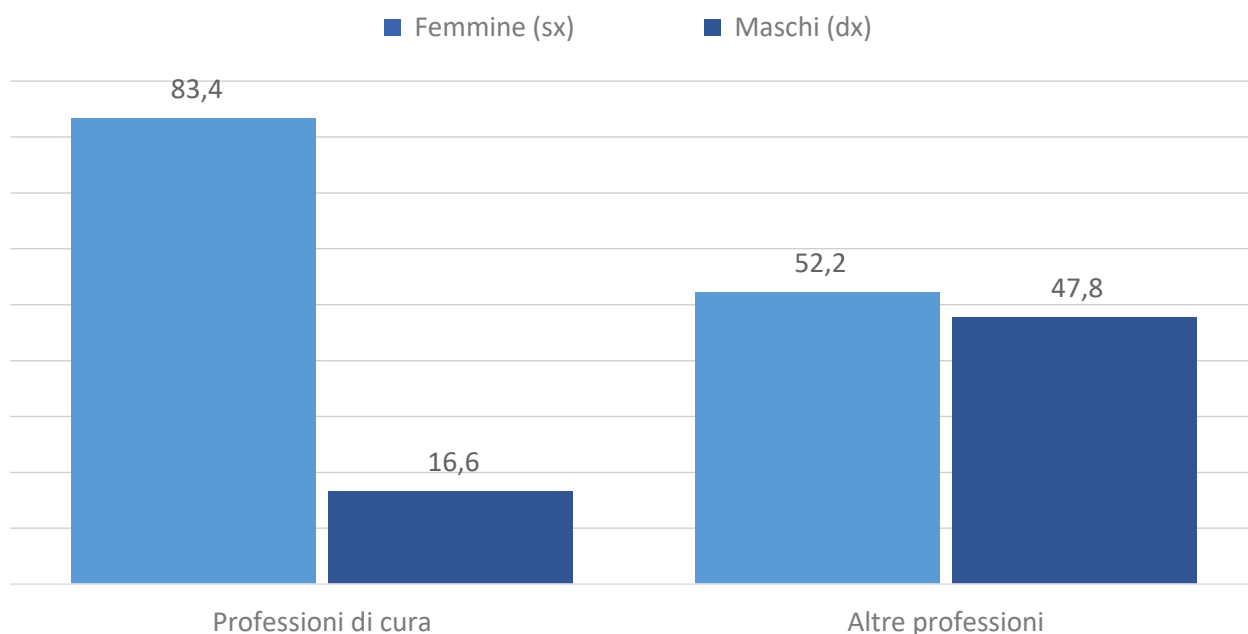
Figura 2.4 – Dinamica degli iscritti. Confronti tra classi di laurea/ambiti professionali (Indice: A.A 2013-14=100)

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR, 2024

Figura 2.5 – Dinamica iscritti per classi di laurea/ambiti professionali. Confronti tra lauree triennali e magistrali (valori assoluti, A.A. 2013-14/2022-23)

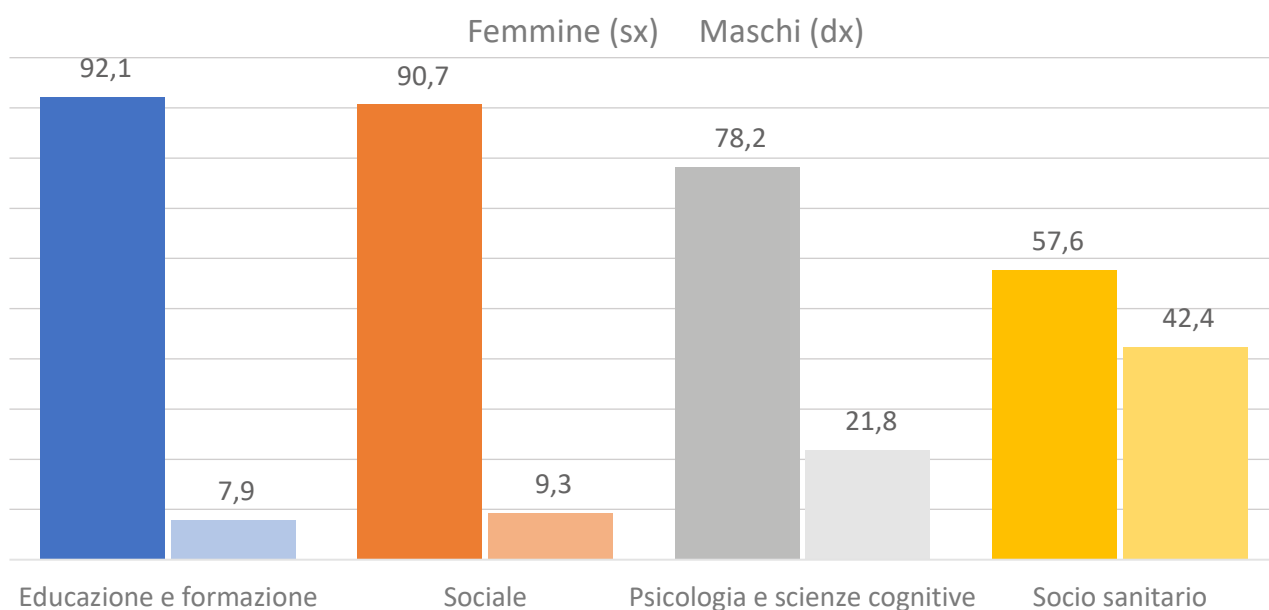
Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR, 2024

Figura 2.6 – Iscritti alle classi di laurea che formano alle professioni di cura e alle altre professioni, per genere (valori percentuali, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR, 2024

Figura 2.7 – Iscritti per ambito professionale, per genere (valori percentuali, A.A 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR, 2024



L'analisi dei profili socio-demografici dei laureati, triennalisti e magistrali, delle professioni di cura evidenzia alcune peculiarità rispetto alle altre classi di laurea.

Per quanto riguarda il genere (figura 2.8), si registra una netta prevalenza femminile, con punte superiori al 70% in ambiti come psicologia, educazione e assistenza sociale. Questo dato sembrerebbe riflettere stereotipi di genere ancora persistenti e, in particolare, una storica associazione tra il lavoro di cura e il genere femminile. Nel corso del periodo osservato, il differenziale di genere tra professioni di cura e altre professioni è ulteriormente cresciuto di alcuni punti percentuali.

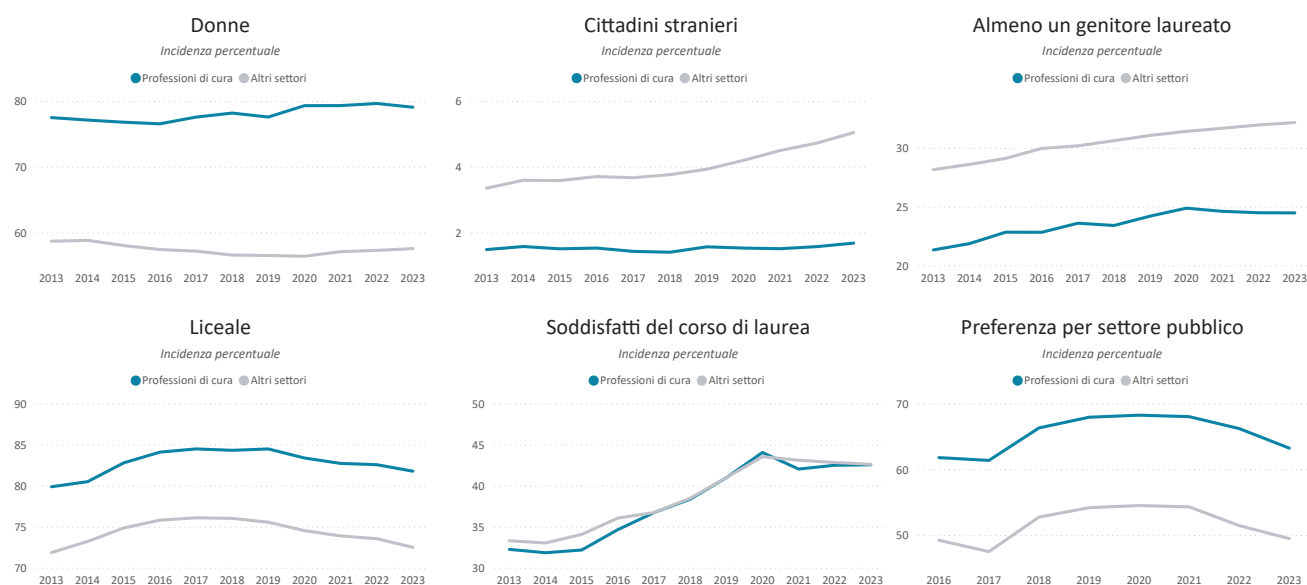
Nel caso della provenienza scolastica, i laureati delle professioni di cura mostrano una maggiore quota di provenienza dai licei rispetto alle altre classi di laurea (+10 punti percentuali), indicando un particolare e precoce orientamento verso percorsi formativi caratterizzati da una forte componente relazionale. La dinamica temporale ha comunque mostrato andamenti paralleli tra professioni di cura e altre professioni.

Quanto al retroterra familiare, i genitori dei laureati nelle professioni di cura presentano livelli di istruzione mediamente più bassi rispetto ai genitori dei laureati in tutte le altre classi di laurea che, nel periodo considerato, hanno anche registrato una dinamica più elevata rispetto alle professioni di cura. Nonostante tutto, le professioni di cura potrebbero essere in grado di garantire una maggiore inclusività, sebbene collegati a percorsi di carriera meno remunerativi. L'attrattiva potrebbe però dipendere anche dalle aspettative di percorsi di studio meno impegnativi, che faciliterebbero a superare gli esami e a ottenere un diploma di laurea.

La presenza di studenti stranieri è significativamente inferiore rispetto alle altre classi di laurea, e il divario mostra addirittura un divario crescente. Questo fenomeno potrebbe riflettere barriere culturali, linguistiche o economiche rispetto alle altre aree, evidenziando l'opportunità di individuare strategie efficaci per attrarre gli studenti stranieri nelle professioni di cura.

La soddisfazione dei laureati in professioni di cura è sostanzialmente uguale, o appena superiore, rispetto

Figura 2.8 – Profili dei laureati. Genere, retroterra familiare, percorso scolastico, soddisfazione del corso di laurea, preferenze (valori percentuali, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

alle altre classi di laurea. I laureati delle professioni di cura riportano livelli mediamente alti di apprezzamento, soprattutto per aspetti come la qualità della docenza e la coerenza tra programma didattico e competenze richieste dal mercato del lavoro. Tuttavia, permangono criticità relative alle opportunità di tirocinio e a stabilire connessioni precoci degli studenti con il mondo del lavoro, che sono percepite come meno strutturate rispetto alle altre classi di laurea. In particolare, alcune criticità specifiche sono legate alle scarse opportunità di tirocinio, che rendono piuttosto difficile e disorientante l'approccio dei neolaureati con i luoghi di lavoro, specie nel caso delle professioni socio-sanitarie e educative, con condizioni di lavoro impegnative e stressanti anche dal punto di vista emotivo e relazionale.

Nel caso delle professioni di cura si rileva una marcata preferenza per impieghi nel settore pubblico, stabili e a lungo termine, sicuramente coerente con l'orientamento (forse meno ideologico, ma ancora ben presente) verso attività che consentono di migliorare

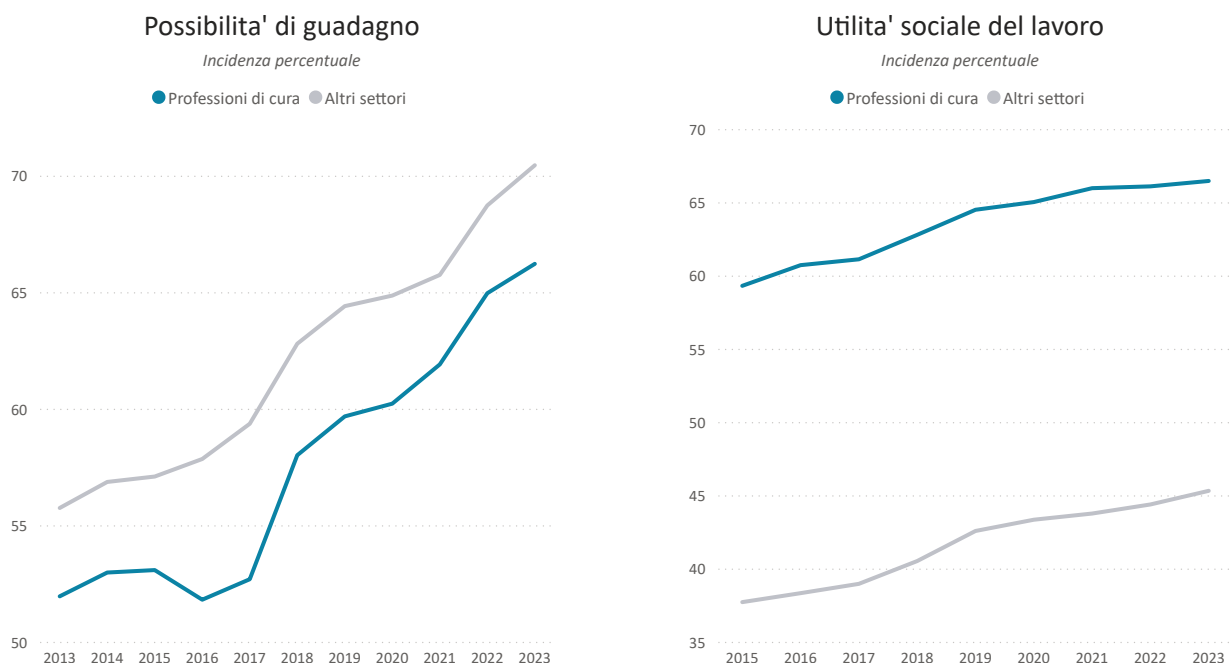
la qualità della vita delle persone, ma probabilmente anche con aspettative positive circa le condizioni di lavoro rispetto a quelle del settore *nonprofit*.

Il confronto delle motivazioni principali per la scelta del percorso professionale (professioni di cura contro tutte le altre classi di laurea) mostra aspettative e motivazioni molto diverse (figura 2.9). Chi opta per le professioni di cura insegue ancora obiettivi di utilità sociale del proprio lavoro. Il differenziale con le altre classi di laurea è ampio (circa 20 punti percentuali), stabile e in leggera crescita nel periodo osservato (2015-23).

Le altre classi di laurea pongono invece maggiore attenzione alle possibilità di guadagno. Nel corso del periodo osservato si rileva comunque una crescita dell'interesse per la retribuzione anche nelle professioni di cura, con una piccola contrazione delle distanze a partire dal periodo post pandemico.

L'analisi comparativa tra lauree magistrali e triennali, sia nelle professioni di cura sia negli altri ambiti

Figura 2.9 – Profili dei laureati. Obiettivi lavorativi (valori percentuali, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

professionali, rivela dinamiche socio-demografiche, accademiche e occupazionali che meritano alcune riflessioni (figura 2.10).

Nelle lauree magistrali, la quota di studenti stranieri aumenta significativamente in molti settori, mentre rimane bassa e stabile per le professioni di cura. Questo dato solleva alcuni interrogativi sul ruolo delle professioni di cura nella capacità di attrarre studenti di origine straniera. Una possibile causa potrebbe derivare dalle normative che regolano l'accesso a professioni regolamentate, che potrebbero limitare l'attrattività per gli studenti stranieri.

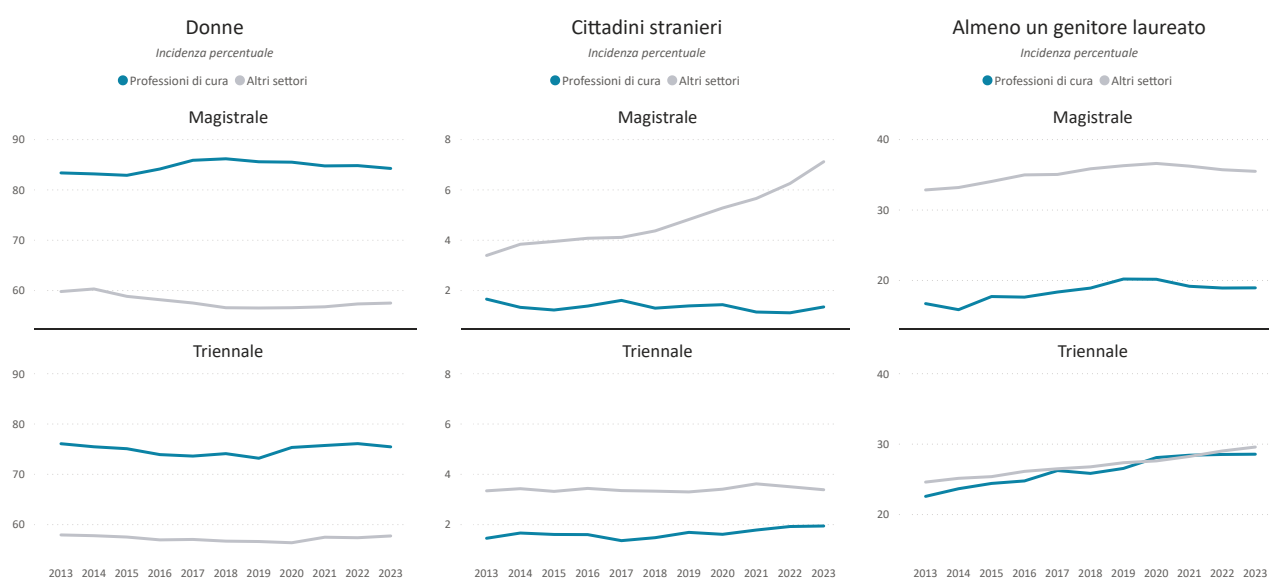
Fattori quali la vocazione personale o le richieste del mercato del lavoro, sembrerebbero più rilevanti nell'influenzare le scelte accademiche. Le professioni di cura sembrano infatti attrarre studenti motivati da valori intrinseci, come il valore sociale del proprio lavoro e il desiderio di aiutare gli altri. Questi potrebbero superare le barriere socio-economiche tipicamente associate alla scelta di percorsi accademici più lunghi e impegnativi. Inoltre, la necessità di una

formazione specialistica per accedere a posizioni più qualificate (ad esempio, psicologi o assistenti sociali specializzati) potrebbe spingere gli studenti verso la laurea magistrale indipendentemente dal contesto socio-familiare. L'accesso alle lauree magistrali potrebbe essere ulteriormente incentivato attraverso politiche di sostegno economico, come borse di studio e prestiti agevolati, particolarmente per studenti provenienti da famiglie a basso reddito.

Anche la provenienza dai licei (figura 2.11) potrebbe essere un elemento rilevante nelle scelte accademiche. Nei percorsi triennali nelle professioni di cura, l'influenza del percorso liceale è più marcata, probabilmente in virtù della natura relazionale e umanistica di questi studi. Nelle magistrali, la provenienza scolastica sembra invece avere un ruolo meno determinante e la decisione di continuare gli studi sembrerebbe dipendere maggiormente da necessità professionali o personali.

I laureati magistrali mostrano livelli di soddisfazione simili o leggermente superiori rispetto ai triennali, pro-

Figura 2.10 – Profili dei laureati. Genere, retroterra familiare, percorso scolastico precedente, soddisfazione del corso di laurea, preferenze e obiettivi (valori percentuali, laurea magistrale vs laurea triennale, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

tabilmente per la qualità della docenza e il fascino di alcune professioni. Tuttavia, come già osservato sopra, permangono criticità nei tirocini e nelle opportunità di inserimento lavorativo precoce, che sono più marcate nei percorsi triennali. Questa carenza potrebbe spingere gli studenti a proseguire gli studi nella speranza di ottenere una preparazione più solida e spendibile.

Le aspettative lavorative dei laureati triennali e magistrali sono piuttosto differenziate fra loro. I laureati magistrali, in particolare nelle professioni di cura, sembrano orientarsi maggiormente verso impieghi stabili e strutturati, spesso nel settore pubblico. Questo riflette non solo una preferenza per la sicurezza lavorativa, ma anche la necessità di un riconoscimento formale della qualifica per accedere a ruoli specifici. Nei laureati triennali, l'interesse per il settore pubblico è meno pronunciato, suggerendo una maggiore propensione verso percorsi più flessibili o transitori, specie nelle organizzazioni del Terzo Settore.

La figura 2.12 mostra caratteristiche molto simili alle lauree triennali: l'età media alla laurea si riduce, nel

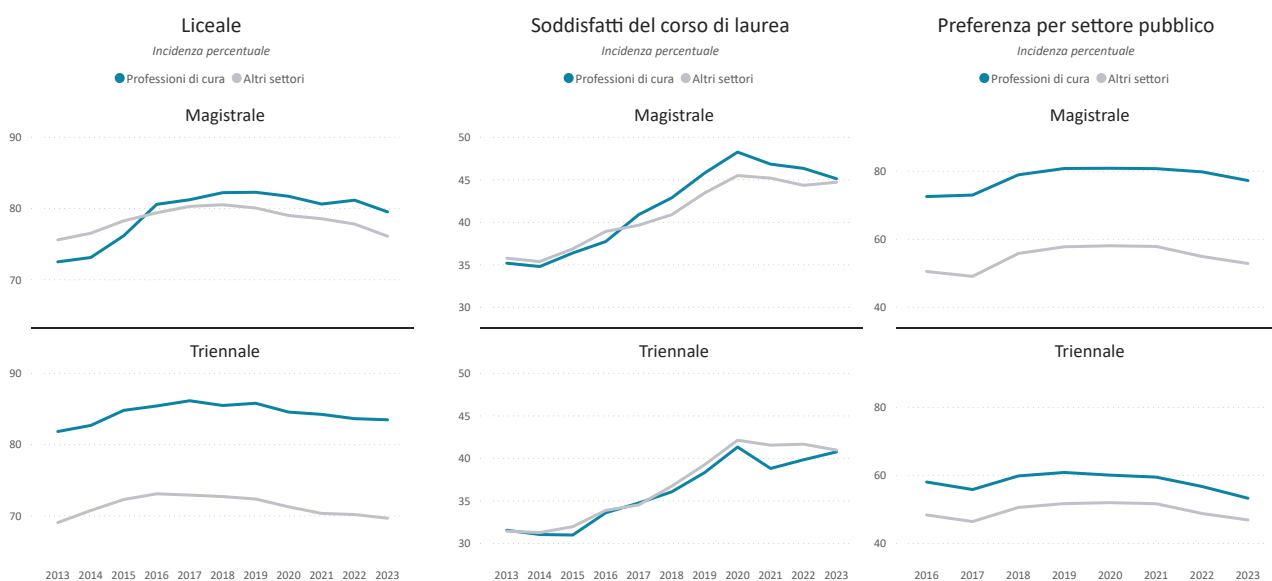
periodo considerato, di circa un anno; anche il voto medio di diploma ha una tendenza praticamente sovrapposta tra professioni di cura e altri settori e mostra una leggera crescita specie alla fine del periodo (complessivamente, un paio di punti rispetto al dato di partenza).

La riduzione dell'età media alla laurea, osservata nel periodo considerato, suggerisce un possibile miglioramento nell'efficienza del percorso accademico. Questa tendenza è particolarmente evidente nelle lauree magistrali delle professioni di cura, che sembrano progressivamente riallinearsi ai valori degli altri settori.

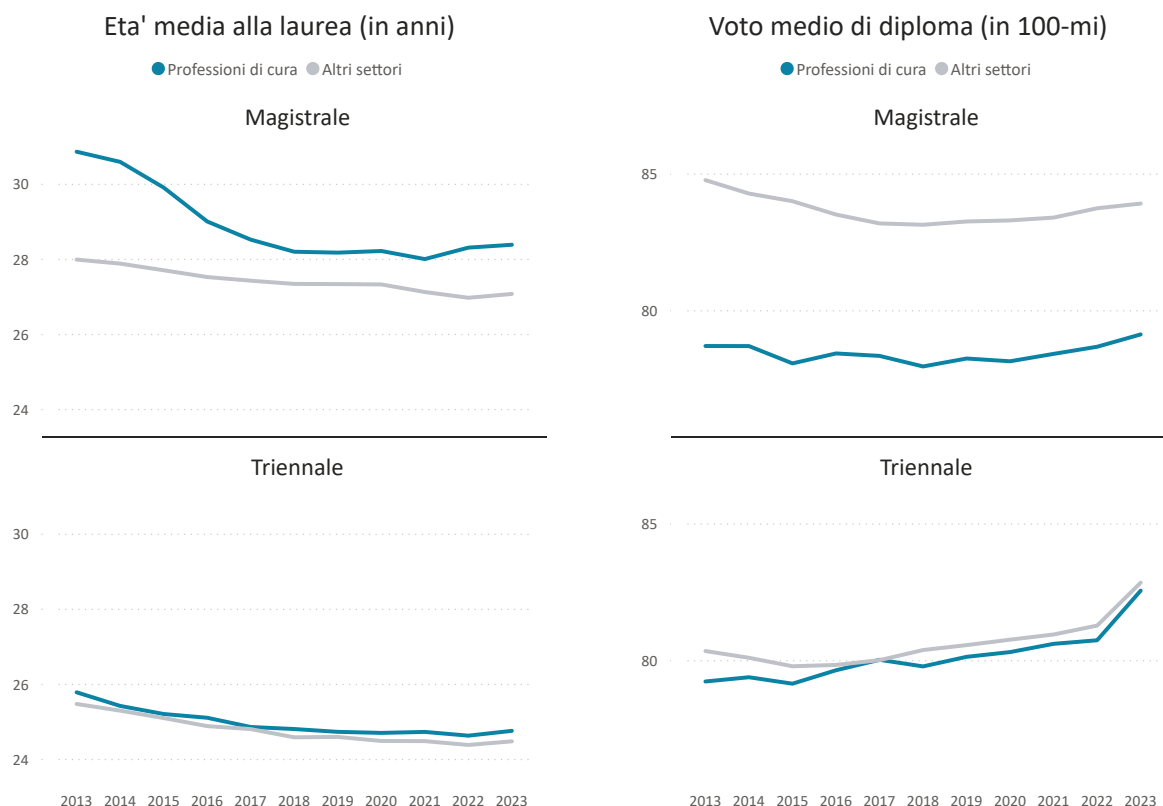
Il voto medio di diploma, pur mostrando una crescita complessiva, rimane invece inferiore rispetto ad altri ambiti. Questo dato potrebbe indicare una maggiore inclusività delle professioni di cura o un minor *focus* sulla selezione accademica in fase di accesso.

Nel caso della figura 2.13, tutte le differenze rilevabili sembrerebbero indipendenti rispetto alle scelte tra professioni di cura e tutti gli altri ambiti professionali.

Figura 2.11 – Profili dei laureati. Percorso scolastico, soddisfazione del corso di laurea, preferenza per settore pubblico (valori percentuali, laurea magistrale vs laurea triennale, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

Figura 2.12 – Profili dei laureati. Età media alla laurea e voto medio di diploma (valori percentuali, laurea magistrale vs laurea triennale, A.A. 2013-14/2022-23)

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

2.3 Condizione occupazionale dei laureati magistrali

La ventiseiesima Indagine AlmaLaurea² sulla Condizione occupazionale dei Laureati ha coinvolto circa 660 mila laureati di primo e secondo livello (magistrali biennali e magistrali a ciclo unico), dei 78 Atenei degli 82 aderenti ad AlmaLaurea a giugno 2024. In particolare, si tratta di 279 mila laureati di primo e secondo livello del 2022, contattati a un anno dal termine degli studi, quasi 124 mila laureati di secondo livello del 2020, contattati a tre anni dal termine degli studi, 119 mila laureati di secondo livello del 2018, contattati a cinque anni dal termine degli studi, oltre 76 mila e 62 mila laureati di primo livello (nel 2020 e nel 2018) che non hanno proseguito la formazione universitaria,

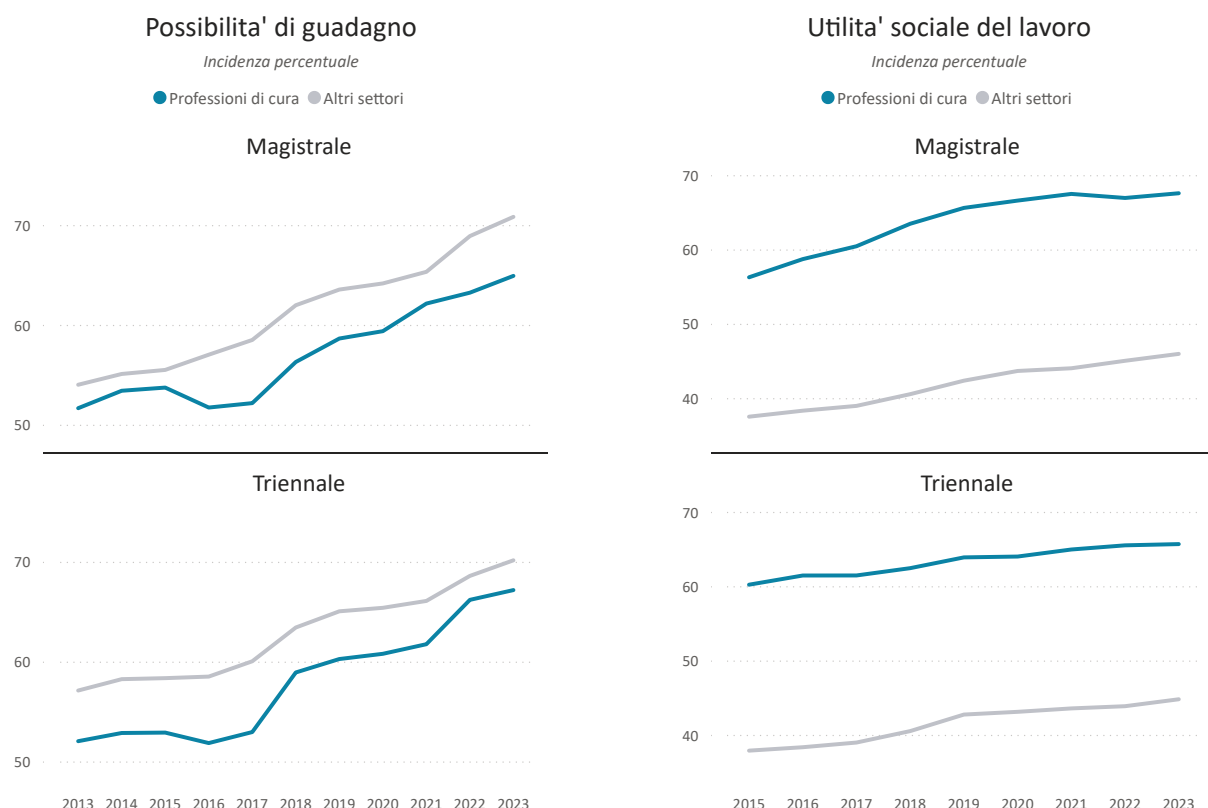
² AlmaLaurea è un Consorzio interuniversitario cui aderiscono 75 atenei italiani e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ed è un Ente di ricerca riconosciuto che svolge indagini e analisi nell'ambito universitario.

contattati a tre e cinque anni dalla laurea. I laureati coinvolti nell'indagine (esclusi quelli di primo livello a tre e cinque anni) sono stati contattati mediante una duplice tecnica di rilevazione, CAWI e CATI³ e con diverse tecniche e modalità di contatto. Tale metodologia ha permesso di ottenere un tasso di risposta complessivo (CAWI+CATI), pari al 78,1% tra i laureati, di primo e secondo livello, a un anno dal titolo, al 74,5% tra i laureati di secondo livello a tre anni e al 75,6% tra i laureati di secondo livello a cinque anni.

I laureati di primo livello a tre e cinque anni sono stati invece contattati mediante un'indagine esclusivamente di tipo CAWI, che ha raggiunto tassi di risposta, calcolati sul totale delle e-mail inviate, pari

³ CAWI è l'acronimo di *Computer Assisted Web Interviewing* e CATI significa *Computer Assisted Telephone Interview*. Nel primo caso il rispondente auto compila un modulo on-line, mentre nel secondo risponde a un'intervista telefonica etero somministrata.

Figura 2.13 – Profili dei laureati. Obiettivi lavorativi (valori percentuali, laurea magistrale vs laurea triennale, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

al 16,2% a tre anni e al 12,0% a cinque anni. Vista l'esiguità del tasso di risposta e la scarsa rappresentatività statistica (autoselezione), non abbiamo analizzato i dati relativi ai laureati di primo livello.

L'analisi delle condizioni professionali dei laureati magistrali evidenzia alcune tendenze chiave che differenziano le professioni di cura (educatori, psicologi, assistenti sociali e professioni socio-sanitarie) dalle altre classi di laurea, specialmente in termini di sbocchi lavorativi, occupazione, stabilità contrattuale e retribuzioni. Nel settore pubblico la quota di impiego è leggermente più alta nelle professioni di cura e tende ad aumentare, nel corso del tempo, in entrambe le tipologie di professioni.

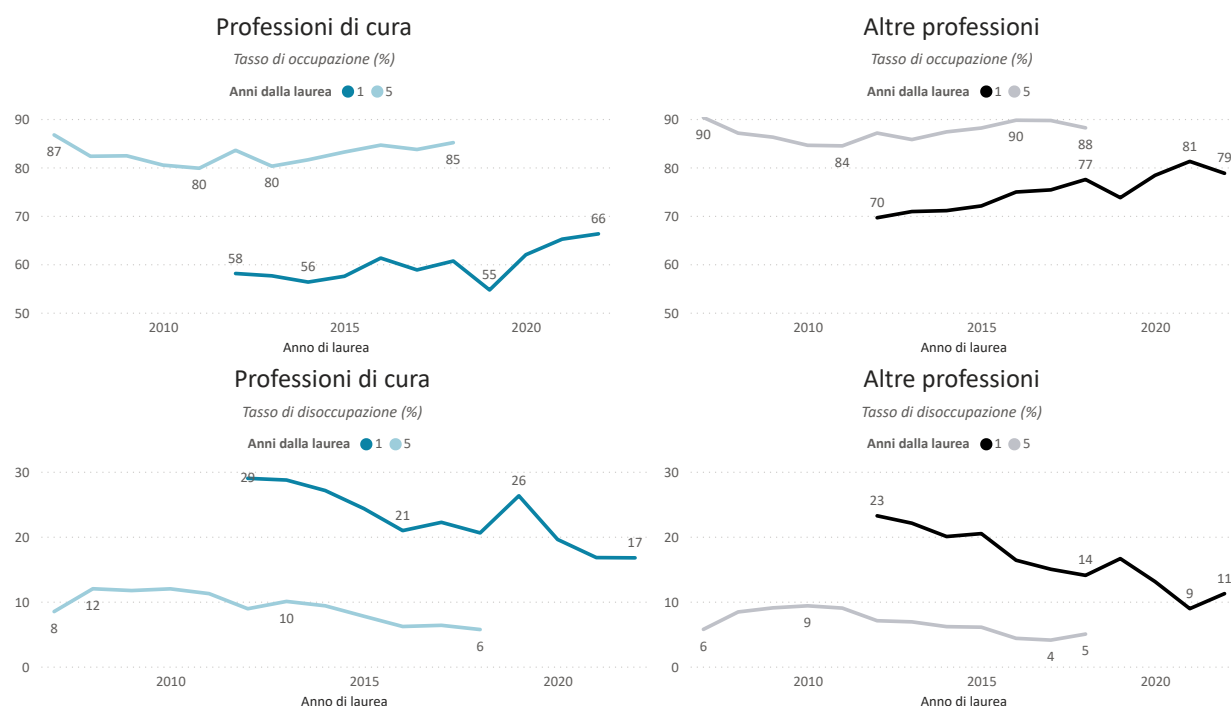
I tassi di occupazione (figura 2.14) evidenziano una lieve crescita in entrambe le tipologie di professioni. A breve termine i tassi di occupazione a un anno della laurea sono sistematicamente più bassi nelle profes-

sioni di cura rispetto alle altre professioni, mentre sono praticamente uguali, anche nella dinamica, quelli a cinque anni dalla laurea. I tassi di disoccupazione mostrano invece tendenze in calo e quote molto simili per entrambe le tipologie di professioni osservate.

La figura 2.15 consente di confrontare gli sbocchi professionali – nel settore *nonprofit* e nel settore pubblico – dei laureati nelle professioni di cura e nelle altre professioni, a distanza di uno e cinque anni dalla laurea.

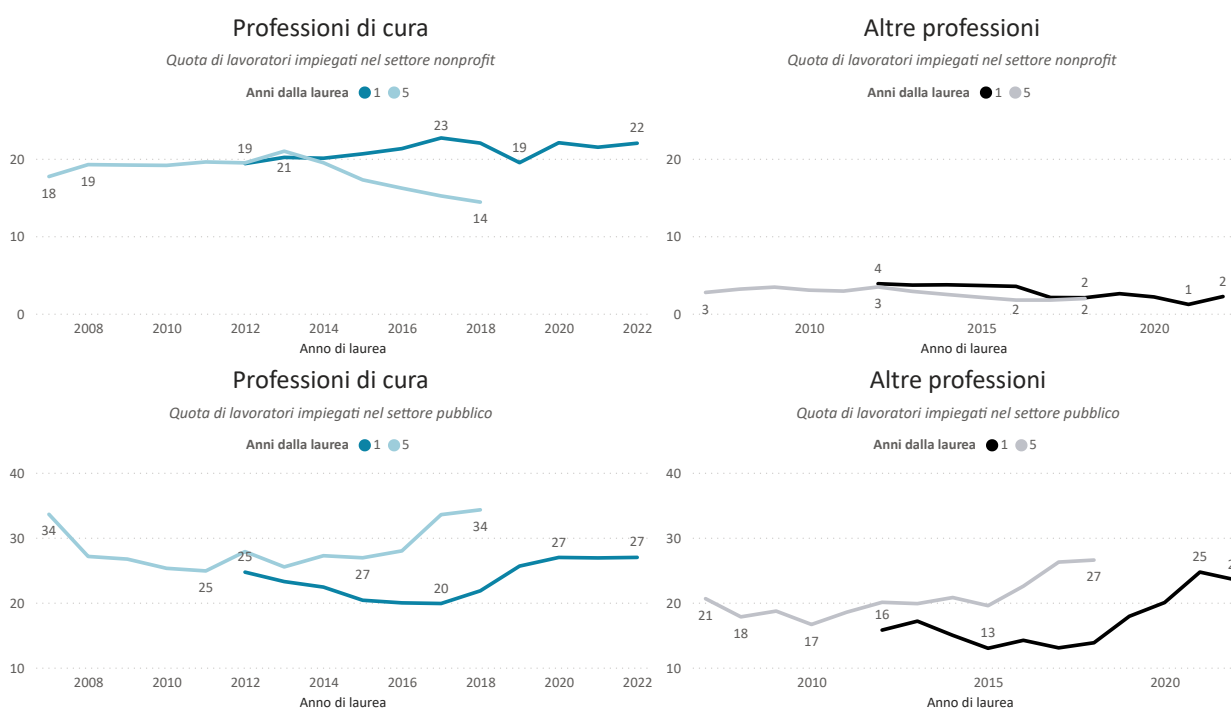
Nel settore *nonprofit* la quota di occupati è non sorprendentemente assai più alta rispetto alle altre professioni (circa 20 punti percentuali di differenza). Osservando i differenziali a uno e cinque anni sembra evidente che il *nonprofit* rappresenti molto spesso un momento di passaggio nel percorso lavorativo, soprattutto per i laureati nelle professioni di cura. Questo fenomeno dipende verosimilmente da contratti più brevi, condizioni lavora-

Figura 2.14 – Tasso di occupazione e disoccupazione (valori percentuali, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

Figura 2.15 – Occupati nel settore *nonprofit* e nel settore pubblico (valori percentuali, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024



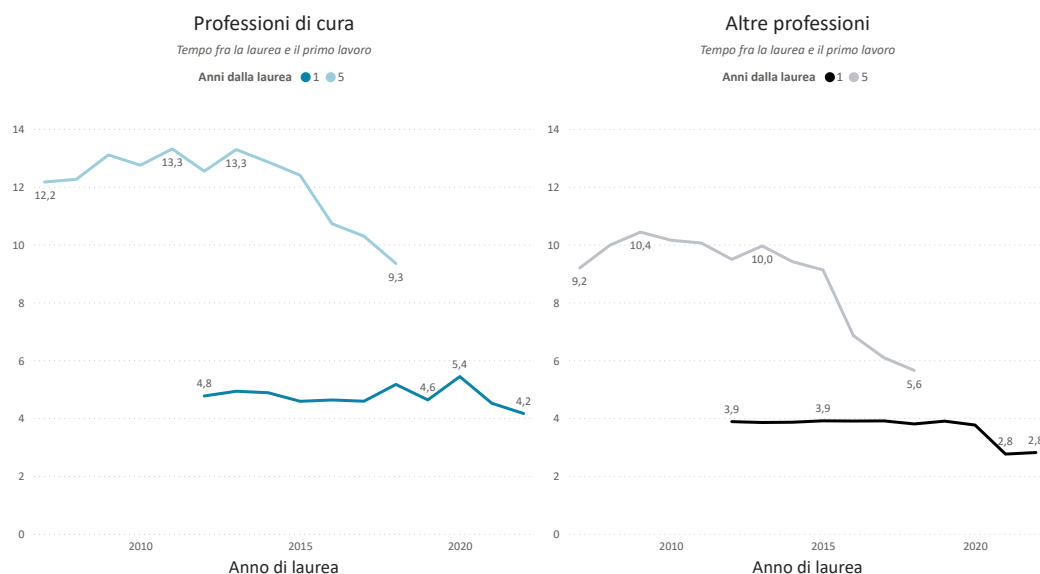
tive meno tutelate e retribuzioni generalmente inferiori, che inducono spesso criteri di scelta differenti in termini di stabilità, remunerazione e condizioni lavorative, principalmente nel settore pubblico.

L'impiego nel settore pubblico aumenta nel tempo sia per le professioni di cura sia per le altre professioni. Il settore pubblico rappresenta un ambito centrale per i laureati delle professioni di cura, come evidenziato in particolare dall'elevata presenza di soggetti pubblici nell'ambito del sociale e del socio-sanitario che forniscono risposte ai bisogni delle comunità. Infine, il settore privato sembra meno rilevante nelle professioni di cura con poche eccezioni, tra le quali l'ambito psicologico, dove la libera professione rappresenta spesso la scelta prevalente e più conveniente dal punto di vista economico e non solo. Il tempo necessario per trovare un'occupazione (figura 2.16) risulta mediamente più lungo nelle professioni di cura, sia a un anno che a cinque anni. Il quadro a cinque

anni risulta in miglioramento in entrambe le tipologie di professioni, ma in modo più lento in quelle di cura. Questo differenziale potrebbe probabilmente essere determinato dalla necessità di percorsi di abilitazione, concorsi pubblici o esperienze formative aggiuntive (es. tirocini e praticantati). Il ritardo nell'occupazione sembrerebbe quindi dipendere da una maggiore gradualità nell'ingresso lavorativo, mentre le altre classi di laurea sembrano offrire sbocchi più immediati, forse perché maggiormente legate alle imprese private.

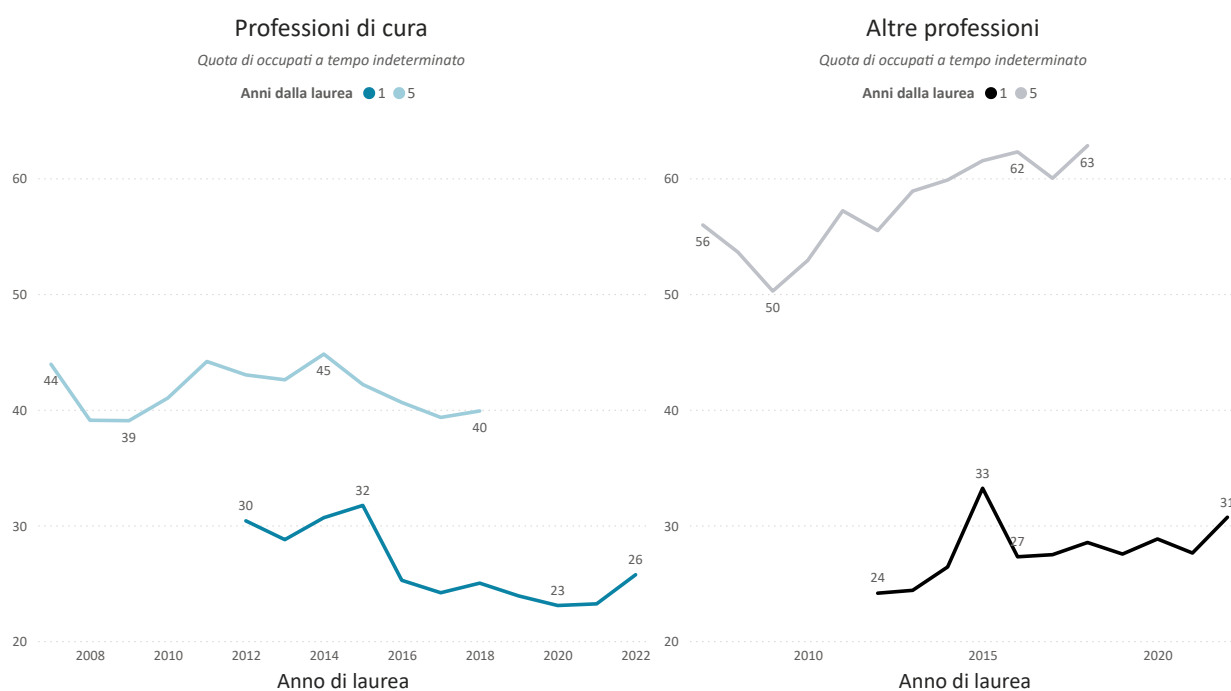
La figura 2.17 mette a confronto la quota di lavoratori a tempo indeterminato per tipologia di professione. I dati mostrano che, mentre nelle altre classi di laurea si registra una crescita dei contratti a tempo indeterminato, sia a uno che a cinque anni, nelle professioni di cura il dato appare più stabile e sensibilmente più basso, specie a cinque anni. Tale dinamica dipende probabilmente dalla precarietà contrattuale tipica di alcuni ambiti delle professioni di cura, soprattutto nei primi anni post-lau-

Figura 2.16 – Distanza tra laurea e prima occupazione (mesi, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

Figura 2.17 – Quota di occupati a tempo indeterminato (valori percentuali, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

rea e all'ingresso graduale – con contratti a tempo determinato o saltuari, spesso negli enti del Terzo Settore – in percorsi lavorativi più stabili in organizzazioni più strutturate o attraverso concorsi e contratti pubblici.

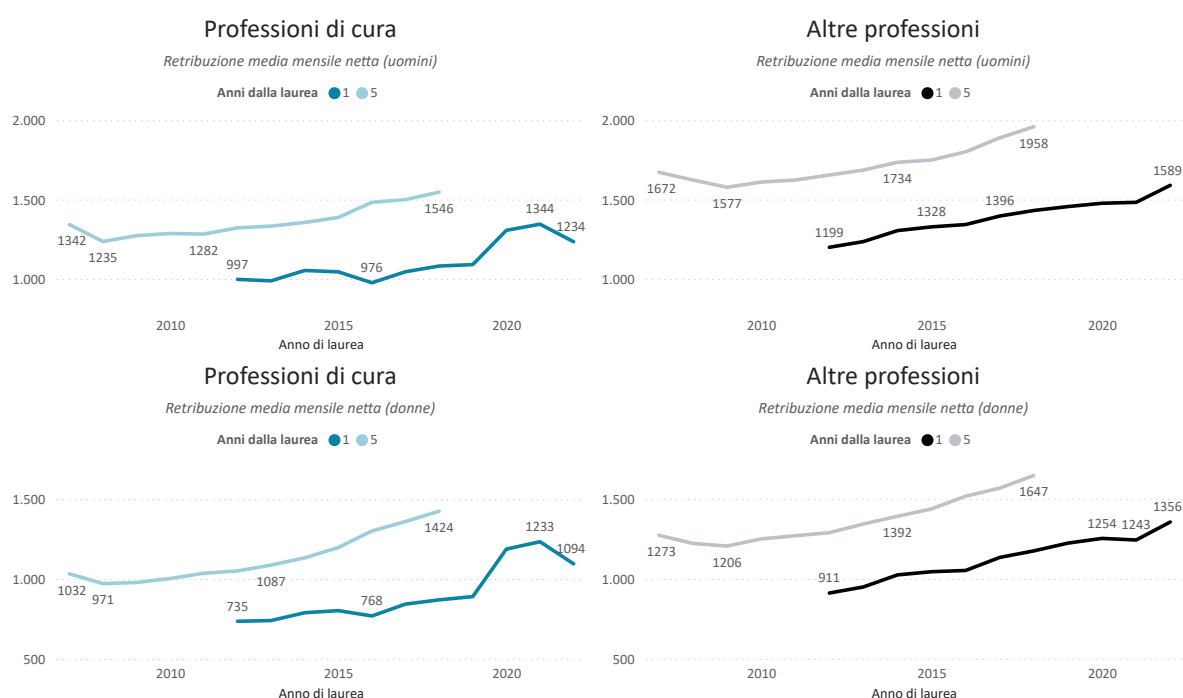
Le retribuzioni nette dei laureati magistrali (figura 2.18) registrano tendenze in lieve e costante aumento in entrambe le tipologie di professioni. Tuttavia, i laureati nelle professioni di cura registrano valori mediamente inferiori rispetto ai laureati nelle altre classi di laurea. Tale divario retributivo può ragionevolmente essere attribuito alla prevalenza di soggetti operanti prevalentemente nel settore *nonprofit* e il pubblico, storicamente meno remunerativi rispetto al privato.

Relativamente ai differenziali retributivi tra i generi, è interessante notare come, nelle professioni di cura, essi siano meno marcati rispetto alle altre professioni. Ciò potrebbe derivare dalla tradizionale prevalenza femminile nei settori di cura che probabilmente contribuisce a contenere, ma non a eliminare, le disparità salariali.

La figura 2.19 rappresenta (in una scala da uno a dieci) il grado di soddisfazione lavorativa. Esso si mantiene piuttosto elevato e stabile tra le tipologie di professioni e mantiene una dinamica parallela sia a uno che a cinque anni dalla laurea. Le professioni di cura, nonostante i tassi di occupazione e le retribuzioni più basse, non evidenziano livelli di soddisfazione inferiori rispetto alle altre professioni, un aspetto che potrebbe dipendere proprio da una forte motivazione intrinseca, legata al valore sociale del lavoro svolto.

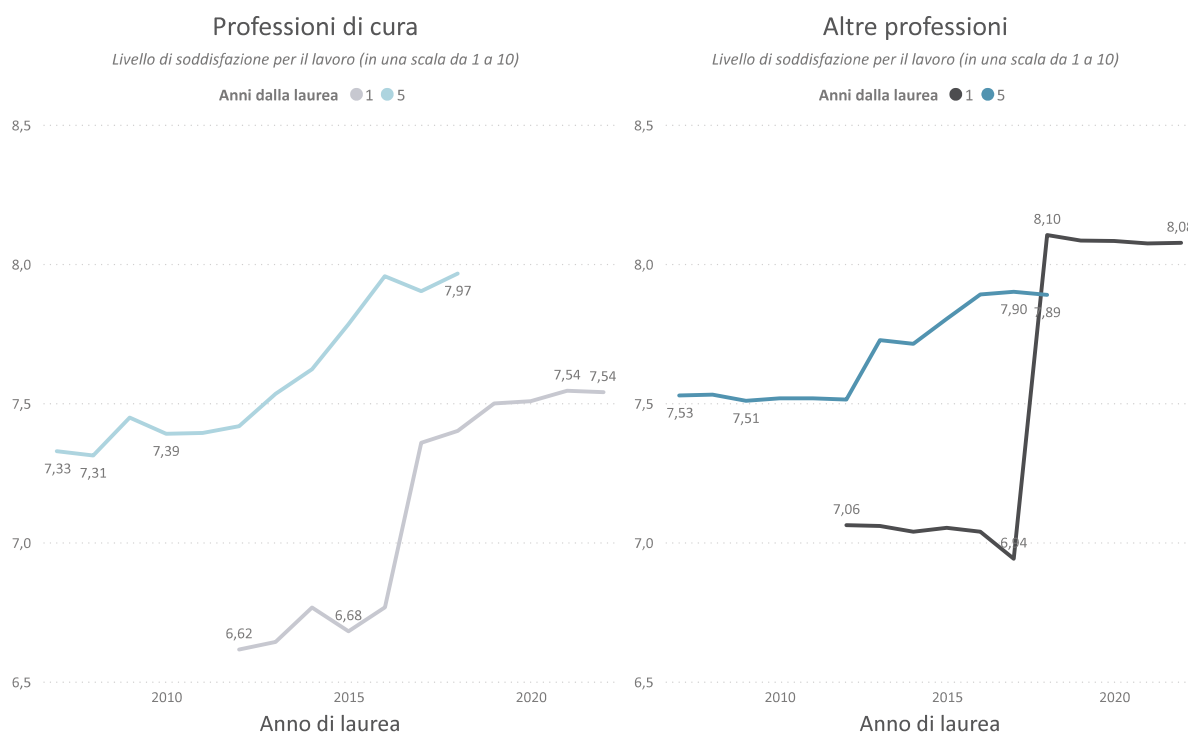
Infine, tra tutti i laureati magistrali (figura 2.20) si registra una tendenza decrescente della quota di occupati in cerca di un'altra occupazione, senza grandi differenze tra professioni di cura e le altre. Le professioni di cura mostrano comunque un maggiore orientamento al cambio di lavoro, specie nel periodo più recente. Questa tendenza potrebbe derivare dalla precarietà iniziale o dall'aspirazione a ottenere posizioni più stabili o remunerative.

Figura 2.18 – Retribuzioni nette, medie mensili per genere (euro, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



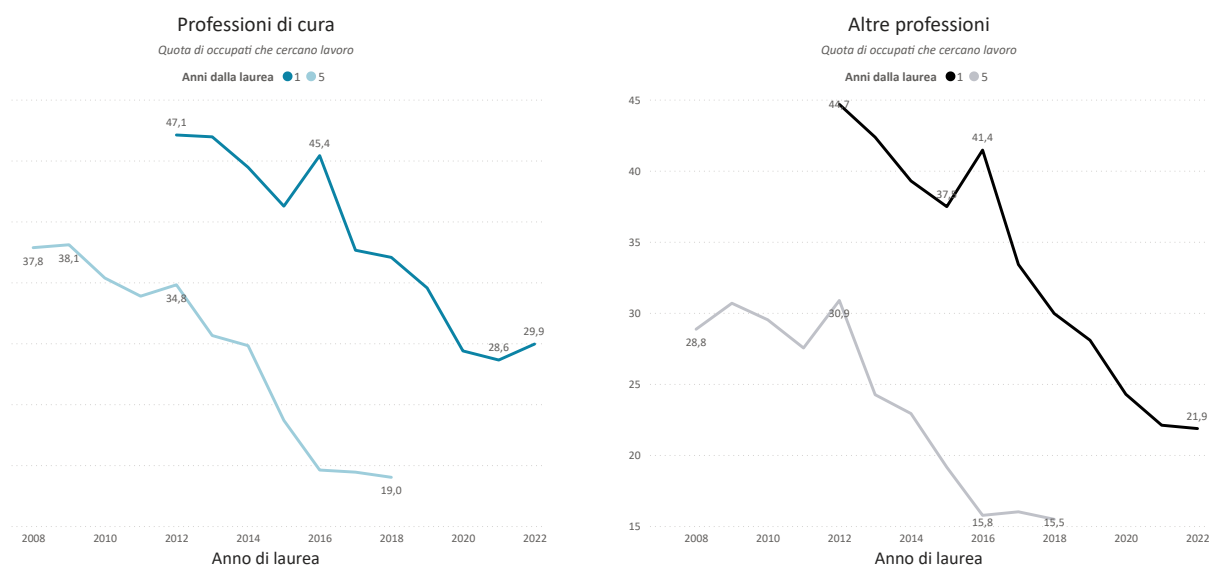
Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

Figura 2.19 – Soddisfazione per il lavoro (scala 1-10, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

Figura 2.20 – Occupati in cerca di lavoro (valori percentuali, professioni di cura vs altre professioni, A.A. 2013-14/2022-23)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati AlmaLaurea, 2024

L'analisi delle condizioni professionali dei laureati magistrali mette in luce una serie di criticità e punti di forza delle professioni di cura. Nonostante un ingresso nel mondo del lavoro più lento, una retribuzione inferiore e una maggiore incidenza di contratti temporanei, la soddisfazione lavorativa e l'orientamento al pubblico impiego rappresentano tratti distintivi di questi percorsi. I dati suggeriscono che il valore sociale del lavoro, rappresenti tuttora un elemento fondamentale delle professioni di cura, costituendo quindi un fattore motivazionale significativo, capace di bilanciare, almeno in parte, le difficoltà economiche e strutturali.

2.4 Laureati pronti al lavoro nelle classi di laurea della cura e nelle altre classi

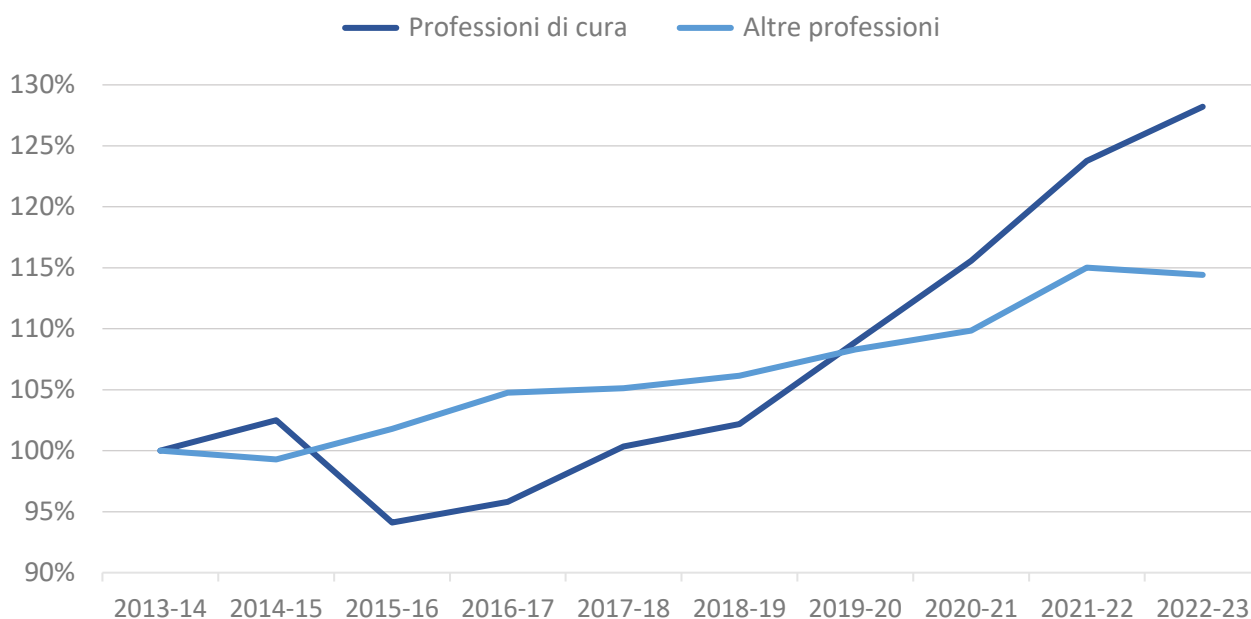
La definizione di *laureati pronti al lavoro* include i laureati magistrali e i laureati triennali che non proseguono gli studi, ovvero le persone disponibili annualmente a ricoprire ruoli negli ambiti professionali individuati, messi a confronto con tutti gli altri

(figura 2.21). Tra il 2013 e il 2022, si osserva un'inversione di tendenza: mentre le altre classi di laurea superavano inizialmente le professioni di cura, dal 2015 si registra una riduzione progressiva del differenziale, fino al sorpasso delle professioni di cura nel 2019. Nel 2022, il vantaggio delle professioni di cura è di circa 15 punti percentuali.

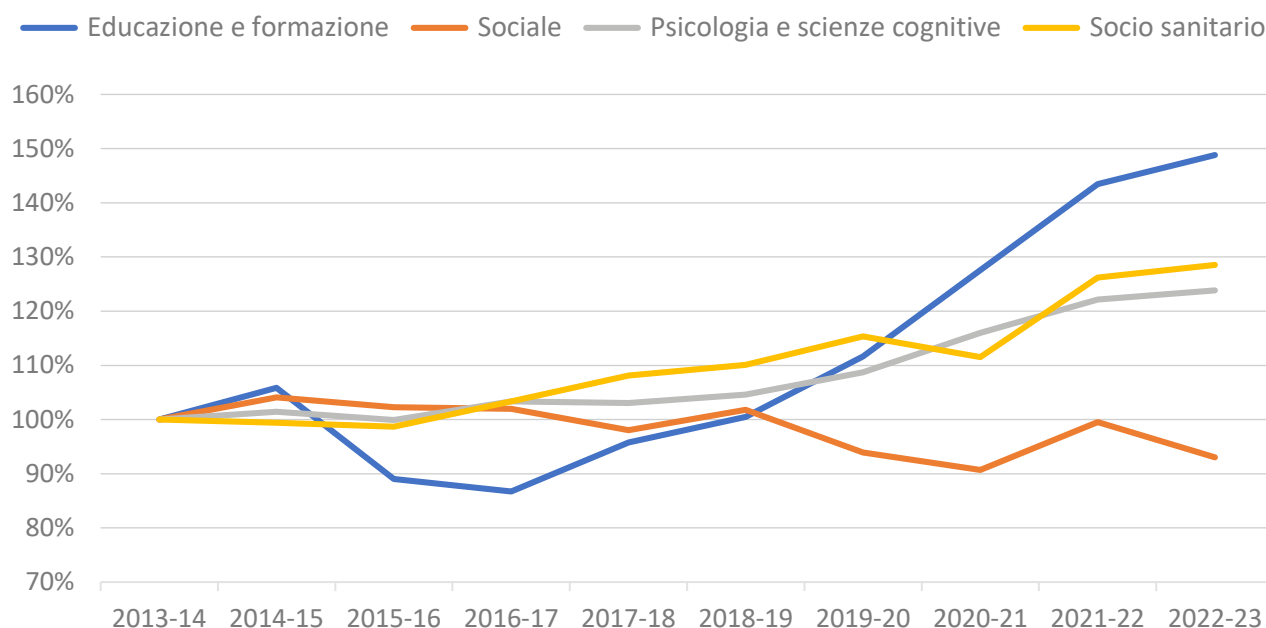
L'analisi per ambito (figura 2.22) rivela ulteriori dettagli. Il settore socio-sanitario guida la crescita, con un aumento di circa 50 punti percentuali rispetto al 2013. Il settore dell'educazione e formazione segue con un incremento superiore a 30 punti percentuali, mentre la psicologia e le scienze cognitive crescono di poco meno di 30 punti. Al contrario, il settore sociale registra una significativa contrazione dal 2016, perdendo complessivamente circa 25 punti percentuali nel decennio considerato.

In termini assoluti, le differenze tra i settori rimangono marcate (figura 2.22). Nel decennio analizzato, i laureati pronti al lavoro sono stati circa 106.000 nell'e-

Figura 2.21 – Laureati pronti al lavoro nelle classi di laurea della cura e nelle altre classi (Indice: A.A 2013-14=100)



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR e AlmaLaurea, 2024

Figura 2.22 – Laureati pronti al lavoro per ambito di cura (Indice: A.A 2013-14=100)

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati MUR e AlmaLaurea, 2024

ducazione e formazione, 75.000 nella psicologia e scienze cognitive, 37.000 nel socio-sanitario e appena 20.000 nel sociale.

Questi dati suggeriscono una crescente attrattività di alcuni settori delle professioni di cura, come il socio-sanitario e la psicologia, probabilmente legata anche alla crescita della domanda nel contesto pandemico e post-pandemico. Al contrario, la flessione del settore sociale potrebbe riflettere un calo delle vocazioni o una più generale diminuzione dell'attrattività della professione di assistente sociale, correlata a stipendi modesti e a un calo della reputazione del lavoro svolto da professionisti e istituzioni, soprattutto nel caso del Terzo Settore.

2.5 Gli sbocchi occupazionali e lavorativi dei laureati

AlmaLaurea conduce anche l'indagine annuale sulla Condizione occupazionale dei laureati che monitora l'inserimento lavorativo dei laureati che hanno ottenuto il titolo negli Atenei aderenti alla rilevazione a uno, tre e cinque anni dal conseguimento del titolo. L'indagine restituisce

un'articolata fotografia dell'inserimento nel mercato del lavoro dei laureati e delle caratteristiche del lavoro trovato, tra le quali la professione e la retribuzione.

Il questionario a cinque anni dalla laurea rileva l'informazione puntuale relativa alla professione svolta, adottando la Nomenclatura e classificazione delle Unità professionali dell'Istat (CP2011). I questionari a uno e tre anni dalla laurea, invece, rilevano l'informazione sulla professione svolta prevedendo un minor numero di modalità di risposta, ottenute raggruppando le professioni a partire dalla CP2011.

La ricchezza informativa è garantita dall'integrazione della documentazione statistica proveniente dal questionario di indagine con quella ricavata dall'Indagine sul Profilo dei laureati e con i dati amministrativi trasferiti dagli atenei. L'ultima indagine è stata condotta nel 2024 e considera i laureati nell'anno 2023. Oltre alle indagini statistiche annuali, AlmaLaurea realizza analisi dettagliate delle classi di laurea e delle professioni più diffuse tra i laureati. L'approfondimento sulle professioni consente di navigare tra oltre 400





professioni (indentificate da un codice a 5 cifre) per scoprirne le caratteristiche (retribuzione, tipologia di contratto, settore, coerenza con il titolo di studio) e per ottenere informazioni sulle *performance* universitarie dei laureati.

Un primo dato attiene alle classi di laurea prevalente dei laureati che svolgono le 10 professioni delle aree socio-assistenziale, socio-sanitaria e educativa: sono essenzialmente riconducibili a 2 classi di laurea magistrale e 3 classi di laurea triennale (tabella 2.1). Per la maggior parte delle professioni considerate, c'è quasi una corrispondenza uno a uno tra professione e classe di laurea. Almeno il 93% dei laureati che svolgono tali professioni provengono infatti da un'unica classe di laurea, addirittura il 100% per i logopedisti e i tecnici della riabilitazione psichiatrica che provengono dalla classe di laurea triennale in professioni socio-sanitarie

della riabilitazione (L/SNT2, SNT/2). In altri termini, per accedere ad alcune di queste professioni socio-sanitarie-educative, certi percorsi di istruzione universitaria sembrano essere *obbligati*.

Tra le poche eccezioni, si osserva che la classe di laurea dei laureati che svolgono la professione di tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale è quella in scienze dell'educazione e della formazione (L-19, 18) per "solo" il 73% dei casi. La classe di laurea prevalente si attesta su percentuali ancora più basse per altre due professioni:

- gli educatori professionali, per i quali la classe di laurea prevalente è quella triennale in scienze dell'educazione e della formazione (L-19, 18) (il 61%);
- gli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili, per cui nel 20,4% dei casi

Tabella 2.1 – Classe di laurea prevalente

Codice professione	Professione	Classe Laurea Prevalente	Codice Classe Laurea Prevalente	Percentuale di prevalenza
2.5.3.3.1	Psicologi clinici e psicoterapeuti	Classe di laurea magistrale in Psicologia	LM-51, 58/S	95,3%
2.5.3.3.2	Psicologi dello sviluppo e dell'educazione	Classe di laurea magistrale in Psicologia	LM-51, 58/S	93,1%
2.6.5.1.0	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili	Classe di laurea magistrale in Scienze della formazione primaria	LM-85bis	20,4%
3.2.1.2.3	Logopedisti	Classe di laurea triennale in Professioni sanitarie della riabilitazione	L/SNT2, SNT/2	100,0%
3.2.1.2.5	Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	Classe di laurea triennale in Professioni sanitarie della riabilitazione	L/SNT2, SNT/2	98,0%
3.2.1.2.6	Tecnici della riabilitazione psichiatrica	Classe di laurea triennale in Professioni sanitarie della riabilitazione	L/SNT2, SNT/2	100,0%
3.2.1.2.7	Educatori professionali	Classe di laurea triennale in Scienze dell'educazione e della formazione	L-19, 18	61,0%
3.2.1.2.8	Terapisti occupazionali	Classe di laurea triennale in Professioni sanitarie della riabilitazione	L/SNT2, SNT/2	98,9%
3.4.5.1.0	Assistenti sociali	Classe di laurea triennale in Servizio sociale	L-39, 6	94,7%
3.4.5.2.0	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale	Classe di laurea triennale in Scienze dell'educazione e della formazione	L-19, 18	73,0%

Fonte: Elaborazioni su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni

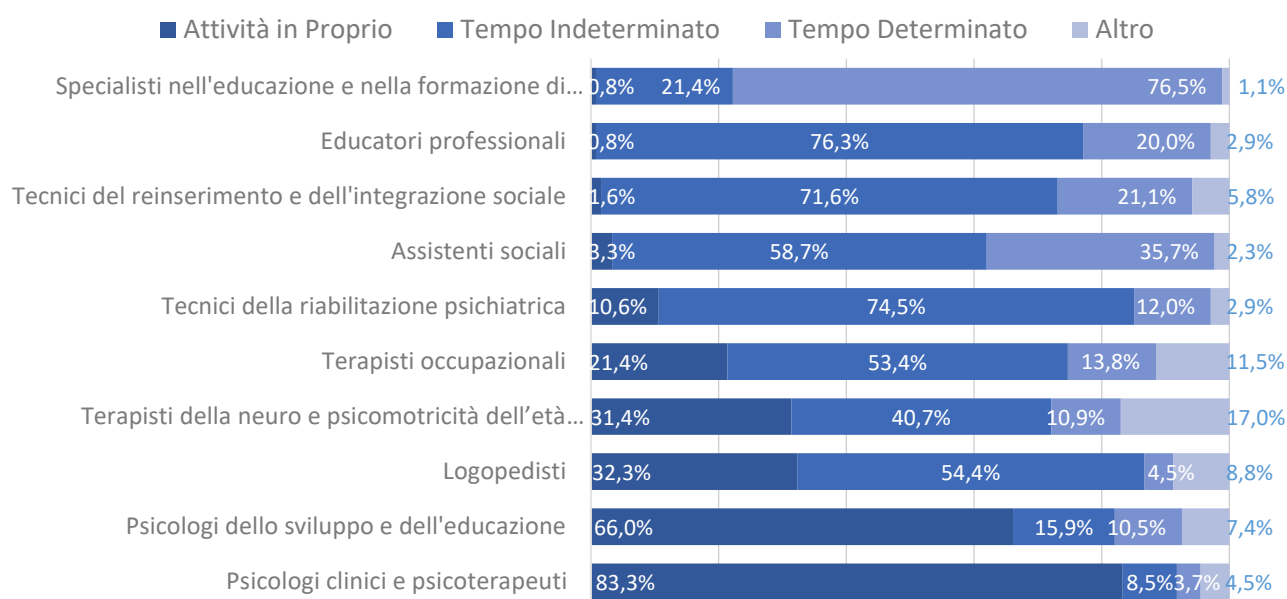
la classe di laurea prevalente è quella magistrale in scienze della formazione primaria (LM-85bis), ma per un ulteriore 12,3% è quella magistrale in psicologia (LM-51, 58/S) e per un altro 8,5% quella magistrale in scienze pedagogiche (LM-85, 87/S).

A lavorare in proprio sono soprattutto gli psicologi clinici e psicoterapeuti (83,3%) e gli psicologi dello sviluppo e dell'educazione (66%) (figura 2.23). Il lavoro a tempo indeterminato è invece più diffuso tra gli educatori professionali (il 76,3%) e i tecnici della riabilitazione psichiatrica (il 74,5%) seguiti, con una percentuale pari al 71,6%, dai tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale. A svolgere una attività lavorativa a tempo determinato, in misura nettamente prevalente rispetto alle altre professioni, sono invece

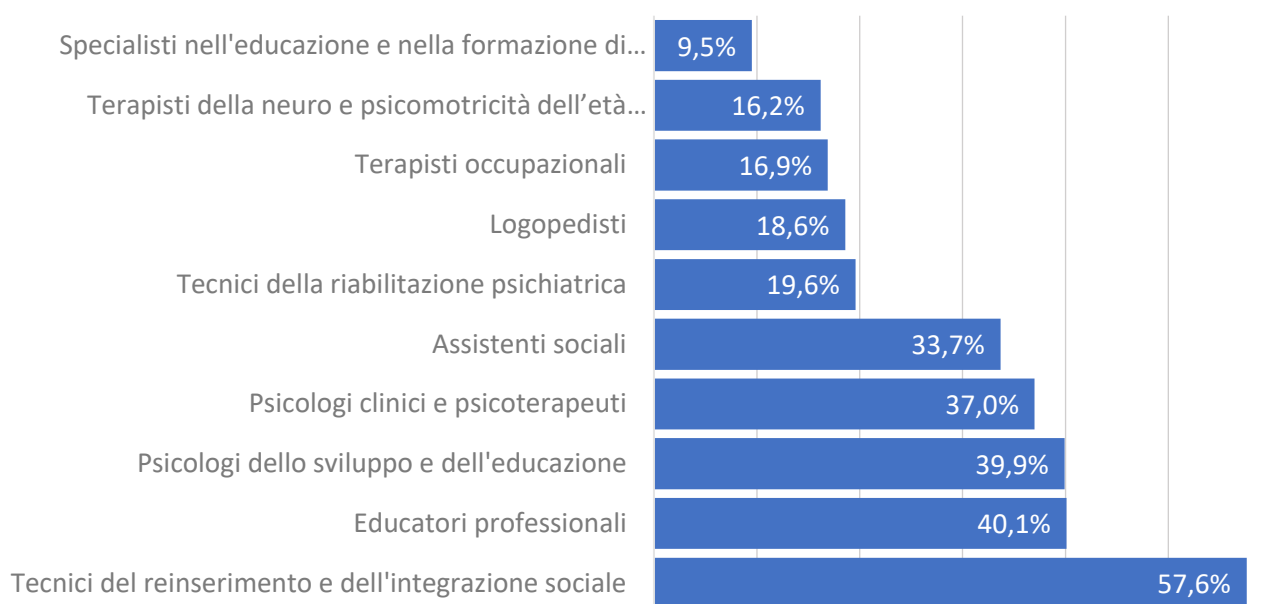
gli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili (il 76,5%).

Quello a tempo parziale è il contratto di lavoro prevalente nel caso dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (il 57,6% lavora part-time) ma raggiunge una quota pari al 40% circa nel caso degli educatori professionali e degli psicologi dello sviluppo e dell'educazione (figura 2.24). D'altra parte, la quota di specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili che lavora a tempo parziale è inferiore al 10%.

L'analisi delle caratteristiche dell'ente per cui sono svolte le professioni dell'area sociale, socio-sanitaria e educativa mostra che a operare prevalentemente nel settore pubblico, in misura mediamente superiore alle

Figura 2.23 – Attività lavorativa per contratto (valori percentuali, 2023)

Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024

Figura 2.24 – Laureati che a 5 anni dalla laurea lavorano nelle professioni di cura a tempo parziale (valori percentuali, 2023)

Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024

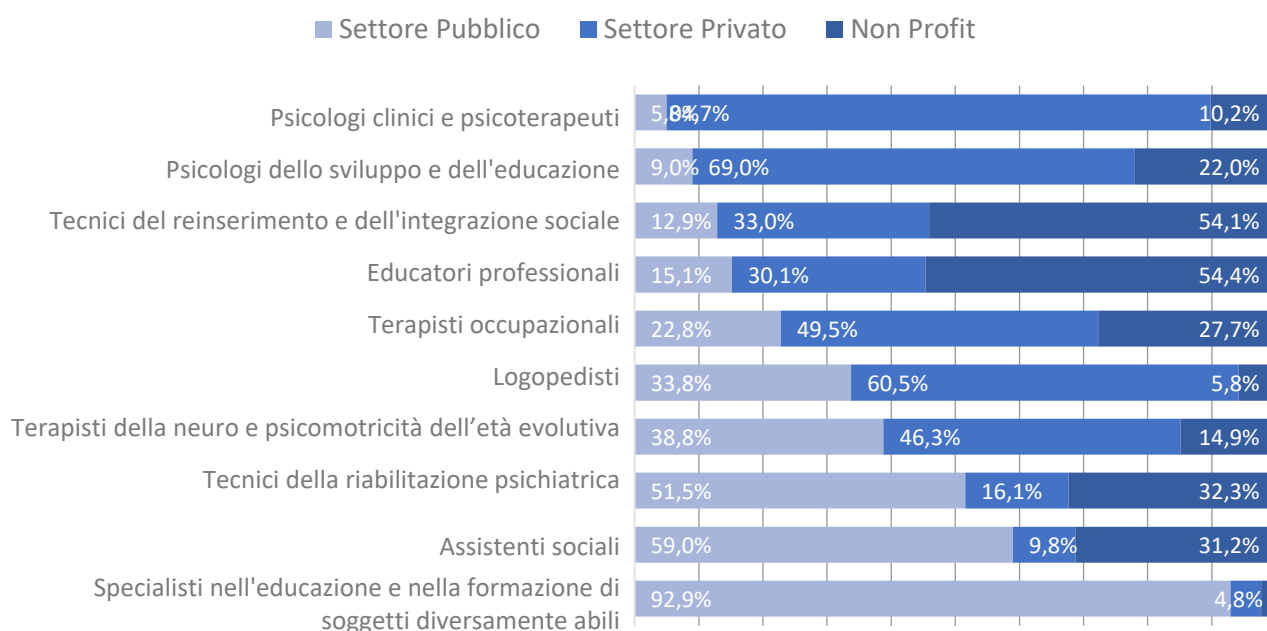
altre professioni considerate, sono gli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili (il 92,9%) e gli assistenti sociali (il 59%) (figura 2.25). Invece, sono soprattutto gli psicologi clinici e psicoterapeuti (84,7%) e gli psicologi dello sviluppo e dell'educazione (69%) a operare in imprese del settore privato. Lavorano, infine, nel settore *nonprofit* in misura mediamente superiore alle altre professioni analizzate gli educatori professionali (il 54,4%) e i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (54,1%). Rilevante è anche la quota di tecnici della riabilitazione psichiatrica (32,3%) e di assistenti sociali (31,2%) che lavorano nel *nonprofit*; gli assistenti sociali lavorano nel settore privato per una quota residuale (9,8%), tra le più basse insieme a quella degli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili (il 4,8%).

Educatori professionali e tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale sono le professioni con

la retribuzione netta mensile più bassa tra le professioni considerate (rispettivamente pari a 1.168 e 1.040 euro) (figura 2.26) assistenti sociali e psicologi dell'educazione e dello sviluppo hanno una retribuzione di poco superiore ai 1.300 euro. La retribuzione netta mensile è invece mediamente superiore a 1.600 euro solo nel caso dei logopedisti.

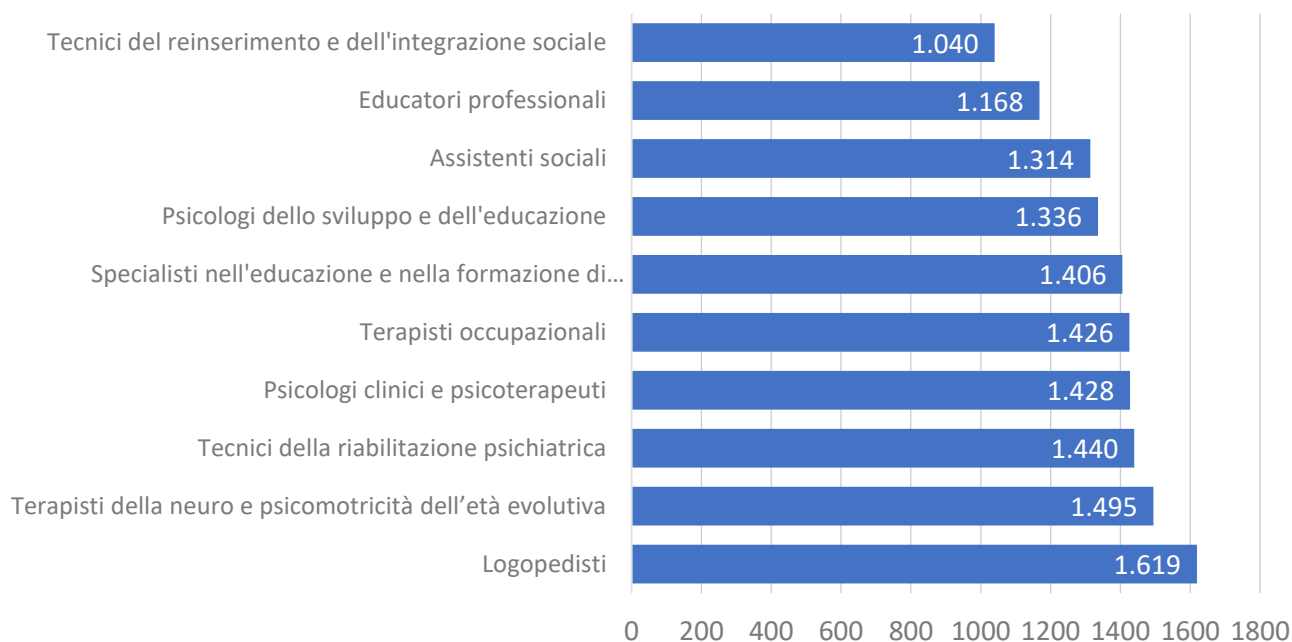
A fronte di questi dati, la soddisfazione generale – misurata in una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo) – per il lavoro svolto (figura 2.27) supera largamente la sufficienza per tutte le professioni analizzate, dal 6,6 per i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale all'8,5 degli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili. In generale, il livello di soddisfazione complessiva è più alto nel caso delle professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione, mentre è più basso (sebbene ben superiore alla sufficienza) per i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale che comunque abbiamo visto

Figura 2.25 – Attività lavorativa per settore (valori percentuali, anno 2023)



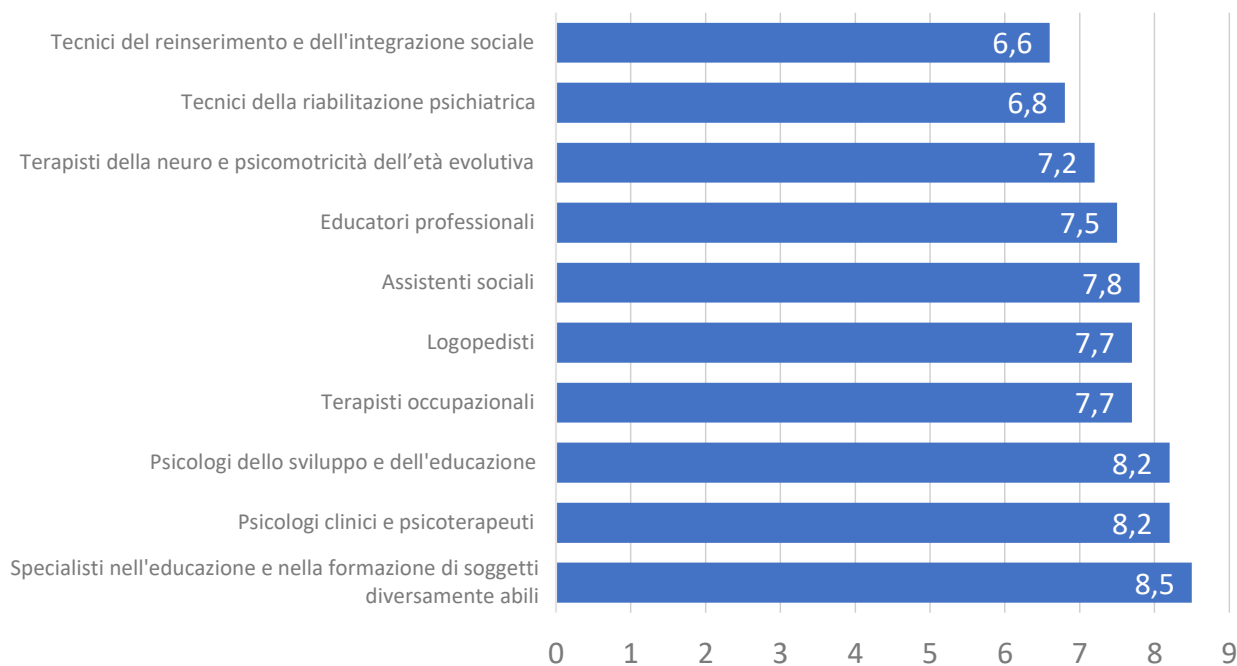
Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024

Figura 2.26 – Retribuzione netta mensile (euro, 2024)



Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024

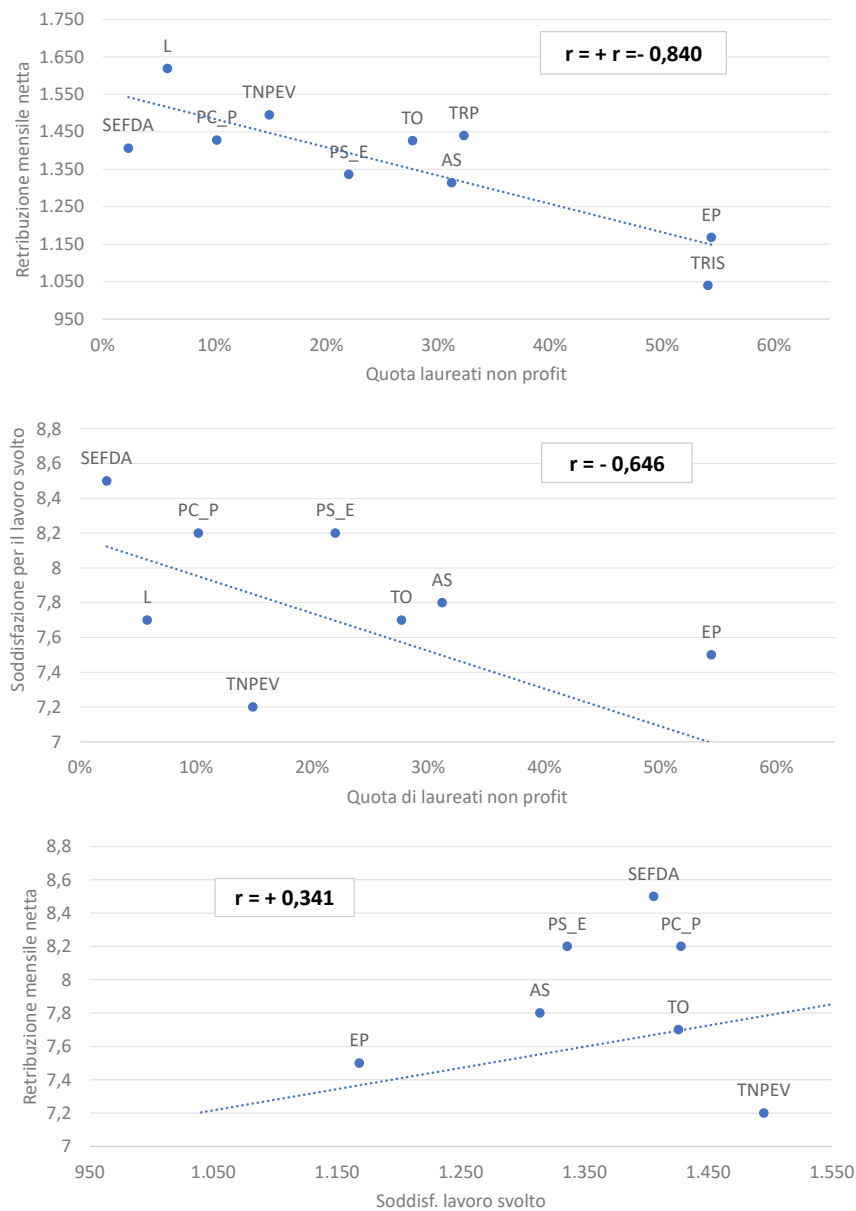
Figura 2.27 – Grado di soddisfazione per il lavoro svolto (punteggio 1-10, anno 2024)



Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024



Figura 2.28 – Alcune analisi di correlazione (anno 2023)



Acronimo	Professione
AS	Assistenti sociali
EP	Educatori professionali
L	Logopedisti
PC_P	Psicologi clinici e psicoterapeuti
PS_E	Psicologi dello sviluppo e dell'educazione
SEFDA	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili
TRIS	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale
TRP	Tecnici della riabilitazione psichiatrica
TNPEV	Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
TO	Terapisti occupazionali

Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024

essere quelli che, tra le professioni considerate, ricevono la retribuzione netta mensile più bassa.

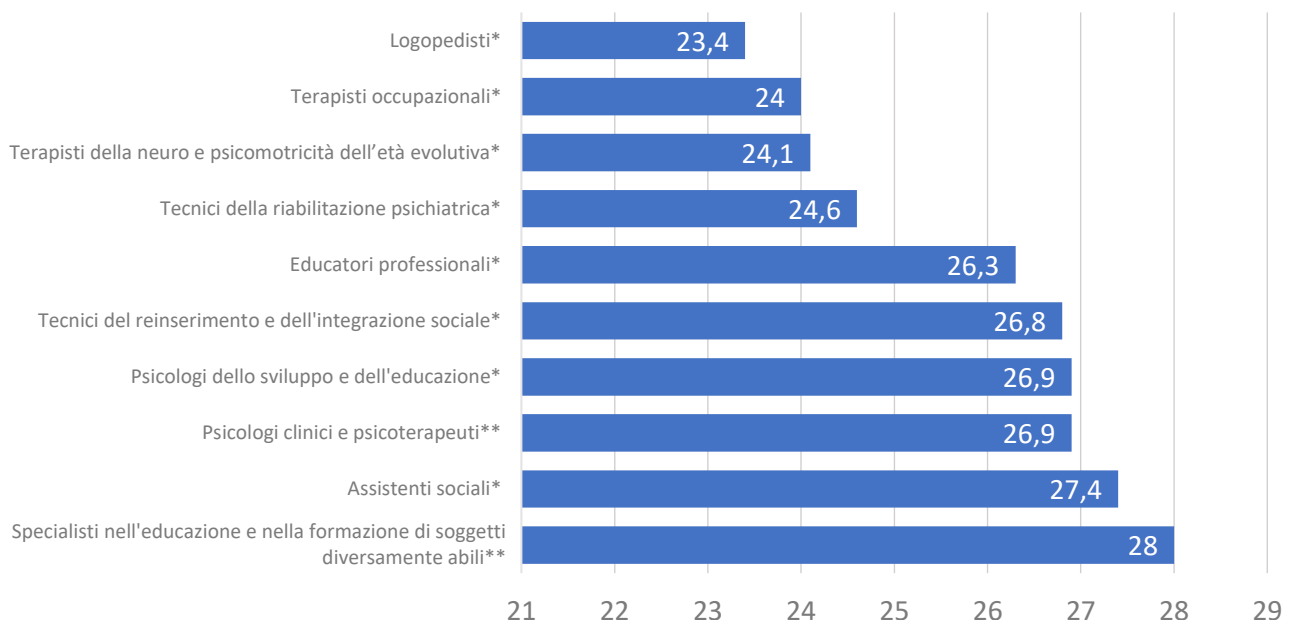
Ad integrazione delle analisi precedenti sono state calcolate e rappresentate graficamente alcune correlazioni tra i dati disponibili, nello specifico tra: i) la quota di laureati che svolgono professioni di cura nel settore *nonprofit* e le retribuzioni nette mensili; ii) tra la quota di laureati professionisti della cura nel settore *nonprofit* e la soddisfazione per il lavoro svolto; iii) tra le retribuzioni nette mensili e la soddisfazione per il lavoro svolto (figura 2.28). L'analisi delle correlazioni evidenzia che:

- le retribuzioni mensili nette e, in misura più contenuta, la soddisfazione per il lavoro svolto diminuiscono al crescere della quota di occupati nel Terzo Settore;

- il legame tra retribuzioni e soddisfazione per il lavoro svolto è moderatamente positivo, il che lascia presumere che la soddisfazione non dipenda esclusivamente dalle (basse) retribuzioni.

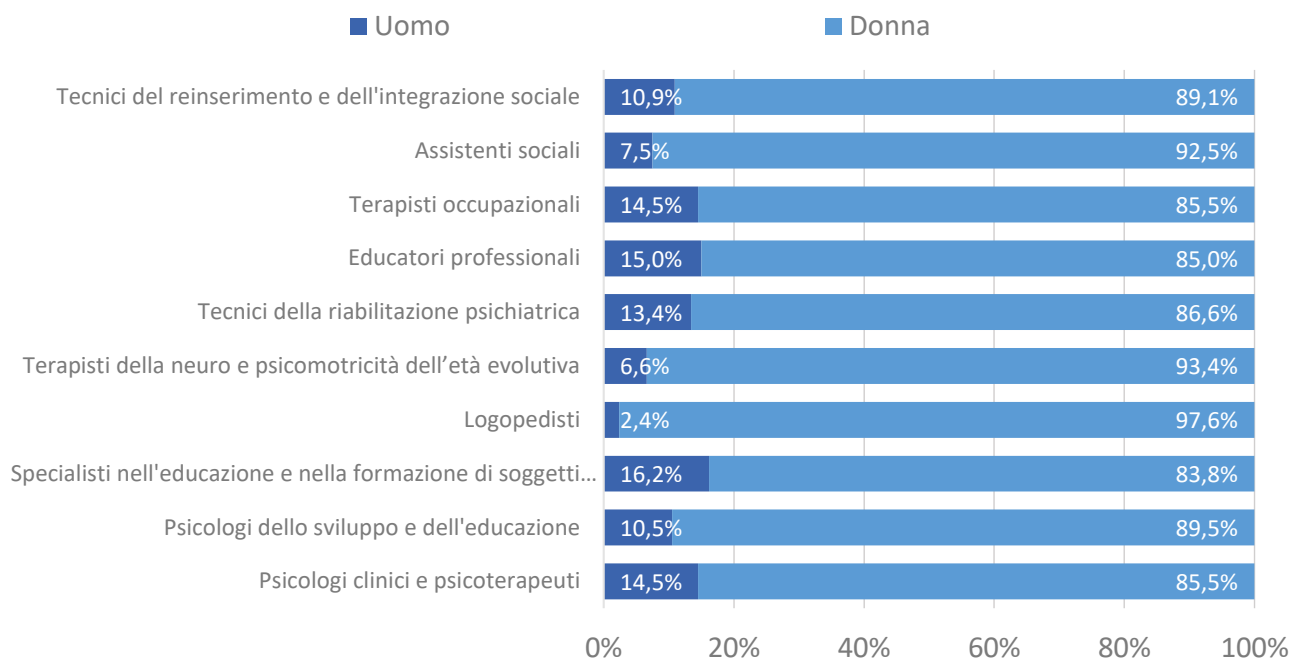
Infine, l'età media alla laurea va dai 23,4 anni dei logopedisti ai 28 anni degli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili. In generale, è mediamente più elevata tra quanti hanno svolto percorsi di laurea di secondo livello e nel caso di percorsi universitari di primo livello tra gli assistenti sociali e i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (figura 2.29). In tutte le professioni approfondite, la quota di donne è nettamente prevalente, dall'83,8% degli specialisti nell'educazione e nella formazione al 97,6% dei logopedisti (figura 2.30).

Figura 2.29 – Età media alla laurea, anno 2023



Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024

Figura 2.30 – Genere dei laureati a 5 anni, 2023



Fonte: Elaborazioni Eva Lab su dati indagine AlmaLaurea sulla Condizione occupazionale dei laureati. Approfondimento sulle Professioni, 2024

3. DOMANDA DI PROFESSIONI QUALIFICATE NEI SERVIZI DI CURA



Questo capitolo propone un'analisi della domanda di professioni qualificate nei servizi di cura. Innanzitutto, sono riportati i dati dell'indagine Unioncamere-Excelsior sui fabbisogni occupazionali e professionali, a livello nazionale, per il periodo 2024-2028, nella filiera della salute, distinguendo tra la domanda indotta dalla crescita economica e la domanda di sostituzione del personale in uscita da questa filiera.

Successivamente, le analisi si concentrano sui dati del Sistema informativo Excelsior relativi alle assunzioni previste, nell'anno 2023, per le principali *categorie professionali (4 digit)* nelle quali rientrano le professioni qualificate nei servizi di cura (*5 digit*), identificate nel primo capitolo. In particolare, ci si sofferma sulle seguenti categorie professionali: specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche, specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente

abili, professioni sanitarie riabilitative, assistenti sociali, tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale. A causa del minore grado di dettaglio della classificazione, che cresce all'aumentare dei *digit*, nel caso degli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche e nelle professioni sanitarie e riabilitative, il dato è sovrastimato, ricomprendendo alcune professioni escluse dallo studio.

Infine, sulla base dei dati degli iscritti agli Albi nazionali degli assistenti sociali, degli educatori professionali e degli psicologi si propone una analisi della *domanda di sostituzione* di questi professionisti della cura, ovvero della necessità di sostituire i lavoratori più anziani e prossimi al pensionamento.

3.1 I fabbisogni occupazionali e professionali per il periodo 2024-2028

Per l'Italia, nel periodo 2024-28, i risultati dell'indagine Unioncamere-Excelsior prevedono un incremento dello *stock* occupazionale di 3,4 – 3,9 milioni di occupati a seconda dello scenario considerato (negativo, intermedio, positivo), ovvero una media di 685-770mila lavoratori all'anno (Unioncamere, 2023).

La filiera della salute, con un fabbisogno occupazionale previsto tra le 431 e le 456mila unità, rientra tra le filiere che esprimeranno fabbisogni occupazionali rilevanti nel quinquennio 2024-28. In questa filiera si registra un tasso di fabbisogno pari al 4%, inferiore solo a quello degli "altri servizi pubblici e privati"¹ (4,3%), a fronte di una media del 3,1-3,4% per l'insieme delle attività dei servizi e del 3,0-3,3% per la totalità delle attività economiche.

A seconda dello scenario, nell'intera "filiera della salute"², tra il 2024 e il 2028, si prevede un aumento dello

stock occupazionale per effetto dell'espansione della domanda (*expansion demand*) compresa tra 44mila e 70mila occupati. Tuttavia, la domanda di sostituzione (*replacement demand*)³ rappresenta la componente predominante del fabbisogno occupazionale in tutti i settori, filiera della salute inclusa, dovuta alla necessità di sostituzione nel mercato del lavoro per mantenere costanti gli *stock* occupazionali.

Per il quinquennio 2024-2028 si stima che la sostituzione del personale in uscita dal mondo del lavoro riguardi circa 3 milioni di occupati, pari al 78% del fabbisogno complessivo stimato nello scenario positivo e arrivando all'88% in quello negativo. Il settore dei servizi incide per quasi tre quarti del totale delle necessità di sostituzione, attestandosi a circa 2,2 milioni di unità. In particolare, la filiera della salute richiederà la sostituzione di circa 387mila unità nel quinquennio 2024-28, pari al 12,8% delle necessità complessive di sostituzione.

Il tasso di sostituzione⁴ complessivo per il periodo 2024-2028 supererà il 13%, ossia per ogni 100 occupati in servizio a fine 2023, 13 dovranno essere sostituiti nel quinquennio considerato. In particolare, questo indicatore è tra i più elevati nella filiera della salute (18,3%), inferiore solo a quello degli altri servizi pubblici e privati, con un tasso che sfiora il 20%.

Una quota rilevante delle richieste (circa il 39% del totale) riguarderà lavoratori di alto profilo, ossia dirigenti, specialisti e tecnici (tra 1,3 e 1,4 milioni di unità), sia in virtù dell'espansione dell'occupazione, sia per la sostituzione di persone in uscita dal mercato del lavoro. Tra i profili specializzati si prevedono tassi di fabbisogno superiori alla media (3,4-3,8%) per 51-52mila medici (3,8-3,9%). Ma nell'ambito degli specialisti della formazione e della ricerca (classificazione ISTAT 26), che conta un totale di 214-235 lavoratori

1 Questa filiera comprende i servizi operativi di supporto alle imprese e alle persone e la PA in senso stretto.

2 Nel Rapporto "Previsioni dei Fabbisogni Occupazionali e Professionali in Italia a Medio Termine (2024-2028)", Unioncamere propone una analisi della domanda per filiere. Tra le filiere identificate da Unioncamere, c'è anche la "filiera della salute", che comprende diversi settori della classificazione ATECO 2007 legati alla salute, tra cui quelli dei Servizi di Assistenza Sociale Residenziale e di Assistenza Sociale Non residenziale.

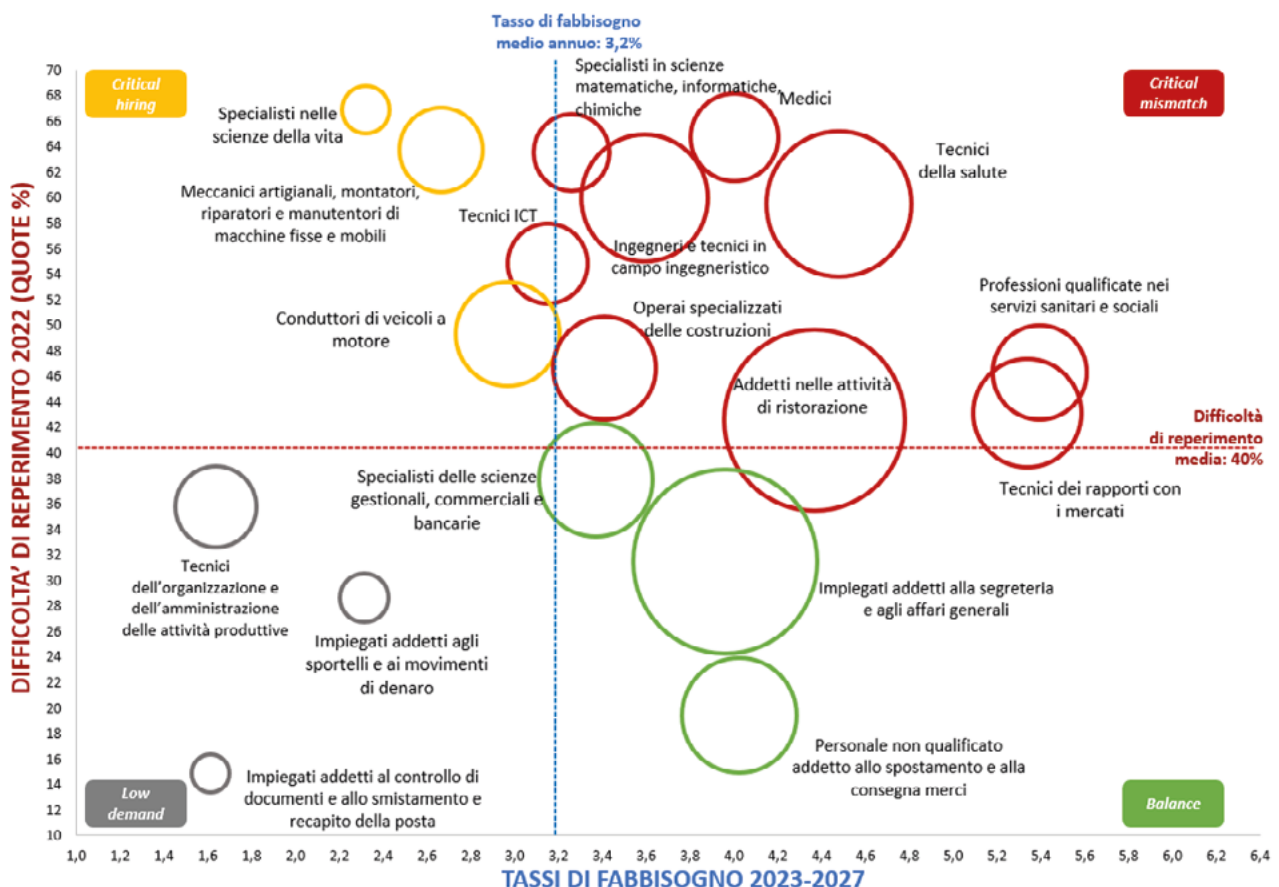
3 La *replacement demand* è determinata principalmente da fattori demografici (pensionamento o mortalità) e da cambiamenti di stato rispetto alla propria posizione occupazionale (ritiro al lavoro, perdita del lavoro, transizione da una occupazione alle dipendenze a una autonoma e viceversa). I primi, i fattori demografici, sono largamente prevalenti nelle fasce alte di età, i secondi hanno invece una incidenza maggiore nelle fasce fino a 50-55 anni.

4 Inteso come l'incidenza percentuale del *replacement* sullo *stock* occupazionale al 31.12.2023.

previsti per il quinquennio 2024-2028, risulta significativa anche la domanda di altri specialisti nell'educazione e nella formazione, per i quali è previsto un fabbisogno di 39-44mila occupati nel quinquennio con un tasso di fabbisogno medio annuo del 3,5-3,9%. Per quanto riguarda i profili tecnici, emergono soprattutto le professioni della sanità (quali gli infermieri e i tecnici della riabilitazione), per le quali il fabbisogno si attesta intorno alle 151-158mila unità, con un tasso medio annuo del 4,1-4,3% (a fronte di una media, per l'insieme dei tecnici, del 3,2-3,5%). Da notare poi che, con riferimento alle professioni commerciali e dei servizi di livello intermedio, dal punto di vista della quota di fabbisogno, prevalgono le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali (5,3-5,7%) per le quali sono previsti 81-86mila nuovi lavoratori.

Nel rapporto sui fabbisogni occupazionali e professionali per il periodo 2023-2027 (Unioncamere, 2022), alcune professioni selezionate sono state mappate stimando le richieste nel quinquennio considerato (tasso di fabbisogno medio annuo nel 2023-2027) e alla difficoltà di reperimento nel mercato del lavoro con riferimento all'ultima annualità (quote del 2022). Questo posizionamento relativo ha permesso di fare delle valutazioni sul *mismatch* e sulla possibilità che nel quinquennio considerato le criticità segnalate dalle imprese si intensificassero. Nella figura 3.1, i quadranti incrociano *fabbisogni occupazionali* (ascisse), per il periodo 2023-2027, e *difficoltà di reperimento* (ordinate), registrate nel 2022, mentre la dimensione delle bolle è proporzionale alle assunzioni previste nel 2023/27. L'analisi viene pro-

Figura 3.1 - Fabbisogni nel quinquennio 2023-2027 e difficoltà di reperimento delle professioni



Fonte: Unioncamere – ANPAL, Sistema Informativo Excelsior, 2022

posta per le professioni a 3 *digit* (ovvero per classe professionale). In particolare, nel quadrante in alto a destra figurano le professioni (classi professionali) che mostrano un *disallineamento critico* (caratterizzato da un tasso di fabbisogno e da una difficoltà di reperimento superiori a quelli medi). Tra queste professioni compaiono anche:

- i tecnici della salute⁵ e nelle scienze della vita, con un tasso di fabbisogno pari al 4,4% (oltre 177mila persone) e difficoltà di reperimento all'incirca del 60%;
- le professioni qualificate nei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali⁶, con tassi di fabbisogno più elevati in assoluto (5,4% pari a 73.900 persone) e difficoltà di reperimento di poco superiori alla media (46%).

3.2 Le assunzioni previste nel breve periodo

Unioncamere⁷, in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e con l'Unione Europea, realizza il Sistema informativo per l'occupazione e la formazione, Excelsior, che ricostruisce *il quadro previsionale della domanda di lavoro e dei fabbisogni professionali e formativi espressi dalle imprese*. L'indagine, inserita nel Programma Statistico Nazionale, vede il coinvolgimento della rete delle Camere di Commercio e di Infocamere⁸ e utilizza principalmente la tecnica di compilazione CAWI. Le interviste sono realizzate su un campione di imprese con dipendenti dei diversi settori industriali e dei servizi. Alle imprese vengono richieste *le assunzioni e le uscite*

di dipendenti previste (per pensionamenti, scadenze di contratti, etc.) *nel periodo di riferimento*.

Nell'ambito del Sistema informativo per l'occupazione e la formazione, la Banca dati Professioni Excelsior⁹ consente, in particolare, di approfondire *le assunzioni programmate dalle imprese italiane per ciascuna professione*. Il livello delle analisi, a differenza dei dati AlmaLaurea analizzati nel precedente capitolo (cfr. §2.5), non è la professione (5 *digit*) ma la categoria professionale (4 *digit*). La tabella 3.1 riporta le categorie professionali della cura rispetto alle quali sono analizzate le assunzioni previste nel 2023 e le loro caratteristiche principali. Queste categorie professionali includono le professioni approfondite nel capitolo precedente ma, in alcuni casi (come quello delle professioni sanitarie riabilitative), comprendono anche professioni che non rientrano strettamente nel perimetro di indagine di questo studio.

In totale, nel 2023, per le categorie professionali individuate erano previste 84.350 assunzioni, di cui il 77% circa alle dipendenze. Il grosso delle assunzioni previste, sia in totale che alle dipendenze, si concentrava sulle professioni sanitarie riabilitative (oltre il 78 % circa in entrambi i casi) (tabella 3.2). Come già anticipato, in questa categoria professionale rientrano però anche altre professioni oltre a quelle della cura e dell'assistenza che costituiscono l'approfondimento di questo studio.

In tutte le categorie professionali della cura e dell'assistenza, la maggior parte delle assunzioni previste nel 2023 non riguardava i più giovani. La quota più elevata (42%) di giovani fino a 29 anni sul totale delle assunzioni previste riguardava gli assistenti sociali (figura 3.2). Nel caso delle altre categorie professionali, invece, la quota di giovani sulle entrate previste era invece minoritaria, variando dal 19% dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale al 32% degli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche.

La forma contrattuale prevalente tra le assunzioni previste nel 2023 era il tempo determinato per tutte

5 I tecnici della salute (3 *digit*) rientrano tra le professioni tecniche e ricomprendono le professioni sanitarie e riabilitative (4 *digit*).

6 Le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali rientrano tra le "professioni qualificate nei servizi" e ricomprendono professioni quali quelle di a.s.o. assistente di studio odontoiatrico, aiuto infermiere per cure a domicilio, assistente domiciliare, assistente socio-sanitario con funzioni educative in istituzioni, operatore socioassistenziale, operatore sociosanitario, puericultrice, alle quali si può accedere senza la laurea.

7 L'Unione italiana delle Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura è l'ente pubblico che rappresenta il sistema camerale italiano nei confronti degli organi di governo territoriale, nazionale ed internazionale.

8 InfoCamere S.p.A. è la società consortile di informatica delle Camere di Commercio Italiane.

9 L'applicazione per la consultazione dei dati è integrata nel Sistema informativo sulle professioni, la principale fonte di informazione sulle professioni in Italia di ISTAT e INAPP con il contributo di Unioncamere.

Tabella 3.1 – Categorie professionali del Sistema Informativo Excelsior alle quali sono state ricondotte le professioni di cura e assistenza oggetto di analisi

CodCatProf	Categoria Professionale	CodProf	Professione
2.5.3.3	Specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche (1)	2.5.3.3.1	Psicologi clinici e psicoterapeuti
		2.5.3.3.2	Psicologi dello sviluppo e dell'educazione
2.6.5.1	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili	2.6.5.1.0	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili
3.2.1.2	Professioni sanitarie riabilitative (2)	3.2.1.2.3	Logopedisti
		3.2.1.2.5	Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
		3.2.1.2.6	Tecnici della riabilitazione psichiatrica
		3.2.1.2.7	Educatori professionali
		3.2.1.2.8	Terapisti occupazionali
3.4.5.1	Assistenti sociali	3.4.5.1.0	Assistenti sociali
3.4.5.2	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale	3.4.5.2.0	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale

Note: (1) comprende anche gli psicologi del lavoro e delle organizzazioni; (2) comprende anche Podologi, Fisioterapisti, Ortotisti - assistenti di oftalmologia.

Fonte: Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior

Tabella 3.2 - Assunzioni programmate nel 2023

Codice Categoria	Categoria Professionale	Totale entrate programmate 2023	di cui: assunzioni alle dipendenze
2.5.3.3	Specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche	3.040	1.160
2.6.5.1	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili	3.600	2.680
3.2.1.2	Professioni sanitarie riabilitative	65.850	50.990
3.4.5.1	Assistenti sociali	3.460	2.890
3.4.5.2	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale	8.400	7.220

Fonte: Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Figura 3.2 – Professioni di cura e di assistenza. Quota di giovani fino a 29 anni sul totale delle assunzioni previste per categoria professionale, valori percentuali, anno 2023



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

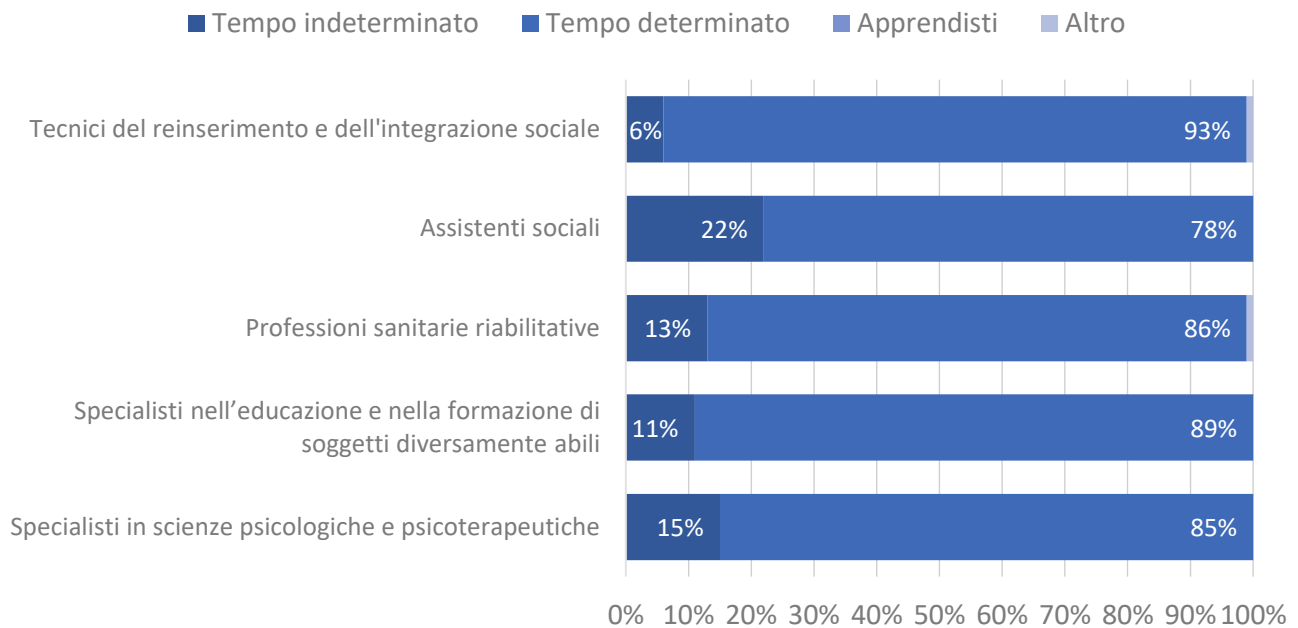
le categorie professionali analizzate, addirittura il 93% nel caso dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (figura 3.3). Non erano invece previste assunzioni con contratti di apprendistato per nessuna delle categorie professionali approfondite. Considerando invece i nuovi contratti di lavoro non alle dipendenze (figura 3.4), le quote di entrate con lavoro in somministrazione erano superiori all'8% solo nel caso degli assistenti sociali e dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale, i collaboratori arrivavano al massimo al 2,1% tra gli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili, mentre le altre forme di lavoro non alle dipendenze raggiungevano quote più consistenti in quasi tutte le categorie professionali, soprattutto tra gli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche (il 61,8%).

La categoria professionale che mostrava la più elevata difficoltà di reperimento era quella delle professioni sanitarie riabilitative (figura 3.5): il 47% delle entrate previste nel 2023 era infatti considerata di difficile

reperimento. Mentre la quota più bassa di assunzioni considerate difficilmente reperibili si registrava tra gli assistenti sociali (il 19%). Il motivo prevalente delle difficoltà di reperimento era, per quasi tutte le categorie professionali considerate, la mancanza di candidati, con una situazione particolarmente grave nel caso degli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili (l'81,8%) e delle professioni sanitarie riabilitative (il 73,7%) (figura 3.6). Nel caso invece dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale, il motivo prevalente della difficoltà di reperimento è l'inadeguatezza della preparazione (nel 65,2% dei casi).

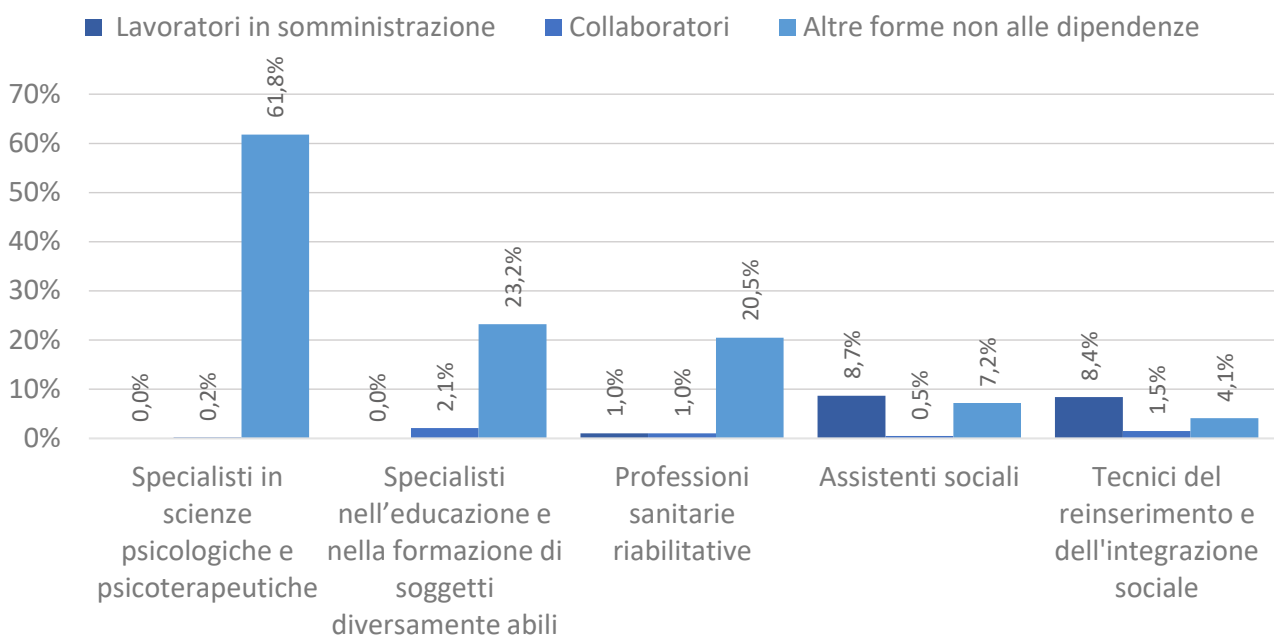
Per la maggior parte delle assunzioni previste nel 2023 nell'ambito delle categorie professionali afferenti all'area socio-assistenziale, socio-sanitaria e educativa veniva richiesta la presenza di precedenti esperienze lavorative e professionali, sebbene il requisito dell'esperienza nello stesso settore fosse prevalente solo nel caso dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (42,6%) (tabella 3.3).

Figura 3.3 - Professioni di cura e di assistenza. Assunzioni complessive alle dipendenze per forma contrattuale, valori percentuali, anno 2023



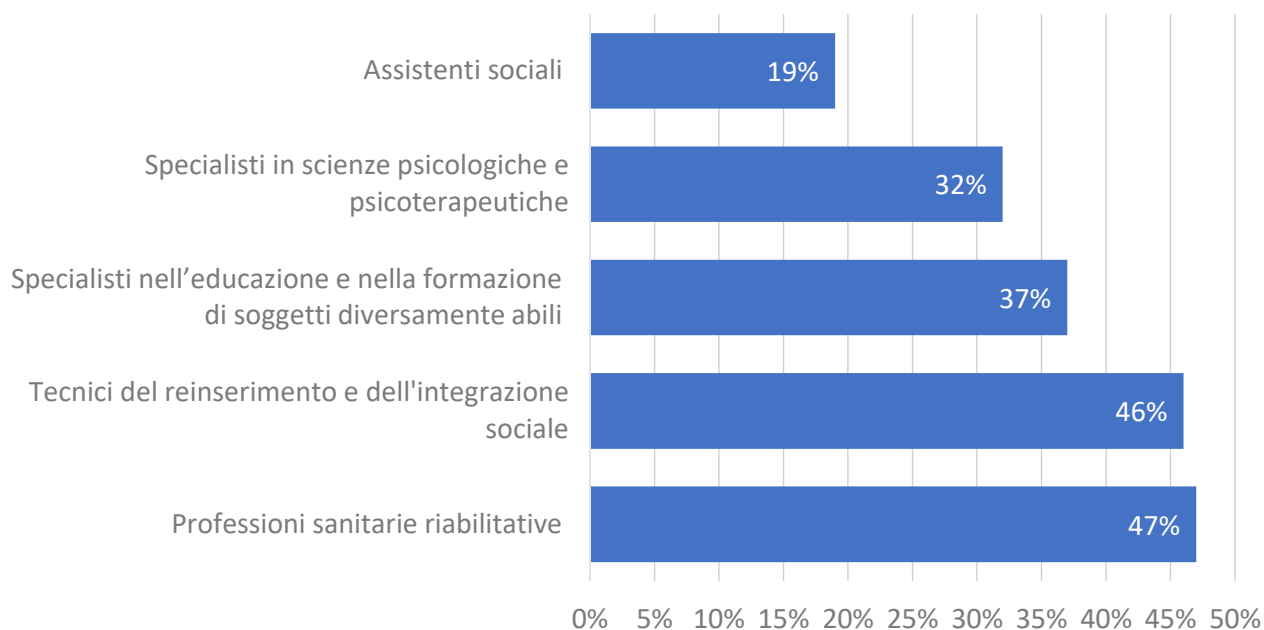
Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Figura 3.4 - Professioni di cura e di assistenza. Assunzioni previste con contratti non alle dipendenze per tipologia di ingaggio, valori percentuali, anno 2023



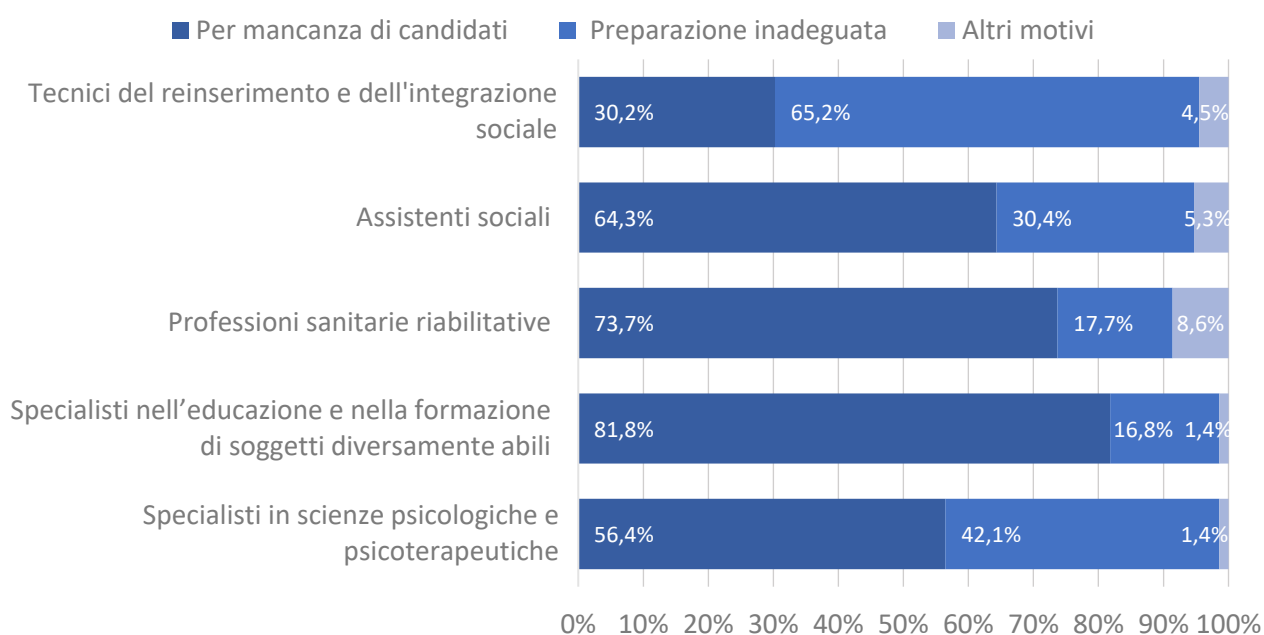
Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Figura 3.5 – Difficoltà di reperimento, valori percentuali, 2023



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Figura 3.6 – Difficoltà di reperimento e cause delle difficoltà incontrate, valori percentuali, 2023



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Tabella 3.3 - Professioni di cura e di assistenza. Assunzioni previste per tipo di esperienza richiesta, valori percentuali, 2023

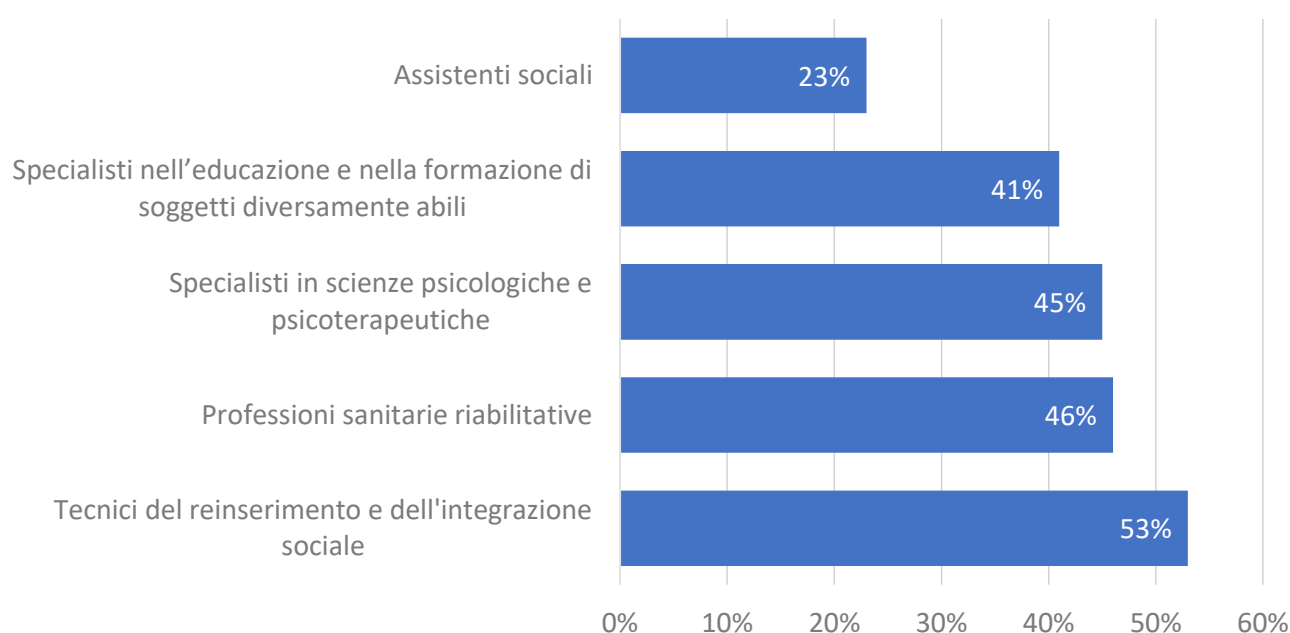
Categoria Professionale	Esperienza professionale	Esperienza nello stesso settore	Esperienza generica di lavoro	Esperienza non richiesta
Specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche	72,1%	27,6%	0,0%	0,4%
Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili	46,5%	38,7%	0,3%	14,6%
Professioni sanitarie riabilitative	54,1%	38,1%	3,9%	3,9%
Assistenti sociali	82,8%	11,5%	0,5%	5,2%
Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale	27,0%	42,6%	2,6%	27,8%

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Un altro aspetto interessante (figura 3.7) è quello legato alla quota di assunzioni necessarie (nel 2023) a sostituire il personale in uscita (ad esempio, per pensionamento, fine contratto a tempo determinato o malattia). Se la quota di assunzioni per sostituzione non supera il 30% nel caso degli assistenti sociali, negli altri casi varia

dal 41% degli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili, al 53% dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale.

Rispetto ad alcune dimensioni di analisi precedenti sono state calcolate e rappresentate graficamente alcune correlazioni, in particolare quelle tra: i) assun-

Figura 3.7 – Professioni di cura e di assistenza. Assunzioni per sostituzione previste, valori percentuali 2023

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

zioni per sostituzione e quota di assunzioni di giovani fino a 29 anni previste; ii) difficoltà di reperimento e quota di assunzioni di giovani fino a 29 anni e iii) assunzioni per sostituzione e difficoltà di reperimento (figura 3.8). L'analisi delle correlazioni evidenzia che:

- la quota di assunzioni di giovani diminuisce al crescere della quota di assunzioni per sostituzione e al crescere della quota di assunzioni di difficile reperibilità;
- la quota di assunzioni di difficile reperibilità aumenta al crescere delle assunzioni per sostituzione.

I dati del Sistema Informativo Excelsior consentono anche di considerare alcune ulteriori caratteristiche socio-anagrafiche, quali il genere, la cittadinanza e il livello di istruzione.

In generale, nell'ambito delle categorie professionali indagate, per la maggior parte delle assunzioni previste nel 2023, gli uomini e le donne erano considerati ugualmente adatti. Una preferenza per l'assunzione soprattutto di donne viene espressa nel caso di assunzioni di assistenti sociali (il 53,4%) (figura 3.9). Ad ogni modo, la quota di donne è mediamente superiore a quella degli uomini in tutte le categorie professionali. Per quello che riguarda le persone di nazionalità straniera (figura 3.10), la quota di assunzioni previste era pari al 20% circa nel caso dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale, una categoria professionale che incontra particolari difficoltà nel reperimento del personale (il 46%). Il ricorso alle persone straniere risulta invece più contenuto nel caso delle assunzioni nell'ambito degli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili (6,1%).

Il livello di istruzione richiesto per le categorie professionali socio-assistenziali, sanitarie e educative indagate è, in quasi tutti i casi, l'istruzione terziaria (accademica e non), con alcune eccezioni (figura 3.11). Nel 54% circa delle assunzioni di tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale previste veniva infatti richiesto il solo diploma di scuola secondaria superiore, sebbene la maggior parte delle assunzioni di questi tecnici fosse considerata di difficile reperimento a causa della preparazione inadeguata.

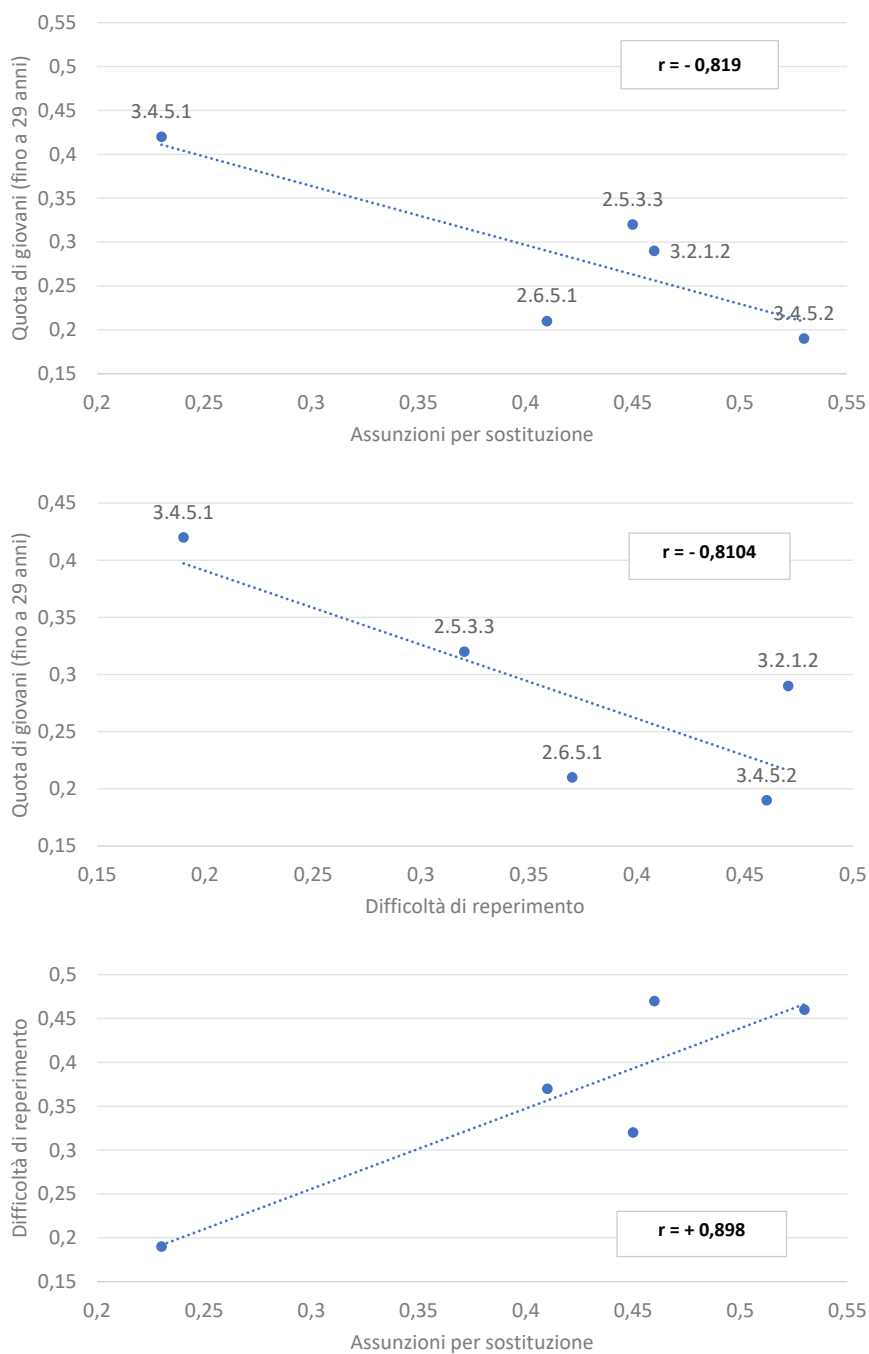
La maggior parte delle assunzioni nel 2023 nell'ambito delle categorie professionali oggetto di interesse erano richieste da imprese di grandi dimensioni (50 dipendenti e oltre), arrivando all'84% circa nel caso degli assistenti sociali (figura 3.12). Da segnalare invece che per gli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche fosse prevista l'assunzione soprattutto da imprese di medie dimensioni (10-49 dipendenti) (il 54% circa) e che una quota comunque rilevante di specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili era previsto fosse assunta anche da imprese di medie dimensioni (10-49 dipendenti) (il 39% circa).

Infine, nonostante nella maggior parte dei casi siano richieste esperienze precedenti (sebbene non nello stesso settore) e titoli di istruzione universitari (o comunque terziari), le imprese prevedevano la necessità di formare ulteriormente quasi tutti coloro che dovevano essere assunti per svolgere queste specifiche professioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e educative (figura 3.13). Si passa dal 60% nel caso delle assunzioni di assistenti sociali al 95% delle assunzioni nell'ambito delle professioni sanitarie riabilitative, con percentuali che variano tra l'82% al 92% nel caso delle altre categorie professionali analizzate.

3.3 La domanda di sostituzione e alcune stime sui dati degli Albi professionali nazionali

La quota di lavoratori di età superiore ai 55 anni nelle amministrazioni centrali dei Paesi OCSE¹⁰ è moderatamente aumentata tra il 2015 e il 2020, passando dal 25% al 26%. Tuttavia, questa media nasconde grandi discrepanze tra i vari Paesi (OCSE, 2021). Ad esempio, in Spagna la quota di lavoratori dell'amministrazione centrale di età pari o superiore ai 55 anni è aumentata in modo significativo, passando dal 35% al 46%, mentre in Grecia è passata dal 27% al 37%. L'Italia rimane il Paese con la quota maggiore di lavoratori anziani: il 48% della forza lavoro dell'amministrazione centrale nel 2020 aveva oltre 55 anni. Se si analizza la percen-

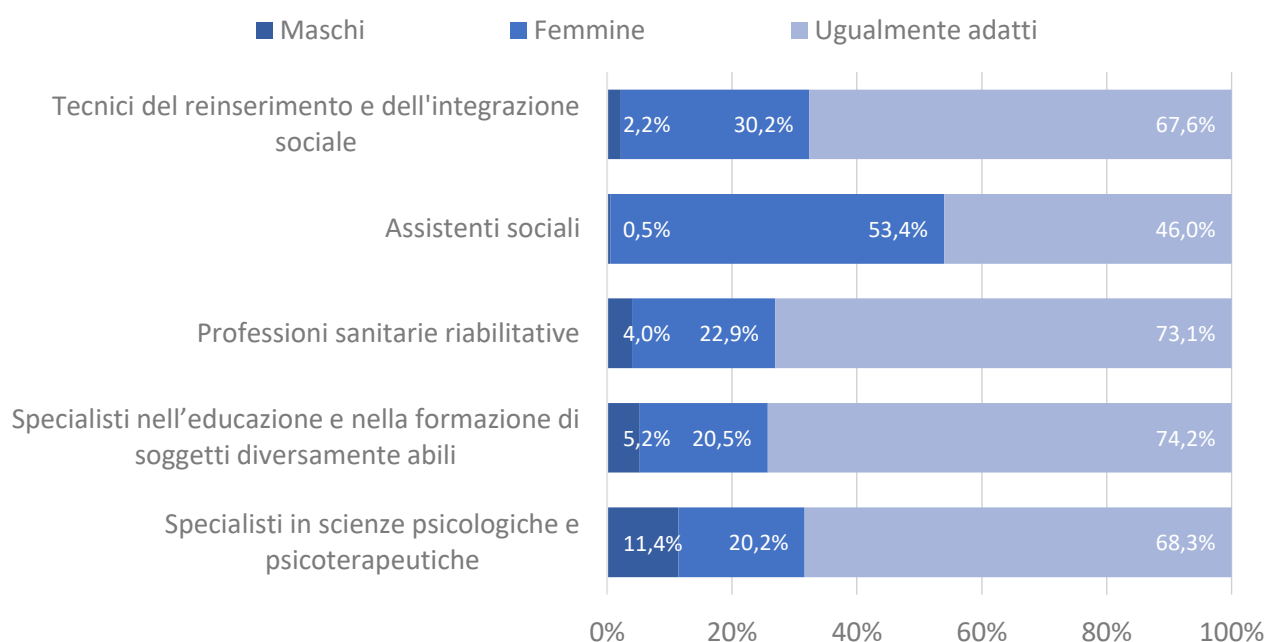
¹⁰ L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico è un'organizzazione internazionale di studi economici per i Paesi membri, Paesi sviluppati aventi in comune un'economia di mercato.

Figura 3.8 - Professioni di cura e di assistenza. Analisi di correlazione, anno 2023

Codice Categoria	Categoria Professionale
2.5.3.3	Specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche
2.6.5.1	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili
3.2.1.2	Professioni sanitarie riabilitative
3.4.5.1	Assistenti sociali
3.4.5.2	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale

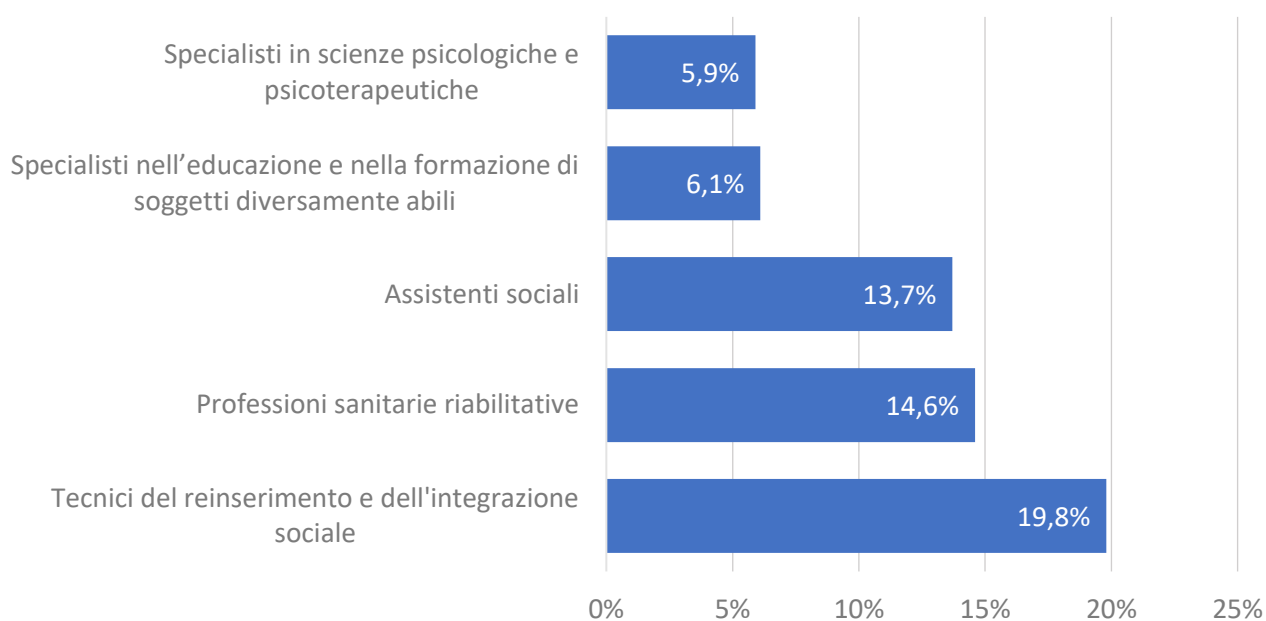
Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Figura 3.9 - Professioni di cura e di assistenza. Previsione di assunzioni per genere, valori percentuali, anno 2023

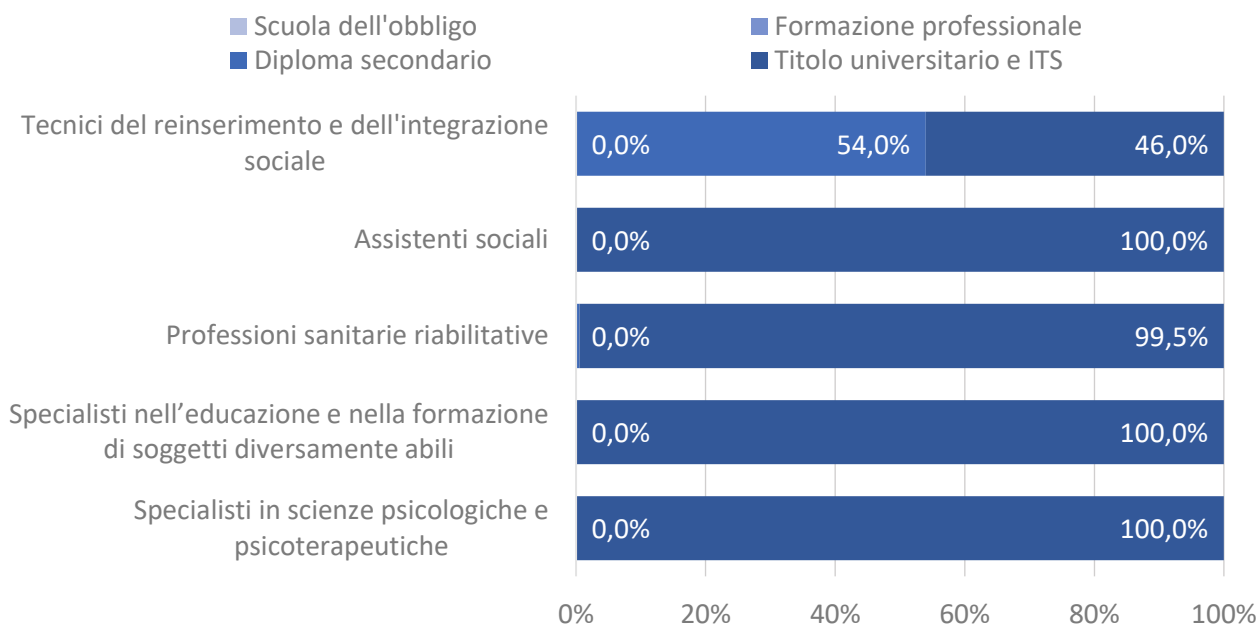


Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

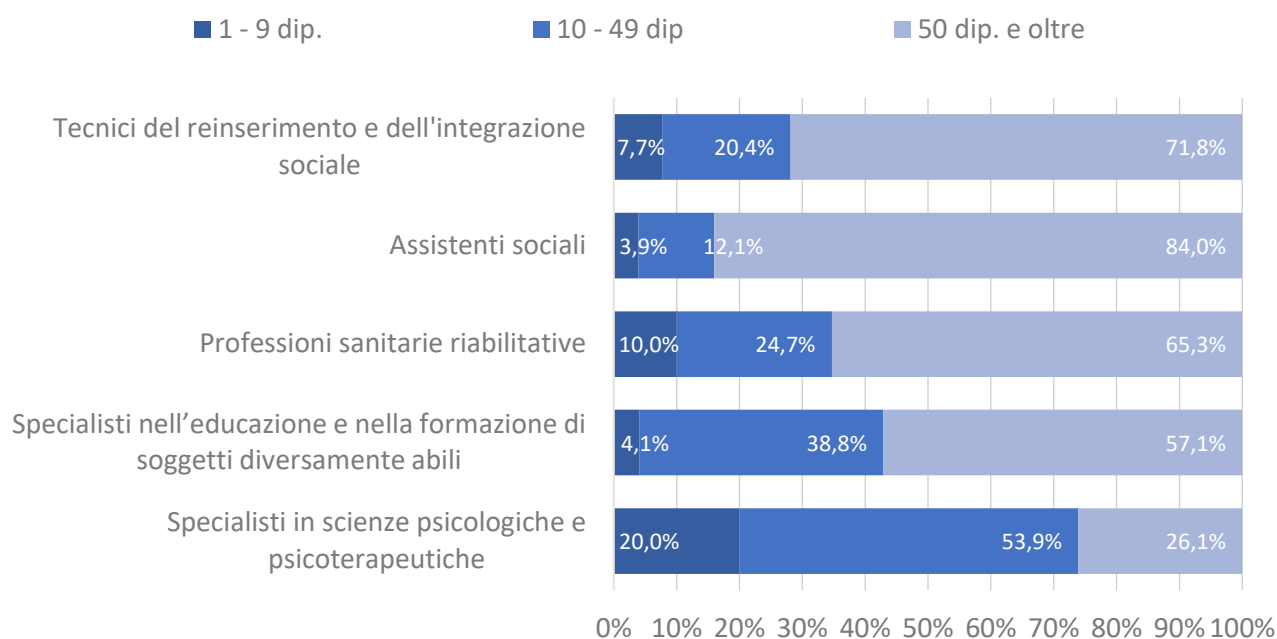
Figura 3.10 - Professioni di cura e di assistenza. Previsione di assunzioni per provenienza, valori percentuali, anno 2023



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

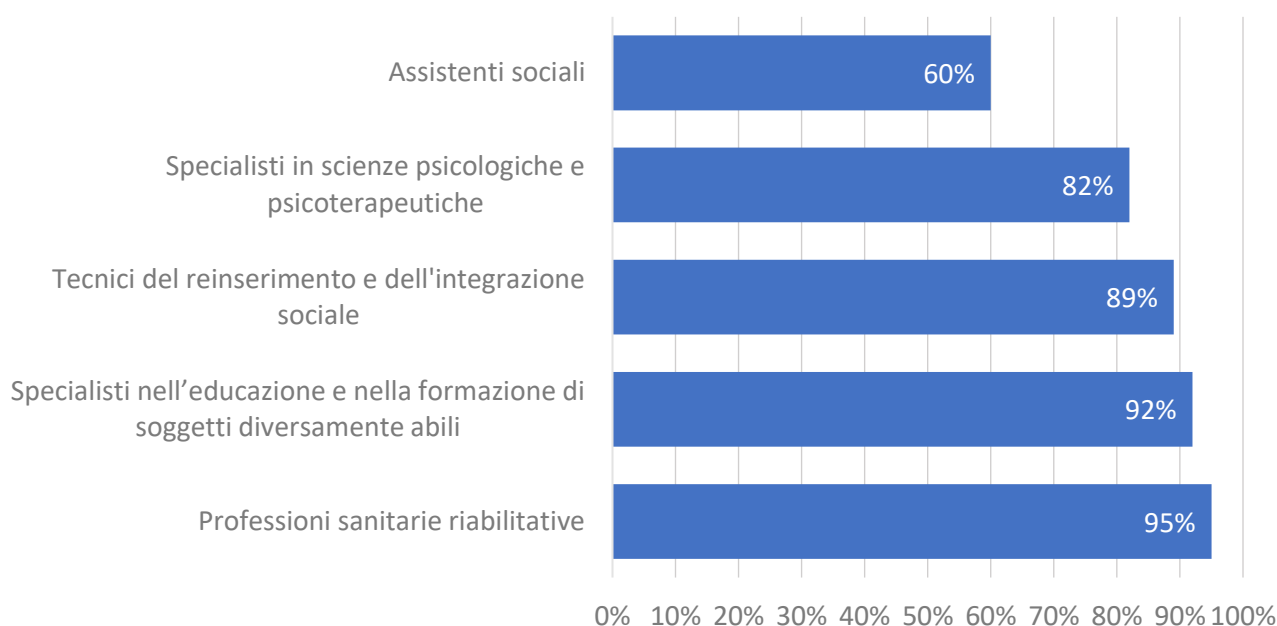
Figura 3.11 - Professioni di cura e di assistenza. Previsione di assunzioni per livello di istruzione richiesto, valori percentuali, 2023

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Figura 3.12 - Professioni di cura e di assistenza. Previsioni di assunzioni previste per dimensioni dell'impresa/ente richiedente, valori percentuali, 2023

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

Figura 3.13 – Professioni di cura e di assistenza. Previsioni di assunzioni previste con necessità di ulteriore formazione, valori percentuali, anno 2023



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati Unioncamere, Sistema Informativo Excelsior, 2023

tuale di giovani tra 25 e 34 anni, nel 2020 l'Italia è l'unico paese (insieme alla Grecia) a trovarsi sotto il 5%, laddove la media OCSE è del 19%.

Unioncamere (2024), come anticipato nel primo paragrafo di questo capitolo, stima che, in Italia, per il quinquennio 2024-2028, la componente in sostituzione, per pensionamento (o mortalità), del personale in uscita dal mondo del lavoro ammonti a circa 3 milioni di unità, di cui circa 2,2 milioni nel settore privato e quasi 800mila nella PA (rispettivamente 450mila e 150mila unità medie annue). Il 54% circa dei lavoratori che dovranno essere sostituiti nel quinquennio considerato, pari ad oltre 1,6 milioni, sarà costituito da personale alle dipendenze del settore privato; poco più di un quinto (631mila unità) da lavoratori autonomi e un quarto (le rimanenti 774mila unità) troveranno occupazione nel comparto pubblico. Nella filiera della sanità, sempre nel periodo 2024-2028, la domanda di forza lavoro per coprire il *turnover* è stimata in circa 387mila unità, di cui il 55% nel

settore pubblico. Il tasso di sostituzione nella filiera della sanità, come già visto, è stimato al 18,3%, superiore a quello complessivo del quinquennio (13,4%).

Unioncamere (2023), sulla base degli archivi INPS¹¹, propone anche un'analisi degli *stock* e delle uscite dal sistema del mercato del lavoro registrate per il 2022¹² sull'insieme dei dipendenti del settore privato (non sono quindi considerati i dipendenti della Pubblica Amministrazione e i lavoratori autonomi), concentrando l'attenzione sui dipendenti *over59* e sulle loro caratteristiche per ottenere indicazioni sull'anzianità della popo-

¹¹ L'Istituto nazionale della previdenza sociale è il principale ente previdenziale del sistema pensionistico pubblico italiano, al quale sono obbligatoriamente iscritti tutti i lavoratori dipendenti pubblici o privati e i lavoratori autonomi, per i quali non sia prevista una propria cassa previdenziale autonoma.

¹² Il 2022 è stato scelto da Unioncamere in quanto costituisce l'ultimo anno per il quale è disponibile un significativo intervallo temporale per determinare l'uscita di un lavoratore dal sistema.



lazione dei lavoratori e, quindi, sulla loro propensione ad alimentare posizioni in uscita dal sistema (pensioni, decessi, ritiri o espulsioni dal lavoro) che richiedono una sostituzione. Nel 2022 in Italia il 6,6% dei dipendenti privati aveva oltre 59 anni con un tasso di uscita pari al 24% circa. La filiera della salute con il 7,7% di *over59* sullo *stock*, nel 2022, rientra tra le filiere più anziane. Sebbene, sempre nel 2022, in questa filiera, gli *over59* abbiano registrato un tasso di uscita pari all'8,1%, ben inferiore a quello medio ma in crescita rispetto al 2021, quando era pari al 6,7%. A completamento delle informazioni sulla filiera della salute appena riportate in questo paragrafo, si propone un semplice esercizio descrittivo per capire se e in che misura crescerà la componente sostitutiva della domanda di lavoro di assistenti sociali, educatori professionali e psicologi sulla base dei dati relativi agli iscritti all'Albo della categoria di ciascuna di queste tre professioni.

Consideriamo dapprima gli assistenti sociali per i quali è stato possibile accedere all'elenco completo degli iscritti all'Albo nazionale aggiornato alla fine del 2023. Si richiama qui brevemente che per esercitare la professione di:

- assistente sociale specialista, occorre essere in possesso della laurea magistrale nella Classe 87 servizio sociale e politiche sociali e superare l'esame di Stato di abilitazione professionale per l'iscrizione all'Albo professionale – sezione A – assistente sociale specialista, secondo quanto previsto dal D.P.R. del 5 giugno 2001, n. 328 capo IV;
- assistente sociale, è necessario essere in possesso della laurea nella Classe 39 servizio sociale e superare l'esame di Stato di abilitazione professionale per l'iscrizione all'Albo professionale – sezione B – assistente sociale, secondo quanto previsto dal D.P.R. del 5 giugno 2001, n. 328 capo IV.

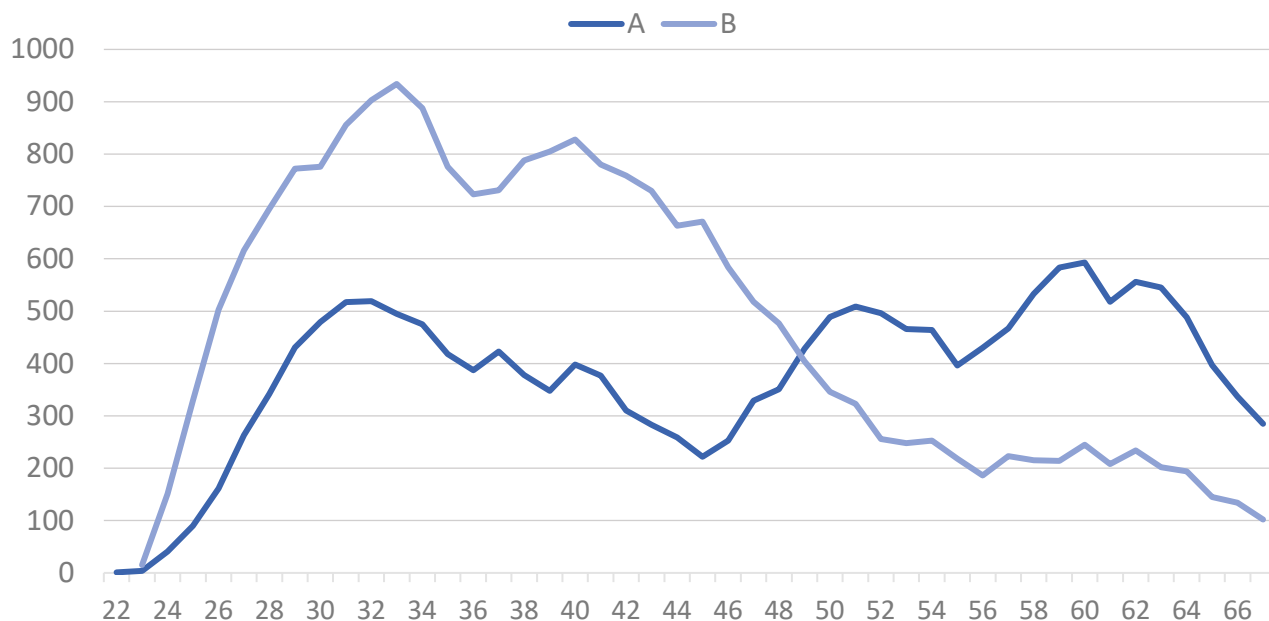
Alla fine del 2023, il numero totale di assistenti sociali iscritti all'Albo degli assistenti sociali ammonta a 40.061 professionisti, di cui 18.164 alla sezione A e 21.897 alla sezione B. Se si eliminano gli iscritti con più di 68 anni (già in età pensionabile, seppure ancora iscritti), il totale degli assistenti sociali in servizio si attesta attorno a 39.155 unità (17.534 nella sezione

A e 21.621 nella sezione B), con l'età media pari a 43 anni (47 nel caso della sezione A; 40 in quello della sezione B) (figura 3.14).

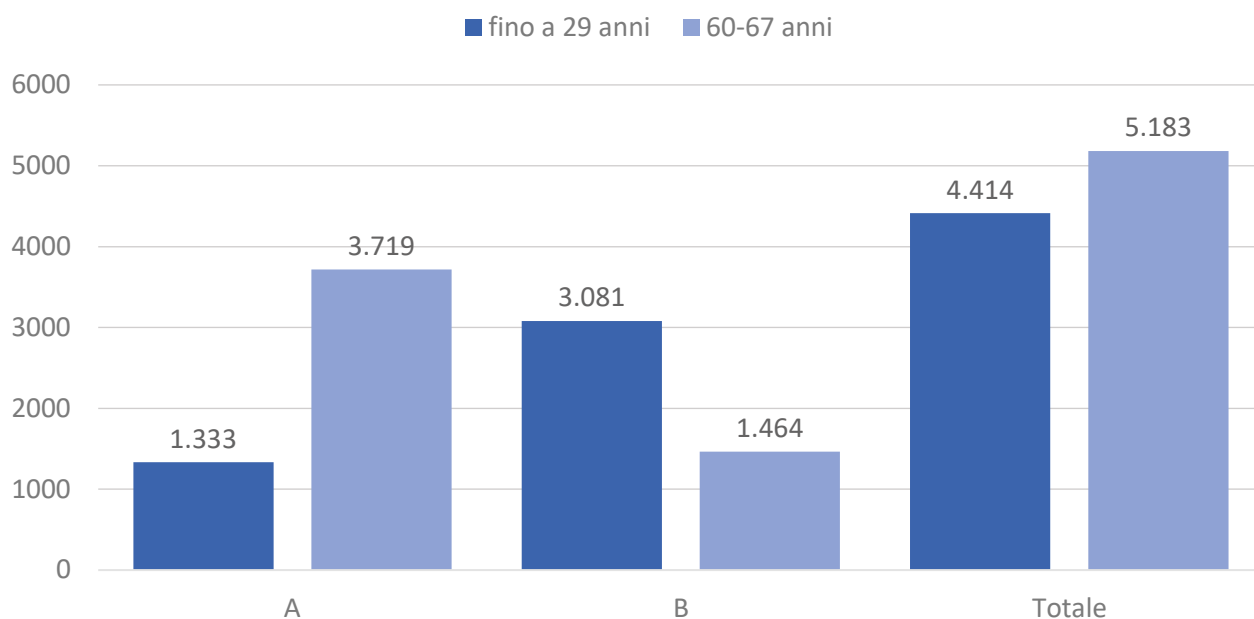
Gli assistenti sociali iscritti all'Albo tra i 60 e i 67 anni, ossia quelli più vicini all'età pensionabile, sono in totale 5.183, pari al 13,2% del totale degli iscritti con al massimo 67 anni. I giovani fino a 29 anni sono invece 4.414, ovvero l'11,3% degli iscritti all'Albo che non hanno superato l'età pensionabile (figure 3.15 e 3.16). Il numero degli assistenti sociali con un'età compresa tra i 60 e i 67 anni, prossimi al pensionamento, supera quindi quello degli assistenti sociali più giovani, iscritti all'Albo da meno tempo. Si contano nello specifico 1,2 iscritti tra i 60 e i 67 anni per ciascun iscritto fino ai 29 anni.

Il numero degli iscritti *over60* supera quello degli iscritti fino ai 29 anni solo nella sezione A (3.719 versus 1.333), mentre nella sezione B si verifica esattamente il contrario (i giovani sono 3.081 e gli *over60* 1.464). In dettaglio, nel caso della sezione A si contano quasi 3 iscritti *over60* per ciascun giovane iscritto: i giovani più recentemente iscritti alla sezione A dell'Albo, se non crescessero repentinamente nei prossimi anni, non riuscirebbero a sostituire gli anziani che andranno in pensione. La situazione è diversa nel caso della sezione B, nella quale il numero dei giovani fino a 29 anni è più del doppio di quello degli *over60*, ovvero per ciascun iscritto anziano vicino al pensionamento, nei prossimi anni si contano due giovani iscritti all'Albo, garantendo ampiamente in questo caso la sostituibilità degli assistenti sociali che andranno in pensione. Questo esercizio, sebbene molto elementare, denota l'esistenza di un problema di sostituzione degli assistenti sociali più anziani e prossimi al pensionamento nel caso della sezione A che, per essere superato, richiede un incremento di giovani che conseguano la laurea magistrale in programmazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali (LM-87) e che successivamente superino l'esame di Stato per potersi iscrivere alla sezione A.

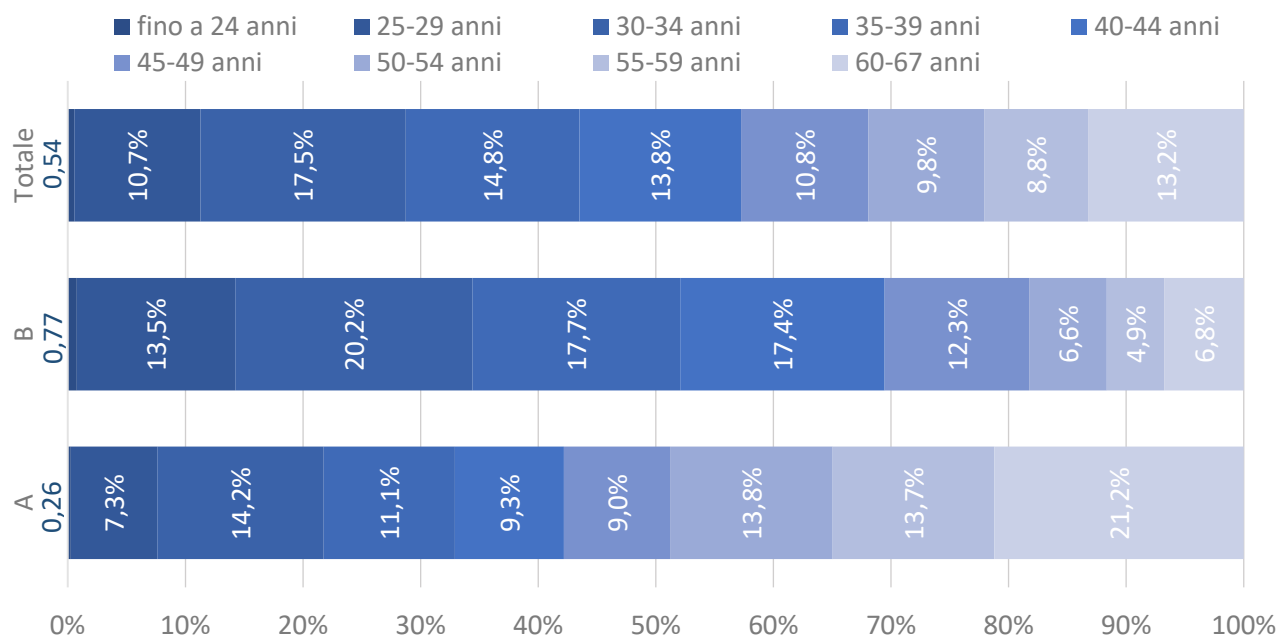
Nel caso degli educatori professionali e degli psicologi non è stato invece possibile accedere all'elenco completo degli iscritti agli Albi nazionali di queste due professioni di cura, per questo motivo sono state quindi condotte delle stime, in entrambi i casi, sulla base di un campione di circa un migliaio di iscritti.

Figura 3.14 – Iscritti all’Albo nazionale degli assistenti sociali: distribuzione per età ≤67 anni, 2024

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati degli iscritti all’Albo nazionale degli assistenti sociali, 2024

Figura 3.15 – Iscritti all’Albo nazionale degli assistenti sociali fino a 29 anni e tra 60 e 67 anni per sezioni, valori assoluti 2023

Fonte: elaborazioni su dati iscritti all’Albo nazionale degli assistenti sociali

Figura 3.16 – Iscritti all’Albo nazionale degli assistenti sociali per classi di età e sezioni, valori percentuali 2023

Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati degli iscritti all’Albo nazionale degli assistenti sociali

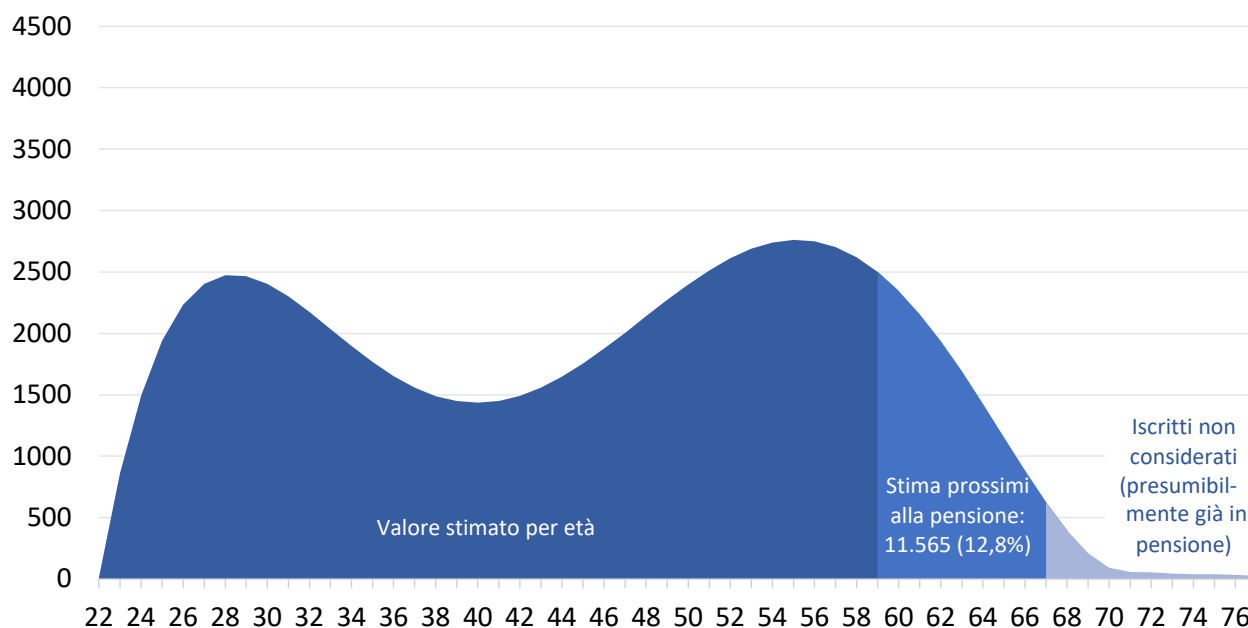
Prima di presentare i risultati di queste stime appare opportuno richiamare che l’educatore professionale è stato tradizionalmente considerato un operatore socio-sanitario per il quale l’esercizio della professione è subordinato all’iscrizione all’Albo della professione sanitaria di educatore professionale, al quale si accede attraverso l’acquisizione della laurea in Educatore Professionale Sanitario, L/SNT02 – Classe delle lauree in Professioni sanitarie della riabilitazione (si veda in merito il capitolo primo). Ma più recentemente, la Legge n.55/2024 ha previsto la formazione degli Albi e l’istituzione degli Ordini regionali e delle province autonome di pedagogisti e educatori professionali socio-pedagogici (per approfondimenti si rinvia al Box 1.2 nel primo capitolo) il cui iter è ancora in corso. I dati dell’Albo degli Educatori professionali utilizzati per le stime si riferiscono quindi all’educatore professionale inteso come operatore socio-sanitario.

Nel caso degli educatori professionali, i dati stimati a partire da un campione di circa 1.000 iscritti mostrano, che il totale dei lavoratori in servizio si attesta attorno alle 90 mila unità, con un’età media pari a

45 anni. Di questi, il 12,8% ha un’età compresa tra i 60 e i 67 anni ed è dunque prossimo al pensionamento e, di conseguenza, il flusso annuo di nuovi pensionati si può stimare in circa 1.450 unità (figura 3.17).

Per quel che riguarda gli psicologi, l’iscrizione all’Albo degli Psicologi è indispensabile per esercitare la professione in Italia. L’Albo si divide in tre sezioni: A per i laureati in psicologia, B per i dottori in tecniche psicologiche e STP per le società tra professionisti. Alla sezione A si accede, previo esame di Stato, con il titolo di laurea specialistica o magistrale (Laurea Magistrale in Psicologia, LM 51), o quinquennale (Laurea in Psicologia conseguita secondo il vecchio ordinamento) e tirocinio professionalizzante di 12 mesi. Il titolo professionale raggiunto è di psicologo. Alla sezione B, invece, si accede, previo esame di Stato, se si è in possesso della laurea nella classe 34 – Scienze e tecniche psicologiche e si è effettuato un tirocinio della durata di sei mesi. Il titolo professionale raggiunto è di dottore in scienze e tecniche psicologiche. I dati dell’Albo degli Psicologi utilizzati per le stime si riferiscono quindi agli iscritti alla sezione A.

Figura 3.17 - Distribuzione stimata per età degli iscritti all'Albo degli Educatori professionali, anno 2024



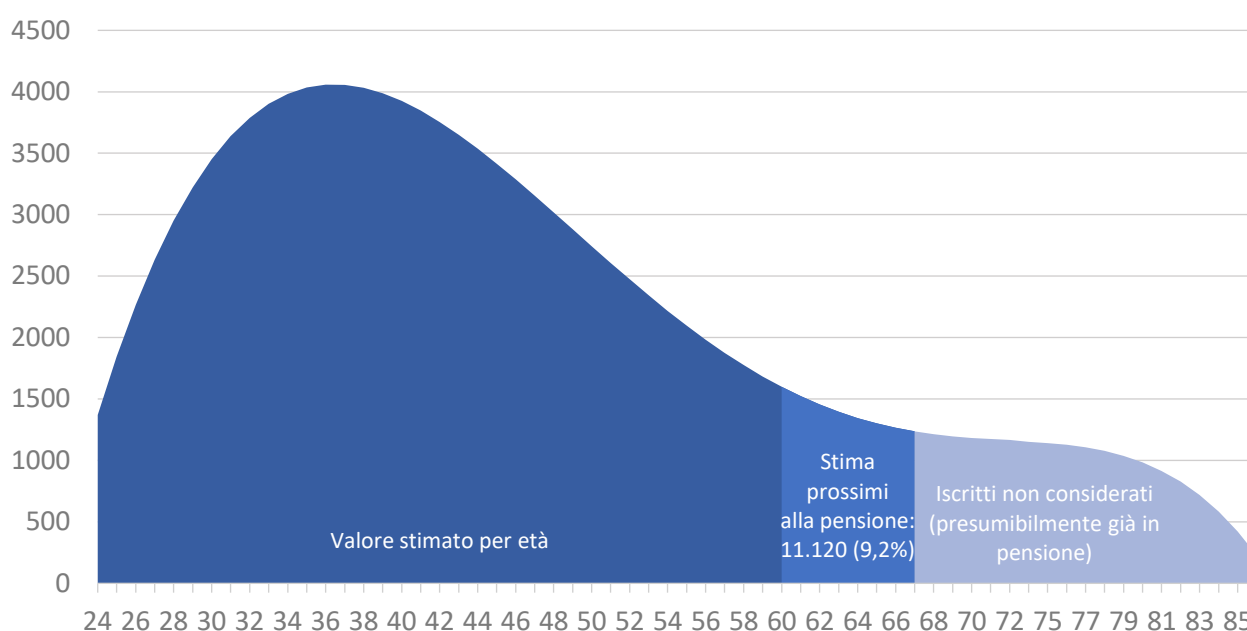
Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati degli iscritti all'Albo nazionale degli educatori professionali, 2024



Le stime condotte su un campione di circa 1.000 iscritti mostrano che il totale dei lavoratori in servizio si attesta attorno a 120 mila unità, con un'età media pari a 43 anni. Quelli prossimi al pensionamento, per-

ché di età compresa tra i 60 e i 67 anni, rappresentano il 9,2% degli iscritti, con un flusso annuale di nuovi pensionati che si può stimare nell'ordine di circa 1.400 unità (figura 3.18).

Figura 3.18 – Stima della distribuzione per età degli iscritti all'Albo degli Psicologi, valori assoluti anno 2024



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati degli iscritti all'Albo nazionale degli psicologi, 2024

4. DISALLINEAMENTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI PROFESSIONI DI CURA



Questo capitolo prova a entrare nel merito dei fattori che influenzano la domanda di professionisti qualificati nei servizi di cura in Italia negli ambiti socio-assistenziale, educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario, tenendo conto che l'eventuale *mismatch* tra domanda ed offerta di figure professionali può essere influenzato da diversi fattori, quali: a) la domanda di sostituzione causata dall'invecchiamento generalizzato della forza lavoro; b) la normativa (o

la regolamentazione), che possono eventualmente rafforzare l'occupazione nel settore pubblico a discapito del *nonprofit*; c) il fenomeno delle dimissioni, che mostra come il settore della cura si stia configurando sempre più come un settore poco attrattivo e, infine d) le specifiche condizioni di lavoro nelle organizzazioni *nonprofit*.

Per ragionare sull'esistenza, e sulle possibili ragioni, di una carenza di personale di cura, è in primo luogo

utile concentrarsi sulla domanda di sostituzione per pensionamento di alcune professioni, sia da parte di amministrazioni pubbliche o soggetti privati, così da confrontare questa domanda con i flussi di offerta di nuovi laureati pronti al lavoro (cfr. paragrafo 4.1). Oltre che sulla domanda di sostituzione per pensionamento, è tuttavia utile ragionare anche su alcuni fenomeni specifici che possono incidere sulle professioni in esame. Così nei paragrafi successivi ci si concentrerà soprattutto su: la domanda incrementale determinata da nuovi dettati normativi e regolamentari, come l'introduzione del LEPS per gli assistenti sociali (cfr. paragrafo 4.2); il fenomeno del *turnover* e delle dimissioni nel settore della cura (cfr. paragrafo 4.3); la gestione delle risorse umane da parte delle organizzazioni del Terzo Settore, con un'attenzione specifica alla capacità di trattenere e reclutare personale afferente alle professioni di cura (cfr. paragrafo 4.4).

4.1 Il confronto tra entrate e uscite di alcune professioni di cura

Un primo aspetto da sottolineare rispetto all'incontro di domanda e offerta di professioni qualificate nei servizi di cura è che, a sintesi delle analisi condotte nel secondo e nel terzo capitolo, non sembrerebbe emergere un problema di *ricambio generazionale* per assistenti sociali, educatori professionali e psicologi. Nel secondo capitolo è stato infatti possibile definire i laureati pronti al lavoro, calcolati sommando i laureati magistrali ai triennali che non proseguono gli studi (dati Almalaurea). Nel terzo capitolo invece, sulla base dei dati sugli iscritti agli Albi nazionali degli assistenti sociali, degli educatori professionali e degli psicologi, sono stati individuati/stimati gli iscritti nella fascia di età compresa tra i 60 e i 67 anni e, dunque, prossimi al pensionamento negli anni a venire.

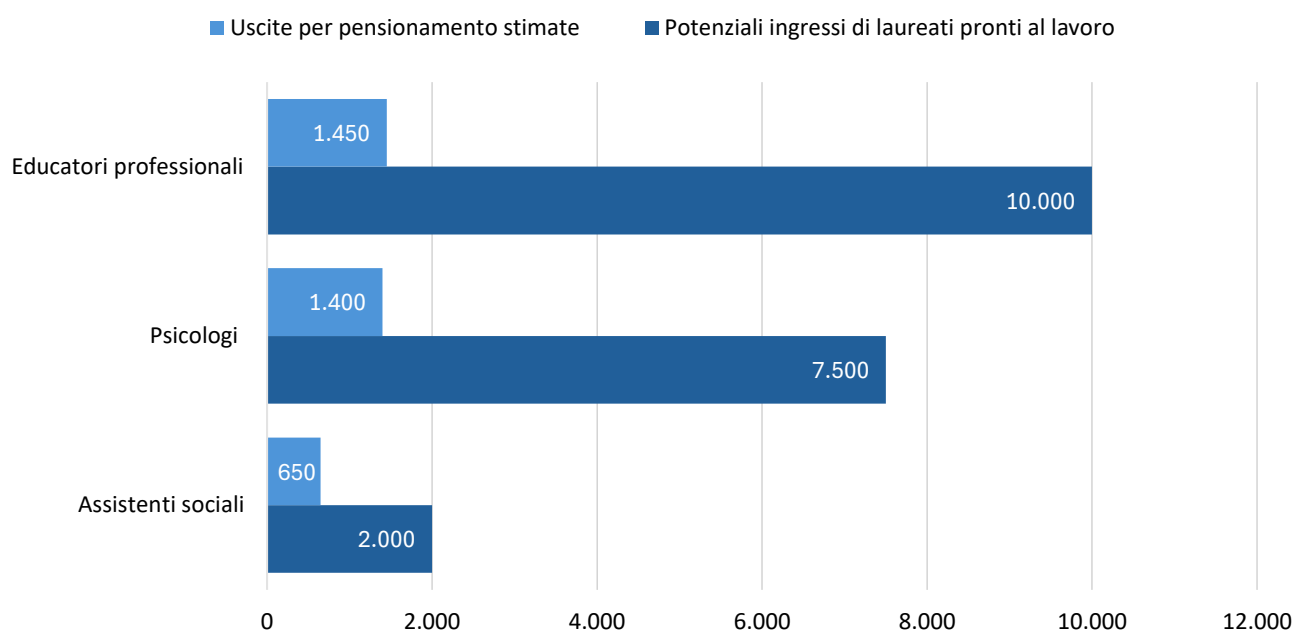
Sulla base di questi dati è stato determinato, da un lato, il flusso medio annuo dei laureati pronti al lavoro prodotti dal sistema universitario e, dall'altro, il flusso medio delle uscite per pensionamento stimate per assistenti sociali, educatori professionali e psicologi. Confrontando questi due flussi emerge una situazione in cui le entrate superano largamente le uscite (figura 4.1).

I laureati nei settori analizzati rappresentano quindi un bacino che, almeno potenzialmente, dovrebbe consentire, al netto di altri fattori (effetti di spiazzamento, elevato *turnover*/dimissioni, etc.), di sostituire nei prossimi anni gli assistenti sociali, gli educatori professionali e gli psicologi che transiteranno verso il pensionamento.

4.2 LEPS e assistenti sociali: lo spiazzamento a favore del settore pubblico

Come già richiamato nel primo capitolo, a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, la materia dell'assistenza sociale rientra nella potestà legislativa esclusiva delle Regioni, mentre le funzioni amministrative spettano ai Comuni. Allo Stato spetta invece la competenza esclusiva di fissare e tutelare i LEP, individuando standard che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e che rappresentano il riferimento principale per la quantificazione delle risorse che lo Stato garantisce agli Enti territoriali incaricati di renderli operativi.

La definizione pratica dei LEPS si è scontrata con la situazione finanziaria e la volontà politica che a lungo hanno impedito che questo adempimento costituzionale si completasse in tempi brevi. Solo alla luce della crescente diffusione delle condizioni di povertà e di disagio sociale, le politiche pubbliche si sono orientate verso il potenziamento dei servizi sociali arrivando alla individuazione graduale di un primo gruppo di LEPS in attesa di una legge organica. In sede di prima applicazione sono stati definiti i LEP prioritari nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 relativi a: a) pronto intervento sociale; b) supervisione del personale dei servizi sociali; c) servizi sociali per le dimissioni protette; d) prevenzione dell'allontanamento familiare; e) servizi per la residenza fittizia; f) progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente. Con la Legge n. 178/2020 (*Legge di Bilancio per il 2021* all'articolo 1, comma 797 e seguenti), è stato introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un assistente sociale ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. Nel 2020, il rapporto tra assistenti sociali e popolazione era, in media, pari a 1 ogni 7.000 abitanti. Obiettivo di questa legge è garantire una presenza

Figura 4.1 – Flusso medio annuo dei laureati pronti al lavoro e delle uscite per pensionamento stimate

Fonte: elaborazioni su dati MUR, AlmaLaurea e Albi nazionali

adeguata e uniforme del servizio sociale professionale sull'intero territorio nazionale, incentivando l'assunzione stabile di assistenti sociali da parte dei Comuni e dei relativi Ambiti territoriali sociali (ATS). Per potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, la normativa ha previsto l'erogazione di un contributo economico a favore degli Ambiti sociali territoriali (ATS) in ragione del numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente. Il contributo è così determinato:

- 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000;
- 20.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto in numero eccedente il rapporto di 1 a 5.000 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 4.000.

Il finanziamento, a valere sul Fondo povertà, ha natura strutturale e non riguarda solo le nuove assunzioni. I

contributi pubblici sono infatti riferibili anche al personale già assunto, laddove eccedente le soglie previste.

Successivamente al riconoscimento del Servizio sociale professionale come LEPS, l'art. 1 comma 735 della Legge di bilancio 2022 (L. 234/2021) ha autorizzato i Comuni e/o l'ATS (ambito territoriale sociale) a effettuare assunzioni di assistenti sociali, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale.

I dati pubblicati dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB, 2023) mostrano che, a 3 anni dall'introduzione del LEP di assistenza sociale, *sono stati erogati due volte i contributi per le assunzioni di assistenti sociali (per circa 50 milioni di euro nel 2022 e 64,8 milioni nel 2023) e sono state versate tre tranches delle risorse per il potenziamento dei servizi sociali comunali del Fondo di Solidarietà Comunale (FSC) (pari a 216 milioni per i Comuni delle Regioni a Statuto Ordinario (RSO) nel 2021 e 299 milioni e 351 milioni per i Comuni delle RSO, della Regione Sicilia e della Regione Sardegna, rispettivamente, nel 2022 e nel 2023).*

Gli assistenti sociali assunti a tempo indeterminato nei servizi sociali territoriali in servizio nel 2020 erano 8.170 (equivalenti a tempo pieno, per un rapporto complessivo nazionale attorno a uno ogni 7.000 abitanti). Gli ultimi dati disponibili del MLPS (UPB, 2023) mostrano che tra il 2020 (anno di avvio dei finanziamenti) e il 2022 il numero degli assistenti sociali con contratto a tempo indeterminato è aumentato di 1.688 unità, ma che per raggiungere il LEP in tutti gli ATS sarà necessario assumere ancora 3.216 assistenti sociali (tabella 4.1).

A seguito dell'introduzione del LEPS e del loro finanziamento, gli assistenti sociali sono aumentati in tutte le regioni, così come è incrementato il numero degli

ATS che raggiungono il LEPS, ma la loro crescita appare molto graduale e diversificata nelle diverse regioni. Nella maggioranza degli ATS del Veneto e delle Regioni del Centro e del Mezzogiorno (tranne la Sardegna) il rapporto fra assistenti sociali e abitanti resta inferiore al livello essenziale.

Nonostante l'elevato numero di Enti che rimangono sotto soglia, gran parte delle risorse (64% nel 2022) finora stanziata per il LEPS non è stata utilizzata. Allo stesso tempo, sono stati finanziati Enti che avevano già raggiunto il LEPS (37%) mentre la maggior parte delle assunzioni ancora necessarie è concentrata negli ATS sotto soglia (UPB, 2023).

Tabella 4.1 – Assistenti sociali in servizio nel triennio 2020-2022 negli ATS/Comuni e assistenti sociali aggiuntivi necessari per soddisfare il LEP nel 2022

	Assistenti sociali in servizio			Assistenti sociali necessari per raggiungere il LEPS
	2020	2021	2022	
Piemonte	762	799	876	47
Valle d'Aosta	39	40	44	0
Lombardia	1.655	1.821	2.024	259
Veneto	854	974	975	81
Friuli-Venezia Giulia	385	407	422	0
Liguria	357	373	397	14
Emilia-Romagna	1.118	1.153	1.266	4
Toscana	546	568	704	118
Umbria	101	125	139	33
Marche	186	213	243	76
Lazio	456	480	681	470
Abruzzo	46	45	45	214
Molise	5	8	8	50
Campania	350	377	485	664
Puglia	349	398	534	294
Basilicata	12	27	20	88
Calabria	51	47	67	305
Sicilia	511	404	473	495
Sardegna	386	429	457	4
Totale complessivo	8.170	8.687	9.858	3.216

Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e UPB (2023)

4.3 Turnover e dimissioni nel settore della cura

Il XXII Rapporto INPS (2023) mostra che, nel 2022, le dimissioni sono state il motivo della cessazione di circa 2,1 milioni di rapporti di lavoro dipendente privato su un totale di 7,7 milioni di cessazioni (27,3%). Oltre 1,2 milioni di dimissioni (sia volontarie che per giusta causa) riguardano contratti di lavoro a tempo indeterminato (il 58,3% del totale delle dimissioni) (figura 4.2), ma si contano anche 467 mila dimissioni (sia volontarie sia per giusta causa) tra i contratti a termine (il 22% del totale delle dimissioni). In questo caso, le dimissioni incidono per il 17% sull'insieme dei motivi di cessazione, incidenza che era del 13% nel 2019 e ancora minore negli anni precedenti.

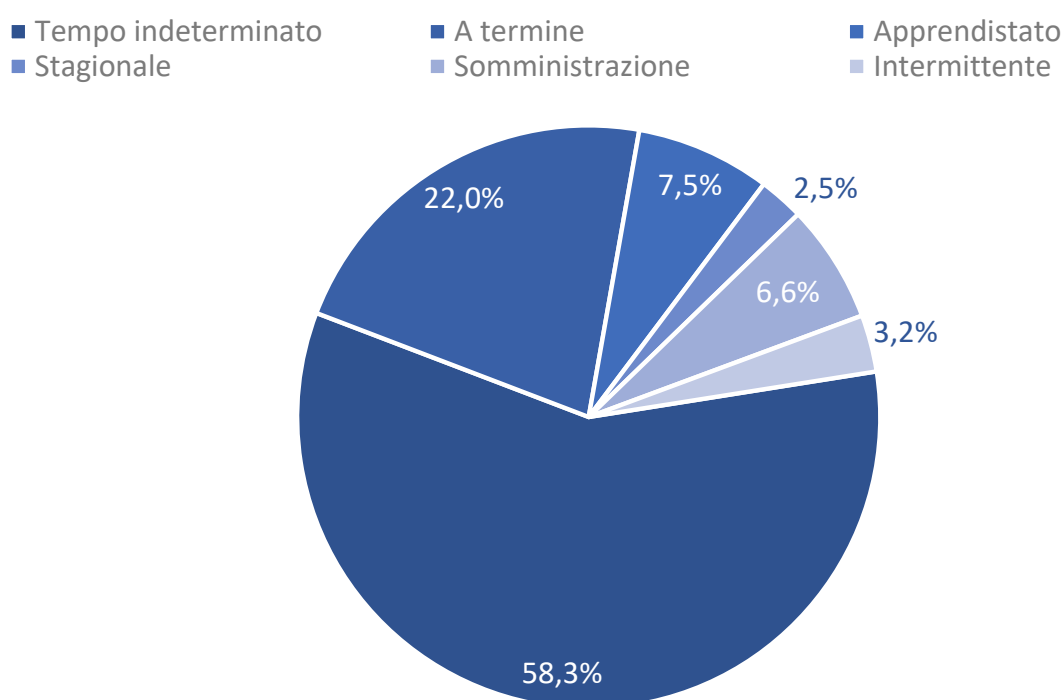
Le dimissioni volontarie, pari a 1,074 milioni nel 2021 e 1,184 milioni nel 2022, sono in aumento rispettivamente del 14% e del 26% in confronto al 2019 (e il balzo è ancora maggiore rispetto al 2018); il fenomeno è particolarmente significativo nelle imprese con più

di 15 dipendenti: rispettivamente +19% e +36% nel 2021 e 2022 sul 2019. Questa evidenza numerica ha fatto parlare, anche per l'Italia (Coin, 2024), di *great resignation* (grandi dimissioni) (tabella 4.2).

Il tasso di ricollocazione, identificato come quota delle persone di età inferiore ai 60 anni che nell'arco dei tre mesi successivi all'evento di dimissione o licenziamento sono risultati impiegati in nuovi rapporti di lavoro, è stato pari al 63,2% nel 2019, al 65,5% nel 2021 e al 66,9% nel 2022.

Giullari e De Angelis (2024) analizzano il settore della cura, inteso (coerentemente con le definizioni ILO riportate nel primo capitolo) come ambito sanitario e socio-sanitario, educativo, sociale e socio-assistenziale, considerandolo particolarmente critico a causa degli elevati tassi di dimissione che, verosimilmente, costituiscono una *proxy* del disagio vissuto dai lavoratori, in particolare per chi rimane al lavoro perché non ha alternative e/o perché chiamato a farsi carico anche del lavoro di

Figura 4.2 – Dimissioni da lavoro dipendente privato per tipologia contrattuale, valori percentuali, 2022



Fonte: elaborazioni Eva Lab su dati INPS, XXII Rapporto annuale (2023)

Tabella 4.2 – Dimissioni volontarie e per giusta causa, dal lavoro dipendente privato, migliaia di euro, 2022

	Tutte le imprese		di cui imprese fino a 15 dipendenti	
	Dimissioni volontarie	Dimissioni per giusta causa	Dimissioni volontarie	Dimissioni per giusta causa
2019	941	50	448	30
2020	834	44	387	26
2021	1074	46	488	27
2022	1184	55	513	29

Fonte: elaborazioni su dati INPS (2023), XXII Rapporto annuale, 2023

chi ha già lasciato l'impiego. Sulla base dei micro-dati della Rilevazione continua sulle forze di lavoro (ISTAT, 2023), gli autori stimano che gli occupati riconducibili al settore della cura nel 2022 in Italia fossero circa 4 milioni (il 17,2% degli occupati). Si tratta in gran parte di donne (il 74,4%), di persone assunte con contratto a tempo determinato, oltre un quarto con lavoro a tempo parziale (il 25,9%) e con il *part-time* involontario che riguarda il 17,9% delle donne e il 9,8% degli uomini. Considerando il periodo compreso tra il 2020 e il primo trimestre del 2023, gli autori evidenziano che il numero complessivo delle cessazioni per dimissioni del personale impegnato in attività di cura ammonta a 833.335. Le dimissioni hanno riguardato soprattutto le donne (77,3%), i cittadini italiani (il 65%) e chi ha un'età almeno pari a 40 anni (il 53%). Una parte consistente dei rapporti di lavoro interrotti erano a tempo indeterminato (61%) e a tempo parziale (57,7%) e con una retribuzione media di circa 900 euro mensili.

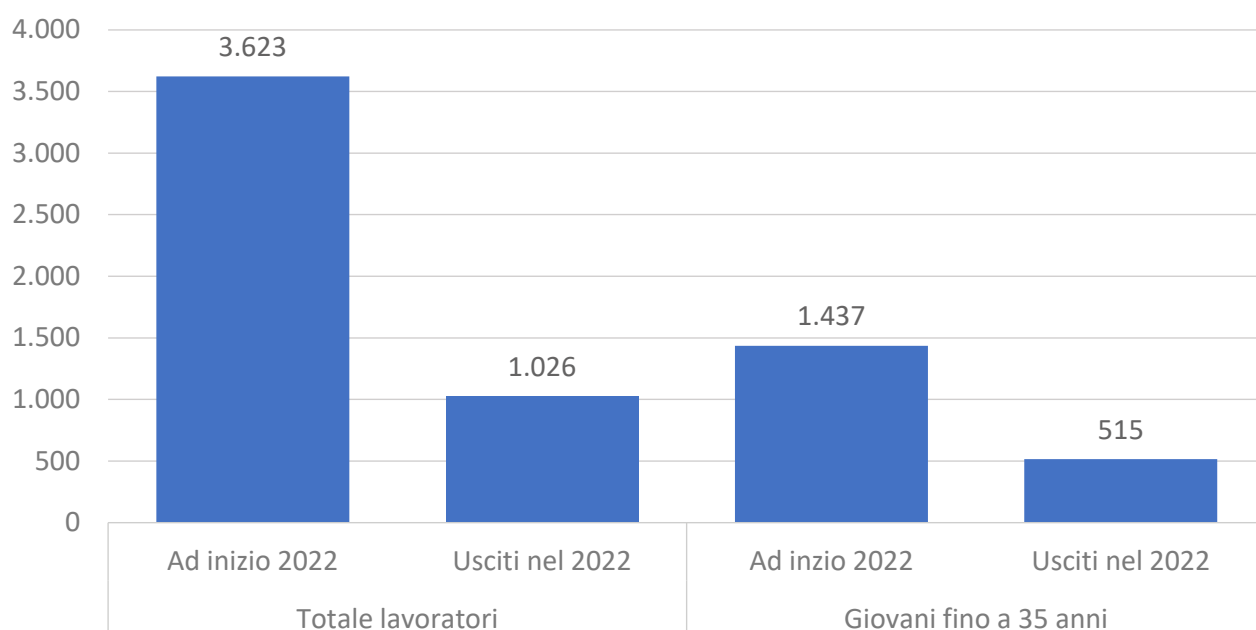
Euricse (2024)¹, nel corso del 2023, ha svolto un'analisi delle dinamiche nei lavori di cura con *focus* sulle cooperative sociali delle province di Lecco e Sondrio, raccogliendo dati da 24 cooperative sociali e da circa 1.200 lavoratori *under35* in esse occupati e realizzando 4 *focus group* di approfondimento tematici. Dalle 24 cooperative sociali coinvolte nell'analisi

emerge che, nel 2022, sono usciti 1.026 lavoratori sul totale dei 3.623 presenti a inizio anno, con un tasso di *turnover* in uscita dei lavori di cura (inclusivo di educatori professionali, assistenti sociali, infermieri, ASA e OSS) pari al 28,3% (figura 4.3). La probabilità di uscita è molto più consistente tra i giovani fino a 35 anni, dato che nel 2022 ha concluso il proprio contratto di lavoro in cooperativa più di 1 giovane su 3: nel 2022, sono infatti usciti 515 dei 1.437 giovani presenti all'inizio dell'anno, con un tasso di *turnover* pari al 35,8%. Tutto ciò non dipende solo dalle condizioni di lavoro precario dei giovani. Se infatti oltre la metà (53,6%) dei giovani *under35* è uscito a conclusione di un contratto a tempo determinato, un significativo 44,8% si è dimesso volontariamente. Inoltre, le cooperative hanno dichiarato che almeno un terzo dei giovani con contratto a termine non avrebbe comunque accettato l'offerta di un nuovo contratto in cooperativa.

4.4 Le principali evidenze dell'indagine Mille Voci per comprendere

Nel 2021, la Fondazione Cariplo ha lanciato il progetto *Mille Voci per comprendere*, un'indagine *panel* realizzata per sondare lo stato di salute degli enti di Terzo Settore con cui da sempre dialoga e che operano nelle comunità per sostenere famiglie e persone, difendere l'ambiente e promuovere le attività culturali. All'inizio del 2024 l'Evaluation Lab di FSVGDA ha svolto la terza rilevazione, che ha permesso di approfondire, tra gli altri, il tema della gestione delle risorse umane

¹ Ricerca realizzata in collaborazione con ONLUS Confcooperative d'Adda, Consorzio Consolida e Consorzio SolCo Sondrio, e con il finanziamento di Fondazione comunità del Lecchese e Fondazione Pro Valtellina.

Figura 4.3 – Turnover in uscita del totale dei lavoratori e dei lavoratori fino a 35 anni (valori assoluti e percentuali, 2023)

Fonte: elaborazioni su dati EURICSE, 2024

da parte di questi soggetti, con un'attenzione specifica sulla capacità di trattenere e reclutare personale afferente alle professioni di cura. Di seguito, viene presentata una sintesi dei risultati rilevati dall'indagine, utile per inquadrare più nel dettaglio la domanda di professioni di cura degli enti del Terzo Settore che operano sul territorio della Fondazione Cariplo.

Nel questionario della terza rilevazione, sono state inserite alcune domande specifiche volte a indagare i seguenti aspetti: i) le difficoltà di reperimento e mantenimento delle risorse umane all'interno dell'organizzazione; ii) la presenza di eventuali specificità di queste difficoltà in base alle diverse professioni coinvolte (inclusi i servizi di cura); iii) le motivazioni dietro le difficoltà incontrate; iv) le strategie per far fronte a queste difficoltà.

Oltre ai dati descrittivi, relativi alle risposte alle domande appena indicate, sono stati predisposti due modelli di analisi econometrici. Il primo volto a stimare la probabilità di incontrare difficoltà significative nel reclutare e/o

trattenere personale a partire da alcune caratteristiche degli enti (provincia di localizzazione, natura giuridica, classe dimensionale e settore d'attività prevalente). Il secondo con l'obiettivo di stimare la probabilità che le risposte alle domande sulle motivazioni delle difficoltà e sulle possibili soluzioni provenissero in particolare da soggetti attivi nel settore di cura, sempre controllando per le caratteristiche degli enti.

Il numero di enti che ha risposto in maniera completa alla sezione dedicata al tema delle risorse umane è pari a 461. Tra questi, 278 (60%) hanno dichiarato che nel corso dell'ultimo biennio hanno incontrato difficoltà a trattenere e/o reperire personale retribuito, mentre i restanti 183 enti hanno affermato di non aver incontrato particolari difficoltà in quest'ambito.

Tra chi ha incontrato una qualche forma di difficoltà, le professioni di cura – ovvero l'insieme di: specialisti e tecnici nel campo dei servizi alla persona, insegnanti e operatori nel campo della formazione e specialisti e tecnici nel campo dei servizi sanitari – occupano una posi-

zione di maggior rilievo, tanto nel mantenere quanto nell'assumere figure professionali. In particolare, poco meno di due rispondenti su tre (62%, equivalente a 172 enti) ritengono il problema connesso al mantenimento o inserimento in organico di persone afferenti alle professioni di cura come molto o abbastanza rilevante, mentre per le altre professioni l'incidenza scende al 36%.

Entrando maggiormente nel dettaglio, tra i 278 enti che hanno incontrato difficoltà, 59 hanno risposto che queste riguardano tanto il mantenere in organico quanto il reclutare nuovo personale. Tra le professioni di cura tale criticità risulta più accentuata, 65% di risposte molto o abbastanza rilevante mentre per le altre professioni il valore è intorno al 40% (figura 4.4, grafico a sinistra). Inoltre, sulla base del modello econometrico, le professioni di cura (rispetto a tutte le altre professioni) sono associate a una maggiore probabilità di incorrere in significative difficoltà, con un differenziale di circa il 32%, in media e a parità di altre condizioni.

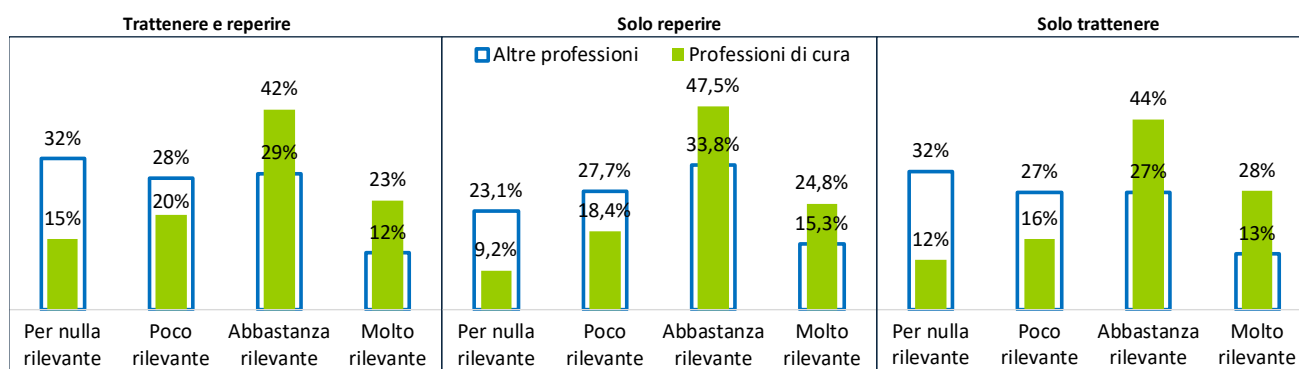
A questi, si aggiungono altri 173 soggetti per i quali le criticità incontrate riguardano specificamente il reperimento di personale. In questo caso si manifestano le maggiori difficoltà tra le professioni di cura, per le quali il 72% degli enti ritiene il problema come molto o abbastanza rilevante, contro il 40% delle altre professioni (figura 4.4, grafico centrale). Anche in questo caso, ad esito del modello, la differenza tra professioni di

cura e altre professioni è statisticamente significativa. Le prime sono associate a una maggiore probabilità di avere difficoltà a reperire personale, in media e a parità di altre condizioni, del +18%. Infine, per 46 rispondenti i problemi riguardano esclusivamente il mantenimento in organico del personale. Nuovamente per le professioni di cura si osserva come la quota di chi considera il tema come molto o abbastanza rilevante sia significativamente maggiore (73%) rispetto alle altre professioni (49%). Tuttavia, in questo caso, verosimilmente a causa della scarsa numerosità di risposte, il risultato del modello econometrico non risulta statisticamente significativo e, dunque, non spiega la variazione nella probabilità di avere difficoltà a trattenere il personale.

Secondo i 130 enti che hanno indicato uno o più motivazioni dietro la difficoltà a trattenere e/o reperire personale, le ragioni più frequenti sono: la mancanza di candidati, la mancanza di esperienza e competenze specifiche, le politiche retributive poco attrattive e, più distante, la richiesta di particolari condizioni contrattuali.

Soprattutto rispetto alla mancanza di candidati si osserva come la frequenza di risposte sia più che doppia tra le professioni di cura rispetto alle altre professioni, per le prime l'incidenza è del 61% mentre per le seconde del 30% (figura 4.5). Anche i risultati del modello econometrico confermano che la probabilità che un ente indichi come motivazione la mancanza di

Figura 4.4 – Distinzione delle difficoltà a trattenere e reperire, solo trattenere e solo reperire tra professioni di cura e altre professioni, anno 2023



Fonte: elaborazioni Eva Lab su indagine Mille Voci per comprendere, 2024

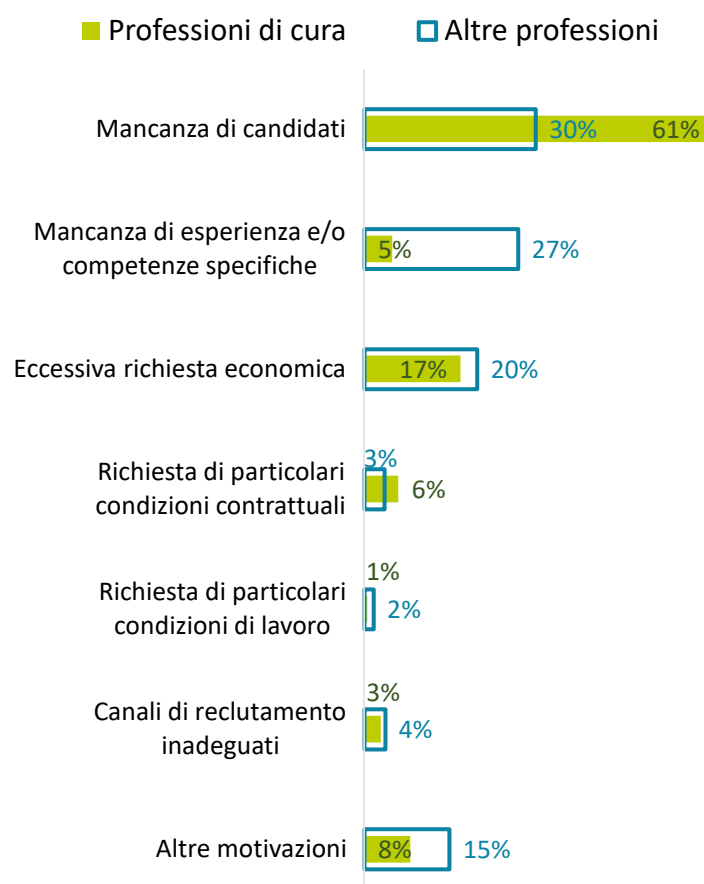
candidati aumenta se l'occupazione riguarda le professioni di cura (+23%). Viceversa, la mancanza di esperienza e/o di abilità risulta estremamente meno nei servizi di cura (5%) rispetto alle altre professioni (27%). Anche in questo caso gli esiti delle stime rafforzano la rappresentazione descrittiva: la probabilità che la motivazione sia la mancanza di abilità e competenze si riduce nelle professioni di cura (-13%).

La terza opzione di risposta più frequente riguarda di nuovo le politiche retributive: in questo caso la differenza tra professioni di cura e altre professioni è molto più contenuta. Infatti, il 17% degli enti indica tale opzione per le prime contro il 20% per le seconde. A riprova che tale motivazione riguardi indistintamente professioni differenti vi sono anche gli esiti del modello, che mostra che una maggiore richiesta

economica non è associata in modo statisticamente significativo alle professioni di cura. Infine, la quarta motivazione indicata fa riferimento alla richiesta di particolari condizioni contrattuali che, per quanto residuale, ha una frequenza delle risposte doppia tra i servizi di cura (6%) rispetto alle altre professioni (3%). Anche in questo caso, proprio per il numero molto basso di casi in cui sono stata indicata tale motivazione, i risultati delle regressioni non risultano statisticamente significativi.

Per far fronte alle difficoltà di reperimento e/o di mantenimento del personale le organizzazioni del Terzo Settore non prevedono di adottare strategie *ad hoc* per le professioni di cura. Difatti, le risposte fornite in merito alle diverse soluzioni, con la sola eccezione per gli incentivi di natura non economica, hanno sostanzial-

Figura 4.5 – Motivazioni delle difficoltà a reperire o trattenere personale



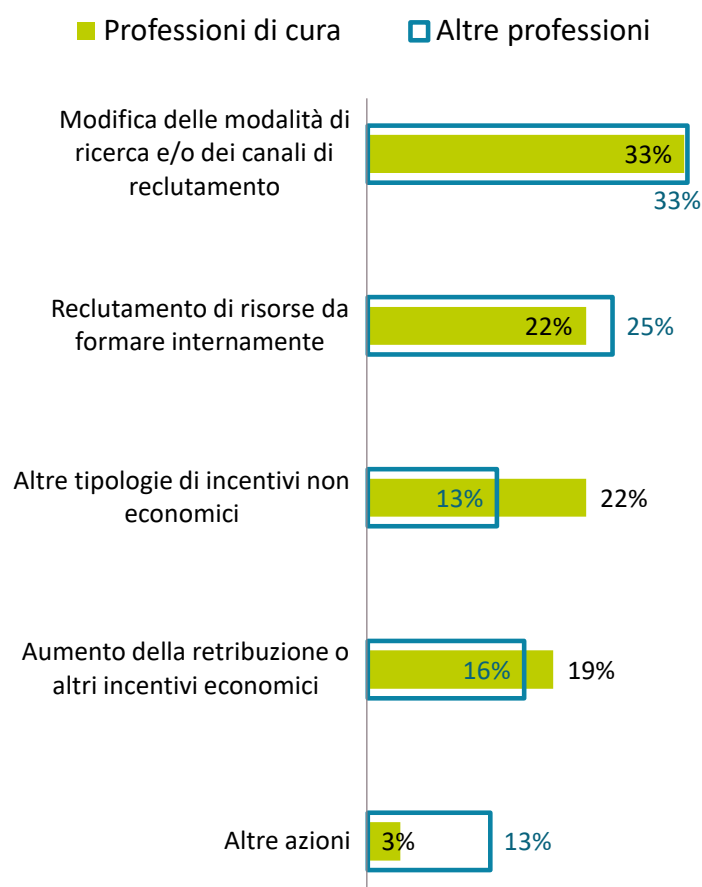
Fonte: elaborazioni Eva Lab su indagine Mille Voci per comprendere, 2024

mente la stessa frequenza, sia che si tratti di professioni di cura sia che si tratti di altre professioni (figura 4.6). La modalità più frequente, indicata da un terzo degli enti, a prescindere dalla tipologia di professione, fa riferimento alla modifica delle modalità di ricerca o ai canali di reclutamento. La seconda strategia che gli enti prevedono di adottare riguarda il reclutamento di risorse da formare internamente. In questo caso si osserva un'incidenza percentuale leggermente maggiore tra le altre professioni (25%) rispetto a quelle di cura (22%).

Viceversa, l'utilizzo di forme di incentivi a carattere non economico, come anticipato, risulta significativamente più frequente tra chi dichiara di volere applicare

tale soluzione per il personale afferente ai servizi di cura (22% contro il 13% delle altre professioni). Anche l'utilizzo di incentivi economici o il semplice aumento della retribuzione tendono a essere indicati con una frequenza leggermente maggiore per le professioni di cura (19%) rispetto al 16% delle altre professioni. Tuttavia, nessuna delle diverse opzioni di risposta previste è risultata associata in modo statisticamente significativo alle professioni di cura. Riprova questa che gli enti del Terzo Settore rispondenti all'indagine non sembrano prevedere l'adozione di strategie *ad hoc* rivolte a specifiche professioni con l'obiettivo di risolvere problemi di trattenimento o reperimento del personale.

Figura 4.6 – Strategie per far fronte alle difficoltà a reperire o trattenere personale, anno 2023



Fonte: elaborazioni su indagine Mille Voci per comprendere, 2024

5. EVIDENZE EMERSE DAI DATI E DALLE TESTIMONIANZE PRIVILEGIATE



5.1 Professioni di cura tra settore pubblico e Terzo Settore

Come richiamato nel primo capitolo, i Comuni svolgono un ruolo chiave nell'erogazione dei servizi sociali sul territorio, in collaborazione con le altre istituzioni e gli enti del Terzo Settore. In attuazione al principio di sussidiarietà, i Comuni promuovono *azioni per favorire il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che con-*

sentano ai soggetti operanti nel Terzo Settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale (Codini et al, 2017).

Dunque, il Terzo Settore è da sempre stato un ambito di inserimento lavorativo importante per le professioni di cura e di assistenza in Italia.

5.1.1 Rilievo e ruolo del Terzo Settore nell'erogazione dei servizi di cura e assistenza

Le professioni di cura e di assistenza nell'ambito del Terzo Settore, e in particolare delle cooperative sociali, si caratterizzano per alcuni aspetti critici che è opportuno analizzare in quanto rappresentano un'area oggetto di grande interesse, soprattutto alla luce dei recenti mutamenti dell'offerta dei servizi di welfare (Natoli e Saltanicchia, 2019). Come visto nel primo capitolo (INAPP, 2023), diverse sono le figure professionali (psicologi, professioni educative, assistenti sociali, etc.), che a vario titolo lavorano nel Terzo Settore, dove nel tempo (specie nel caso degli assistenti sociali) hanno acquisito e consolidato ruoli importanti e di responsabilità (Galeotti e Daddi, 2021, Buralassi e Tili, 2023, Casteller, 2024).

In Italia, nell'ambito del Terzo Settore, che storicamente si contraddistingue per una pluralità di organizzazioni con finalità, attività e assetti diversificati, si è registrata nel tempo una proliferazione di professioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e educative. A professionisti più riconosciuti come lo psicologo, l'assistente sociale, l'educatore, o comunque già molto presenti, come l'OSS, si sono progressivamente aggiunte figure diverse ed emergenti, come, ad esempio, il mediatore interculturale e il manager del welfare (Grassia et al., 2008; Cellini, 2024). Secondo dati INAPP (2023), nel 2020, le professioni qualificate nel Terzo Settore rappresentano il 43,8% sul totale degli occupati. A prevalere sono, in particolare, le figure meno specializzate ossia gli addetti all'assistenza personale e le altre figure professionali sanitarie (il 42,2% in totale) (livello base); il 26% sono assistenti sociali, educatori, tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (livello intermedio); il 6,5% psicologi, sociologi e assistenti sociali specialisti (livelli apicali). Si contano poi medici, infermieri e fisioterapisti per il 10% e professioni qualificate nei servizi socio-sanitari per il 15,3% (Natoli e Saltanicchia, 2019).

I dati resi disponibili in letteratura, spesso riferiti ai soli assistenti sociali, non hanno prodotto quantificazioni esatte sull'evoluzione della loro numerosità nel Terzo Settore, mostrando comunque un andamento crescente (Fazzi, 2016). Il dato per il 2020, fornito dall'Ordine nazionale degli assistenti sociali, ci dice che il 22,1% degli

assistenti sociali lavora nel Terzo Settore, in confronto al 9,3% del 1997, all'11,9% del 2008 e al 23,2% del 2017. I dati dell'Ordine nazionale, relativi al 2020, evidenziavano che il 79,4% degli assistenti sociali nel Terzo Settore era impiegato in cooperative/imprese sociali, il 14,4% in organizzazioni di volontariato, il 6,2% in fondazioni. Dati sostanzialmente confermati e da una recente ricerca condotta su un campione di oltre 3.000 assistenti sociali su base nazionale (Buralassi e Tili, 2023) dalla quale risulta che il 76,1% lavora in cooperative/imprese sociali, il 12,7% in organizzazioni di volontariato, il 5,1% in fondazioni. Rispetto alla quota rilevante di assistenti sociali nelle cooperative sociali, spesso il loro inserimento non è avvenuto mediante cooptazione in qualità di nuovi soci, ma tramite assunzioni alle dipendenze, prevalentemente a tempo determinato (Facchini, 2010).

5.1.2 Le condizioni lavorative nei settori di cura e assistenza

Data la limitata disponibilità di dati e analisi quantitative sulle condizioni professionali dei lavoratori della cura e dell'assistenza nel Terzo Settore, per approfondirne status attuale ed evoluzione occorre soffermarsi soprattutto su aspetti e considerazioni di natura qualitativa. La generale carenza di risorse umane nel settore della cura e dell'assistenza nel sistema di welfare, nel Terzo Settore ma anche nel pubblico (Pelliccia, 2024), può avere diverse motivazioni.

In primo luogo, la scarsità delle risorse economiche può aver indotto a un investimento residuale sul personale e in particolare su professioni sociali qualificate. A ciò si aggiunga che il lavoro di cura e di assistenza (specie quello sociale e educativo) non viene riconosciuto come un ambito caratterizzato da conoscenze e competenze specifiche, determinando una difficoltà nell'assegnare a ciascuna professione una sua distintività in termini di competenze e generando una costante intercambiabilità dei diversi professionisti (Dellavalle 2019, Marocchi 2023). Ciò porta a un forte livellamento verso il basso dei riconoscimenti, della qualità del lavoro e delle retribuzioni, di queste professioni, e a una frammentazione del lavoro da loro svolto. Ciò comporta il rischio di creare professionalità generaliste, in possesso solo di competenze

trasversali generiche (Tabacchi 2023) o, addirittura, diffondendo una credenza errata per la quale chiunque può svolgere un lavoro di cura e di assistenza purché in possesso di buona volontà o di una predisposizione naturale (Cellini, 2024).

La crescente burocratizzazione delle attività e l'aumento dei compiti di rendicontazione, a discapito del tempo per le relazioni di aiuto e per le attività di pensiero, rappresentano fattori che contribuiscono ulteriormente alla de-professionalizzazione dei professionisti della cura e dell'assistenza, anche nel Terzo Settore, accentuando la mancata valorizzazione delle specificità professionale (oltre che il mancato riconoscimento di salari adeguati) (Cellini e Scavarda, 2019; Tabacchi, 2023).

Un ulteriore aspetto critico, che caratterizza le professioni di cura e di assistenza, riguarda i servizi a titolarità pubblica che il Terzo Settore gestisce come mero erogatore per conto delle amministrazioni pubbliche (aspetto richiamato nel Capitolo 1), in un contesto di crisi economica che ha indotto sempre più l'adozione di politiche di *austerità* e di contenimento dei costi. Tutto ciò non senza conseguenze in termini di precarietà e instabilità lavorativa per i professionisti della cura e dell'assistenza (Natoli e Saltanicchia, 2019). Esiste quindi un problema di inquadramento professionale, che sfocia tra l'altro anche nelle basse retribuzioni delle professioni della cura e dell'assistenza. Si pensi che un assistente sociale, con una decina d'anni di anzianità, guadagna in media 28 – 30.000 euro lordi l'anno. Il tutto accompagnato da una contrazione del potere di acquisto (ovvero del salario reale), anche a causa di una contrattazione collettiva carente (Cellini, 2024). A questo proposito, con l'accordo del febbraio del 2024 fra le confederazioni sindacali e le istituzioni di rappresentanza della cooperazione sociale, è stato, per esempio, rinnovato il contratto dei lavoratori delle cooperative sociali con decorrenza dal 01/01/2023 e che avrà vigore fino al 31/12/2025 (cfr. Box 5.1).

L'analisi della soddisfazione lavorativa dei professionisti della cura e della salute costituisce un ulteriore tassello per comprendere la qualità delle condizioni di lavoro dei professionisti che operano nel Terzo Settore. Fazzi (2015) evidenzia un buon livello medio di soddisfazione tra gli assistenti sociali occupati.

Burgalassi e Tilli (2023) confermano questo risultato: oltre l'80% degli assistenti sociali che lavorano nel Terzo Settore si ritiene abbastanza soddisfatto o molto soddisfatto del proprio lavoro. Il livello di soddisfazione lavorativa, tuttavia, varia a seconda della tipologia delle organizzazioni del Terzo Settore in cui i professionisti della cura e dell'assistenza lavorano. Le cooperative sociali, nelle quali lavora la maggioranza degli assistenti sociali, rappresentano il contesto lavorativo in cui si rileva il grado di soddisfazione minore, in ragione anche del fatto che le cooperative li assumono principalmente con contratti di lavoro a tempo determinato e quindi meno stabili. La scelta di questo inquadramento contrattuale sembra essere dettata dalla necessità delle organizzazioni del Terzo Settore di scaricare su questi professionisti *le difficoltà derivanti da modalità di esternalizzazione segnate da compressione dei budget disponibili, richiesta di elevata elasticità organizzativa, incertezza sugli scenari di medio periodo* (Burgalassi e Bilotti, 2023). D'altra parte, la precarizzazione, e il frequente ricorso a forme contrattuali atipiche nel Terzo Settore, e nelle cooperative sociali in particolare, è presente anche in situazioni di ampia disponibilità di risorse economiche. L'offerta di lavori con contratti a termine per i professionisti della cura e dell'assistenza è infatti aumentata, anche nel Terzo Settore, nonostante la crescita delle risorse economiche provenienti da fondi nazionali ed europei registratasi negli ultimi anni (Sicora e Rosina, 2019; Pavani, 2021).

La soddisfazione lavorativa può dipendere anche dalle relazioni all'interno della organizzazione di appartenenza, sia tra colleghi che con i livelli apicali (Cellini, 2024). Ancora una volta, la diffusione di contratti atipici può ingenerare tensioni, ad esempio, perché gli assistenti sociali che lavorano con contratti più precari possono essere esclusi da attività di formazione e supervisione riservati a personale a tempo indeterminato.

Il tema della precarietà o dell'instabilità contrattuale può, d'altra parte, essere strettamente connesso a quello della mobilità (Cellini, 2024). Il lavoro nel Terzo Settore, infatti, può rappresentare, soprattutto per i più giovani, una fase di passaggio in un percorso professionale che mira ad un posto di lavoro più stabile e

Box 5.1 – Il rinnovato CCNL delle Cooperative sociali

L'accordo del febbraio del 2024 ha rinnovato il CCNL delle cooperative sociali, prevedendo tre tranches di aumenti di retribuzione: una a febbraio 2024 ha alzato i vecchi minimi contrattuali conglobati mensili (di cui all'art. 76), con un aumento che va da 52,63 euro per il livello A1 fino a 96,84 euro per il livello F2; la seconda a ottobre 2024 ha aumentato gli stipendi mensili di un importo che va da 26,31 euro per gli A1 fino a 48,42 euro per gli F2; una terza tranche di aumenti, prevista per ottobre 2025, porterà complessivamente l'aumento della retribuzione a un valore che va da 105,26 euro per i livelli A1 fino a 193,68 euro per i livelli F2. In estrema sintesi, considerando il livello D2, nel quale solitamente rientrano assistenti sociali, educatori professionali e logopedisti, ad ottobre 2025 il minimo tabellare arriverà a 1.727,83 euro mensili contro i 1.594,15 euro mensili previsti dalle tabelle retributive CCNL Cooperative sociali in vigore da settembre 2020 a gennaio 2024, prima del rinnovo del contratto collettivo.

Le tabelle retributive del CCNL Istituzioni Socio-Assistenziali Uneba (Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale), rinnovate l'ultima volta a dicembre 2020 e in vigore anche nell'anno 2024, in attesa del rinnovo, prevedevano per il livello 3S, nel quale rientrano tra gli altri terapisti della riabilitazione, logopedisti, assistenti sociali, educatori professionali, terapisti occupazionali, uno stipendio mensile lordo complessivo pari a 1.523,31 euro, di poco inferiore al tabellare mensile previsto dalle tabelle retributive del CCNL Cooperative sociali in vigore fino a gennaio 2024, prima del rinnovo.

Il CCNL Funzioni Locali è il riferimento per tale comparto, che regola le condizioni di lavoro per i dipendenti delle amministrazioni locali (come i Comuni, le Province, e altre autorità locali) in Italia. L'ultimo CCNL si riferisce al triennio 2019-2021 e, a dicembre 2024, sono ancora in corso le trattative per il suo rinnovo per il periodo 2022-2024. Gli accordi per il rinnovo prevedono aumenti medi mensili lordi per i dipendenti degli Enti Locali per tutte le qualifiche, così suddivisi: 111,45 euro per gli operatori; 116,03 euro per gli operatori esperti; 130,41 euro per gli istruttori; 141,50 euro per funzionari e elevate qualifiche. L'area istruttori, nel CCNL 2019-2021, comprendeva, tra le varie professioni, anche gli assistenti sociali, educatori professionali socio-pedagogici e educatori professionali socio-sanitari, personale della riabilitazione, con uno stipendio loro mensile che, a partire dal 1° gennaio 2021, si attestava tra i 1.934,36 euro del livello D1 e i 2.569,18 euro. Il livello D1 il più basso dell'area istruttori già nel 2021 si collocava su valori medi più elevati di quelli del minimo tabellare previsti per il livello D2 dal rinnovato CCNL Cooperative sociali.

sicuro. In questo senso, l'introduzione dei LEPS per le prestazioni di assistenza sociale ha introdotto finanziamenti strutturali per il potenziamento del servizio sociale professionale, aumentando così il numero di concorsi per assistenti sociali banditi in tutta Italia dagli enti territoriali, creando una certa mobilità dal Terzo Settore al settore pubblico, spiazzando di fatto l'occupazione nelle Istituzioni *nonprofit*. A conferma della difficoltà di attrazione di giovani lavoratori da parte della cooperazione sociale, una recente indagine online svolta a livello nazionale sugli assistenti sociali occupati nel Terzo Settore su un campione di 4.500 professionisti indica come la collocazione nelle cooperative sia reputata dalla maggior parte degli occupati giovani come transitoria in attesa di un concorso nell'ente pubblico (Burgalassi, 2023).

Un ulteriore aspetto da considerare è legato all'esternalizzazione dei servizi sociali da parte della Pubblica Amministrazione, che consiste nell'affidamento della produzione di servizi a uno o più soggetti esterni, mantenendo comunque la titolarità e il finanziamento della produzione stessa. Questo affidamento può concretizzarsi nella duplice forma del *contracting out* (affidamento diretto) o dell'accreditamento (affidamento indiretto) e riguarda l'intera organizzazione e produzione di un servizio. Negli ultimi anni, però, nell'ambito delle esternalizzazioni si è diffusa un'ulteriore modalità di affidamento nella quale l'ente pubblico chiede a quello *nonprofit* di fornire del personale da impiegare nei servizi che gestisce in proprio (Cellini, 2024). In questo modo, l'ente pubblico si trova nella condizione di poter utilizzare professionisti che, pur formalmente dipen-

denti della organizzazione del Terzo Settore, risultano di fatto nella sua piena disponibilità (Tilli, 2023). Può avvenire, ad esempio, che nei medesimi uffici lavorino sia assistenti sociali assunti dagli enti, sia professionisti assunti da cooperative, che svolgono compiti simili e che sono coordinati dalla stessa figura dirigenziale. Questi processi, dettati fondamentalmente da logiche di risparmio, hanno determinato sia situazioni di disagio che disparità. Il professionista viene infatti a trovarsi in una posizione ibrida, collocato all'interno di un'organizzazione ma con un datore di lavoro esterno. In tale condizione, da un lato, aumenta il rischio di non sentirsi parte di un'organizzazione, dall'altro, emergono disparità, derivanti da un diverso trattamento economico, da diverse tutele dei diritti del lavoratore, da una posizione contrattuale spesso precaria (Fazzi, 2016).

5.2 Gli approfondimenti qualitativi con interviste e focus group

Le analisi quantitative mostrate nei precedenti capitoli sono state corroborate e approfondite dalle testimo-

nianze di esperti e professionisti della cura del Terzo Settore, che hanno restituito preziose osservazioni in merito all'evoluzione della domanda delle professioni di cura, le cause di una minor attrattività del Terzo Settore e, infine, formulato alcune proposte in grado di far fronte a questa problematica. L'indagine ha previsto delle interviste individuali semi-strutturate della durata di circa un'ora, svoltesi on-line tra ottobre e novembre 2024, rivolte a 14 esperti: accademici, ricercatori, figure apicali degli Ordini professionali e dei relativi Albi, associazioni di categoria e consorzi di cooperative attive in ambito educativo, socio-assistenziale e socio-sanitario (tabella 5.1).

La raccolta di testimonianze è proseguita con quattro *focus group* realizzati on-line a novembre 2024, della durata variabile tra un'ora e mezza e due ore, ai quali hanno partecipato 75 rappresentanti e operatori di 61 organizzazioni del Terzo Settore attivi sul territorio della Fondazione (tabella 5.2). In questo caso, le domande sono state accompagnate da alcuni sondaggi in diretta, utili per indirizzare la discussione sulle questioni più

Tabella 5.1 – Partecipanti alle interviste individuali

Nome	Organizzazione di riferimento
Giusy Biaggi	Consorzio CGM
Marco Bottaro	Consorzio Consolida
Diego Catania	Federazione lombarda Ordini TSRM e PSTRP
Francesco Crisafulli	AUSL Bologna (Educatore sociale)
Gianluca De Angelis	IRES Emilia Romagna
Sara Depedri	EURICSE
Stefano Granata	Presidente Federsolidarietà e Aiccon
Lorenzo Guerra	Consorzio Consolida
Silvia Guffanti	Consorzio Consolida
Susanna Mantovani	Università Bicocca (dip. Scienze Umane "Riccardo Massa")
Gabriella Natoli	INAPP (Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche)
Valeria Negrini	Portavoce del Forum Terzo Settore, Pres. Confcooperative - Federsolidarietà Lombardia
Laura Parolin	Referente regionale Ordine degli Psicologi Lombardia
Omar Piazza	Coop. Pugno aperto
Emanuele Polizzi	Università Milano Bicocca (Sociologia generale)
Silvio Premoli	Università Cattolica Milano (Pedagogia generale e sociale)
Alessandro Prisciandaro	Presidente Associazione pedagogisti educatori italiani (APEI)
Barbara Rosina	Presidente Ordine nazionale degli assistenti sociali

Tabella 5.2 – Organizzazioni iscritte ai focus group

Enti di secondo livello	Cooperative sociali
CNCA	Libera Compagnia di Arti e Mestieri Sociali
Federsolidarietà Confcooperative Lombardia	L'impronta
Legacoop Lombardia – Dipartimento Welfare	ProgettAzione Onlus
Cooperative sociali	Progetto Sociale
Alchimia	Solaris
Arimo	Spazio Vita Niguarda
Atipica	Stripes
Centro Gulliver	NATURart
Co.Ge.SS.	Paloma 2000
Comunità del Giambellino	Patronato San Vincenzo
Consorzio Comunità Brianza – Impresa Sociale	Ripari – Impresa Sociale
Consultorio il Mandorlo	Spazio Giovani – Impresa Sociale
Diapason	Fondazioni
Elios	Albosaggia
Emmanuele	Archè
Famiglia Nuova	Cà d'industria onlus
Fuoriluoghi	Don Gino Rigoldi
Gasparina di Sopra	FATA Onlus
Generazioni FA	G.B. Guzzetti
Genesi – Impresa Sociale	Giovannina Rizzieri Onlus
Il Cantiere	Natur&-Onlus
Il Carro – Impresa Sociale	Passo dopo Passo ... Insieme IS
Il Melo Onlus	Rosa dei Venti onlus
Intreccio Onlus	Associazioni
Koinè	Anfass
La Bitta	Una casa anche per te Onlus
La Cordata	Cena dell'amicizia
La Grande Casa	InsiemeAte Onlus
La Rete	L'Abilità
La Sorgente	OdV
La Vela	San Vincenzo de' Paoli

Fonte: Elaborazioni Eva lab da risposte ai sondaggi nei focus group, novembre 2024

rilevanti e stimolare il dibattito. I risultati sono presentati nelle analisi, così da fornire un quadro sintetico dell'orientamento degli intervistati in merito alle tematiche chiave dell'indagine. Le domande utilizzate nelle interviste individuali e nei *focus group* sono le stesse e ricalcano le principali aree di ricerca dello studio:

- negli anni recenti, sono emersi nuovi soggetti/settori/funzioni di natura pubblica o privata che hanno indotto un aumento della domanda di professionisti?
- il Terzo Settore, e gli enti che ne fanno parte, esprimono una domanda di lavoro diversa e/o particolare rispetto a quella di altri settori/soggetti? Se sì, quali sono? Se sì, si ha l'impressione che le richieste del Terzo Settore facciano riferimento a condizioni di lavoro, professionalità, stipendi che tendano a ridurre l'attrattiva del settore non-profit per neo-laureati o lavoratori in generale?
- è a conoscenza di iniziative che affrontino concretamente il tema del reclutamento/trattenimento di tali professionalità o ha proposte a riguardo?

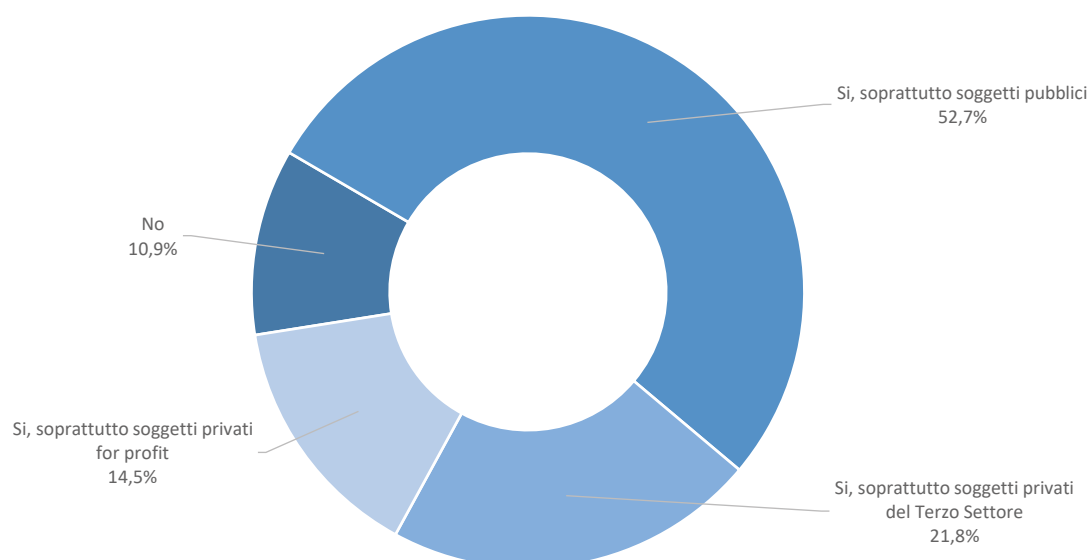
Le analisi dei prossimi paragrafi, combinando le informazioni delle interviste individuali e dei *focus group*, mostrano in primo luogo la percezione dei partecipanti in merito all'evoluzione della domanda di professionisti della cura, a seguire le criticità dei soggetti del Terzo Settore che ne riducono l'attrattiva sul mercato del lavoro e, infine, le pratiche e le proposte per migliorare le capacità di trattenere e reclutare professionisti da parte di questi soggetti.

5.3 Evoluzione della domanda di professionisti della cura

Il generale aumento della domanda di servizi di cura, e quindi di professionisti, è un fenomeno riconosciuto e condiviso dalla quasi totalità degli intervistati, che rintracciano la presenza di questa dinamica da almeno 15/20 anni. Alla base di questa tendenza di lungo periodo ci sono gli strutturali cambiamenti demografici e sociali del paese, in *primis* l'invecchiamento della popolazione, che ha portato a un aumento dei bisogni sanitari e delle non autosufficienze, seguita poi da una crescente povertà e fragilità sociale delle famiglie, che necessitano più di prima di sostegno e servizi socio-as-

sistenziali. A questi fattori si sono poi aggiunti cambiamenti di tipo culturale, in particolare il riconoscimento di problematiche prima sottovalutate o ignorate, come ad esempio nell'ambito delle dipendenze (un tempo relative all'assunzione di droghe e ora allargate ad altri fenomeni dal gioco d'azzardo a internet) o dei bisogni educativi e psicologici. Dall'emergere di queste necessità si è assistito negli scorsi decenni a una moltiplicazione di soggetti che operano nel settore della cura, soprattutto operanti nel Terzo Settore, e alla formazione delle aziende speciali consortili. In seguito alla crisi del 2008 si è invece assistito a un periodo di contrazione dei livelli di spesa pubblica che spesso hanno portato alla chiusura di alcune organizzazioni e della relativa offerta di welfare. In sintesi, nei decenni precedenti al Covid-19, la domanda di professionisti della cura si è espansa, stabilizzata e successivamente, almeno in parte, contratta.

Negli ultimi anni sembra invece essere tornata a crescere la domanda generale, spinta dalle necessità di carattere strutturale viste sopra e dagli effetti del Covid-19. La gran parte dei partecipanti ai colloqui individuali condivide che alla base della crescita della domanda di professionisti – in particolare nel mondo cooperativo – derivi dall'espansione dei loro servizi in nuovi settori di intervento, spesso sostituendo enti di natura filantropica, religiosa e organizzazioni di volontariato. Ciò è avvenuto in particolare nel caso dei servizi di contrasto alla grave emarginazione degli adulti e, più recentemente, nei servizi per l'infanzia e nella tutela dei minori. A saturare l'offerta, e quindi a rendere più difficile il trattenimento e il reclutamento dei professionisti da parte degli enti del Terzo Settore contribuisce negli ultimi anni anche il settore pubblico, favorito da un notevole aumento delle risorse disponibili, specialmente nell'ambito dell'assistenza sociale, dei servizi socio-sanitari (ATS e Aziende socio-sanitarie) e anche dell'educazione. Un altro elemento che si è inserito nella contesa per la ricerca di professionisti tra Terzo Settore ed enti pubblici riguarda lo sviluppo di imprese for profit nell'ambito del settore socio-sanitario privato che hanno drenato professionisti sia nel Terzo Settore sia nel settore pubblico offrendo retribuzioni piuttosto generose rispetto alla concorrenza.

Figura 5.1 – Soggetti che hanno incrementato la domanda di professionisti

Fonte: Elaborazioni Eva Lab sulle risposte ai sondaggi dei focus group, 2024

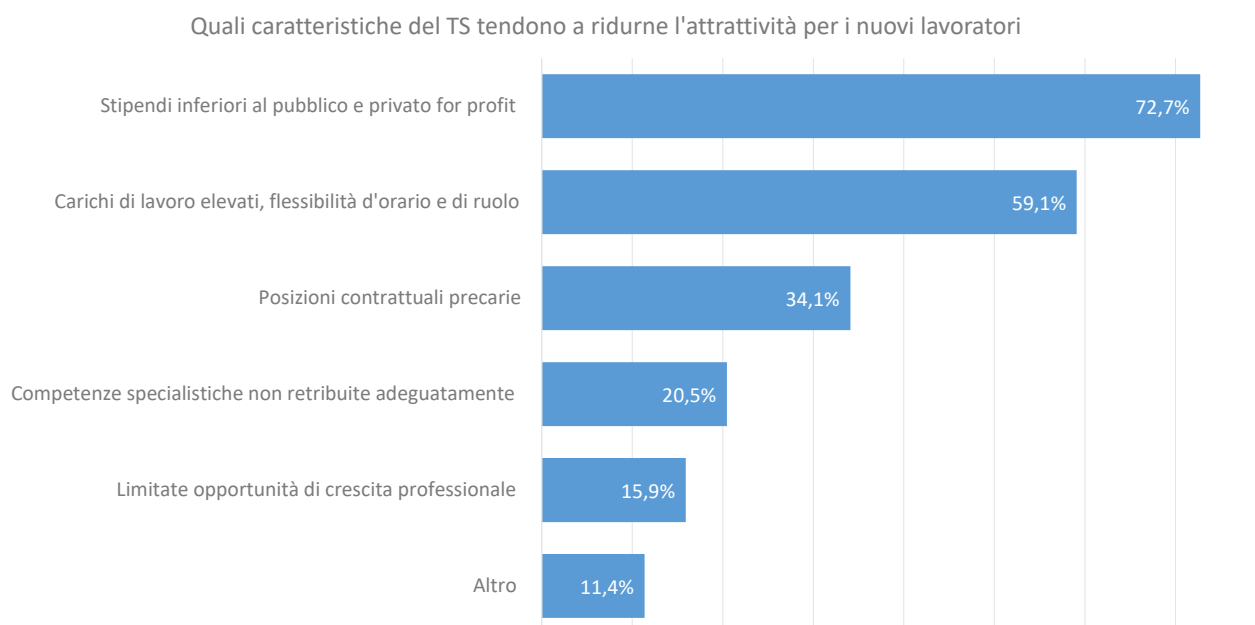
Dai focus group tende invece a prevalere la percezione di un incremento avvenuto soprattutto da parte dei soggetti pubblici, come si può osservare nella figura 5.1. Come già visto sopra, tale crescita è attribuita alle ingenti risorse messe a disposizione dai fondi PNRR, che hanno permesso di internalizzare una serie di figure ed espandere diverse aree di servizi.

L'altro importante fattore è stato l'adeguamento ai LEPS vigenti, che hanno imposto alle strutture regionali e locali di garantire determinati servizi e/o ampliare il numero di posti messi a disposizione. Gli intervistati hanno inoltre registrato una crescita della richiesta pubblica soprattutto nel settore scolastico, in particolare per sopperire ai sempre più diffusi bisogni educativi speciali e fragilità familiari degli studenti. Oltre alla domanda di educatori è aumentata anche quella degli insegnanti per le messe a disposizione (MAD¹), la cui urgenza è segna-

lata dall'abbassamento per i requisiti di accesso. Una dinamica piuttosto diffusa in tal senso è quella di educatori già inseriti nelle organizzazioni, che preferiscono presentare le MAD e quindi passare all'ente pubblico anche nel caso di posizioni molto precarie. Infine, un'altra figura che risulta sempre più richiesta dai soggetti pubblici sono gli assistenti sociali, che, come nel caso degli educatori, sembrano passare sempre più spesso dal Terzo Settore al pubblico, accrescendo le difficoltà a reclutare e trattenere queste figure fondamentali. Nel complesso, la crescita generale della domanda di professionisti della cura degli ultimi anni è spiegata principalmente da un'espansione da parte degli enti pubblici, che ha accentuato la loro "competizione" con gli enti del Terzo Settore nell'ambito del lavoro di cura. Nel prossimo paragrafo sono approfonditi il rapporto tra i due soggetti e le criticità che caratterizzano gli enti del Terzo Settore.

¹ Le domande di messa a disposizione (MAD) sono autocandidature che si presentano alle scuole per dichiarare la propria disponibilità a svolgere supplenze come

docenti o personale ATA. Esse possono essere utili per ottenere incarichi di breve o lunga durata, anche se non si è inseriti nelle graduatorie.

Figura 5.2 – Caratteristiche che riducono l'attrattività del Terzo Settore per i nuovi lavoratori

Fonte: Elaborazioni Eva Lab sulle risposte ai sondaggi dei focus group, 2024

5.4 Criticità del Terzo Settore che ne riducono l'attrattività

I partecipanti all'indagine concordano unanimemente sul fatto che il Terzo Settore presenti condizioni più sfavorevoli rispetto al settore privato *for-profit* e al pubblico, riducendone l'attrattività nel mercato delle professioni di cura. La figura 5.2 riporta le risposte al sondaggio inerente al tema.

Il problema più grave sono chiaramente le retribuzioni inferiori al privato *for profit* e soprattutto ai soggetti pubblici, ovvero gli enti che, da un lato, tendono sovente a esternalizzare i servizi di cura al Terzo Settore, e dall'altro, competono con il Terzo Settore sul mercato del lavoro di cura. In altri termini, enti pubblici ed enti del Terzo Settore sono tra loro in competizione nella ricerca, selezione e assunzione dei professionisti della cura, ma allo stesso tempo sono strettamente legati, in quanto è l'ente pubblico stesso a finanziare i servizi e a corrispondere le tariffe per questi servizi a titolarità pubblica che il Terzo Settore eroga per conto

della PA. Gli operatori evidenziano che spesso la controparte pubblica fornisce stipendi più elevati (di circa 200 euro mensili) di quelli che possono essere garantiti dalle cooperative sulla base delle (basse) tariffe riconosciute per i servizi da esse erogati. Inoltre, proprio in virtù della inadeguatezza di queste tariffe, in molti casi gli operatori non sono in grado di assicurare le retribuzioni minime recentemente riviste dal rinnovato CCNL delle Cooperative sociali. In particolare, si riscontra il riconoscimento degli aumenti previsti dal rinnovato CCNL per chi firma un nuovo contratto o viene inserito al lavoro nell'ambito di una nuova convenzione, ma non sempre per le convenzioni/contratti già in essere. Spesso, inoltre, gli incrementi retributivi sono postposti, in altri casi l'aumento viene riconosciuto nonostante non sia stato riconosciuto alcun incremento delle tariffe da parte degli enti finanziatori, spostando in questo modo il problema sull'organizzazione.

Oltre alla retribuzione oraria inferiore, è più difficile per i soggetti del Terzo Settore farsi riconoscere pie-

namente il lavoro svolto. In *primis*, giocano a sfavore i pagamenti a cottimo, citati come particolarmente penalizzanti da diversi educatori. Infatti, non è raro che il minore (o comunque la persona di riferimento) non si presenti a scuola o alla terapia e talvolta l'operatore non venga pagato. Questa dinamica, oltre a pesare sulla retribuzione, è anche particolarmente svilente per il professionista, che non vede riconosciuto il proprio ruolo. Con le parole di uno dei partecipanti: *è come se un medico non prendesse lo stipendio quando per qualunque ragione non si presentasse il paziente*. Un'altra importante criticità in tal senso è il mancato riconoscimento del tempo dedicato agli spostamenti per i servizi domiciliari, che rendono ancor meno attrattiva una mansione sicuramente già complessa a livello organizzativo. Non è un caso, infatti, che le difficoltà incontrate dalle organizzazioni nel reperimento di personale siano particolarmente gravi proprio per le domiciliarietà. Oltre ai pagamenti a cottimo e ai servizi domiciliari, spesso l'operatore fatica a farsi riconoscere il numero effettivo di ore lavorate; si percepisce chiaramente come l'operatore debba fare molta più fatica della controparte pubblica per rendicontare le stesse ore. La scarsa retribuzione è talvolta influenzata anche da un abbassamento dei requisiti di accesso alle posizioni, che in alcuni casi consentono l'ingresso anche a neo-diplomati, contribuendo così a svalutare le competenze professionali richieste per il ruolo.

Non sono però solo le retribuzioni a peggiorare le condizioni di lavoro rispetto agli enti pubblici. Chi lavora nelle organizzazioni del Terzo Settore tende a trovarsi in condizioni lavorative più difficili, caratterizzate da carichi di lavoro più pesanti e con l'onere di garantire una maggiore flessibilità di orari e di ruolo. Ciò avviene per diverse ragioni: in *primis* molte organizzazioni sono piccole, con minori risorse, non solo economiche ma anche organizzative e umane. Questo comporta maggiori difficoltà di gestione e l'impossibilità di alternare le mansioni tra più persone, oltre che garantire minori opportunità di crescita professionale nel caso in cui l'organizzazione operi in un singolo ambito di cura. Dall'altra parte, l'ente pubblico garantisce una maggior solidità organizzativa e migliori opportunità di crescita, ma soprattutto posizioni più

stabili nel lungo termine. Il caso delle messe a disposizione è particolarmente calzante. Tanti educatori preferiscono passare da un tempo determinato in cooperativa all'insegnamento precario nel pubblico, perché quest'ultimo garantisce maggiori opportunità di stabilizzazione anche nel breve termine. I giovani preferiscono quindi fare questo passaggio perché offre loro la possibilità di entrare nell'ente pubblico, consci del fatto che nell'arco di alcuni anni potranno aspirare a una retribuzione migliore e una posizione più sicura. Un ulteriore elemento che porta a peggiori condizioni lavorative nel Terzo Settore, riportato da diversi esperti, è la funzione di prima linea che questi soggetti hanno rispetto agli enti locali. Spesso, le organizzazioni del Terzo Settore devono affrontare situazioni di criticità e grave disagio sociale, mentre chi opera nell'ente pubblico è probabilmente meno esposto a questi rischi. L'inevitabile conseguenza è un carico di lavoro più impegnativo e stressante per chi opera nel Terzo Settore.

Questi fattori restituiscono una percezione molto negativa del rapporto tra Settore pubblico e Terzo Settore, in cui la relazione è talvolta fortemente asimmetrica, con l'ente pubblico che decide in autonomia lo stanziamento delle risorse e la distribuzione dei compiti, mentre il soggetto del Terzo Settore viene considerato un mero erogatore dei servizi. Oltre a essere tagliati fuori dalla "stanza dei bottoni", le risorse assegnate agli enti del Terzo Settore sono spesso meno consistenti rispetto alla controparte pubblica. Questa forte disparità di trattamento economico/contrattuale genera una competizione impari nel mercato del lavoro, ma anche una forte svalutazione e svilimento del lavoro di cura del Terzo Settore, che si riflette in peggiori condizioni di lavoro e demoralizzazione degli operatori, come anche in un peggioramento dell'immagine esterna di queste organizzazioni o, a volte, della professione stessa.

Oltre agli elementi di criticità strettamente connessi agli enti di Terzo Settore, ne esistono altri che caratterizzano in generale le professioni di cura, ma che vanno a colpire maggiormente gli enti *nonprofit* proprio perché sono i soggetti più fragili e meno attrattivi del comparto. Nell'ambito della regolamentazione di queste professioni, la Legge 205/17, creando la figura degli educatori

socio-educativi, distinguendoli dagli educatori socio-sanitari, ha generato non poche difficoltà. Con l'entrata in vigore della legge è stato molto difficile reperire figure, perché di fatto non ancora disponibili. Nei casi in cui le mansioni previste non hanno potuto essere affidate agli operatori già presenti, perché formalmente appartenenti a un'altra categoria, il risultato è stato quello di bloccare risorse già presenti nelle organizzazioni. Sempre in ambito di regolamentazione sono contrastanti le opinioni sul recente Albo degli educatori (Legge n. 55/2014).

Da un lato viene apprezzato l'intento di armonizzare in un unico gruppo una moltitudine di profili e dargli un riferimento più chiaro, nella direzione di un maggior riconoscimento di quei ruoli e delle relative competenze professionali. Dall'altro, le organizzazioni del Terzo Settore riferiscono un appesantimento degli oneri burocratici ed economici per reperire pedagogisti e educatori professionali, che vanno a gravare ulteriormente sugli operatori già in difficoltà lavorativa ed economica. Anche le contingenze territoriali di alcune aree lombarde giocano un ruolo rilevante nella difficoltà di reperimento di professionisti: diverse organizzazioni si trovano infatti in zone di confine con la Svizzera e, a parità di attività svolte, ricevono stipendi assai inferiori, contribuendo a rendere ancora meno attrattivi gli enti del Terzo Settore. Altro punto a sfavore lo hanno i territori montani, che vedono un'emigrazione continua di giovani (anche professionisti della cura) verso le grandi città. Peraltro, la vicinanza alla Svizzera e la localizzazione in un'area montana spesso sono sovrapposte, generando un doppio svantaggio.

Un tema messo in evidenza dagli esperti e dalle numerose persone consultate riguarda le peculiarità e le criticità che osservano nei giovani professionisti della cura, riconducibili al mutamento generazionale dei valori e le discrepanze tra la formazione universitaria e le competenze richieste sul posto di lavoro. Rispetto alle differenze generazionali, molti notano una diversa priorità dei valori. Fino a qualche decennio fa chi entrava nel settore della cura aveva una forte spinta ideale a "cambiare il mondo", all'interno di realtà nuove, molto orientate politicamente e trasportate dall'entusiasmo iniziale. Tale spinta, unita all'importanza della realizzazione professionale ha

portato molti dei testimoni intervistati ad accettare le difficoltà sul posto di lavoro sacrificando spesso molti aspetti della vita personale. Per chi è giovane oggi, la conciliazione tra vita e lavoro è invece fondamentale. La professione non rappresenta più l'elemento centrale per la realizzazione personale, ma una delle molteplici dimensioni attraverso le quali costruire il proprio benessere. Questa diversa prospettiva porta a una minore propensione a sopportare condizioni lavorative difficili e a una minore disposizione a sacrificarsi per il lavoro che svolgono. Tende quindi oggi ad emergere una sorta di *normalizzazione della professione*, per cui l'attività di cura è considerata *un lavoro come un altro*, legato a delle competenze e professionalità, e non più *una missione ideale*.

L'altro elemento messo in luce sui nuovi professionisti è il disallineamento tra la formazione e la reale professione. Viene infatti generalmente riconosciuta una buona preparazione tecnica dei giovani, ma emergono invece importanti lacune che non consentono di gestire adeguatamente il lavoro emotivo-relazionale.

Spesso i neo-laureati non sono consapevoli del lavoro necessario a gestire il rapporto umano con il paziente, col risultato di rimanere spiazzati e in gravi difficoltà nei casi più problematici, portando in diversi casi a dimissioni dopo pochi mesi o addirittura settimane. Gli operatori hanno spesso una scarsa consapevolezza di dover rispettare le necessità orarie e logistiche dei servizi socio-sanitari e educativi che, per loro natura, richiedono spesso presenze nelle fasce notturne, durante i *week-end*, la domiciliarità o anche tempistiche che non rientrano nella tradizionale fascia lavorativa della giornata. A volte i neolaureati hanno aspettative irrealistiche rispetto al loro ruolo di neo-assunti. Talvolta si aspettano di partire già come coordinatori, quando invece è quasi ovunque richiesta un'esperienza da operatore, anche avendo conseguito un titolo di studio universitario. Complessivamente, i diversi valori e alcune lacune formative, concorrono, oltre agli elementi economici già presentati, a una minor disponibilità dei giovani professionisti ad accettare i compiti più gravosi della professione, in particolare le domiciliarità e le fasce notturne.

In sintesi, la minor attrattività dei soggetti di Terzo Settore è dovuta a:

- peggior condizione retributiva, dovuta ad appalti pubblici che tendono sistematicamente a contenere le risorse impegnate all'interno di una logica gerarchica che spesso non valorizza adeguatamente competenze e professionalità delle organizzazioni non-profit;
- condizioni di lavoro peggiori in termini di carichi lavorativi, flessibilità e garanzie di stabilità nel lungo termine;
- criticità generali del mondo delle professioni di cura, a partire da regolamentazioni, particolari contingenze territoriali o caratteristiche ed esigenze dei giovani lavoratori, che penalizzano soprattutto l'attrattività delle organizzazioni del Terzo Settore.

Questi elementi spiegano la particolare difficoltà incontrate dal Terzo Settore nel mercato del lavoro. In generale la percezione è di un'offerta di professionisti maggiore della domanda, in cui i giovani lavoratori tendono a preferire l'ente pubblico, o qualora scelgano l'organizzazione del Terzo Settore, tendano a farlo con la prospettiva di una sistemazione temporanea, funzionale a passare al settore pubblico dopo una breve gavetta nell'ambito delle organizzazioni *nonprofit*.

5.5 Pratiche e proposte per attrarre e mantenere al lavoro i professionisti di cura

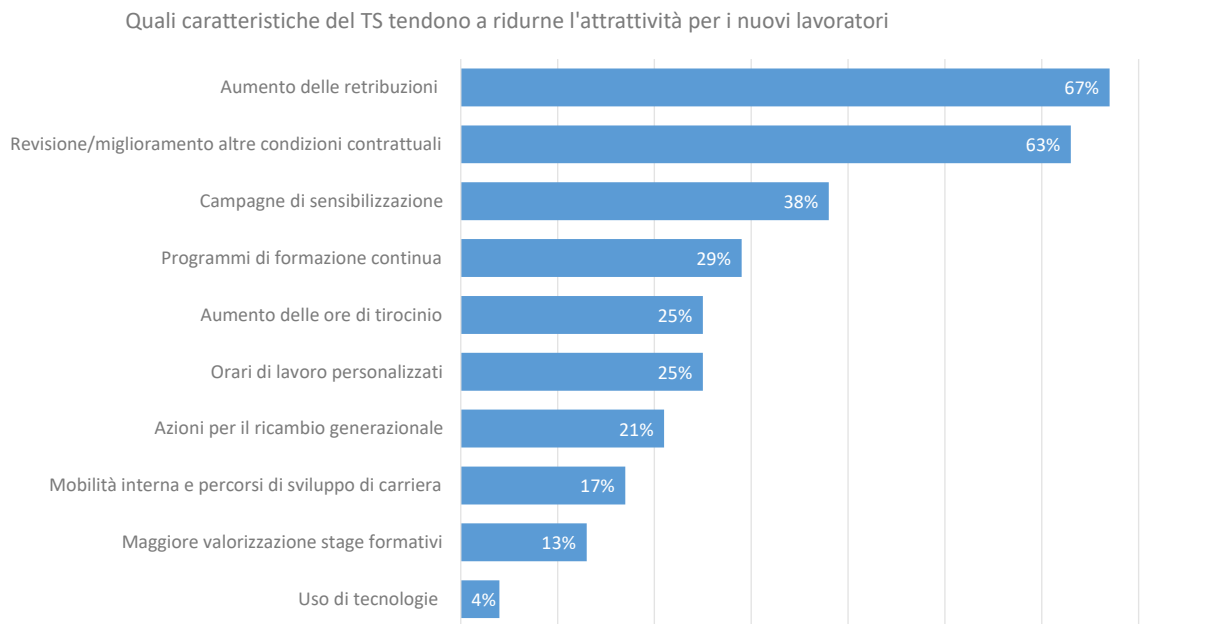
Nella seconda parte delle interviste e dei *focus group* è stato chiesto ai partecipanti se conoscessero pratiche efficaci ad affrontare il tema della scarsa attrattività del settore e delle difficoltà di reclutamento e trattenimento dei lavoratori. La maggior parte degli interventi ha suggerito azioni già messe in pratica e ritenute idonee a contenere il problema (figura 5.3).

Il sondaggio somministrato durante i *focus group* indica chiaramente, così come già emerso nelle interviste individuali, che la soluzione considerata più diretta ed efficace per migliorare l'attrattività del Terzo Settore possa essere quella di incrementare le retribuzioni e di migliorare le altre condizioni lavorative/contrattuali, in particolare quelle già in parte elaborate e applicate nell'ambito di iniziative di welfare aziendale (anche con strumenti innovativi, agevolando i lavoratori attraverso

sportelli di aiuto così da facilitare l'accesso ai servizi disponibili, ad es. rimborsi spese sanitarie, prestiti senza interessi e mutualità interna, anticipo stipendio o TFR), talvolta condivise tra enti differenti appartenenti a reti territoriali oppure attraverso lo scambio e la condivisione (sempre all'interno di tali reti) di percorsi professionali. Seguono poi campagne di sensibilizzazione e di valorizzazione delle professioni di cura (particolarmente svalutate nel corso degli ultimi anni), alcune modalità per migliorare i percorsi professionali e la formazione interna. L'aumento delle retribuzioni, sia a detta degli esperti che degli operatori, può avvenire se si attua un cambiamento sistemico del rapporto tra settore pubblico e Terzo Settore. A questo scopo è ritenuto necessario instaurare una relazione paritetica e di scambio reciproco, in cui le decisioni prese siano effettivamente condivise. Alcuni intervistati hanno inoltre proposto l'utilizzo di alcuni strumenti inerenti soprattutto al tema dalla co-programmazione e della co-progettazione, spesso evocati ma raramente realizzati. Secondo alcuni esperti, instaurando un rapporto collaborativo e decisioni condivise potrebbe aprirsi lo spazio per un riconoscimento economico in grado di valorizzare l'operato degli enti del Terzo Settore. In molte interviste individuali è inoltre emerso il tema della profonda disparità retributiva tra i professionisti del privato sociale (laureati) e tecnici, ad esempio meccanici e idraulici (con alle spalle percorsi formativi assai più brevi) che tocca diversi nodi strutturali del mercato del lavoro italiano². Per contenere tale squilibrio sarebbe necessario adottare un approccio multilivello – politico, culturale, contrattuale e formativo – per correggere un'anomalia che palesemente penalizza professionalità ad alta responsabilità e impatto sociale restituendo dignità e sostenibilità economica a lavori fondamentali a favorire il benessere delle persone, oggi ampiamente sottovalutati.

Chiaramente è una strada lunga e di difficile attuazione, che passa necessariamente dalla volontà politica degli enti pubblici, ma che potrebbe migliorare il contesto nel quale lavorano le organizzazioni del Terzo Settore. Alcuni esperti hanno fatto cenno ad altre soluzioni che

2 Il costo orario di un meccanico (addetto alla manutenzione e alla riparazione di veicoli) riceve un compenso medio di 40 euro, circa il doppio di un educatore laureato.

Figura 5.3 – Conoscenza di iniziative che affrontano il tema del reclutamento/trattenimento del personale

Fonte: Elaborazioni Eva Lab sulle risposte ai sondaggi dei focus group, 2024

vanno in questa direzione: ad esempio costituendo tavoli di discussione coinvolgendo enti pubblici e consorzi di cooperative sociali. Purtroppo, tali iniziative risultano però poco diffuse e/o non sufficientemente strutturate e scarsamente propositive e quindi non ancora in grado di generare risposte efficaci.

Infine, sono emerse diverse proposte per il miglioramento delle altre condizioni lavorative. L'idea generale è investire sulla gestione delle risorse umane anche tramite l'importazione di strumenti utilizzati nel privato *for-profit*, concentrandosi soprattutto sui neo-assunti. La chiave principale per migliorare la *retention* delle risorse appena inserite potrebbe essere il potenziamento di percorsi di formazione e di accompagnamento interni. Tali iniziative sono considerate necessarie perché in molti casi (soprattutto per la scarsità delle esperienze vissute come tirocinanti) i neo-laureati necessitano di acquisire ancora molte competenze professionali (non teoriche-tecniche) per restituire il miglior servizio professionale al cittadino. Se ben fatta, la formazione restituisce del valore al

giovane professionista e permette di instaurare legami di fiducia interni e attaccamento all'organizzazione, aumentando il grado di coinvolgimento e di *retention*. In questo senso sono emerse alcune indicazioni di carattere generale, che includono l'importazione dell'approccio del *talent management*, *on-boarding* iniziale, un percorso di formazione continuo che prevede l'accompagnamento da parte di più colleghi, così da allargare il bagaglio di esperienze e competenze trasmesse, oltre che instaurare una relazione positiva con la nuova figura. Un'altra interessante proposta è quella di reinvestire sull'elemento peculiare che caratterizza le cooperative sociali, ovvero la logica decisionale collettiva che, se rafforzata, può diventare un punto di forza rispetto ad altri tipi di organizzazioni. A questo scopo, emergono come potenzialmente efficaci iniziative finalizzate a una maggiore responsabilizzazione dei giovani rendendoli protagonisti di azioni dirette di cambiamento e rinnovamento organizzativo.

Attualmente questa modalità è in affanno a causa di carichi di lavoro sempre più elevati che non lasciano

tempo e risorse per modalità di decisione diffuse, oppure è comune la tendenza a privilegiare i vecchi soci nelle posizioni apicali, bloccando il ricambio generazionale e, verosimilmente, riducendo la propensione all'innovazione di processo e servizio. Riportare una gestione realmente orizzontale e partecipata potrebbe favorire i nuovi arrivati all'interno dell'organizzazione, migliorandone l'*engagement* ma anche l'acquisizione di competenze. In diversi casi si ritiene utile importare dal mondo *for-profit* alcuni strumenti di gestione organizzativa e del personale, seguendo un approccio di *capacity building*, e l'inserimento di figure come *project manager* per ottimizzare le attività, rendendo i carichi di lavoro meno pesanti e più flessibili.

Una terza possibilità di intervento dovrebbe invece essere rivolta all'esterno, con iniziative miranti a migliorare e ricostruire la conoscenza, l'immagine e la reputazione delle organizzazioni del Terzo Settore. Sebbene non sembri mancare l'offerta di nuovi professionisti della cura, a volte gli enti del Terzo Settore sono poco conosciuti. Chi si è occupato di testimonianze e orientamento nelle scuole riporta l'inconsapevolezza degli studenti circa l'esistenza stessa di organizzazioni di questo tipo, che non rientrano nella dicotomia diffusa che riconosce solamente enti pubblici o mondo delle imprese *for profit*. I primi incontri con realtà di questo genere dovrebbero essere organizzati già nella scuola dell'obbligo, dove i temi della cura sono poco diffusi, in questo modo si potrebbero spiegare le attività svolte dalle organizzazioni del Terzo Settore e il valore che generano a favore soprattutto dei soggetti più fragili. Sebbene le scuole siano il luogo privilegiato per queste campagne di conoscenza, una modalità alternativa potrebbe essere quella di promuovere la partecipazione al servizio civile all'interno dei soggetti attivi nelle professioni di cura. Questa possibilità esiste già, ma potrebbe essere potenziata e diffusa, permettendo ai giovani di scoprire queste realtà e in certi casi portarli a diventare professionisti della cura nel Terzo Settore.

La capacità di attrazione passa poi dal contatto con i giovani con l'obiettivo di spiegare, motivare e, nel caso, orientare le scelte verso classi e corsi di laurea che preparano alle professioni di cura. In questo caso si potrebbe intervenire incrementando le ore di tirocinio,

funzionali a fornire una migliore preparazione professionale, ma, in ottica di attrattività, utile anche a far conoscere meglio il funzionamento dell'organizzazione *nonprofit* dando il tempo di sviluppare un percorso positivo che possa invogliare lo studente a rimanerne legato durante la formazione e la successiva ricerca di occupazione. Infine, è necessario che l'ente migliori la propria comunicazione verso l'esterno, dotandosi di strumenti per sviluppare un *employer branding*, illustrare e informare gli ambiti di intervento e le attività svolte e utilizzare modalità di *recruiting* più efficaci. Anche in questo caso le tecniche del privato *for-profit* possono essere un utile riferimento, purché siano poi plasmate sulle necessità specifiche del Terzo Settore.

Le proposte si possono quindi ricondurre a tre dimensioni principali:

- ripensamento del rapporto pubblico-Terzo Settore, promuovendo una relazione paritaria e collaborativa che, passando attraverso una reale co-progettazione dei servizi, possa ridare un riconoscimento economico e di valore al Terzo Settore;
- incremento della *retention*, tramite il miglioramento delle condizioni lavorative e migliorare la conciliazione vita lavoro. Tra le prime, si pensi ad esempio al potenziamento della formazione dei neo-assunti e del *talent management*; alla riaffermazione della logica decisionale partecipata tipica delle cooperative sociali e l'importazione di strumenti di gestione organizzativa dal mondo *for-profit* (promozione di iniziative e servizi nell'ambito del welfare aziendale). Tra le seconde, si potrebbe considerare la possibilità di avviare percorsi di mobilità interna (cambi di settore/utenza) in grado da motivare i giovani e aiutare i meno giovani a rinnovare l'impegno e l'interesse, riducendo anche il part-time involontario.
- crescita della capacità attrattiva, migliorando l'immagine dei soggetti di Terzo Settore. Per esempio, lo si può fare su tre assi principali: informazione e orientamento all'interno delle scuole e con il servizio civile; potenziare i tirocini formativi e migliorare la comunicazione all'esterno delle organizzazioni (*employer branding*, targhettizzazione e strategie di *recruiting* più efficaci).

6. CONCLUSIONI



La ricerca alla base di questo Quaderno è stata commissionata da Fondazione Cariplo all'Evaluation Lab della Fondazione Social Venture Giordano Dell'Amore per approfondire il problema – in crescita nel periodo post pandemico – del reperimento e del trattenimento del personale impiegato nell'ambito delle professioni di cura.

L'obiettivo della richiesta mirava a ricostruire, a partire dalle fonti di dati disponibili, un quadro utile a misurare le dimensioni del problema, a identificarne le

possibili cause e ad avere una base di riflessione solida per valutare possibili interventi in grado di contrastare efficacemente il problema.

La ricerca ha quindi analizzato l'attuale situazione e le tendenze emergenti nel mercato del lavoro relativo alle professioni di cura, con un focus specifico sul personale laureato e qualificato e, in particolare, occupato nelle organizzazioni del Terzo Settore. L'analisi si è quindi focalizzata attorno a quattro aree profes-

sionali: socio-assistenziale, educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario. Attraverso un'approfondita analisi di dati nazionali, la ricerca ha inteso individuare le problematiche esistenti così da alimentare alcune riflessioni su possibili interventi per facilitare l'inserimento dei professionisti laureati, rispondendo all'incremento della domanda di servizi di cura e assistenza, che deriva dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento generalizzato delle fragilità.

Le professioni di cura sulle quali si è focalizzata l'analisi sono state identificate a partire da:

- le classi di laurea che, in ambito accademico, formano i professionisti;
- i percorsi normativi che hanno portato al riconoscimento e alla regolamentazione di alcune professioni;
- i tentativi di ordine definitorio presenti nella letteratura scientifica e "grigia" sulle professioni di cura;
- le professioni di cura identificate nell'ambito dell'Atlante del Lavoro e relative all'"Erogazione degli interventi nei servizi sociali" del Settore socio-sanitario e quelle presenti nei repertori delle professioni (ad es. ISCO, ESCO, Banche dati, Albi professionali) che riportano dati, requisiti formativi, competenze, standard di pratica e responsabilità.

Questo *percorso di perimetrazione* ha portato a identificare le seguenti professioni di cura che hanno rappresentato il fulcro dell'analisi:

- gli psicologi clinici e gli psicoterapeuti (2.5.3.3.1);
- gli psicologi dello sviluppo e dell'educazione (2.5.3.3.2),
- gli specialisti nell'educazione di persone con disabilità (2.6.5.1.0),
- i logopedisti (3.2.1.2.3);
- i terapisti della neuro e psico-motricità dell'età evolutiva (3.2.1.2.5);
- i tecnici della riabilitazione psichiatrica (3.2.1.2.6);
- gli educatori professionali e gli educatori professionali socio-pedagogici (3.2.1.2.7);
- i terapisti occupazionali (3.2.1.2.8);

- gli assistenti sociali (3.4.5.1.0),
- i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (3.4.5.2.0).

L'*offerta nelle professioni* di cura è stata analizzata, considerando i quattro ambiti principali (*socio-assistenziale, educativo e pedagogico, psicologico e socio-sanitario*)¹. Attraverso dati quantitativi e qualitativi, sono stati illustrati i numeri e la dinamica temporale degli iscritti all'Università, i profili dei laureati triennali e magistrali, le condizioni occupazionali e la disponibilità di professionisti pronti al lavoro (laureati magistrali o triennali che scelgono di non continuare gli studi). In particolare, dalla comparazione dei diversi ambiti delle professioni di cura, è possibile delineare i *profili dei laureati* in termini di caratteristiche socio-demografiche, obiettivi lavorativi e soddisfazione per il corso di laurea².

Segue una sintesi delle principali evidenze empiriche emerse.

Iscrizioni e dinamica temporale

Le professioni di cura hanno complessivamente mostrato una crescita significativa nelle iscrizioni rispetto alle altre classi di laurea, con un incremento del 30% nel decennio 2013/14-2022/23:

- *Sociale*: in calo post-2020 (-10 punti percentuali), segnale di una diminuzione delle vocazioni e, più in generale dell'attrattività del settore.
- *Educazione e formazione*: gli iscritti sono quasi la metà degli iscritti totali, con una crescita costante (oltre 50 punti percentuali).
- *Psicologia e scienze cognitive*: hanno evidenziato una crescita marcata dal 2019, legata probabilmente all'aumento della domanda di supporto psicologico nel periodo pandemico e post-pandemico.
- *Socio-sanitario*: crescita graduale (40 punti percentuali), trainata verosimilmente da esigenze sanitarie del settore pubblico e privato *for profit*.

1 Per una classificazione delle professioni in questi quattro ambiti si rimanda alla nota 1 nel capitolo 2.

2 I grafici relativi alla comparazione dei quattro ambiti professionali principali sono riportati nell'Appendice 2.

Profili dei Laureati

- *Predominanza femminile* (compresa tra il 70% e il 92%), con la quota più bassa nel socio-sanitario (58%). La tendenza riflette stereotipi di genere che associano il lavoro di cura al ruolo femminile.
- *Retroterra familiare*: la percentuale inferiore di genitori laureati rispetto alle altre professioni fa emergere un maggiore coinvolgimento di studenti provenienti da contesti meno privilegiati.
- *Provenienza scolastica*: la forte incidenza di diplomati nei licei, che spesso ricevono una preparazione che enfatizza anche competenze relazionali e comunicative, lascia supporre una maggiore predisposizione verso percorsi universitari che valorizzano tali abilità, come le professioni di cura o il lavoro sociale.
- *Soddisfazione*: buon livello di soddisfazione accademica, con livelli mediamente elevati, ma con alcune criticità legate a tirocini e a scarsi legami ed esperienze con il mondo del lavoro, soprattutto in ambito socio-sanitario.
- *Motivazioni professionali*: forte orientamento al valore sociale del lavoro svolto, in media superiore di circa 20 punti percentuali rispetto a quanto rilevato nelle altre professioni, ma in lieve calo nel periodo post-pandemico.

Le professioni di cura continuano ad attrarre persone guidate da valori profondi, come il desiderio di contribuire al benessere sociale.

Condizioni occupazionali e retributive

Dopo la laurea, i tassi di occupazione delle professioni di cura sono più bassi rispetto al complesso delle altre professioni, ma tendono ad accorciare le differenze a cinque anni dalla laurea. I contratti a tempo indeterminato risultano inferiori negli ambiti psicologico (per via della scelta della libera professione) e sociale, mentre gli ambiti educativo e socio-sanitario mostrano una crescita graduale.

Le retribuzioni, inizialmente inferiori nelle professioni di cura, hanno differenziali di genere meno marcati. L'ambito psicologico, grazie alla diffusione della pratica

della libera professione, evidenzia la dinamica salariale più accentuata.

Le sfide occupazionali nell'ambito delle professioni di cura potrebbero essere migliorate promuovendo partenariati tra università e organizzazioni del settore. La maggiore stabilità nelle carriere educative e socio-sanitarie è coerente con le esigenze del settore pubblico ma, per essere estesa al Terzo Settore, sarebbe necessario il riconoscimento di migliori condizioni contrattuali e l'erogazione di incentivi a tali organizzazioni, così da migliorarne le condizioni di lavoro accrescendo l'attrattività e il trattenimento dei lavoratori.

Dinamica dei professionisti pronti al lavoro

La dinamica di crescita dei laureati pronti al lavoro nelle professioni di cura nel 2019-20 ha raggiunto e, negli anni successivi, ha superato quella delle altre professioni di quasi 20 punti, trainata principalmente dagli ambiti del socio-sanitario e educativo. Il settore sociale registra invece un calo significativo, riflettendo una minore attrattività per gli studenti. L'aumento di laureati pronti al lavoro nelle professioni di cura testimonia una domanda di competenze specifiche in un contesto socio-economico nel quale stanno emergendo numerose criticità, specialmente dal punto di vista demografico. Tuttavia, la flessione nel sociale sottolinea l'urgenza di ripensare strategie di valorizzazione e supporto istituzionale per queste professioni.

Le analisi della *domanda di professioni qualificate nel settore dei servizi di cura* hanno dapprima delineato, mediante l'analisi dei dati Unioncamere-Excelsior, i fabbisogni occupazionali e professionali a livello nazionale per il periodo compreso tra il 2024 e il 2028 nell'ambito della *filiera della salute*, distinguendo tra la domanda di lavoro derivante dalla espansione economica e quella necessaria per sostituire il personale in uscita (per pensionamento o mortalità). In tale periodo, la filiera della salute presenterà un fabbisogno occupazionale significativo, con previsioni che oscillano tra le 431.000 e le 456.000 unità. Questa filiera mostra un tasso di fabbisogno pari al 4%, che la colloca al secondo posto dopo quella degli "altri servizi pubblici e privati" (che comprendono i servizi operativi di supporto alle imprese e alle persone e la

PA in senso stretto) e che registra un tasso di crescita del 4,3%. In confronto, la media del fabbisogno occupazionale per l'insieme delle attività di servizi della filiera salute è compresa tra il 3,1% e il 3,4%, mentre per tutte le attività economiche il tasso si attesta tra il 3,0% e il 3,3%. L'espansione economica produrrà quindi, nel periodo considerato, un aumento dello stock occupazionale nella filiera della salute compreso tra 44.000 e 70.000 occupati. La domanda di sostituzione rappresenta la componente principale del fabbisogno occupazionale. Il tasso di sostituzione nell'ambito della "filiera della salute" – che include i servizi di assistenza sociale (residenziali e non) – è tra i più elevati (18,3%) supera la media complessiva (13%) ed è inferiore solo a quello degli "altri servizi pubblici e privati" (20%). Le analisi condotte da Unioncamere evidenziano inoltre che molte professioni di cura presentano un elevato *mismatch* tra domanda e offerta di lavoro in quanto caratterizzate da un elevato fabbisogno e da elevate difficoltà di reperimento.

L'analisi della domanda di professioni qualificate nel settore dei servizi di cura si è poi concentrata sulle previsioni di assunzioni per il 2023, sulla base dei dati del Sistema informativo Excelsior. Il focus delle analisi ha nello specifico riguardato alcune categorie chiave, ad esempio specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche, professionisti specializzati nell'educazione e nella formazione di persone con disabilità, professioni sanitarie riabilitative, assistenti sociali e tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale³. In tutte le categorie professionali della cura e dell'assistenza, la maggior parte delle assunzioni previste non riguardava però i più giovani. La quota più elevata di giovani fino a 29 anni sul totale delle assunzioni previste si registrava per gli assistenti sociali (il 42%). Nel caso delle altre categorie professionali, la quota di giovani era invece minoritaria, variando dal 19% dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale al 32% degli specialisti in scienze psicologiche e psico-

terapeutiche. La forma contrattuale prevalente tra le assunzioni previste nel 2023 era il tempo determinato per tutte le categorie professionali analizzate, dal 78% degli assistenti sociali al 93% dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale. La quota di assunzioni per sostituzione non superava invece il 30% nel caso degli assistenti sociali, mentre negli altri casi variava dal 41% degli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti persone con disabilità, al 53% dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale. La quota più alta di assunzioni di difficile reperimento si registrava tra le professioni sanitarie e riabilitative (47%), la più bassa tra gli assistenti sociali (19%). Le difficoltà di reperimento erano molto spesso dovute alla mancanza di candidati. Solo nel caso delle professioni tecniche della prevenzione e in quello dei tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale prevaleva l'inadeguatezza della preparazione (rispettivamente il 55,6% e il 65,2%).

I dati degli iscritti agli Albi nazionali degli assistenti sociali, degli educatori professionali e degli psicologi, hanno consentito di realizzare un approfondimento sulla domanda di sostituzione. In particolare, è stato condotto un "esercizio di stima", volto a quantificare – al netto degli over sessantottenni (presumibilmente già pensionati, seppure ancora iscritti) – il numero di lavoratori prossimi al pensionamento (di età compresa tra i 60 e i 67 anni) e il flusso annuo di uscite legate al pensionamento. Nel caso degli assistenti sociali, il totale dei lavoratori in servizio in Italia si attesta attorno alle 39 mila unità, con un'età media pari a circa 43 anni. Il 13,2% degli iscritti ha un'età compresa tra i 60 e i 67 anni ed è dunque prossimo al pensionamento; il flusso annuo di nuovi pensionati, si può dunque stimare in circa 650 unità. Nel caso degli psicologi – *dati stimati a partire da un campione di circa 1.000 iscritti* – il totale dei lavoratori in servizio si attesta attorno a 120 mila unità, con un'età media pari a 43 anni; il 9,2% degli iscritti ha un'età compresa tra i 60 e i 67 anni ed è dunque prossimo al pensionamento; il flusso annuo di nuovi pensionati, si può dunque stimare in circa 1.400 unità. Nel caso degli educatori professionali (*sempre stimati a partire da un campione di circa 1.000 iscritti*): il totale dei lavoratori in servizio si attesta attorno alle 90 mila unità, con un'età

³ È importante notare che, a causa della classificazione meno dettagliata di alcune categorie, i dati relativi agli specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche e a quelli delle professioni sanitarie e riabilitative possono essere sovrastimati, poiché includono anche alcune professioni che sono state escluse dall'analisi.

media pari a 45 anni; il 12,8% degli iscritti ha un'età compresa tra i 60 e i 67 anni ed è dunque prossimo al pensionamento; il flusso annuo di nuovi pensionati, si può dunque stimare in circa 1.450 unità.

La ricerca è entrata anche nel merito dei fattori che influenzano la domanda di professionisti qualificati nei servizi di cura in Italia (professioni socio-assistenziali, socio-sanitarie, socio-educative e psicologi), tenendo conto che l'eventuale *mismatch* tra profili e competenze richieste e offerte può essere influenzato da diversi fattori, quali: a) la domanda di sostituzione causata dall'invecchiamento generalizzato della forza lavoro; b) la normativa (o la regolamentazione), che potrebbe eventualmente rafforzare l'occupazione nel settore pubblico a discapito del *nonprofit*; c) il fenomeno delle dimissioni, che mostra come il settore della cura si stia configurando sempre più come un settore "poco attrattivo" e, infine d) le specifiche condizioni di lavoro nelle Istituzioni del Terzo Settore.

La riflessione sull'esistenza, e sulle possibili ragioni di una carenza di personale di cura, si è in primo luogo soffermata sulla domanda di sostituzione per pensionamento di alcune professioni, sia da parte di amministrazioni pubbliche o soggetti privati, così da confrontare questa domanda con i flussi di offerta di nuovi laureati *pronti al lavoro*. Confrontando il flusso medio annuo dei laureati pronti al lavoro prodotti dal sistema universitario con quello delle uscite per pensionamento stimate su alcune professioni, è emersa una situazione in cui il numero dei laureati supera largamente le uscite. Da questi dati, non sembrerebbe, quindi, emergere un problema di ricambio generazionale.

Oltre che sulla domanda di sostituzione per pensionamento, ulteriori riflessioni sono state condotte su fenomeni specifici che possono incidere sulla domanda delle professioni in esame. Per quel che riguarda la domanda incrementale determinata da nuovi dettati normativi e regolamentari, l'introduzione di livelli essenziali delle prestazioni sociali LEPS potrà generare, potenzialmente, una crescita dei professionisti impiegati nel settore pubblico, spiazzando la domanda del Terzo Settore, riducendo il numero di lavoratori disponibili a lavorare in tali organizzazioni. Nel caso degli assistenti sociali – specie a seguito della

Legge n. 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021 all'articolo 1, comma 797 e seguenti) che ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale – si è assistito, tra il 2020 e il 2022, a un aumento del numero degli assistenti sociali assunti dai comuni con contratto a tempo indeterminato di 1.688 unità; per raggiungere il LEP in tutti gli ATS (Ambiti Territoriali Sociali) sarà quindi necessario assumerne almeno altri 3.216 (provenienti, almeno in parte, dal Terzo Settore).

Ulteriori riflessioni sono state condotte sul fenomeno del *turnover* e delle dimissioni nel settore della cura. Alcuni studi empirici mostrano infatti che il settore si caratterizza per un tasso elevato di dimissioni che riguardano contratti, non solo a tempo parziale ma anche a tempo indeterminato e associate a un basso livello retributivo. In particolare, nel Terzo Settore sono soprattutto i giovani che decidono di abbandonare in seguito alla conclusione di un contratto a tempo determinato, che non accetterebbero un nuovo contratto o che comunque si dimettono volontariamente.

Molti giovani sono propensi a lasciare il Terzo Settore per un contratto nella pubblica amministrazione (preferibilmente negli stessi settori di attività). Il settore pubblico è considerato, infatti, più attrattivo per via di una retribuzione superiore, una maggior stabilità, condizioni contrattuali e di ruolo più favorevoli, nonostante le scarse aspettative di miglioramento del clima lavorativo, della qualità delle relazioni o di ottenere una maggiore formazione o ritmi di lavoro più blandi.

Il tema del reclutamento e del trattenimento del personale da parte delle organizzazioni del Terzo Settore operanti in diversi settori di attività è stato ulteriormente approfondito sulla base delle evidenze emerse dall'Indagine "Mille Voci per comprendere" promossa da Fondazione Cariplo e implementata dall'Evaluation Lab della Fondazione Social Venture Giordano Dell'Amore (FSVGDA). I risultati hanno mostrato che tra i 173 enti (il 29% del totale) che hanno dichiarato di avere difficoltà a reperire personale, le professioni di cura manifestano le difficoltà maggiori: il 72% ritiene il problema abbastanza o molto rilevante (per le altre professioni il dato è il 40%). Tale differenza rimane statisticamente significativa anche controllando per le

caratteristiche (forma giuridica, settore di intervento, dimensione) degli enti rispondenti. Tra i 130 enti che hanno indicato una o più motivazioni dietro la difficoltà a trattenere e/o reperire personale le ragioni più frequenti sono:

- la mancanza di candidati, in special modo se riferita alle professioni di cura (con una frequenza più che doppia rispetto alle altre professioni);
- la mancanza di esperienza e/o competenze, in questo caso il problema è più sentito tra le altre professioni (27%) rispetto a quelle di cura (5%);
- le politiche retributive poco attrattive, con una frequenza abbastanza simile tra professioni di cura (17%) e altre professioni (20%);
- la richiesta di particolari condizioni di lavoro; anche in questo caso, per quanto residuale, la frequenza delle risposte è doppia tra le professioni di cura rispetto alle altre professioni. Le altre motivazioni sono invece poco citate.

Le *interviste individuali e focus-group*, realizzate ad integrazione delle analisi *desk* (sia documentali che statistiche), hanno permesso l'interlocuzione con accademici, ricercatori, figure apicali degli ordini professionali e dei relativi albi e associazioni di categoria, consorzi attivi in ambito sociale e socio-sanitario. In particolare, il confronto con i testimoni privilegiati è stato finalizzato a rispondere alle seguenti *domande di ricerca*:

- Negli anni recenti, sono emersi nuovi soggetti/settori/funzioni di natura pubblica o privata che hanno indotto un aumento della domanda di professionisti?
- Il Terzo Settore, e gli enti che ne fanno parte, esprimono una domanda di lavoro diversa e/o particolare rispetto a quella di altri settori/soggetti? Se sì, quali sono? Se sì, ha l'impressione che le richieste del Terzo Settore facciano riferimento a condizioni di lavoro, professionalità, stipendi che tendano a ridurre l'attrattività del settore non-profit per neo-laureati o lavoratori in generale?
- È a conoscenza di iniziative che affrontino concretamente il tema del reclutamento/trattenimento di tali professionalità o ha proposte a riguardo?

Il focus di questi approfondimenti qualitativi è stato quindi mirato alla domanda di professioni di cura nel Terzo Settore, che da sempre in Italia costituisce un ambito di inserimento lavorativo piuttosto importante. Le principali evidenze emerse hanno sottolineato:

- un incremento generale della domanda di professioni di cura, particolarmente accentuato nel caso degli enti pubblici, principalmente per via delle risorse PNRR e degli adeguamenti ai LEPS. La richiesta dei soggetti pubblici è aumentata soprattutto nel settore scolastico (insegnanti e educatori) e per le figure degli assistenti sociali. Anche gli enti del Terzo Settore, nello stesso periodo hanno aumentato la domanda di professionisti della cura in relazione alla crescente diversificazione della loro stessa offerta di servizi.
- la presenza di alcune criticità riduce l'attrattività degli enti del Terzo Settore, tra le quali le retribuzioni inferiori sono il problema ritenuto più grave, spesso generato da appalti pubblici al ribasso. In tale settore sono spesso presenti, anche nel lungo termine, posizioni contrattuali meno stabili rispetto al pubblico. Si aggiungono poi, nella percezione dei testimoni ascoltati: i) ulteriori criticità quali il rapporto gerarchico tra pubblico e Terzo Settore, considerato spesso come semplice erogatore di servizi; ii) la disparità di trattamento economico/contrattuale tra operatore pubblico e del Terzo Settore, che genera una competizione impari nel mercato del lavoro; iii) la svalutazione del lavoro di cura del Terzo Settore, con peggioramento dell'immagine delle organizzazioni e delle professioni. In aggiunta, le condizioni lavorative tendono a essere peggiori (stress, mansioni più pesanti, richiesta di maggior flessibilità oraria e di ruolo, minori garanzie di stabilità nel lungo termine). Tra le cause rientrano sia le minori risorse economiche, sia quelle organizzative e umane, in particolare nell'ambito delle realtà più piccole;
- il *mismatch* tra formazione e professione che, a fronte di una grande preparazione tecnica, è determinato soprattutto da una scarsa consapevolezza del lavoro emotivo-relazionale richiesto, oltre che

dalla flessibilità oraria/logistica necessaria per svolgere tale mansione (fasce notturne, *week-end*, domiciliarietà), e da aspettative a volte irrealistiche per la posizione di partenza (es. coordinatore senza aver mai fatto l'operatore);

- il mutamento generazionale, con l'ingresso di giovani professionisti particolarmente attenti alla conciliazione vita/lavoro e spesso meno propensi a sacrificarsi sul posto di lavoro a scapito degli affetti familiari e amicali.

Per restituire una sintesi visiva delle evidenze emerse dalle testimonianze, la figura 6.1 presenta alcune *nuvole di parole*, nelle quali sono mostrati i termini più frequentemente utilizzati dai partecipanti, dove la dimensione di ciascuna parola è proporzionale al numero di menzioni. In rosso sono riportate le parole ricollegabili alle criticità degli enti del Terzo Settore. Tra i termini più utilizzati ci sono quelli che riflettono lo stato d'animo negativo degli operatori come *difficoltà* e *fatica*, assieme alle problematiche strutturali, sintetizzabili nella mancanza di risorse, il mancato rico-

noscimento del valore del lavoro svolto dai professionisti che operano nel Terzo Settore e l'elevato tasso di ricambio che si registra tra i professionisti.

Emergono anche temi più puntuali come l'evoluzione della domanda pubblica (influenzata dai LEPS) o le aree dove la difficoltà di reperimento è maggiore (le domiciliarietà, servizi residenziali e turni notturni). In blu si possono osservare le parole che rimandano all'incremento delle retribuzioni, il cui frequente utilizzo ne conferma l'assoluta centralità. Un'altra area tematica richiamata spesso è quella della scuola e della formazione, ritenuto lo spazio decisivo attraverso il quale migliorare la percezione del Terzo Settore. Infine, sono riportati in giallo i termini che descrivono i giovani professionisti come, ad esempio, le diverse motivazioni, la mancanza di alcune consapevolezze e la volontà di bilanciare i tempi della vita privata e del lavoro. Le differenze intergenerazionali colpiscono molto e la preminenza di queste parole segnala la volontà, ma anche le difficoltà di relazionarsi con loro.

Le precedenti analisi sull'offerta e sulla domanda di professioni di cura consentono di individuare alcune

Figura 6.1 – Nuvole di parole utilizzate nei focus group (dimensione proporzionale a numero di citazioni)



Fonte: Elaborazioni Eva Lab sulle risposte ai sondaggi dei focus group, 2024

possibili *linee di intervento*. Se, da un lato, la dinamica dell'offerta di professionisti della cura attraversa un ciclo piuttosto favorevole in tutti gli ambiti, con la sola eccezione dell'ambito socio-assistenziale, dall'altro permangono comunque disuguaglianze di genere e difficoltà nei percorsi di transizione verso il mondo del lavoro, in particolar modo nell'ambito socio-assistenziale e educativo. Alcune proposte di intervento per contenere il problema del reclutamento e del trattenimento potrebbero mirare a:

- incentivare tirocini strutturati per facilitare l'ingresso lavorativo;
- valorizzare il lavoro sociale mediante campagne di sensibilizzazione e finanziamenti mirati al Terzo Settore;
- sostenere percorsi di carriera adottando politiche retributive e contrattuali più appetibili, anche attraverso lo sviluppo di iniziative di welfare aziendale.

Le sfide occupazionali nell'ambito delle professioni di cura potrebbero, inoltre, essere migliorate promuovendo partenariati tra università e organizzazioni del settore. La maggiore stabilità nelle carriere educative e socio-sanitarie è coerente con le esigenze del settore pubblico, ma, per essere estesa al Terzo Settore, sarebbe necessario il riconoscimento di migliori condizioni contrattuali e l'erogazione di incentivi a tali organizzazioni, così da migliorarne le condizioni di lavoro accrescendo l'attrattività e il trattenimento dei lavoratori.

Gli approfondimenti qualitativi (le interviste e i focus-group) hanno permesso anche di approfondire con i testimoni privilegiati pratiche e proposte per attrarre e mantenere al lavoro i professionisti della cura. A sintesi di questo approfondimento, le proposte emerse possono essere sostanzialmente ricondotte a tre dimensioni principali:

- ripensamento del rapporto pubblico-Terzo Settore, promuovendo una relazione paritaria e collaborativa che, passando attraverso una reale co-progettazione dei servizi, possa ridare un riconoscimento economico e di valore al Terzo Settore;
- incremento della *retention*, tramite il miglioramento delle condizioni lavorative: potenziamento della formazione dei neo-assunti e *talent management*, riaffermazione della logica decisionale partecipata tipica delle cooperative sociali e importazione di strumenti di gestione organizzativa dal mondo for-profit, miglioramento dei livelli retributivi e più in generale delle condizioni contrattuali;
- crescita della capacità attrattiva, migliorando l'immagine dei soggetti di Terzo Settore. Si tratta di iniziative che si possono realizzare in particolare su tre assi principali: informazione e orientamento all'interno delle scuole e con il servizio civile; potenziare i tirocini formativi e migliorare la comunicazione all'esterno delle organizzazioni (*employer branding*, promuovere targhettizzazione e strategie di *recruiting* più efficaci).

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI



Abbott A. (1988), *The system of professions. An essay on the division of expert labour*. Chicago: University of Chicago Press. Doi: 10.7208/chicago/9780226189666.001.0001.

Battisti A.M. (2019), Le politiche di cura per gli anziani. *Professionalità Studi*, II, 6: 13-27.

Behringer F., Coles M. (2003), The Role of National Qualifications Systems in Promoting Lifelong Learning. *OECD Education Working Paper* n. 3.

Burgalassi M. (2023), Le caratteristiche dei professionisti che esercitano nel Terzo Settore. In: Burgalassi M., Tilli C. (a cura di), *La professione di assistente sociale nel Terzo settore: una ricerca nazionale*. Milano: FrancoAngeli. 25-39.

Burgalassi M., Bilotti A. (2023), Le condizioni di precarietà tra gli assistenti sociali del Terzo Settore. In: Burgalassi M., Tilli C. (a cura di), *La professione di assistente sociale nel Terzo settore: una ricerca nazionale*. Milano: FrancoAngeli. 84-97.

- Burgalassi M., Tilli C. (a cura di), *La professione di assistente sociale nel Terzo settore: una ricerca nazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Capponi F. (2019), L'emersione del mercato del lavoro domestico e della assistenza domiciliare: profili giuridici e contrattuali. *Professionalità Studi*, II, 6: 28-43.
- Casano L. (2022), Vincoli giuridici e nodi istituzionali per la costruzione di un mercato del lavoro di cura. In: Casano L. (a cura di), *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*. Adapt University Press. 23-76.
- Casano L. (2020), *Contributo all'analisi giuridica dei mercati transizionali del lavoro*. ADAPT University Press.
- Casano L. (a cura di) (2022), *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*. Adapt University Press.
- Casteller R. (2024), La professione psicologica del Terzo settore. In: CNOAP – Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (a cura di), *Quale psicologia nel welfare? Per un approccio sociosanitario*. Roma: CNOAP. 81-84.
- CEDEFOP (2023), Care Workers: Skills Opportunities and Challenges (2023 update). *Cedefop Data Insights*, 19.12.2023. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Cellini G. (2024), Professioni sociali nel Terzo settore: una panoramica sul servizio sociale. *Impresa Sociale* n. 2.
- Cellini G., Scavarda A. (2019), Managerialismo e tendenze della de-professionalizzazione nel social work. Mutamenti in atto e ridefinizione dell'agire professionale. *La Rivista di Servizio Sociale* 2: 34-46.
- De Angelis A., Giullari B. (2024), Il lavoro di cura: un settore in crisi da abbandono. *Salute e società*, 2/2024: 53-69. Doi: 10.3280/SES2024-002004.
- Dellavalle M. (2019), Quale riconoscimento per le professioni del lavoro sociale? *Welforum.it – Osservatorio Nazionale sulle Politiche Sociali*, 17.05.2019.
- Dellavalle M. (2019), Professioni sociali: dissolvenza o integrazione delle competenze? *Welforum.it – Osservatorio Nazionale sulle Politiche Sociali*, 18.12.2019.
- EURICSE (2024), Lavorare in cooperativa oggi. La voce dei nuovi professionisti della cura e il turn-over nelle imprese sociali. Trento: *Euricse Research Report* n. 35/2024.
- Facchini C. (2010), *Tra impegno e professione: gli assistenti sociali come soggetti del welfare*, Bologna: il Mulino.
- Fazzi L. (2016), *Il servizio sociale nel Terzo settore*. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Fazzi L. (2016), Tutt'altro che un ripiego. *Welfare Oggi*, 4: 81-87.
- Fefè R. (2021), Il valore relazionale nella domanda di cura. Intervento a *Competenze umanistiche nella cura degli anziani*. Evento conclusivo del progetto Erasmus+ Tenderness4Life (12 marzo 2021).
- Fondazione IRISO (a cura di) (2009) *Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali*. Milano: Fondazione IRISO.
- Galeotti G., Daddi D. (2021), *Professioni educative ed emergenti nel Terzo settore: dal coordinatore dei servizi educativi al facilitatore dell'innovazione sociale*. Mizar. Costellazione di pensieri. Università del Salento – Coordinamento SIBA, Lecce. 114-118. DOI: 10.1285/i24995835v2021n15p114.
- Grassia M.G., Boccuzzo G., Piscitelli A., Fratepietro L. (2008), I tratti distintivi degli operatori del Terzo settore: Un percorso di ricerca sul campo per la determinazione delle professionalità esistenti e delle competenze richieste dal mondo del lavoro. In: Balbi S., Boccuzzo G., Grassia M.G. (a cura di), *Profili formativi e bisogno di competenze nel Terzo settore*, CLEUP, Padova, 25-36.
- ILO (2013), *Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection*. Geneva: International Labour Office.
- ILO (2018), *Care work and care jobs for the future of decent work*. Geneva: International Labour Office.

- INAPP (2023), *L'offerta di servizi sociali del Terzo Settore – IV Indagine sui servizi sociali realizzati dal non profit*. Roma: INAPP.
- INPS (2023), *XXII Rapporto Annuale*. Roma: INPS.
- Marocchi G. (2023), *Verso un ripensamento del lavoro sociale. Welforum.it – Osservatorio Nazionale sulle Politiche Sociali*, 19.12.2023.
- Natoli G., Santanicchia M. (2019), *Professioni e servizi sociali nel welfare in mutamento. La prospettiva del terzo settore*. Paper presentato alla *XII Conferenza EspaNet Italia*. Sessione 25, INAPP, Roma.
- Negri S. (2022) *La costruzione sociale dei profili professionali del lavoro di cura*. In: Casano L. (a cura di), *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*. Adapt University Press. 117-145.
- OECD (2021), *Government at a Glance 2021*. Paris: OECD Publishing.
- Pavani L. (2021), *Costruire relazioni d'aiuto in condizioni di precarietà lavorativa: Il caso dell'assistente sociale*. *La Rivista di servizio sociale*, LXI, 1: 20-31.
- Pelliccia L. (2024), *Potenziamento assistenti sociali: una prima valutazione del processo di costruzione dei LEP*. *Welforum.it – Osservatorio Nazionale sulle Politiche Sociali*, 11.04.2024.
- Sicora A., Rosina B. (a cura di) (2019), *La violenza contro gli assistenti sociali in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Tabacchi G. (2023), *La crisi del personale nel sociale*. *Welforum.it – Osservatorio Nazionale sulle Politiche Sociali*, 21.03.2023.
- Tiraboschi M. (2015), *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*. *Diritto delle Relazioni Industriali*, 3, XXV: 681-726.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Bologna: il Mulino.
- UPB – Ufficio Parlamentare di Bilancio (2023), *L'attuazione del Livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale: il reclutamento degli assistenti sociali*. *Focus n. 5/2023*. Roma: UPB.
- Unioncamere (2022), *Previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine (2023-2027)*. Roma: Unioncamere.
- Unioncamere (2023), *Previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine (2024-2028)*. Roma: Unioncamere.
- Wilensky H.L. (1964), *The professionalization of Everyone?* *American Journal of Sociology*, 70, 2. Doi: 10.1086/223790.
- Zan S. (1976), *Struttura e organizzazione delle professioni: una analisi critica della letteratura*. *Studi Organizzativi*, 2-3.

Sitografia

- ANIMAZIONE SOCIALE | Rivista per gli operatori sociali
- ALMALAUREA per il sistema Italia | I nostri dati
- CEDEFOP | Are workers: skills opportunities and challenges (2023 update)
- EXCELSIOR | Benvenuti in Excelsior
- EXCELSIOR | Webform
- ILO | Care work and care jobs for the future of decent work | International Labour Organization
- ISTAT | Censimento permanente delle Istituzioni nonprofit: i primi risultati – anno 2021
- INAPP | Indagine sull'offerta pubblica e privata di servizi sociali
- INAPP | Atlante e Professioni | Atlante Lavoro
- ISCO | International Standard Classification of Occupations

[ISTAT | Nomenclatura e classificazione delle unità professionali](#)

[ISTAT | XXII Rapporto annuale](#)

[ISTAT | Structural business statistics overview – Statistics Explained Imprese](#)

[OECD | Government at a Glance](#)

[PROFESSIONI | Classificazione](#)

[UPB | Ufficio parlamentare di bilancio](#)

[USTAT | Esplora i dati](#)

Principali riferimenti normativi

D. Lgs. n. 502/1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria.

D.M. 793/1994 – Approvazione dei profili professionali nel settore infermieristico, tecnico-sanitario e della riabilitazione.

D.P.R. n. 137/2012 – Regolamento recante norme per l’ordinamento della professione di assistente sociale.

Direttiva 2005/36/CE – Direttiva dell’Unione Europea relativa al Riconoscimento delle qualifiche professionali.

DM 19/3/1999 – Riconoscimento dell’educatore professionale tra le professioni sanitarie dell’area della riabilitazione.

DM n. 520/1998 – Definizione del profilo professionale dell’educatore professionale.

L. 234/2021 – Legge di bilancio 2022. Autorizza i Comuni a effettuare assunzioni di assistenti sociali a tempo indeterminato in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale.

L. n. 178/2020 – Misure di previsione e contrasto dell’emergenza epidemiologica da COVID-19. Introduce un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale, specificando il rapporto tra assistenti sociali e popolazione.

L. n. 205/2017 – Disposizioni per la promozione dell’educazione e dell’istruzione e per il miglioramento della qualità dei percorsi formativi” (Legge di bilancio 2018, che ha approvato alcuni commi relativi al riconoscimento normativo degli educatori professionali e pedagogisti).

L. n. 251/2000 – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della professione di ostetrica.

L. n. 3/2018 – Disposizioni in materia di professioni sociosanitarie.

L. n. 328/2000 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

L. n. 42/1999 – Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

L. n. 43/2006 – Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

L. n. 55/2024 – Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche e educative e istituzione dei relativi Albi.

L. n. 833/1978 – Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

L. n. 84/1993 – Legge di ordinamento della professione di assistente sociale.

L. n. 92/2012 – Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita (riforma del mercato del lavoro/Legge Fornero).

Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che approva la riforma del Titolo V della Costituzione italiana. Questa riforma ha modificato il Titolo V della Costituzione, relativo all’ordinamento della Repubblica, con l’obiettivo di dare maggiore autonomia alle Regioni e agli Enti locali, ripartendo le competenze tra Stato e Regioni.

UNI 11695:2017 – Normativa tecnica relativa alla figura del sociologo.

APPENDICE 1

PROFESSIONI REGOLAMENTATE NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI



1. Assistente sociale

Descrizione

L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, può svolgere anche attività didattico-formative. La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato. Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria ha esclusivamente funzione tecnico-professionale.

Requisiti

Per poter esercitare la professione di assistente sociale è necessario aver superato il relativo Esame di Stato ed essere iscritti alla Sezione B dell'Albo professionale degli assistenti sociali. Per l'ammissione all'Esame di Stato è richiesto il possesso della laurea nella classe L 39 – Servizio sociale.

Le attività che caratterizzano la professione di assistente sociale sono riportate nel comma 2 dell'art. 21 del DPR 328/2001.

Normativa

Legge 23 marzo 1993 n. 84 – Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'Albo professionale.

D.P.R. 5 giugno 2001 n. 328 – Modifiche e integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti.

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 – Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

Autorità competente

Ministero della Giustizia.

Altre autorità

Consiglio nazionale Ordine assistenti sociali.

2. Assistente sociale specialista

Descrizione

L'assistente sociale specialista si occupa dell'esigibilità dei diritti sociali degli individui, previene processi di marginalizzazione sociale e tutela persone/cittadini, famiglie, comunità, in condizioni di disagio o di grave rischio sociale. Lavora per prevenire disagio sociale, promuove benessere globale comunitario, con ricerca e analisi dei fenomeni sociali e con progetti sociali specifici. Opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio e può svolgere attività didattico-formative. Svolge compiti di gestione, concorre all'organizzazione e programmazione; può esercitare attività di coordinamento e direzione servizi sociali. La professione di assistente sociale può essere esercitata in forma autonoma o di rapporto di lavoro subordinato. Nella collaborazione con l'autorità giudiziaria ha esclusivamente funzione tecnico-professionale.

Requisiti

Per poter esercitare la professione di assistente sociale specialista è necessario aver superato il relativo Esame di Stato ed essere iscritti alla Sezione A dell'Albo professionale degli assistenti sociali specialisti. Per l'ammissione all'Esame di Stato è richiesto il possesso della laurea magistrale nella classe LM 88 – Servizio sociale e politiche sociali.

Le attività che caratterizzano la professione di assistente sociale specialista sono riportate nei commi 1 e 2 dell'art. 21 del DPR 328/2001.

Normativa

Legge 23 marzo 1993 n. 84 – Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'Albo professionale.

D.P.R. 5 giugno 2001 n. 328 – Modifiche e integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 – Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

Autorità competente

Ministero della Giustizia.

Altre autorità

Consiglio nazionale Ordine assistenti sociali.

3. Educatore professionale

Descrizione

L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso della laurea abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, attua specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; inoltre, cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà. Svolge l'attività professionale in strutture e servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale.

Requisiti

L'esercizio della professione di educatore professionale è subordinato all'iscrizione all'Albo della professione sanitaria di educatore professionale, al quale si accede attraverso l'acquisizione della laurea in Educatore Professionale Sanitario, L/SNT02 – Classe delle lauree in Professioni sanitarie della riabilitazione. La prova finale del corso di laurea ha valore di Esame di Stato e è abilitante all'esercizio della professione.

Normativa

D. M. 8 Ottobre 1998, n. 520 – Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 – Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

Decreto 13 marzo 2018 – Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Autorità competente

Ministero della Salute.

Altre autorità

Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

4. Educatore Professionale Socio-Pedagogico

Descrizione

L'educatore professionale socio-pedagogico è un professionista abilitato che, in possesso della laurea triennale abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale presso l'Ordine delle Professioni Pedagogiche ed Educative (OPPE), progetta, realizza, gestisce e valuta interventi educativi e formativi, operando in autonomia scientifica e nell'ambito di équipe multidisciplinari. Svolge la propria attività con responsabilità deontologica nei servizi e nei presidi socio-educativi, socio-assistenziali e socio-culturali – compresi i servizi socio-sanitari per le sole funzioni educative – rivolgendosi a persone di tutte le età e condizioni, per promuovere lo sviluppo personale, la partecipazione e l'inclusione sociale durante tutto l'arco della vita. L'educatore professionale socio-pedagogico può esercitare la professione in regime di lavoro dipendente o autonomo, in strutture pubbliche o private, sul territorio nazionale, nei diversi contesti: scolastico, socio-sanitario (per le attività educative), salute, famiglia, cultura, giustizia, ambiente, sport e cooperazione internazionale. Nei servizi educativi per l'infanzia svolge funzioni educative e di accompagnamento di bambini e famiglie, promuovendo l'integrazione e le pari opportunità.

Requisiti

L'accesso all'albo richiede:

- Il possesso della laurea triennale abilitante in Scienze dell'Educazione e della Formazione (classe L-19);
- Il superamento di una prova valutativa delle competenze professionali maturate durante il tirocinio previsto dal corso di studi, da svolgersi prima della discussione della tesi di laurea, alla presenza di un rappresentante dell'Ordine. Durante il periodo di transizione, fino al 31 marzo 2025, i professionisti che già esercitavano la funzione potevano iscriversi secondo specifiche modalità previste dai decreti attuativi relativi all'Ordine¹.

Normativa

Legge 15 aprile 2024, n. 55 – Ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzione degli albi professionali.

Legge 27 dicembre 2017, n. 205, commi 594-601 – Riconoscimento della figura e delle funzioni dell'educatore professionale socio-pedagogico e del pedagogista.

Decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65 – Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino ai sei anni.

Decreti attuativi del Ministero della Giustizia e del Ministero dell'Università e della Ricerca.

Autorità competente

Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) – per il rilascio dei titoli abilitanti.

Ministero della Giustizia – per la vigilanza sull'Ordine professionale.

Altre autorità

Ordine delle Professioni Pedagogiche ed Educative (OPPE), articolato su base regionale e provinciale
Consiglio Nazionale dell'Ordine delle Professioni Pedagogiche ed Educative.

5. Logopedista

Descrizione

Il logopedista è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica.

Requisiti

Il titolo professionale di logopedista spetta a coloro che siano in possesso di laurea in logopedia e a coloro che siano in possesso di diploma universitario di logopedista o di uno dei seguenti titoli equipollenti:

- logoterapista – tecnico di logopedia (corsi regionali di abilitazione);
- terapista della riabilitazione – logopedista (corsi regionali di abilitazione);
- logopedista (corsi regionali di abilitazione);
- terapista della riabilitazione specializzato in terapia del linguaggio;
- tecnici di foniatria;
- tecnico di logopedia e foniatria;
- tecnico di logopedia – tecnico di foniatria (Logopedista), tecnico di foniatria – tecnico di foniatria (Logopedista), tecnico di ortofonia (Corsi universitari svolti presso Scuole Dirette a Fini Speciali, istituti con specifici Decreti del Presidente della Repubblica).

¹ Ai sensi delle ultime disposizioni, l'obbligo di iscrizione all'albo professionale decorre dal 31 marzo 2025, in attesa del completamento dei decreti attuativi e della fase transitoria per i professionisti già attivi.

A decorrere dal 1° luglio 2018 per esercitare la professione è necessaria l'iscrizione presso l'Albo dei logopedisti.

Normativa

D.M. 14 settembre 1994, n.742 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del logopedista.

D.M. 13 marzo 2018 Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Autorità competente

Ministero della Salute.

Altre autorità

--

6. Psicologo

Descrizione

Lo psicologo è il professionista che interviene in ambito individuale, interpersonale, sociale, istituzionale e lavorativo al fine di migliorare e tutelare il benessere psicologico e la salute delle persone, delle famiglie, delle comunità e delle organizzazioni.

Le attività che caratterizzano la professione dello psicologo iscritto nella sezione A dell'Albo professionale, stabilite dall'art. 1 della Legge 18/02/1989, n. 56 e dall'art. 51 del D.P.R. 328/2001, prevedono l'uso di strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione, riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità, nonché le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito. Rientrano nella professione dello psicologo anche l'esercizio, il coordinamento e la supervisione delle attività riservate agli iscritti nella sezione B dell'Albo professionale.

Requisiti

L'abilitazione all'esercizio della professione di psicologo si consegue attraverso l'Esame di Stato per l'iscrizione alla Sezione A dell'Albo Professionale degli psicologi.

Per l'ammissione all'Esame di Stato è necessario aver concluso il tirocinio di un anno, al quale si accede con il possesso di uno dei seguenti titoli:

- Laurea Magistrale in Psicologia (LM 51);
- Laurea in Psicologia conseguita secondo il vecchio ordinamento.

Alla sezione A dell'Albo degli Psicologi sono iscritti automaticamente coloro che, alla data di entrata in vigore del D.P.R. 328/01 erano iscritti nell'Albo degli Psicologi o avevano conseguito l'abilitazione professionale.

Normativa

Legge 18 febbraio 1989, n. 56 – Ordinamento della professione di psicologo.

D.P.R. 5 giugno 2001, n. 328 – Modifiche e integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti.

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 – Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

D.M. 23 marzo 2018 – Ordinamento della professione di psicologo.

Autorità competente

Ministero della Salute.

Altre autorità

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

7. Psicoterapeuta

Descrizione

Lo psicoterapeuta è un professionista, medico o psicologo, autorizzato all'esercizio della psicoterapia dall'Ordine professionale di appartenenza. Il suo intervento mutua le tecniche dai numerosi modelli applicativi della psicologia e ha lo scopo di curare i disturbi psicopatologici di natura e entità diversa, che vanno dal modesto disagio personale fino alla sintomatologia grave, e che possono manifestarsi con sintomi nevrotici o psicotici tali da nuocere in diversa misura al benessere dell'individuo. Lo specialista psicoterapeuta – psicologo o medico – può esercitare l'attività sia come libero professionista, sia nel Servizio sanitario pubblico, ma solo il medico psicoterapeuta è autorizzato, sulla base delle specifiche competenze, alla prescrizione di farmaci.

Requisiti

L'esercizio della professione di psicoterapeuta è riservato a psicologi o medici, già iscritti nei rispettivi Albi professionali, che abbiano conseguito una specializzazione post universitaria in psicoterapia della durata di almeno 4 anni, presso scuole di specializzazione universitaria o istituti privati autorizzati ai sensi del DM 11 dicembre 1998, n. 509.

L'esercizio della professione è subordinato all'autorizzazione da parte dell'Ordine degli Psicologi attraverso l'iscrizione del professionista all'elenco degli psicoterapeuti istituito presso l'Ordine regionale di competenza.

Normativa

Legge 18 febbraio 1989, n. 56 – Ordinamento della professione di psicologo.

D.M. 11 dicembre 1998, n. 509 – Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 – Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

D.M. 23 marzo 2018 – Ordinamento della professione di psicologo.

Autorità competente

Ministero della Salute.

Altre autorità

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

8. Tecnico della riabilitazione psichiatrica

Descrizione

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica è l'operatore sanitario che svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi e educativi sui soggetti con disabilità psichica.

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica:

- a. collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;
- b. collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
- c. attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;
- d. opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifestate;

- e. opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;
- f. collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati;
- g. il tecnico della riabilitazione psichiatrica svolge la sua attività professionale in strutture e servizi sanitari pubblici o privati in regime di dipendenza o libero professionale.

Requisiti

Il titolo professionale di tecnico della riabilitazione psichiatrica spetta a coloro che siano in possesso di laurea in tecnica della riabilitazione psichiatrica; il titolo di per sé abilita all'esercizio professionale, anche se la formazione del tecnico può proseguire con la laurea specialistica, i master universitari (di primo e secondo livello), il dottorato di ricerca. È inoltre prevista l'iscrizione all'Albo professionale della professione sanitaria di tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Normativa

D.M. 29 marzo 2001 n.182 – Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica.

D.M. 29 marzo 2001 – Definizione delle figure professionali di cui all'articolo 6, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

D.M. 13 marzo 2018 – Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Autorità competente

Ministero della Salute.

Altre autorità

Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

9. Terapista della riabilitazione

Descrizione

L'esercizio della professione di Terapista della riabilitazione/Fisioterapista è subordinato all'iscrizione al relativo Albo professionale, al quale si accede attraverso il completamento del corso di laurea triennale abilitante in Fisioterapia (L/SNT2), la cui prova finale ha valore di Esame di Stato.

Requisiti

Il Terapista della riabilitazione/fisioterapista è l'operatore sanitario in possesso del diploma universitario abilitante, che svolge in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita. È inoltre prevista l'iscrizione all'Albo professionale della professione sanitaria di tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Normativa

D.M. 14 settembre 1994, n. 741 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista.

Legge 11 gennaio 2018, n. 3 – Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.

Decreto 13 marzo 2018 – Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Autorità competente

Ministero della Salute.

Altre autorità

Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

10. Terapista occupazionale / ergoterapista

Descrizione

Il titolo professionale di terapista occupazionale spetta:

I) a coloro che siano in possesso di laurea in terapia occupazionale, afferente alla classe n. 2 delle lauree universitarie delle professioni sanitarie; il titolo di per sé abilita all'esercizio professionale, anche se la formazione del terapista può proseguire con la laurea specialistica, i master universitari (di primo e secondo livello), il dottorato di ricerca;

II) a coloro che siano in possesso di diploma universitario di terapista occupazionale o del titolo equipollente di terapista occupazionale conseguito al termine di un corso istituito ai sensi del d.P.R. 10 marzo 1982, n. 162 sulle scuole dirette a fini speciali, le scuole di specializzazione e i corsi di perfezionamento. Inoltre, il possessore del titolo di terapista della riabilitazione, o di terapista della riabilitazione che abbia svolto una delle attività professionali che, consentita dal titolo posseduto, sia stata successivamente riconosciuta come propria del diploma universitario di terapista occupazionale, può optare per il riconoscimento del predetto diploma corrispondente all'attività effettivamente esercitata, sempre che tale specifica attività sia stata esercitata, in via prevalente, in regime di lavoro dipendente o autonomo, per un periodo di tre anni nell'ultimo quinquennio. La specifica attività esercitata deve essere formalmente documentata. La domanda di opzione è presentata, unitamente al titolo originale, all'unità sanitaria locale di residenza, che provvede ad annotare sul retro del titolo originale l'opzione effettuata.

È inoltre prevista l'iscrizione all'Albo professionale della professione sanitaria di Terapista occupazionale.

Requisiti

Il terapista occupazionale è l'operatore sanitario che opera nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da malattie e disordini fisici, psichici sia con disabilità temporanee che permanenti, utilizzando attività espressive, manuali-rappresentative, ludiche, della vita quotidiana.

Normativa

D.M. 17 gennaio 1997, n. 136 Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapista occupazionale.

D.M. 29 marzo 2001 Definizione delle figure professionali.

D.M. 13 marzo 2018 Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Autorità competente

Ministero della Salute.

Altre autorità

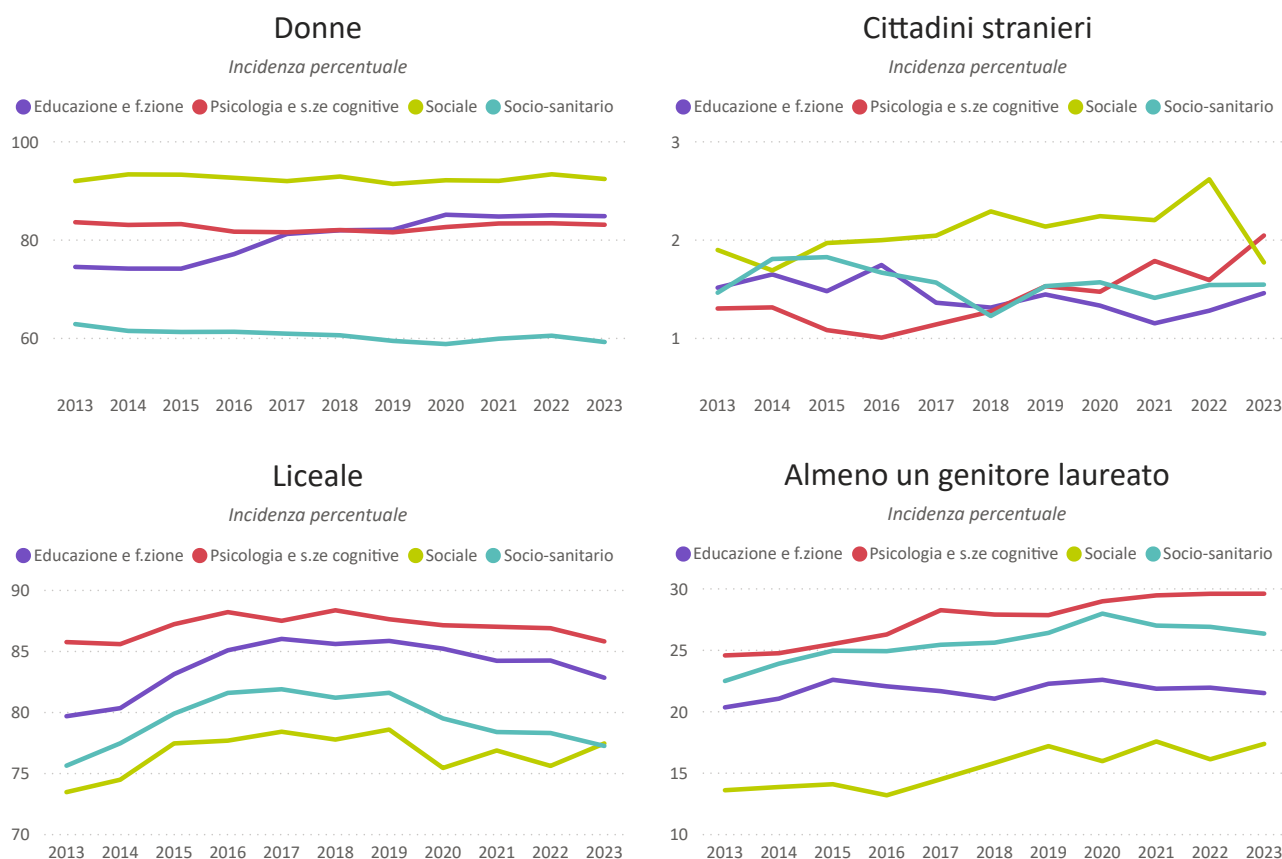
Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

APPENDICE 2

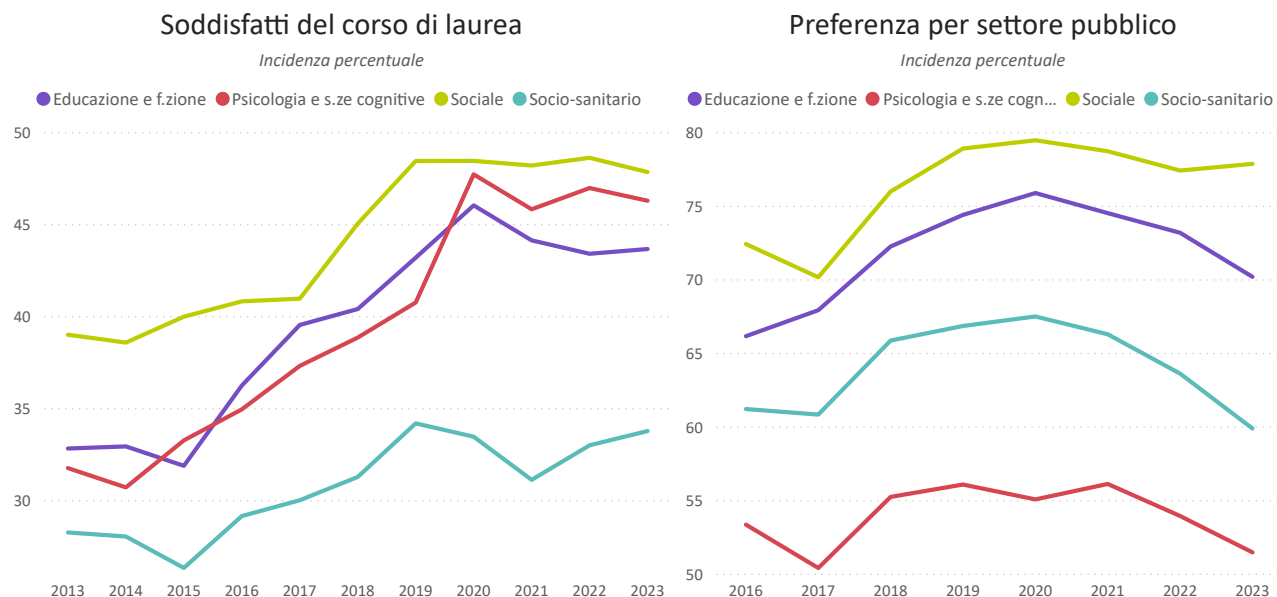
PROFILI DEI LAUREATI E CONDIZIONE OCCUPAZIONALE DEI MAGISTRALI

Figura A2.1 – Profilo dei laureati (triennali e magistrali) per ambito professionale

a) Caratteristiche socio-demografiche e background familiare



b) Soddisfazione del corso di laurea e preferenza per il settore pubblico



c) Obiettivi lavorativi: possibilità di guadagno e utilità sociale del lavoro svolto

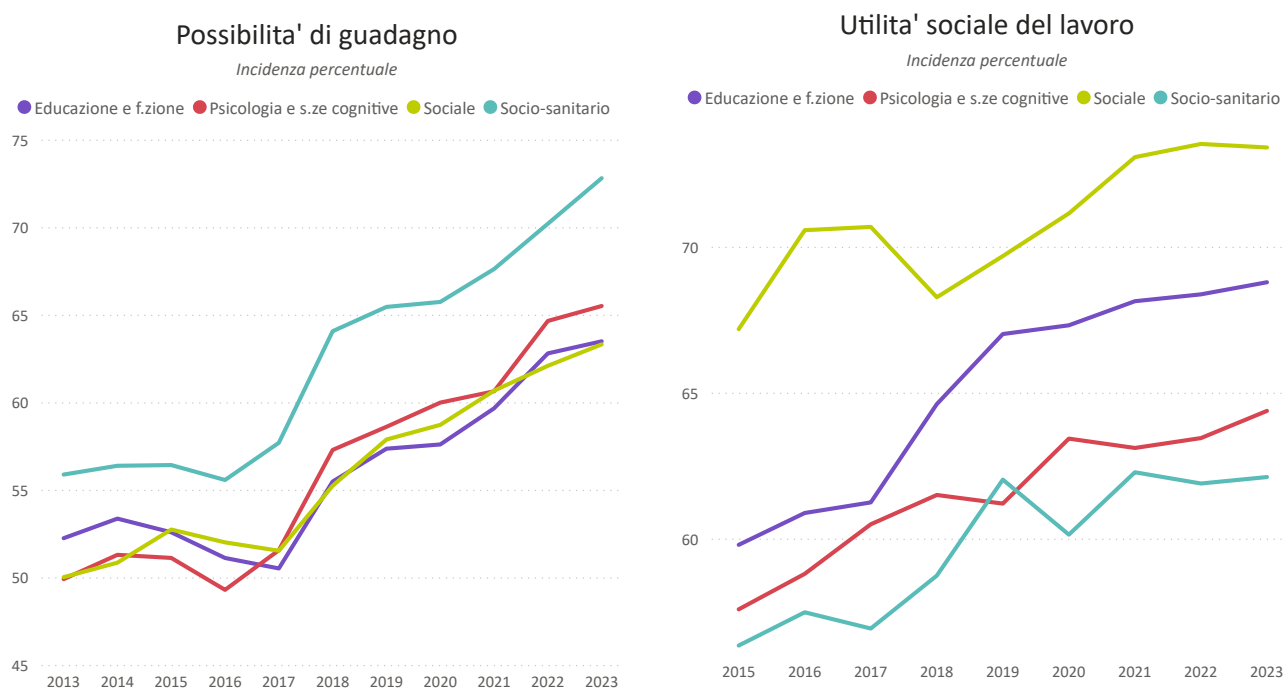
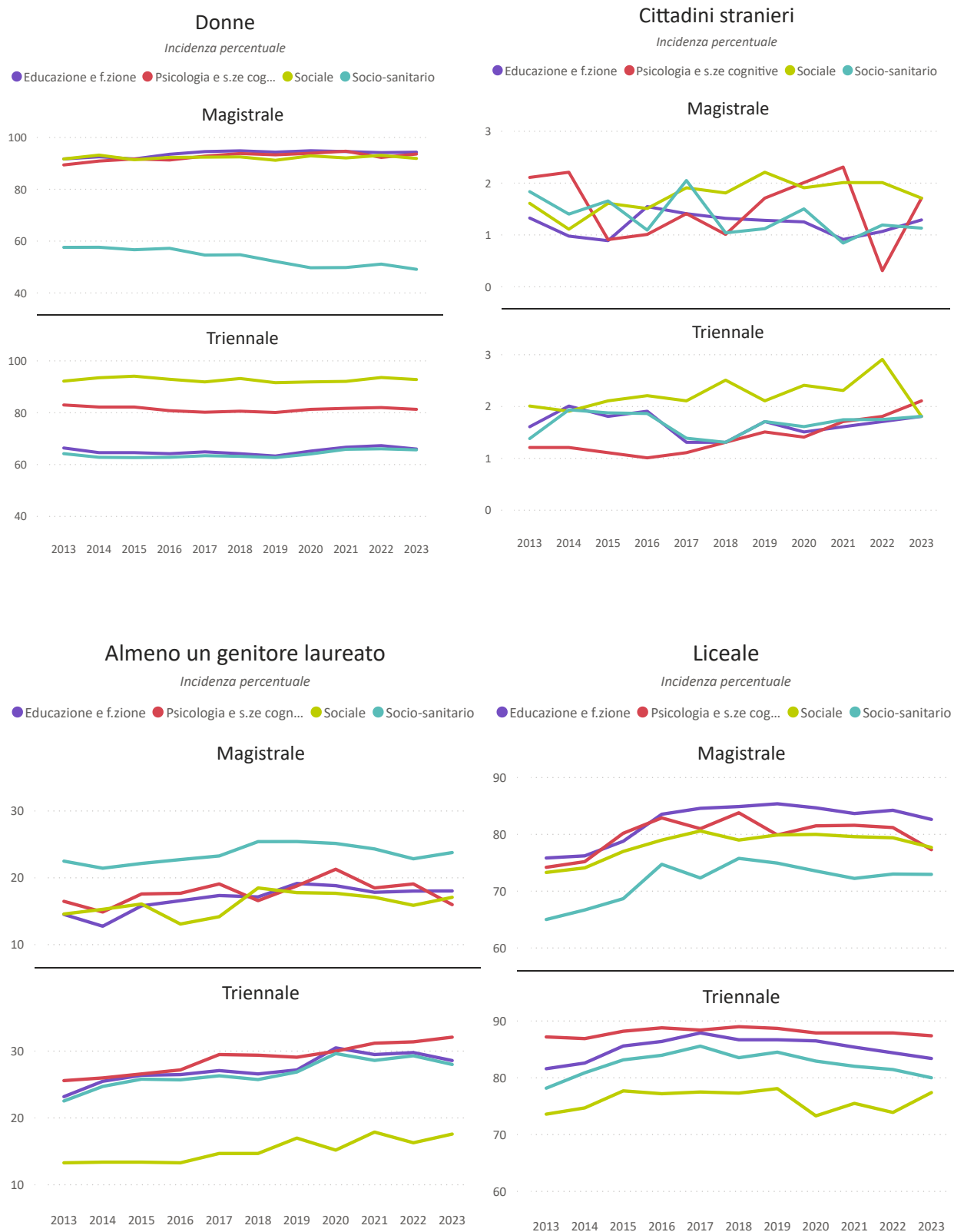
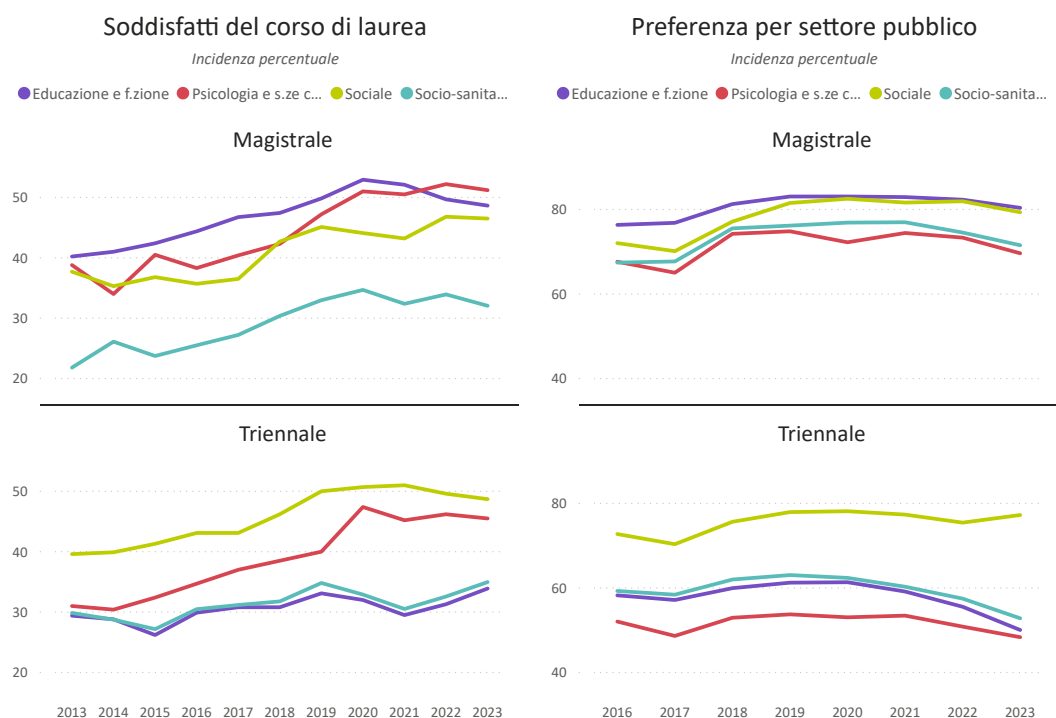


Figura A2.2 – Profilo dei laureati (triennali e magistrali) per ambito professionale e livello di laurea

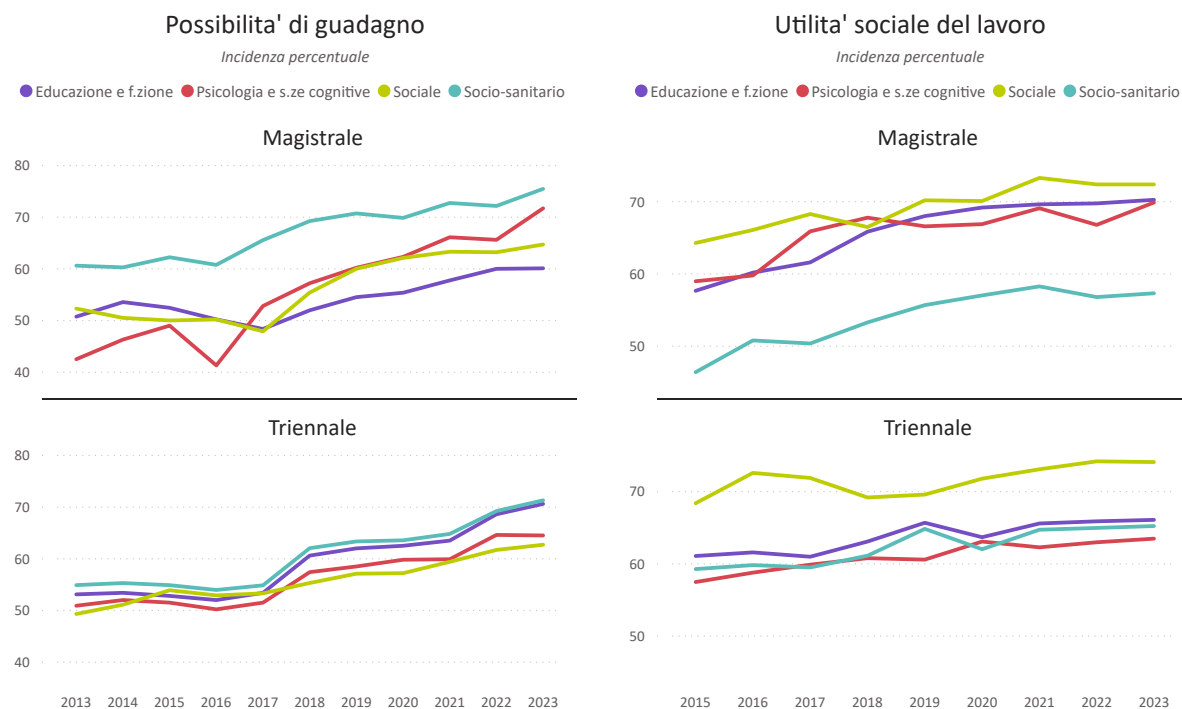
a) Caratteristiche socio-demografiche e background familiare: confronti fra triennali e magistrali



b) Soddisfazione del corso di laurea e preferenza per il settore pubblico: confronti fra triennali e magistrali



c) Obiettivi lavorativi: possibilità di guadagno e utilità sociale del lavoro svolto, confronto tra triennali e magistrali



d) Età media alla laurea e voto medio di diploma, confronto tra triennali e magistrali

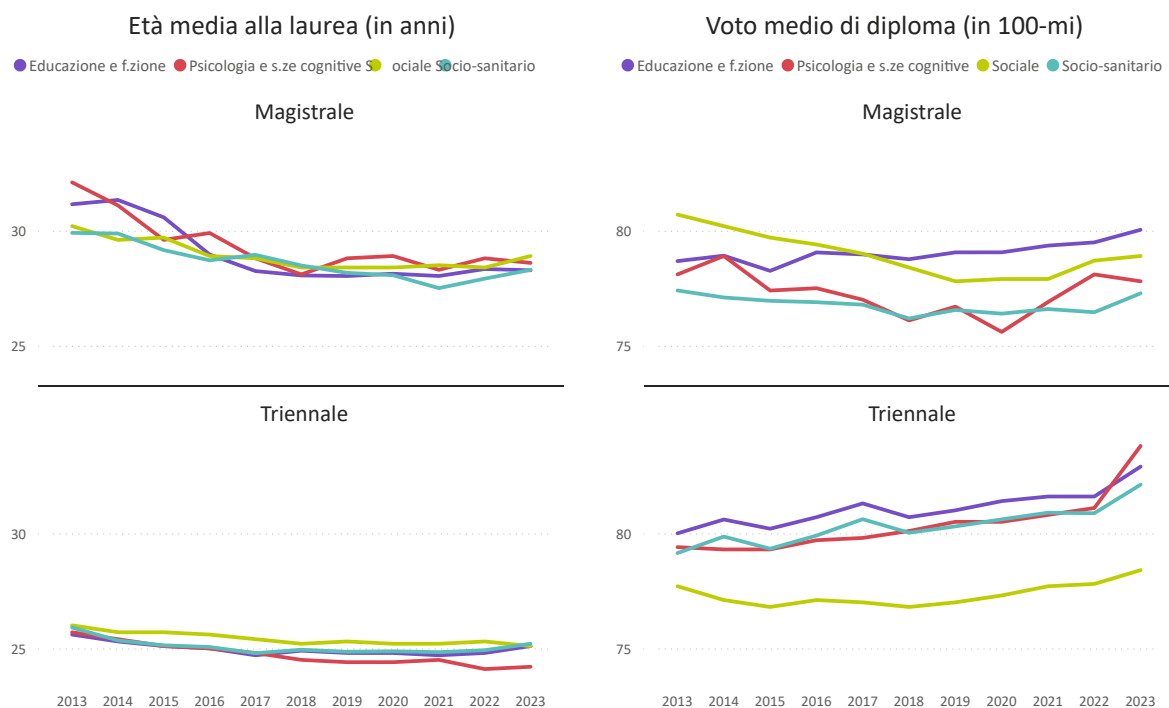
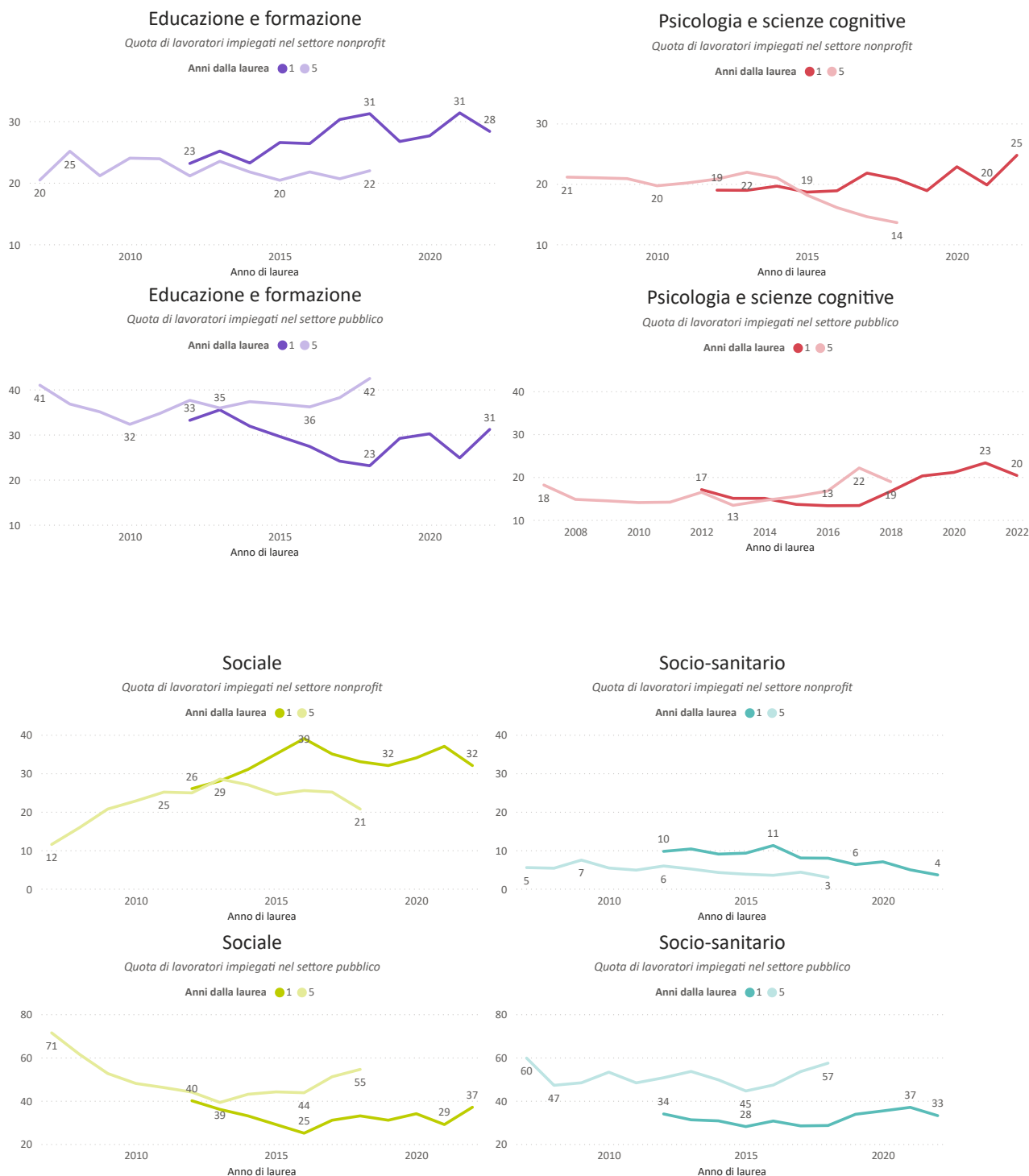
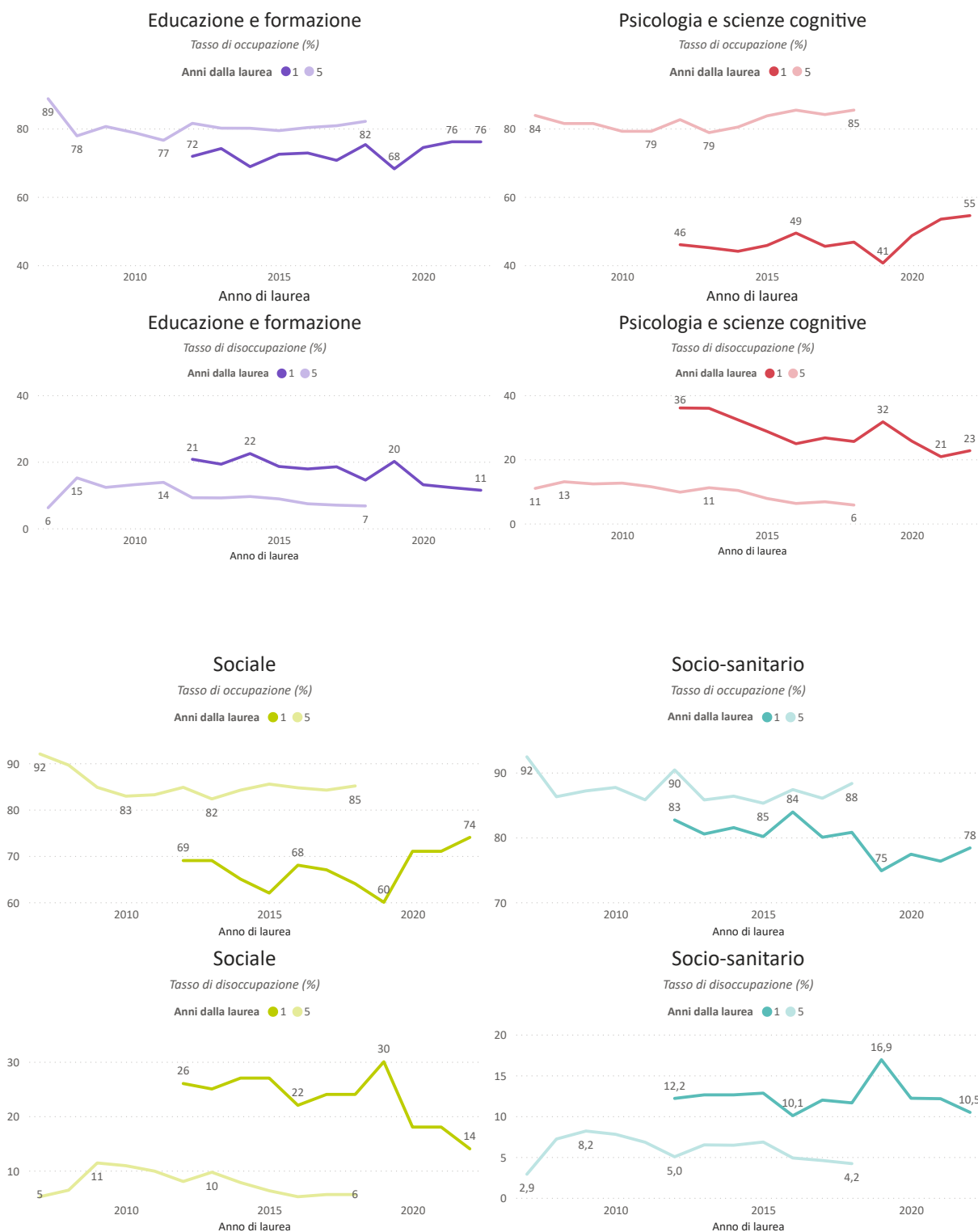
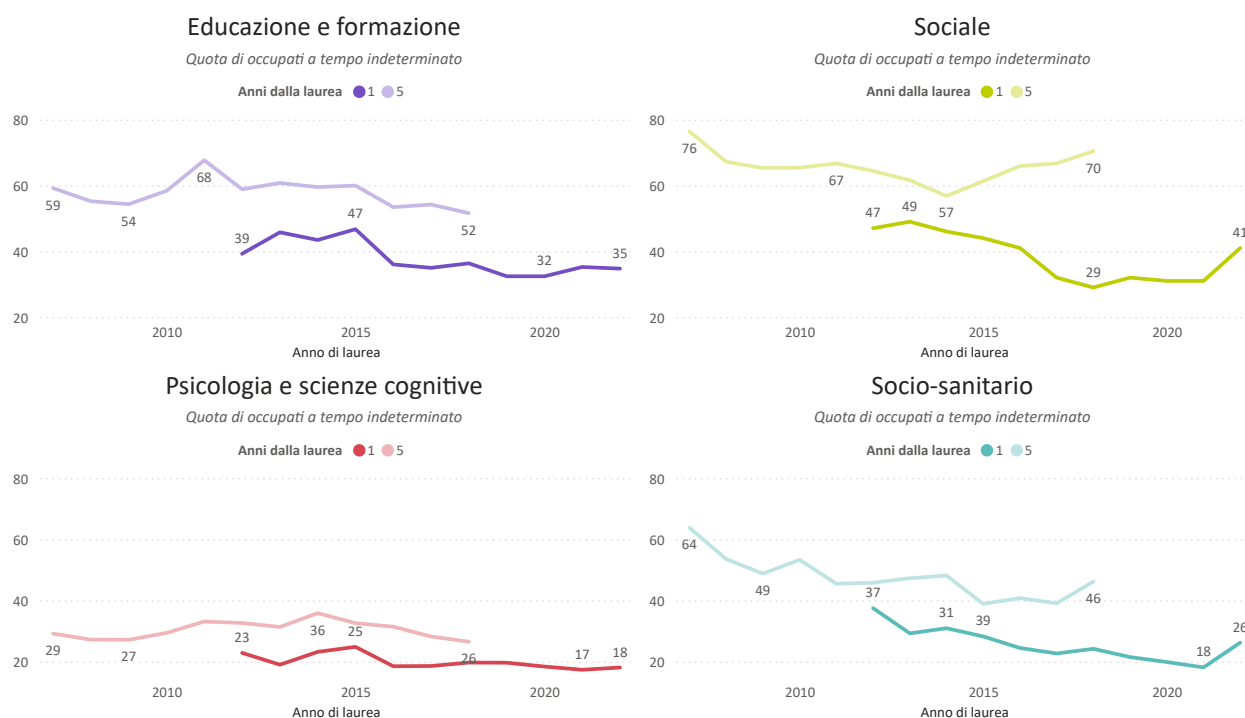


Figura A2.3 – Condizione occupazionale dei laureati magistrali (a 1 e a 5 anni dalla laurea) impiegati nelle principali professioni di cura**a) Settore di impiego**

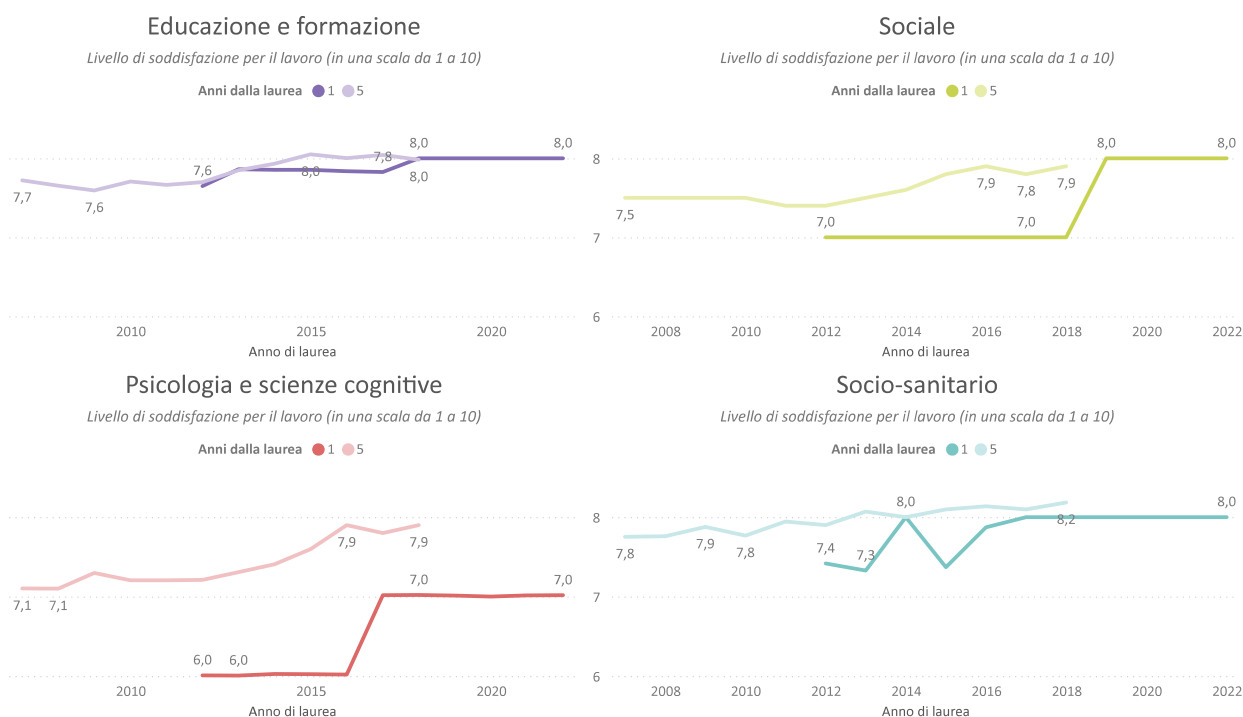
b) Tassi di occupazione e disoccupazione



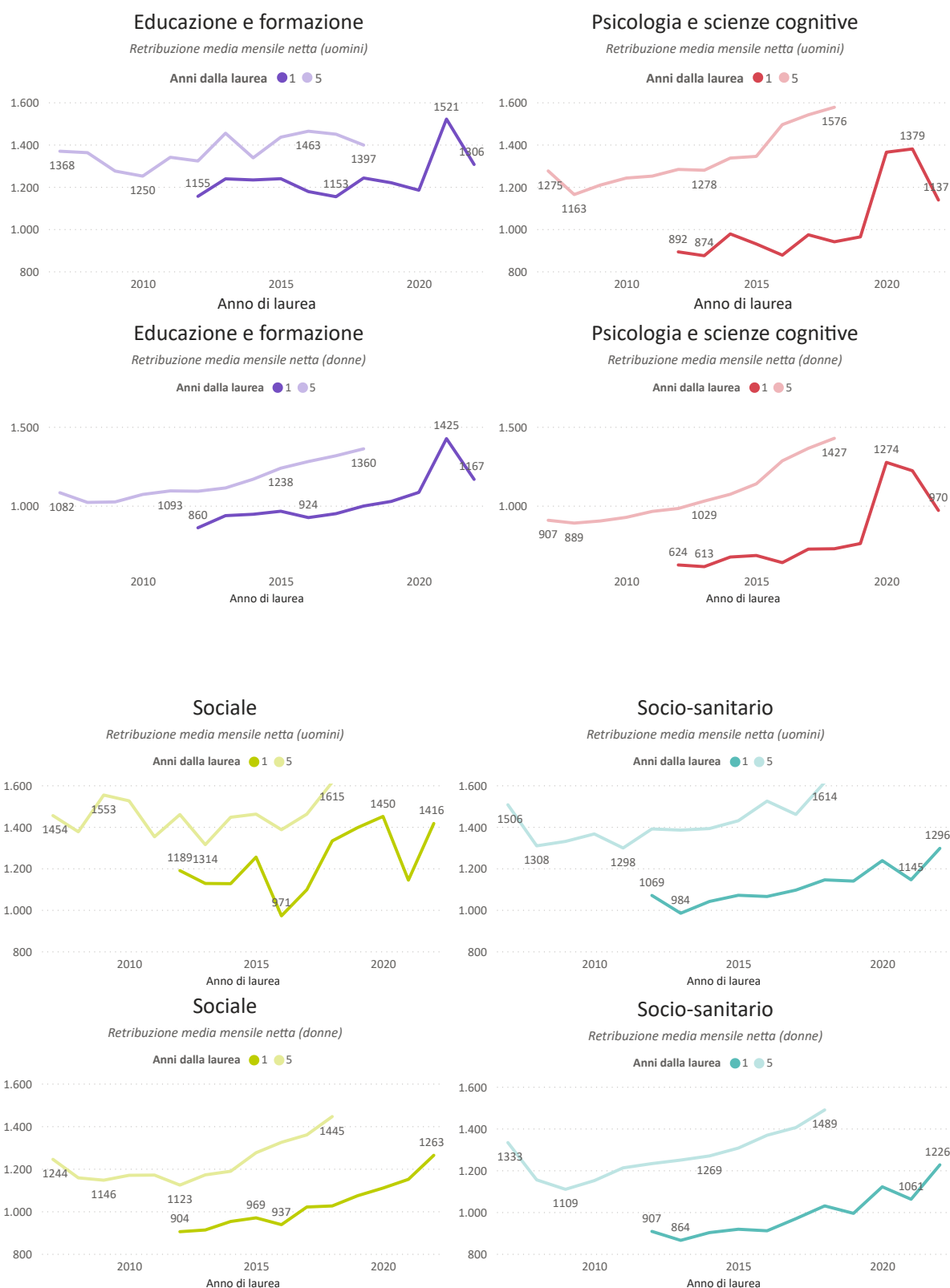
c) Tipologia di contratto



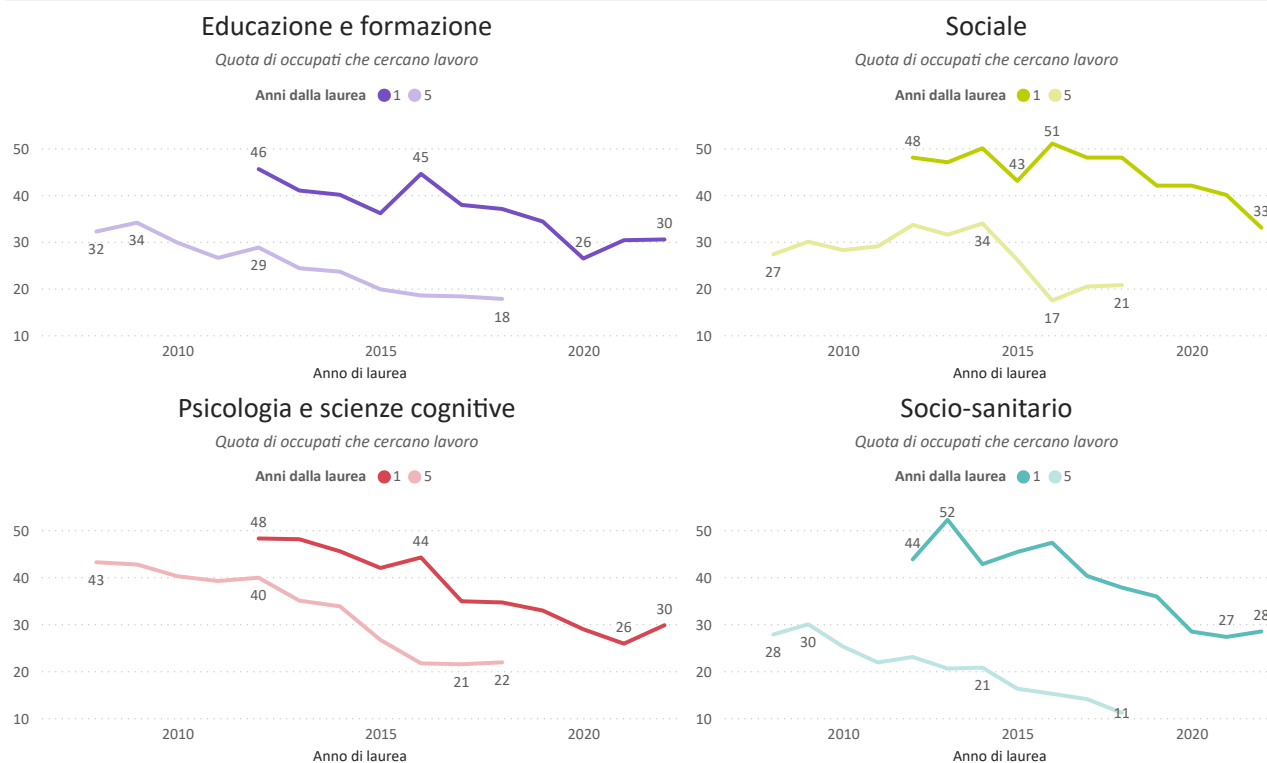
d) Soddisfazione per il lavoro



e) Retribuzione media mensile netta



f) Ricerca di occupazione



APPENDICE 3

PROFESSIONI E SETTORI DI CURA, UNO STUDIO SPERIMENTALE¹



1. Dati e metodi

Lo studio delle Professioni di cura si sviluppa su due piani concettualmente differenti, ancorché strettamente collegati tra loro. Sebbene la specificazione delle professioni di cura rappresenti il punto cardine

da cui sviluppare ogni ragionamento, anche lo studio del contesto in cui tali profili professionali trovano collocazione prevalente diventa fondamentale per la conoscenza della struttura e dell'evoluzione del comparto economico di riferimento di tali professioni o, più brevemente, dei settori di cura.

¹ A cura di: Livio Lo Verso, Andrea Oldrini (Città Metropolitana di Milano); Flavio Verrecchia (ISTAT); Nicola Orlando (Istituto per la ricerca sociale); Paolo Canino, Stefano Cima, Ellida Odorizzi (Evaluation Lab – FSVGDA).

Le professioni di cura corrispondono a un insieme di figure con vocazione “socio-sanitario-educativo-assistenziale” che determinano una corrispondenza di attività

economica di tipo *fuzzy*. In altri termini, si considerano settori di cura quelli nei quali il personale impegnato è composto prevalentemente da professionisti della cura, ospitando anche figure che svolgono attività diverse da quelle di cura: si pensi al personale ausiliario e di supporto (pulizie, rifiuti, preparazione pasti/mensa, etc.), supporto agli utenti (spostamenti, trasporto di pazienti, etc.), tecnico-logistico (manutenzione, riparazione), sicurezza, amministrazione, segreteria, accoglienza, etc.). Allo stesso tempo va anche considerato che i professionisti della cura lavorano in settori nei quali tali professionisti non superano la maggioranza della forza lavoro.

Un ulteriore approfondimento, discusso in dettaglio nel paragrafo 3, ha consentito di individuare alcune divisioni ATECO² nelle quali si svolge prevalentemente l'operatività dei professionisti di cura, ossia l'assistenza sanitaria (divisione 86), i servizi di assistenza sociale residenziale (divisione 87) e l'assistenza sociale non residenziale (divisione 88).

Oltre ai dati sulle imprese e le tipologie di attività economiche svolte, per svolgere approfondimenti settoriali, si è fatto ricorso alle statistiche sperimentali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e, per l'analisi delle professioni, si sono utilizzate, le statistiche ufficiali dell'Istat e quelle prodotte dal Consorzio AlmaLaurea che monitorare l'inserimento lavorativo dei laureati, l'evoluzione delle professioni e le loro specificità somministrando questionari che indagano: retribuzione, caratteristiche del lavoro e percorsi formativi degli studenti iscritti ai corsi e anche a 1, 3 e 5 anni dalla laurea.

Per osservare in dettaglio gli sviluppi di professioni e settori di cura questo lavoro utilizza una fonte di dati innovativa, costituita dalle Comunicazioni Obbligatorie. Le Comunicazioni Obbligatorie (COB) sono inviate dal datore di lavoro all'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) in caso di assunzioni, trasformazioni, cessazioni del rapporto di lavoro e altri eventi

legati al contratto di lavoro e all'INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) per le comunicazioni relative agli infortuni sul lavoro e la relativa copertura assicurativa³ e hanno l'obiettivo di garantire la trasparenza, la conformità alle normative lavorative e la protezione dei diritti dei lavoratori.

I soggetti obbligati all'invio delle COB sono:

- i datori di lavoro pubblici e privati, compresi i liberi professionisti e le cooperative, che hanno rapporti di lavoro subordinato;
- le imprese che assumono lavoratori dipendenti a tempo determinato, indeterminato o con contratto di apprendistato.

Sono invece esclusi dalle COB i soggetti che non hanno rapporti di lavoro subordinato o che rientrano in categorie particolari, in particolare:

- i lavoratori autonomi: libero professionista, consulente, collaboratore esterno che non ha un contratto subordinato;
- i lavoratori a tempo determinato per periodi inferiori a 5 giorni (in alcuni casi);
- tirocinanti e stagisti (per alcune forme di tirocinio che non prevedono un vero e proprio rapporto di lavoro subordinato);
- lavoratori domestici (come colf e badanti) per i quali sono previste modalità di comunicazione diverse.

Le COB (anonimizzate alla fonte) sono state rese accessibili a Eva Lab di FSVGDA grazie alla convenzione stipulata con la Città Metropolitana di Milano e, attraverso un'apposita lettera di intenti, dall'Istat (Osservatorio Statistico della Lombardia). Le COB considerate all'interno dell'analisi riguardano, in particolare, tutte le assunzioni, le trasformazioni e le cessazioni di rapporti di lavoro rilevate nella Città metropolitana di Milano nel periodo 2019-2024. I dati contenuti nelle COB consentono di restituire un quadro dinamico e in continuo aggiornamento delle relazioni di lavoro nei vari ambiti lavorativi.

2 L'ATECO è la classificazione delle attività economiche adottata dall'Istat per finalità statistiche cioè per la produzione e la diffusione di dati statistici ufficiali. Dal 1 gennaio 2025 la classificazione in vigore è ATECO 2025 che ha iniziato a essere utilizzata operativamente a partire dal 1 aprile 2025.

3 Per alcune tipologie di contratti e per particolari attività, le COB possono essere inviate anche ad altri enti, in genere: Centri per l'impiego o, in alcune regioni, gli Enti locali competenti.

Tabella A3.1 – Le professioni di cura

Codice (4 digit)	Categoria Professionale	Codice (5 digit)	Professione
2.5.3.3	Specialisti in scienze psicologiche e psicoterapeutiche	2.5.3.3.1	Psicologi clinici e psicoterapeuti
		2.5.3.3.2	Psicologi dello sviluppo e dell'educazione
		2.5.3.3.3	Psicologi del lavoro e delle organizzazioni
2.6.5.1	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili	2.6.5.1.0	Specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili
3.2.1.2	Professioni sanitarie riabilitative	3.2.1.2.1	Podologi
		3.2.1.2.2	Fisioterapisti ed assimilati
		3.2.1.2.3	Logopedisti
		3.2.1.2.4	Ortottisti – assistenti di oftalmologia
		3.2.1.2.5	Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
		3.2.1.2.6	Tecnici della riabilitazione psichiatrica
		3.2.1.2.7	Educatori professionali
		3.2.1.2.8	Terapisti occupazionali
3.4.5.1	Assistenti sociali	3.4.5.1.0	Assistenti sociali
3.4.5.2	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale	3.4.5.2.0	Tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale

Fonte: Elaborazioni degli autori sul Repertorio delle professioni (INAPP e ISTAT)

2. Identificazione delle professioni di cura

Partendo da quattro principali raggruppamenti formativi universitari (i.e. socio-sanitario, psicologia e scienze cognitive, sociale, formazione) è stato identificato un insieme specifico di professioni di cura. Come già osservato, le professioni di cura hanno una forte trasversalità di ambito applicativo. Da un approfondimento analitico sulle professioni è emerso infatti che anche le classificazioni formali ammettono sovrapposizioni nella collocazione delle professioni sanitarie e sociosanitarie. Senza perdita di generalità, questo è il caso, ad esempio, dell'operatore socio-sanitario e dell'educatore professionale⁴. Le professioni di cura (tabella A3.1) corrispondono quindi ad un ritaglio di figure con vocazione

socio-sanitario-educativo-assistenziale che comprende: i. tra le professioni sanitarie (in particolare tra le professioni mediche) gli appartenenti all'ordine degli psicologi; ii. tra le professioni della salute, quelle sanitarie della riabilitazione; iii. tra le professioni a vocazione socio-assistenziale, gli assistenti sociali e i tecnici del reinserimento e dell'integrazione sociale (ad es. addetto all'infanzia con funzioni educative, educatore professionale sociale, mediatore familiare, tecnico della mediazione sociale, tecnico per l'assistenza ai giovani con disabilità, tecnico socio pedagogico, etc.); iv. tra le professioni a vocazione socioeducativa, gli specialisti nell'educazione e nella formazione di soggetti diversamente abili (ad es. esperto nell'integrazione delle persone con disabilità, insegnante di sostegno, etc.).

Relativamente ai dati, sulle Comunicazioni Obbligatorie occorre avere consapevolezza di ciò che è effettivamente possibile osservare e quello che manca. Come già anticipato, la normativa che disciplina la materia

⁴ Per le professioni socio sanitarie cfr. Legge 11 gennaio 2018, n. 3, art. 5; per le professioni sanitarie della riabilitazione cfr. D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98) e, relativamente agli operatori di interesse sanitario, cfr. Acc. Stato – Regioni 22.02.2001 (G.U. 19.04.2001, n. 91).

prevede l'obbligo, per i datori di lavoro pubblici e privati di tutti i settori economici, di presentare una comunicazione ogni qual volta avvenga l'attivazione, la proroga, la trasformazione o la cessazione di un rapporto di lavoro di natura subordinata o parasubordinata.

Da un punto di vista applicativo, ciò significa che, se da un lato c'è una visione esaustiva sotto il profilo settoriale in relazione alla natura dei datori di lavoro, dall'altro restano scoperti alcuni segmenti. In particolare, rimangono in ombra le informazioni sugli indipendenti⁵ e i volontari, la cui rilevanza potrebbe essere di interesse in alcuni specifici ambiti (si pensi, ad esempio, per i volontari, alla divisione 94). I lavoratori indipendenti non sono infatti tracciati dalle COB. Si tratta soprattutto dei professionisti con partita IVA, come nel caso degli psicologi, la cui numerosità e la modalità di lavoro, prevalentemente autonoma, sfuggono alla rilevazione, pur costituendo una componente significativa del settore della cura. Il tema del volontariato, inoltre, sebbene presente in alcuni ambiti del welfare, risulta meno centrale nell'analisi delle professioni di cura: per definizione, infatti, il professionista non può coincidere con il volontario, poiché è la natura professionale regolata da titoli o contratti a caratterizzare queste figure. Più rilevante è invece sottolineare che la maggioranza numerica dei professionisti, secondo le classificazioni disponibili, si colloca nel settore dell'istruzione, che non rientra formalmente nella delimitazione dei servizi di cura, ma che condivide con essi la medesima vocazione socio-educativa.

Un ulteriore elemento di criticità discende dal fatto che i dati delle COB permettono di ricostruire una visione del mercato del lavoro solo dal punto di vista dei flussi occupazionali e non degli stock, poiché esse tracciano i passaggi di stato e le variazioni soprag-

giunte in relazione alla condizione lavorativa della persona. Tali informazioni non consentono quindi di ricostruire il numero complessivo degli occupati, ma solo i movimenti che interessano il mercato del lavoro.

Rispetto alle nomenclature, il dato che è stato utilizzato⁶, raccordato tra le varie edizioni della classificazione sulle professioni Istat, risulta di granularità meno fine rispetto a quanto auspicabile per lo studio delle professioni di cura (tre digit). In archivio, pur essendo presente l'informazione grezza più dettagliata⁷, questa purtroppo origina da un obbligo normativo funzionale alla verifica nel "qui ed ora" della conformità dell'evento lavorativo oggetto della comunicazione, ma non all'esigenza di costruire una serie storica, a causa del susseguirsi delle numerose modifiche apportate negli anni alla classificazione delle professioni⁸. Tuttavia, grazie alle verifiche effettuate, è emersa, pur in un quadro di cambiamento tassonomico, la sostanziale invarianza dei codici relativi ai profili indagati, che rende quindi possibile utilizzare i dati esplorando un orizzonte temporale esteso⁹.

Inoltre, l'incrocio tra professioni e settori (figura A3.1) mostra l'assenza di una corrispondenza netta, il che può generare discrepanze interpretative: i servizi di

5 Per lavoratore Indipendente si intende colui/lei che svolge la propria attività lavorativa senza vincoli formali di subordinazione, e la cui remunerazione abbia natura di reddito misto (capitale/lavoro). Questa categoria comprende: gli imprenditori individuali; i liberi professionisti e i lavoratori autonomi; i familiari coadiuvanti (se prestano lavoro nell'impresa senza il corrispettivo di una prefissata retribuzione contrattuale e versano i contributi per le assicurazioni previdenziali o di infortunio sul lavoro); i soci delle società di persone o di capitali a condizione che effettivamente lavorino nella società.

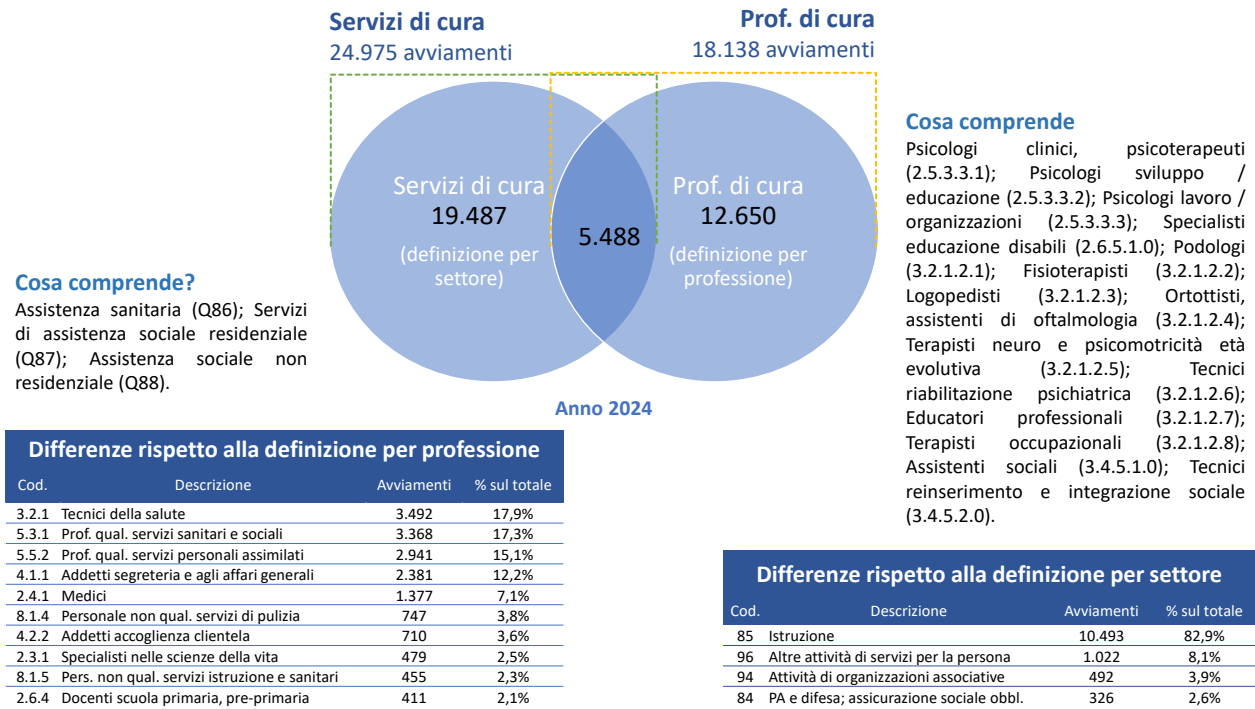
6 Il SISTAL 2.0 (Sistema Informativo per la Statistica del Lavoro) è una piattaforma informatica che gestisce la raccolta, l'elaborazione e la diffusione dei dati relativi al mondo del lavoro in Italia: occupazione, disoccupazione, caratteristiche delle imprese e dei lavoratori, e altre statistiche pertinenti. La sua implementazione ha l'obiettivo di migliorare l'efficienza nell'acquisizione e nella gestione dei dati, nonché di fornire supporto per politiche pubbliche più mirate e per la valutazione di programmi riguardanti il lavoro. La piattaforma consente di integrare dati provenienti da fonti diverse, come l'INPS, l'ISTAT e altri enti, producendo un quadro più completo e aggiornato della situazione occupazionale e delle dinamiche del lavoro.

7 Gli standard ministeriali contemplano l'utilizzo di una tassonomia basata sulla classificazione Istat delle professioni al massimo livello di disaggregazione (cinque digit), a cui segue la specifica della professione.

8 A partire dal 2023 la CP 2011 è stata sostituita dalla CP 2021. Per approfondimenti si rimanda a: <https://www.istat.it/comunicato-stampa/classificazione-delle-professioni-revisione-2021/>.

9 La serie storica potenzialmente indagabile riguarda gli eventi registrati a partire dal 1/1/2013.

Figura A3.1 – Servizi di cura (settore) e professioni di cura (professione)



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Istat e Città metropolitana di Milano, 2024

cura includono figure che non appartengono alle professioni di cura, mentre le professioni di cura trovano spazio anche al di fuori dei servizi di cura. L'incrocio tra le professioni individuate nel presente rapporto e i settori economici in cui esse si collocano evidenzia una corrispondenza solo parziale e tutt'altro che lineare. Da un lato, all'interno dei settori che convenzionalmente possono essere ricondotti ai servizi di cura, nel loro perimetro ristretto o allargato, operano anche figure professionali che non appartengono al novero delle professioni di cura. Dall'altro lato, numerosi professionisti della cura svolgono la loro attività in settori che non rientrano tra quelli considerati tipicamente di cura. Questa sovrapposizione imperfetta impone di distinguere analiticamente i due piani: quello dei settori, che riflette la classificazione delle unità produttive e dei datori di lavoro, e quello delle professioni, che attiene invece alle mansioni esercitate dalle persone impiegate. Laddove il settore rappresenta la cornice economico-organizzativa, la professione descrive la natura del lavoro svolto.

3. Il settore di cura: specificazione a partire dalle professioni di cura

L'insieme delle professioni di cura, misurato attraverso gli avviamenti, consente di identificare la specializzazione settoriale delle unità giuridico-economiche in cui sono impiegate (tabella A3.2). Sebbene le attività economiche emergenti siano coerenti con la vocazione socio-sanitario-educativo-assistenziale delle figure considerate, si osservano delle differenze che possono portare alla definizione di "perimetri" differenti. Il comparto dell'Assistenza sociale non residenziale (88) può essere considerato un settore della cura "puro" con una copertura del 26% degli avviamenti delle professioni di cura (sul totale professioni di cura) e il 50% degli avviamenti della divisione.

Considerando il ranking di specializzazione, altri raggruppamenti sono possibili. Ad esempio, altri settori della cura altamente "specializzati" risulterebbero quelli dei Servizi di assistenza sociale residenziale (87) e dell'Istruzione (85), un perimetro che consentirebbe

Tabella A3.2 – Specializzazione settoriale

ATECO	Spec. (interesse)	Spec. (totale)	% avv. D	% avv. T	Totale	Descrizione ATECO
Q88	24,3	16,2	49,77	26,49	4.747	Assistenza sociale non residenziale
Q87	11,6	9,2	23,72	6,58	1.180	Servizi di assistenza sociale residenziale
P85	6,7	5,4	13,69	53,01	9.500	Istruzione
R91	5,6	3,9	11,46	0,59	105	Attività di biblioteche, archivi, musei, etc
R94	3,7	4,4	7,59	3,19	572	Attività di organizzazioni associative
Q86	2,5	9,1	5,09	4,08	731	Assistenza sanitaria
S96	1,9	1,9	3,90	2,28	408	Altre attività di servizi per la persona
Totale				96,21	17.243	

Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Istat, 2024

di coprire l’86% degli avviamenti delle professioni di cura (sul totale professioni di cura), mentre un perimetro “allargato” (divisioni 88, 87, 85, 91, 94, 86, 96), coprirebbe il 96% degli avviamenti delle professioni di cura (sul totale delle professioni di cura).

Per la scelta del perimetro di lavoro, devono essere considerati diversi aspetti. In primis, sono presenti divisioni la cui vocazione, pur rientrando nei servizi alla persona, non è nei fatti inerente alla “cura”. Questo è il caso della divisione S96 “Altre attività di servizi alla persona” che comprende attività economiche (i.e. Lavanderia e pulitura di articoli tessili e pelliccia, Servizi dei parrucchieri e di altri trattamenti estetici, Servizi di pompe funebri, Servizi dei centri per il benessere fisico, etc.) marginali rispetto al settore di cura. In secundis, sono presenti divisioni la cui specializzazione emerge da un’unica professione, dove, peraltro, dall’analisi dei principali datori di lavoro, si hanno realtà il cui core business, di nuovo, non è la cura. In un caso (divisione 91) prevale l’operatività nel filone culturale, nell’altro (divisione 94) si osserva un quadro più composito nel quale l’attività di cura costituisce solo uno dei tanti ambiti settoriali di riferimento. Questo avviene anche nella divisione 85 “Istruzione” che assume, delle professioni di “cura”, quasi esclusivamente insegnanti di sostegno¹⁰ (93% delle professioni

¹⁰ Nonostante la rilevanza, sembra più utile lo studio specifico e separato del profilo professionale di interesse.

di interesse). Questi approfondimenti hanno quindi suggerito l’esclusione di tali ambiti dal campo iniziale di osservazione. Per tali ragioni una prima definizione del perimetro di studio del settore di cura comprende esclusivamente le divisioni 86, 87, 8811.

Avendo identificato il settore di cura attraverso l’osservazione dell’impiego prevalente delle figure professionali nei diversi comparti di attività economica, è risultato necessario testare la robustezza dei risultati replicando le analisi sulla specializzazione settoriale delle figure di interesse, inizialmente condotte per l’anno 2023, anche per le annualità 2021 e 2022. L’esito del test è stato positivo, con la sostanziale conferma delle indicazioni tratte a partire dai dati 2022.

4. I numeri delle professioni e dei servizi di cura

Lo studio (tabella A3.2) rileva una marcata predominanza della componente femminile nelle professioni di cura, con una quota compresa tra il 70% e il 92% tra i laureati e pari al 79,8% tra gli avviati al lavoro nel 2024. Questi ultimi risultano in larga parte italiani (94,3%) e concentrati soprattutto nella fascia d’età compresa tra i 25 e i 34 anni (42,2%) (dati 2024). Si registra infine una significativa crescita di avviamenti al lavoro dei professionisti della cura, all’interno del complesso dei servizi di cura (tabella 4.1), con partico-

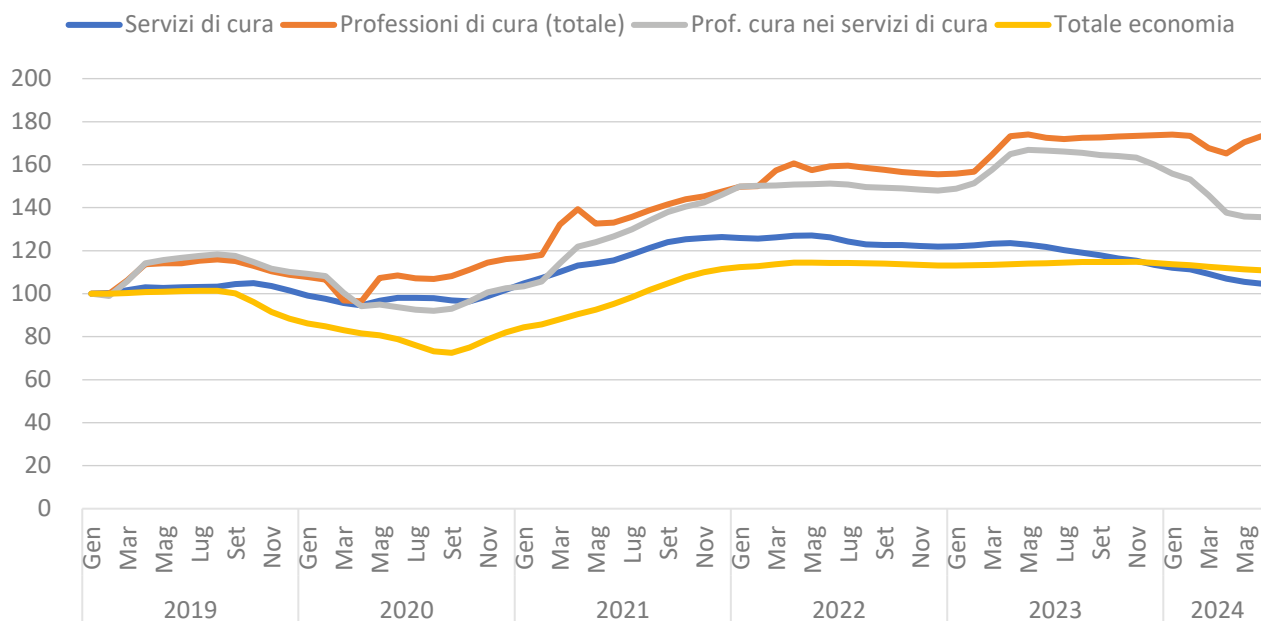
¹¹ Che corrispondono alla nuova sezione R Attività per la salute umana e di assistenza sociale dell’ATECO 2025.

Tabella A3.3 – Avviamenti al lavoro nella Città metropolitana di Milano (anno 2024)

Descrizione	Servizi di cura		Prof. cura (totale)		Prof. cura (servizi cura)		Totale economia	
	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
Genere								
Maschi	5.688	23%	3.659	20%	887	16%	444.046	55%
Femmine	19.287	77%	14.479	80%	4.601	84%	363.819	45%
Totale	24.975	100%	18.138	100%	5.488	100%	807.865	100%
Nazionalità								
Italiani	17.916	72%	17.105	94%	4.998	91%	532.485	66%
Stranieri	7.059	28%	1.033	6%	490	9%	275.380	34%
Totale	24.975	100%	18.138	100%	5.488	100%	807.865	100%
Anni								
Classi di età								
15-24	3.461	14%	2.620	14%	1.367	25%	161.332	20%
25-34	8.638	35%	7.652	42%	2.515	46%	254.612	32%
35-49	7.670	31%	5.841	32%	1.131	21%	241.596	30%
50-64	5.206	21%	2.025	11%	475	9%	150.325	19%
Totale	24.975	100%	18.138	100%	5.488	100%	807.865	100%

Fonte: Elaborazioni degli autori su dati della Città Metropolitana di Milano

Figura A3.2 - Andamento degli avviamenti (gen. 2019 = 100). Dati destagionalizzati



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Istat

lare intensità nei settori sociale, psicologico, socio-sanitario e socio-educativo. Tali avviamenti, nel periodo 2019-2024, si mantengono su livelli più elevati rispetto alla media dell'economia (figura A3.2).

Le diverse attività di ricerca descritte nel quaderno evidenziano diversi fattori a cui attribuire questa crescita: la necessità di sostituire il personale in uscita per pensionamento o decesso; l'introduzione di nuove normative, in particolare l'estensione dei LEPS, che richiede un ampliamento del personale per garantire l'erogazione dei servizi; l'espansione del Terzo Settore nell'ambito dei servizi di cura, con la conseguente creazione di nuovi posti di lavoro.

Analogamente, anche la tendenza alla stabilizzazione nel mercato delle professioni di cura è in aumento. Questo fenomeno è evidenziato dall'incremento delle trasformazioni contrattuali da tempo determinato a tempo indeterminato (figura A3.3).

Il tasso di occupazione e la permanenza dei lavoratori nel settore risultano in crescita. Tuttavia, è importante sottolineare che, nello stesso periodo è anche

particolarmente elevato il numero di cessazioni (circa 150.000; si vedano a questo proposito i capitoli 3 e 4).

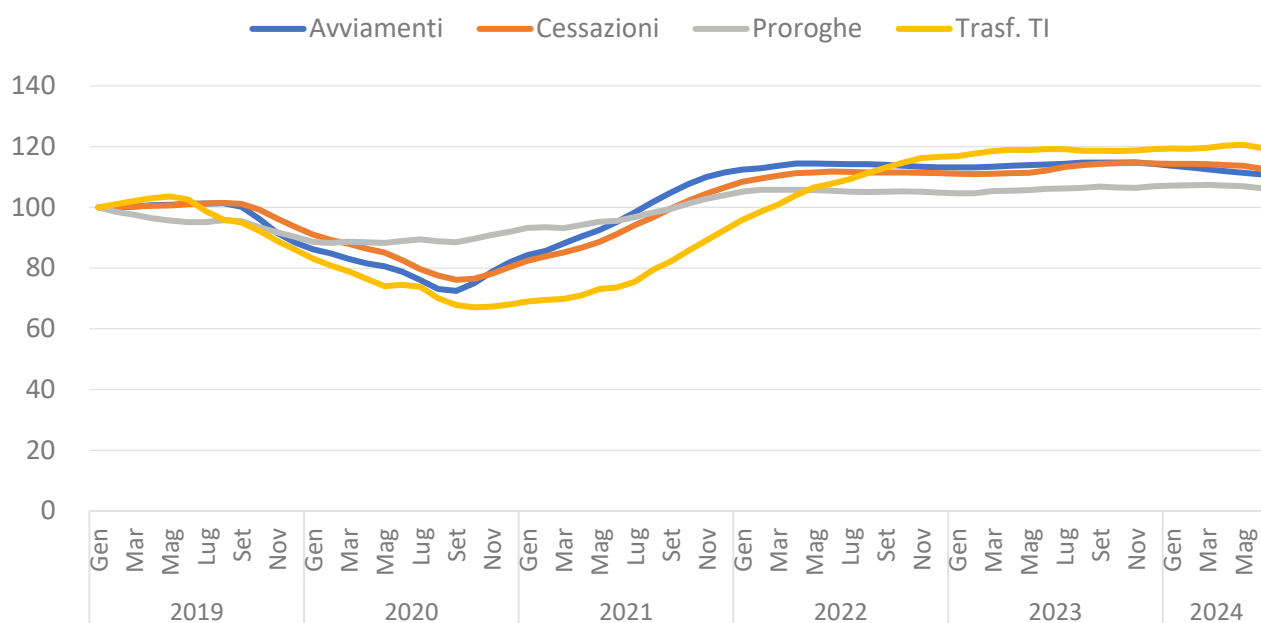
5. Caratteristiche strutturali del settore di cura

Nello studio sperimentale presentato in questa appendice si considerano solo le unità giuridico economiche classificate come imprese (tra le quali sono incluse le imprese sociali e le cooperative sociali). Si osservano una produttività e un margine operativo del settore di cura più ridotti, che si riflettono in salari medi inferiori del 30% (9mila euro) rispetto al complesso dell'economia (tabella A3.4). Tuttavia, se consideriamo una proxy della libera professione (microimprese con 0-9 addetti) la situazione cambia a favore del settore di cura per gli indipendenti (tabella A3.5). Per i salari dei dipendenti si riduce il divario sia in assoluto sia percentuale anche se emergono salari medi alla stregua di lavoro povero per il settore di cura nelle microimprese (14mila euro).

6. Conclusioni

Le professioni e i settori di cura mostrano una crescente domanda e un progressivo processo di stabiliz-

Figura A3.3 – Andamento degli eventi (gen. 2019 = 100). Settori di cura. Dati destagionalizzati



Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Istat

zazione occupazionale, trainati da fattori strutturali e normativi. Tuttavia, permangono criticità significative, soprattutto sul fronte delle condizioni economiche e contrattuali, che non riguardano – però – soltanto i professionisti della cura, ma anche gli altri lavoratori di tale settore, che presenta salari medi inferiori rispetto al resto dell'economia, con evidenti segnali di lavoro povero soprattutto nelle microimprese. Questa evidenza, unitamente alla crescente attrattività del settore pubblico, in termini di stabilità e trattamento

economico, accentua la difficoltà del privato sociale nel trattenere personale qualificato. Sembrerebbe quindi confermato, da un lato, che non manca la disponibilità di professionisti, ma si assista piuttosto a una loro progressiva concentrazione nel pubblico, che sottrae risorse al comparto non statale. Dall'altro, la situazione economica del settore evidenzia la necessità di un rafforzamento strutturale, legato possibilmente a un cambiamento culturale, in grado di valorizzare maggiormente il settore e il lavoro di cura.

Tabella A3.4 – Indicatori di interesse, imprese, totale economia vs. settore di Cura

Indicatori	Totale economia	Settore di Cura
Imprese	4.472.966	349.325
Fatturato (migliaia di euro)	4.190.955.783	67.314.107
Valore della produzione (migliaia di euro)	3.066.231.243	69.885.219
Valore aggiunto al costo dei fattori (migliaia di euro)	1.000.153.774	37.976.071
Margine operativo lordo (migliaia di euro)	498.206.757	20.106.561
Acquisto di beni e servizi (migliaia di euro)	3.312.832.732	29.453.248
Costi del personale (migliaia di euro)	501.947.096	17.869.508
Salari e stipendi (migliaia di euro)	360.217.549	13.184.652
Investimenti lordi in beni materiali (migliaia di euro)	133.561.277	2.384.537
Occupati	17.674.243	1.031.314
Lavoratori dipendenti	12.964.553	689.034
Lavoratori indipendenti	4.709.690	342.280
Ore lavorate dai dipendenti (migliaia)	20.029.368	903.566
Produttività	56.588	36.823
Salari e stipendi per dipendente	27.785	19.135
MOL per indipendente	105.783	58.743
MOL per impresa	111.382	57.558

Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Istat

Tabella A3.5 – Indicatori di interesse, imprese, totale economia vs settore di cura (0-9 addetti)

Indicatori	Totale economia	Settore di Cura
Imprese	4.245.950	341.289
Fatturato (migliaia di euro)	901.220.045	31.256.110
Valore della produzione (migliaia di euro)	671.278.046	31.657.693
Valore aggiunto al costo dei fattori (migliaia di euro)	271.630.286	19.557.534
Margine operativo lordo (migliaia di euro)	191.009.396	16.952.553
Acquisto di beni e servizi (migliaia di euro)	633.712.394	11.182.439
Costi del personale (migliaia di euro)	80.620.885	2.604.973
Salari e stipendi (migliaia di euro)	58.708.111	1.929.685
Investimenti lordi in beni materiali (migliaia di euro)	33.382.447	733.497
Occupati	7.467.762	468.721
Lavoratori dipendenti	3.031.718	135.317
Lavoratori indipendenti	4.436.044	333.404
Ore lavorate dai dipendenti (migliaia)	4.225.932	149.300
Produttività	36.374	41.725
Salari e stipendi per dipendente	19.365	14.260
MOL per indipendente	43.058	50.849
MOL per impresa	44.987	49.672

Fonte: Elaborazioni degli autori su dati Istat

Questo quaderno é scaricabile dal sito – *This document can be downloaded from*
www.fondazionecariplo.it/osservatorio

Può essere citato – Quote as:

Gian Paolo Barbetta, Paolo Canino, Stefano Cima, Livio Lo Verso, Ellida Odorizzi, Andrea Oldrini, Nicola Orlando, Flavio Verrecchia (a cura di) (2025), PROFESSIONALITÀ QUALIFICATE NEI SERVIZI DI CURA – Sfide per la reperibilità e il trattenimento nel Terzo Settore. Milano: Fondazione Cariplo.

Is licensed under a Creative Commons Attribuzione Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.
ISBN: 979-12-80051-20-2





Fondazione
CARIPLO

TUTE SERVARE MUNIFICE DONARE • 1816



Fondazione Cariplo
Via Daniele Manin, 23
20121 Milano
www.fondazione cariplo.it
ISBN: 979-12-80051-20-2