

**4 giugno 2020**

**Minguzzi Lab**

**29 giugno 2020**

**Laboratorio metropolitano  
su una certa idea di salute mentale e di comunità**

**Lavoro e politiche della  
dualizzazione prima e dopo il  
Covid-19**

**Roberto Rizza**  
Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali  
Università di Bologna

**ANGELO FIORITTI  
MARIA CHIARA PATUELLI  
NICOLA DE LUIGI  
PARIDE LORENZINI  
LAURA VENTURI  
ENO QUARGNOLO  
LUCA NEGROGNO**

**Sintesi interventi**

# Mattia, 29 anni, medico specializzando, millennial generation

2

## La situazione pre-COVID era già disastrosa:

- - record europeo di NEET, a fine 2019 lavorava 39% dei 18-29enni, contro il 74% dei 45-54enni. Un quinto dei giovani nel mondo (267 milioni di persone) non aveva già un lavoro, un'istruzione o una formazione prima dell'inizio della crisi, più di tre quarti degli occupati avevano un lavoro informale
- - anche quando il lavoro c'è: i Millennials sono la generazione il cui reddito è cresciuto meno nell'ultimo secolo, nonostante una maggiore istruzione
- - i lavori sono andati poi incontro a una sempre maggiore precarizzazione, i giovani non comprano più casa, mettono da parte di meno per la pensione, figli e matrimonio sempre più tardi, la piramide demografica è invertita e in genere un giovane deve assistere più anziani
- - hanno attraversato in pieno la grande crisi del 2008-2009 ed erano già quelli usciti con le ossa più rotte

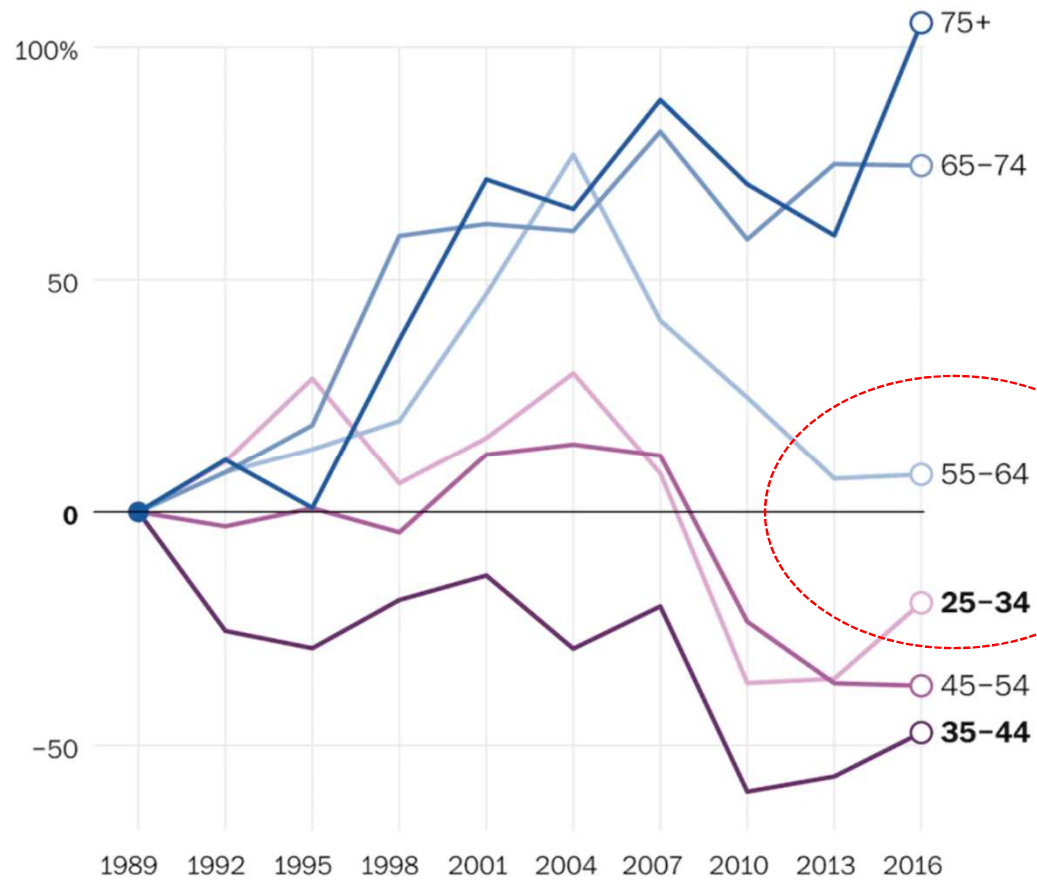
## Col COVID:

- - triplo shock: perdita dell'occupazione, interruzione dell'istruzione e dei corsi professionali, barriere all'accesso a un mondo del lavoro astenico e alla possibilità di cambiare impiego
- - si può aggiungere in molti casi un lockdown asimmetrico che chiedeva a tutti gli stessi sforzi, nonostante rischi sanitari molto differenti e spesso bisogni relazionali differenti
- - 300 milioni di posti di lavoro persi, le vittime preferite i giovani: più di 1 su 6 ha smesso di lavorare nel mondo. il 40% dei giovani era impiegato nei comparti più perturbati (terzo settore, commercio, turismo e nell'alimentare)  
[[https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_745879/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_745879/lang--en/index.htm)]
- - per le donne questo vale ancora di più, a cui si somma il problema dell'accudimento dei figli
- - rischio di effetti "cicatrizziali": "l'ingresso nel mercato del lavoro durante una recessione può influire negativamente sui risultati del mercato del lavoro dei giovani per un decennio o più"
- - in Italia nel 2020 si perderanno mezzo milione di posti di lavoro (Agenzia nazionale politiche attive del lavoro, in audizione alla commissione Lavoro del Senato)
- - un giovane italiano su due che si dice pessimista se pensa al proprio futuro (sondaggio IZI)

# Ricchezza per età dal 1989 al 2016 in USA

3

## Change in wealth since 1989, by age

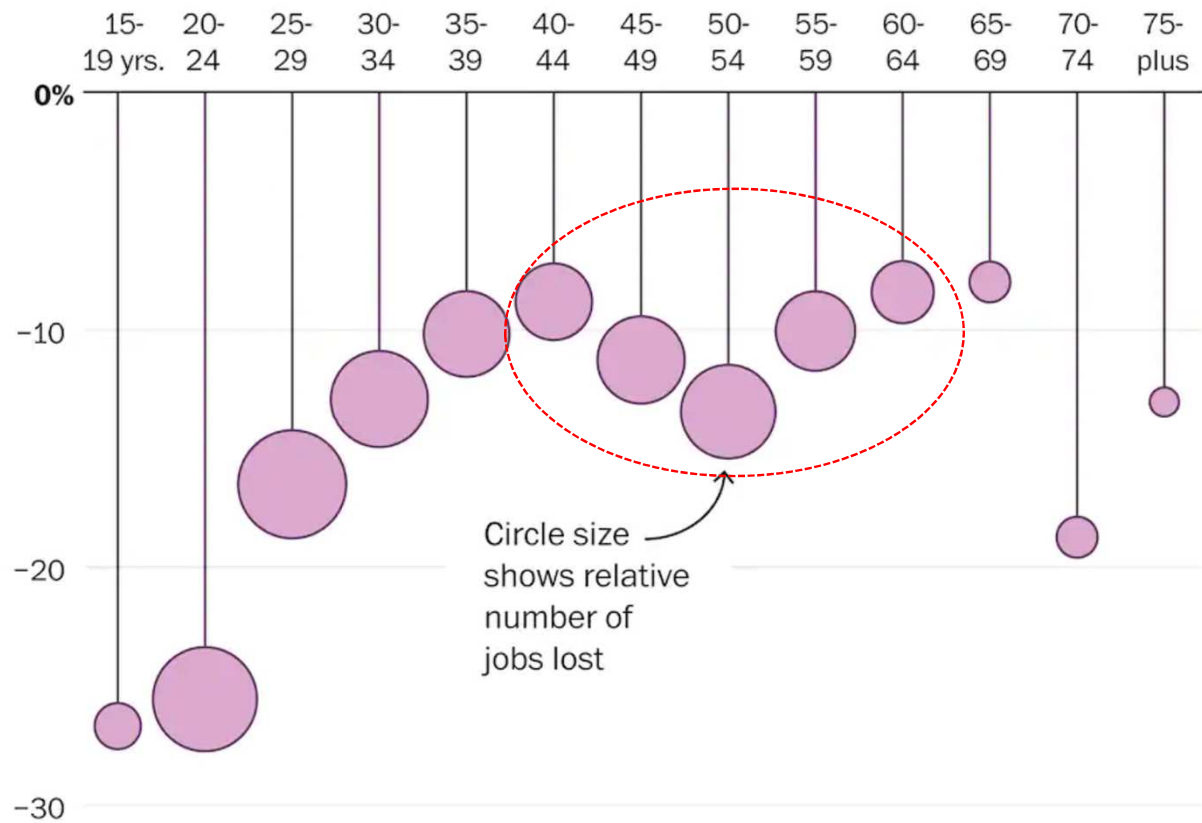


Source: Federal Reserve via William Gale, Hilary Gelfond, Jason J. Fichtner and Benjamin Harris  
THE WASHINGTON POST

# Perdita lavoro per età tra marzo e aprile 2020 in USA

4

## Job losses in March and April of 2020, by age



Source: Labor Department via IPUMS  
THE WASHINGTON POST

# Rancore generazionale e visione pessimistica del futuro

5

- Un giovane su due in emergenza vorrebbe **penalizzare gli anziani nell'accesso alle cure e nella competizione sulle risorse pubbliche**: il 49,3% dei *millennial* (il 39,2% nel totale della popolazione) ritiene che nell'emergenza sia giusto che i giovani siano curati prima degli anziani.
- cinismo confermato da quel 35% dei giovani (il 26,9% nel totale della popolazione) convinto che sia **troppa la spesa pubblica per gli anziani**, dalle pensioni alla salute, a danno dei giovani

<https://www.huffingtonpost.it/>

## **Dal Covid un nuovo rancore generazionale. Un giovane su due contro gli "anziani privilegiati"**

L'Osservatorio Censis-Tendercapital, nel rapporto su "La silver economy e le sue conseguenze nella società post Covid-19", registra "una inedita voglia di preferenza generazionale nell'accesso alle risorse e ai servizi pubblici"

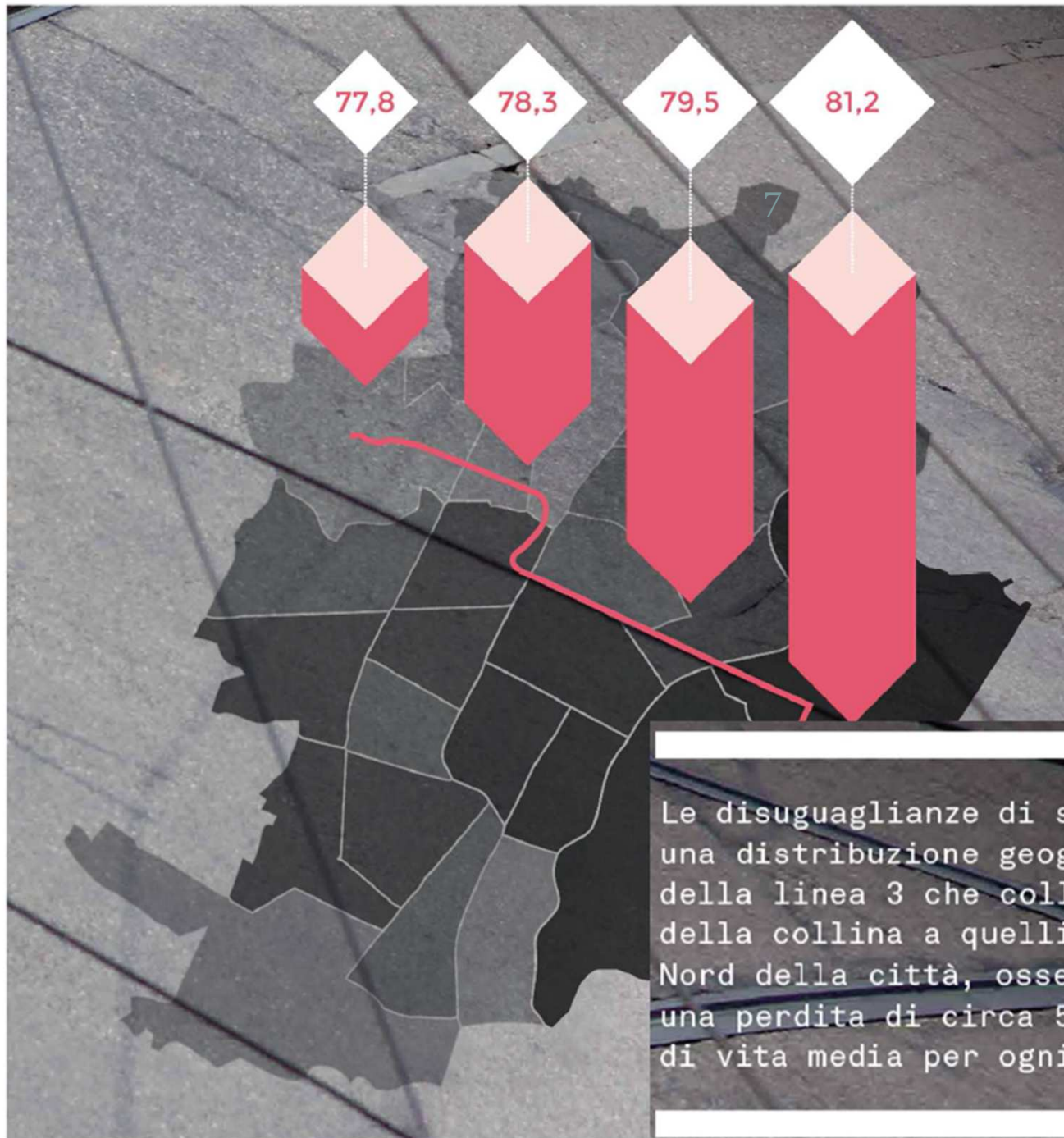
Maria Elena Capitanio

## Siamo stati portati a riflettere su:

6

Le **differenze** tra avvantaggiati e svantaggiati, tra protetti e non protetti a partire da:

- il **paradosso dei lavoratori con skill bassi**, che in passato avevano garanzie di produttività e salario e oggi invece sono irretiti nella spirale della precarietà e delle minori protezioni
- il **gap tra sistemi di protezione**, tra chi gode e godrà di buone protezioni (generazione anni '60) e chi avrà protezioni sociali insufficienti (i loro figli, la generazione Y) con relativi rischi di conflitti intergenerazionali
- le **disuguaglianze di salute** che si producono per effetto delle disuguaglianze economiche, della diversa e diseguale esposizione alle condizioni di rischio e svantaggio sociale dove i target più colpiti sono le fasce di popolazione più deprivate e vulnerabili: meno istruiti, più poveri, con reti sociali deboli, contesti di vita socialmente disgregati, appartenenti a bassi ceti sociali, ed anche con minori capacità di fronteggiamento-*coping*, con sistemi di funzionamento meno strutturati («capacitazioni» A. Sen)



## Una geografia della disuguaglianza



Le disuguaglianze di salute seguono anche una distribuzione geografica: lungo i 9 Km della linea 3 che collega i quartieri ricchi della collina a quelli poveri della periferia Nord della città, osserveremmo negli uomini una perdita di circa 5 mesi nella speranza di vita media per ogni Km percorso.

# Una geografia della disuguaglianza



- **Detroit: crisi dell'auto (2007) e crisi economica (2008)**
  - Licenziamenti e calo degli stipendi medi da 80.000 a 35.000 annui (lordi)
  - Crollo della popolazione: da 2 mln a 700.000 abitanti
  - Bancarotta del municipio: riduzione dei servizi essenziali
  - Assistenzialismo come politica di sopravvivenza
  - Suicidi, droga (farmaci), malattie, perdita di dignità
  - Disgregazione sociale: razzismo (bianchi/altre etnie), delinquenza, illegalità diffusa, convivenza civile compromessa...
  - **Speranza di vita accorciata** per le “malattie da disperazione” (Angus Deaton) nei maschi bianchi di mezza età, di basso ceto sociale (operai, ex operai) (F. Rampini, Le linee Rosse)

“Deficit di dignità” e diseguaglianze di salute



# M. Marmot, La salute diseguale

9  
52



- la povertà costringe la persona a vivere in situazioni di “libertà limitata”, che sono altamente “tossiche” per la salute
- le povertà economiche, di relazione, culturali esercitano influenze molto pesanti, in grado di incidere sulla condizione di salute, ma anche sulla durata stessa della vita

Per capire la malattia devi PRIMA capire la  
società

# Epidemia disuguale

10

(Londra) “Il coronavirus colpirà più duramente i poveri rispetto ai ricchi nel Regno Unito.

È inevitabile che il virus mieterà più vittime dove ci sono più malattie e i sistemi immunitari sono più deboli”.

# Siamo stati portati a riflettere su:

11

- le **urgenze del sistema**: più skill, più istruzione/formazione e diversamente orientata: investimenti in politiche attive del lavoro e del capitale umano (!) e sistemi di protezione ri-orientati ai disoccupati, alle persone a rischio di perdere/ridurre il lavoro e alle persone marginalizzate/deboli, agli «sconosciuti» e a quanti ne hanno la responsabilità della loro presa in carico (operatori del *terziario sociale*),  
La **vision del nuovo welfare**: rendere mobili le risorse comunitarie, redistribuirle («Costruiamo il welfare di domani», in Prospettive Sociali e Sanitarie, 2011, Ranci Ortigosa, Longo, altri) e personalizzarle
- il **modello di sviluppo delle professioni sociali** (in Italia: più bassa e precaria che in altri Stati) e del lavoro di comunità: investire in nuove figure capaci di «gestire» le reti sociali e professionali e soprattutto rendere permeabili i confini tra soggetti sociali e organizzazioni (boundary spanner); riconoscere loro dignità, anche attraverso più equi salari

# Riorientare il welfare di stato e familistico

12

- Politiche attive del lavoro a contrasto della povertà e delle disuguaglianze sociali e di salute
- Politiche partecipate con la comunità: decentramento, localizzazione, distribuzione dei centri decisionali, co-produzione attraverso «budget di progetto» e «budget di salute», personalizzazione

# Riorientare il welfare di stato e familistico

13

- Ruoli *divergenti* con confini permeabili tra:
  - Produttori del privato sociale: da «gestori» a imprenditori sociali
  - Committenti pubblici: da «compratori» a co-progettisti e investitori in imprese sociali che producono formazione e lavoro (VS simbiosi\*, VS dipendenza)
  - Decisori: da burocrati a innovatori, produttori di conoscenza e cultura tra organizzazioni pubbliche e private
  - Imprese di produzione: da «produttori» a soggetti responsabili verso la comunità di riferimento e i suoi membri più deboli, «impresari di comunità» che garantiscono formazione in situazione, lavoro e welfare d'impresa e/o di comunità

\*Stefano Mancuso, Plant Revolution, Giunti, 2019

Simbiosi mutualistica tra acacia/formiche. L'acacia offre il suo nettare extrafioreale dopante alle formiche che - più attive e aggressive - cacciano gli insetti e ripuliscono l'area di influenza della acacia ospitante da altre piante ("cerchio diabolico")

# Nuove alleanze, nuove strategie

14

- Nuove rappresentanze: Soggetti sociali liberi capaci di rappresentare la comunità degli «sconosciuti»
- Nuove alleanze
- Nuove azioni dirompenti, rivoluzionarie (mutamento, trasformazione, innovazione radicale)

Attivare competenze, «capacitazioni» e sistemi efficaci di funzionamento nei singoli

**«Attivare le persone NON ammortizzare i conflitti sociali»**

# Effetti attesi/Politiche

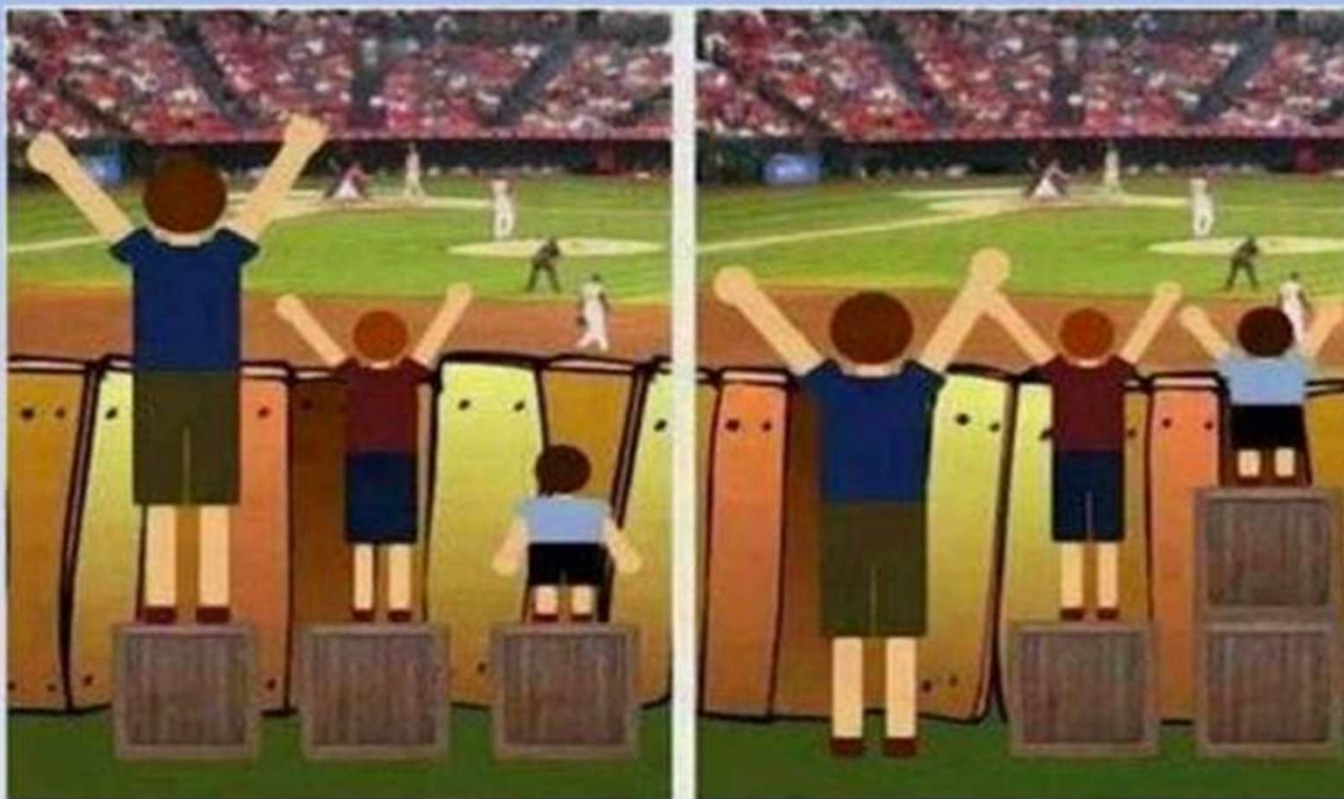
15

- Compatibilità dell' «effetto sandwich» tra generi (Politiche attive di conciliazione dei tempi di vita e lavoro; es: congedi familiari diversificati fra congiunti)
- Ingresso facilitato ai servizi per il lavoro e le famiglie (Politica universalistica di accesso ai servizi no-target VS universalismo selettivo e targettizzazione)
- Capitale umano capace di fronteggiare il futuro (Politiche integrate di accesso alle opportunità; *sintonia* tra offerenti e richiedenti)
- Garanzie di guadagno di salute: «salute in tutte le politiche»

# Politiche: siamo capaci di tanto?

16

## Differenza fra



**UGUAGLIANZA**

**EQUITÀ**



# Focus sulla spesa per Protezione Sociale e Assistenza sociale

17

## Composizione della spesa per Protezione Sociale:

- Pensioni
- Sanità
- Assistenza sociale
- ...

MISSING delle politiche attive a contrasto delle povertà e delle politiche attive del lavoro

# Politiche attive del lavoro: non pervenute

18

Spesa per Assistenza Sociale (14% della spesa per Protezione sociale)

Soffre di:

- Prevalenza dei trasferimenti monetari
- Predominanza di programmi e spesa governati dal governo centrale (92% della spesa)
- Prevalenza spesa destinata non autosufficienza e famiglie (povertà e marginalità spesa esigua)
- Effetti redistributivi della spesa esigui (integrazioni al minimo, pensioni sociali, di invalidità...): non significative per il contrasto alla povertà

# Una geografia politica delle diseguaglianze

46

- **72 mld Spesa per Assistenza sociale**
  - **21,7 mld Sostegno alla responsabilità familiari**
    - ✦ 6,4 mld Assegni familiari
    - ✦ 12,3 Detrazioni fiscali
    - ✦ 3 mld Servizi comunali
  - **19,5 mld Contrasto alle povertà**
    - ✦ 4,5 mld Pensioni Sociali
    - ✦ 13 mld Integrazioni pensioni al minimo
    - ✦ 2 mld Servizi comunali
  - **25,4 mld Non autosufficienza e disabilità**
    - ✦ 13,4 mld Indennità di accompagnamento
    - ✦ 4,2 mld pensioni invalidità varie
    - ✦ 4,8 mld Spesa sanitaria per n.a.
    - ✦ 3 mld servizi e trasferimenti comunali
  - **5,4 mld Altre spese**

14% della  
spesa totale  
per  
Protezione  
sociale  
**[460 mld]**

di cui:

Pensioni  
[245]  
Sanità  
[114]  
Altro  
[29]

Assistenza  
Sociale  
**[72]**

Prospettive sociali e sanitarie, Costruiamo il welfare dei diritti, n. 2, 2016

Giornata di studio sulle diseguaglianze, 31 gennaio