

Verso una integrazione tra contrattazione economica e sociale in tema salute

**La costruzione di un indicatore di
valutazione di impatto sociale**

Anna Marchiotti

PhD Candidate – ADAPT

Working Paper n. 13/2025

ABSTRACT

Il documento propone un'analisi delle possibili sinergie tra contrattazione sociale e contrattazione economica in tema di salute. In particolare, l'analisi si concentra su nove dimensioni di salute che accomunano entrambe le tipologie contrattuali: i modelli organizzativi e dell'offerta dei servizi; la non autosufficienza e disabilità; il welfare territoriale; il monitoraggio e la costituzione degli osservatori; l'assistenza sanitaria; i criteri e i servizi per l'accesso alle prestazioni; la partecipazione; il contrasto alla povertà; la prevenzione. Ciascuna dimensione di salute viene approfondita secondo la corrispondenza tra le disposizioni delle due forme negoziali e, successivamente, in base al loro grado di sinergia (alta sinergia, sinergia latente, sinergia limitata o assente). Il modello di corrispondenza permette così di costruire un indicatore di valutazione di impatto sociale, che consente di misurare la lontananza o la vicinanza delle misure di salute introdotte dalla contrattazione economica rispetto a quelle della contrattazione sociale.

I PUNTI CHIAVE DEL PAPER

- Assistenza sanitaria, sostegno ai caregiver, contrasto alla povertà, mutualità territoriale e promozione dell'autonomia delle persone con disabilità sono tematiche centrali per la contrattazione sociale.
- Esistono dimensioni di salute trasversali, capaci di connettere con sinergie diverse la contrattazione sociale e la contrattazione economica.
- Le dimensioni di salute ad alta sinergia sono: la non autosufficienza e disabilità, la costituzione di osservatori; l'assistenza sanitaria e la prevenzione.
- Le dimensioni di salute a sinergia assente sono: i criteri e i servizi di accesso alle prestazioni socio-sanitarie e le misure di contrasto alla povertà.
- In base alle evidenze, si elabora un indicatore di impatto sociale per valorizzare il grado di integrazione tra contrattazione economica e sociale.

IL MESSAGGIO

La salute è un tema centrale per la contrattazione sociale e per la contrattazione economica. Tuttavia, le due forme di negoziazione si sviluppano in modo indipendente, perdendo il valore aggiunto che deriverebbe da una loro complementarietà, se non da una loro vera e propria integrazione. Dare attuazione concreta a tale aspirazione e ricomporre la relazione tra contrattazione sociale ed economica significa innanzitutto individuare strumenti operativi in grado di tradurre questa prospettiva in pratiche effettive. Il presente testo si propone così di perseguire questo obiettivo, costruendo un indicatore di valutazione di impatto sociale, capace di valorizzare il grado (presente e potenziale) di integrazione delle misure di salute della contrattazione economica rispetto a quelle della contrattazione sociale.

Indice

1. L'importanza del tema salute nella contrattazione sociale	4
1.1. I dati della contrattazione sociale contenuti negli Osservatori di CISL e CGIL ..	5
2. Le dimensioni di salute nel rapporto tra contrattazione sociale e contrattazione economica	10
2.1. <i>Segue</i> : Modelli organizzativi e dell'offerta	10
2.2. <i>Segue</i> : Non autosufficienza e disabilità.....	10
2.3. <i>Segue</i> : Welfare territoriale	11
2.4. <i>Segue</i> : Monitoraggio, ricerca, raccolta dati e costituzione degli osservatori.....	11
2.5. <i>Segue</i> : Assistenza sanitaria.....	11
2.6. <i>Segue</i> : Criteri di accesso e servizi per l'accesso.....	12
2.7. <i>Segue</i> : Compartecipazione.....	12
2.8. <i>Segue</i> : Contrastò alla povertà	12
2.9. <i>Segue</i> : Prevenzione e sensibilizzazione.....	13
3. La costruzione di un modello di corrispondenza tra contrattazione sociale e contrattazione economica in tema salute	13
4. Verso un indicatore di valutazione di impatto sociale della contrattazione economica	16

1. L'importanza del tema salute nella contrattazione sociale

Le riflessioni del primo *Working Paper “Contrattazione economica e contrattazione sociale: un rapporto da ripensare”* portano a considerare il tema della salute come ambito privilegiato per ripensare il rapporto tra contrattazione sociale e contrattazione economica e per costruire un'agenda condivisa tra chi contratta il lavoro e chi presidia il sociale.

La salute è nei fatti uno dei temi di maggior interesse per la contrattazione sociale e che bene si presta ad evidenziare le potenzialità del raccordo tra la stessa contrattazione sociale e la contrattazione collettiva, che qui chiamiamo “contrattazione economica”.

A ben vedere, le politiche socio-sanitarie rappresentano il “cuore” della contrattazione sociale fin dalle sue origini e ne sono testimonianza le ricche indagini condotte nel tempo dagli Osservatori delle due organizzazioni sindacali di CISL e CGIL ⁽¹⁾.

In primo luogo, la tutela della salute rappresenta un obiettivo fondamentale delle organizzazioni sindacali, che la considerano parte integrante del loro impegno partecipativo. Nel campo della contrattazione sociale, sono gli stessi Rapporti redatti da CISL e CGIL e pubblicati annualmente dai due Osservatori a identificare il sindacato quale soggetto al servizio dei cittadini per costruire nuove prospettive di benessere.

Inoltre, la salute rappresenta una delle determinanti che contribuiscono a spiegare l'origine e l'evoluzione degli orientamenti della contrattazione sociale. Tra i fattori che ne hanno favorito lo sviluppo vi sono, infatti, le difficoltà legate al progressivo ridimensionamento del welfare pubblico, fenomeno che ha generato nuove fragilità e bisogni in materia di salute.

In questa prospettiva, la contrattazione sociale assume una funzione che va oltre gli scopi strettamente regolativi o redistributivi. Essa mira a promuovere la salute in una visione integrata, contribuendo alla costruzione di reti e relazioni sociali che coinvolgono i diversi attori del territorio nella definizione e nella realizzazione di politiche orientate al benessere collettivo.

Gli ultimi Rapporti pubblicati da CISL e CGIL confermano il ruolo strategico del tema salute. Secondo il Rapporto CGIL pubblicato nel 2024, ben il 77,6% degli accordi si occupa di politiche sanitarie e socio-sanitarie, mentre solo il 48,8% affronta questioni legate al bilancio. Allo stesso modo, circa il 69% degli accordi analizzati dal Rapporto CISL pubblicato nel 2025 pone al centro il welfare sociale (59,1%), tra cui rientrano le misure rivolte agli anziani e alle persone con disabilità, e l'assistenza sanitaria in senso stretto (10,2%). Al contrario, temi come la fiscalità sono trattati solo nel 10,5% dei casi.

⁽¹⁾ Procedendo con ordine, una prima fonte informativa è rappresentata dall'Osservatorio sociale di CISL. Promosso insieme alla Federazione nazionale dei pensionati e con il coinvolgimento della categoria dei lavoratori pubblici, l'Osservatorio contiene i documenti prodotti dalla contrattazione sociale e l'accesso alla banca dati è riservata ai sindacalisti dell'organizzazione. Una seconda fonte è rappresentata dall'Osservatorio nazionale sulla contrattazione sociale CGIL, CGIL-SPI e Fondazione Di Vittorio che dal 2010 raccoglie i documenti prodotti dalla contrattazione sociale sui territori, quali intese, piattaforme negoziali, resoconti e verbali di incontro. La banca dati è *open access* e ordina i testi secondo alcune dimensioni: anno di sottoscrizione; titolo; tipologia del materiale; destinatari; area tematica; livello territoriale; e parti coinvolte. Di UIL non si ha invece notizia della costituzione di Osservatori dedicati alla contrattazione sociale.

1.1. I dati della contrattazione sociale contenuti negli Osservatori di CISL e CGIL

L’analisi dei dati ricavati dagli accordi classificati nelle banche dati dei due Osservatori di CISL e CGIL conferma, ancora una volta, la centralità del tema salute, che emerge in modo trasversale in tutte le sue dimensioni: dalla prevenzione all’assistenza, fino alle attività di monitoraggio.

Nello specifico, i dati presi in esame sono stati raccolti nel caso di CGIL alla data del 10 giugno 2024 e riferiti agli accordi siglati a partire dal 2011 e, nel caso di CISL, alla data del 2 luglio 2024 per quanto riguarda gli accordi siglati a partire dal 2003 e fino al 2022 e classificati secondo una prima metodologia (successivamente chiamata “vecchia classificazione”) e raccolti alla data del 28 novembre 2024 per gli accordi siglati dal 2022 e relativi alla nuova classificazione.

Per entrambe le banche dati si è scelto di esaminare tutti i documenti presenti, dagli accordi, ai resoconti di riunione fino ad arrivare alle piattaforme, senza dunque distinguere la posizione nel processo negoziale.

Secondo una logica di conformità, per entrambe le banche dati si è scelto di analizzare due soli livelli di dettaglio delle classificazioni utilizzate: per CGIL gli accordi considerati si riferiscono al primo e al secondo livello, mentre per CISL i documenti si riferiscono a “macro-area” e a “micro-area” per gli accordi siglati prima del 2022 e per “macro-area” e “azione” per le intese raccolte a partire dal 2022.

Alla luce delle premesse metodologiche, risulta tuttavia necessario dare una prima definizione di salute, che funga da lente interpretativa entro cui ordinare i dati provenienti dai due Osservatori. In questo senso, la salute rappresenta un insieme ampio di accordi le cui disposizioni riguardano le politiche sociali, sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali e coinvolgono tutte quelle misure volte a programmare i servizi e a favorire interventi di sensibilizzazione e prevenzione. In aggiunta, sono ricomprese nel tema anche le azioni che mirano a promuovere il welfare territoriale, capace di integrare le azioni presenti sul territorio per un miglior benessere della comunità.

Di seguito, si dà conto dunque dei dati raccolti nelle due banche dati. Il confronto – intenso in senso lato, date le diverse modalità di classificazione dei dati operate dai sindacati – è presentato grazie ad alcune tabelle, dove, per facilitare la lettura, sono altresì proposte delle analisi di frequenza.

Tabella 1. Politiche sociali, sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali (tematica di primo livello – CGIL)

Tematica di secondo livello	Numero accordi	Frequenza
Programmazione servizi e prestazioni	3894	15,7%
Modelli organizzativi e della offerta	3799	15,4%
Prestazioni e servizi	7653	30,9%
Interventi di contrasto alla povertà	4931	19,9%
Non autosufficienza	2938	11,9%
Welfare mutualità territoriale	623	2,5%

Monitoraggio, ricerca, raccolta dati, osservatori	910	3,7%
Totale	24748	100%

Nota: Dati rilevati al 10 giugno 2024.

Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio nazionale sulla contrattazione sociale CGIL, CGIL-SPI e Fondazione Di Vittorio

Tabella 2. Politiche sanitarie e socio-sanitarie (macro-area – vecchia classificazione CISL)

Micro-area	Numero accordi	Frequenza
Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale	244	5,8%
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	1219	29,2%
Assistenza distrettuale	130	3,1%
Assistenza ospedaliera	183	4,4%
Assistenza sanitaria collettiva	502	12,0%
Azioni di sistema	304	7,3%
Compartecipazione	281	6,7%
Criteri di accesso	141	3,4%
Offerta dei servizi	595	14,2%
Punto Unico/Unitario Socio-Sanitario	50	1,2%
Servizio per l'accesso	94	2,3%
Telesoccorso	433	10,4%
Totale	4176	100%

Nota: Dati rilevati al 2 luglio 2024.

Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL

Tabella 3. Politiche socio-familiari (macro-area – vecchia classificazione CISL)

Micro-area	Numero accordi	Frequenza
Adattamento domestico/ausili/barriere	262	0,9%
Assistenza domiciliare	3000	10,8%
Assistenza residenziale e semi-residenziale	2052	7,4%
Azioni di sistema	2530	9,1%
Buoni, voucher, assegni, servizi	607	2,2%
Casa	2598	9,3%
Compartecipazione	2331	8,4%
Contrasto alla povertà	3300	11,8%

Criteri di accesso	216	0,8%
Inclusione sociale	1409	5,1%
Istruzione	632	2,3%
Offerta dei servizi	2880	10,3%
Opportunità del tempo libero	1562	5,6%
Pari opportunità	220	0,8%
Politiche della non autosufficienza	572	2,1%
Servizi per l'accesso e la presa in carico	1065	3,8%
Servizi socio educativi e della prima infanzia	2334	8,4%
Tempi di vita e di lavoro	281	1,0%
Totale	27851	100%

Nota: Dati rilevati al 2 luglio 2024.

Fonte: *Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL*

Tabella 4. Prevenzione collettiva e sanità pubblica (macro-area – nuova classificazione CISL)

Azione	Numero accordi	Frequenza
Trasferimenti monetari o agevolazioni	15	10,4%
Interventi e servizi	69	47,9%
Strutture (interventi di nuova realizzazione, modifica, riqualificazione di)	29	20,1%
Altro	31	21,5%
Totale	144	100%

Nota: Dati rilevati al 28 novembre 2024.

Fonte: *Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL*

Tabella 5. Assistenza distrettuale (macro-area – nuova classificazione CISL)

Azione	Numero accordi	Frequenza
Trasferimenti monetari o agevolazioni	113	13,4%
Interventi e servizi	430	50,9%
Strutture (interventi di nuova realizzazione, modifica, riqualificazione di)	137	16,2%
Altro	164	19,4%
Totale	844	100%

Nota: Dati rilevati al 28 novembre 2024.

Fonte: *Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL*

Tabella 6. Assistenza ospedaliera (macro-area – nuova classificazione CISL)

Azione	Numero accordi	Frequenza
Trasferimenti monetari o agevolazioni	1	2,1%
Interventi e servizi	7	14,6%
Strutture (interventi di nuova realizzazione, modifica, riqualificazione di)	7	14,6%
Altro	33	68,8%
Totale	48	100%

Nota: Dati rilevati al 28 novembre 2024.

Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL

Tabella 7. Disabilità (macro-area – nuova classificazione CISL)

Azione	Numero accordi	Frequenza
Trasferimenti monetari o agevolazioni	198	29,3%
Interventi e servizi	236	35,0%
Strutture (interventi di nuova realizzazione, modifica, riqualificazione di)	184	27,3%
Altro	57	8,4%
Totale	675	100%

Nota: Dati rilevati al 28 novembre 2024.

Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL

Tabella 8. Anziani (macro-area – nuova classificazione CISL)

Azione	Numero accordi	Frequenza
Trasferimenti monetari o agevolazioni	342	22,2%
Interventi e servizi	550	35,6%
Strutture (interventi di nuova realizzazione, modifica, riqualificazione di)	410	26,6%
Altro	242	15,7%
Totale	1544	100%

Nota: Dati rilevati al 28 novembre 2024.

Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL

Tabella 9. Famiglia e minori (macro-area – nuova classificazione CISL)

Azione	Numero accordi	Frequenza
Trasferimenti monetari o agevolazioni	368	31,5%
Interventi e servizi	445	38,1%
Strutture (interventi di nuova realizzazione, modifica, riqualificazione di)	186	15,9%
Altro	169	14,5%
Totale	1168	100%

Nota: Dati rilevati al 28 novembre 2024.

Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL

Tabella 10. Povertà e disagio adulto (macro-area – nuova classificazione CISL)

Azione	Numero accordi	Frequenza
Trasferimenti monetari o agevolazioni	331	50,3%
Interventi e servizi	253	38,4%
Strutture (interventi di nuova realizzazione, modifica, riqualificazione di)	13	2,0%
Altro	61	9,3%
Totale	658	100%

Nota: Dati rilevati al 28 novembre 2024.

Fonte: Elaborazione su dati Osservatorio sociale di CISL

L’analisi di frequenza delle voci tematiche aggiunge ulteriori approfondimenti circa il ruolo della contrattazione sociale in tema di salute.

Innanzitutto, la contrattazione sociale è volta nella stragrande maggioranza dei casi a promuovere prestazioni e servizi strettamente sanitari, come l’assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, o interventi sociali, quali quelli di contrasto alla povertà. Secondariamente, gli ambiti di salute, indipendentemente dai soggetti a cui sono rivolti (anziani, persone con disabilità, famiglie, minori e adulti in condizione di disagio), sono orientati ad offrire servizi ed interventi, anziché trasferimenti monetari, consolidando l’importanza delle politiche attive, accanto a quelle passive.

Volendo portare ad estrema sintesi le peculiarità di questa forma di agire negoziale si potrebbe così affermare come la contrattazione sociale appaia di integrazione al welfare pubblico, quando introduce misure a protezione di quanti non adeguatamente tutelati dallo Stato, e di supporto al welfare contrattuale soprattutto nei momenti di crisi, quando l’azione congiunta delle diverse “gambe contrattuali” è rivolta alla persona, quale lavoratore e quale cittadino della comunità.

2. Le dimensioni di salute nel rapporto tra contrattazione sociale e contrattazione economica

Il tema della salute riveste un ruolo centrale nell'ambito della contrattazione sociale, come evidenziato dalle analisi precedenti. Analogamente, esso assume una posizione di rilievo anche nella contrattazione economica, sia con riferimento alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, sia rispetto ai temi legati al welfare, alla conciliazione vita-lavoro e all'organizzazione dell'orario di lavoro. I tavoli negoziali sono tuttavia distinti e la questione che ora si pone è quella del “come” far dialogare le due dinamiche contrattuali sullo specifico tema.

Il punto di partenza che orienta la riflessione è rappresentato dalle stesse dimensioni di salute con cui sono state classificate le intese di contrattazione sociale. Nonostante la complessità e la diversità delle metodologie utilizzate dalle organizzazioni sindacali di CISL e CGIL, è possibile infatti individuare alcuni temi principali attorno ai quali riflettere sui numeri e le caratteristiche degli accordi in tema di salute: Modelli organizzativi e dell’offerta; Non autosufficienza e disabilità; Welfare mutualità territoriale; Monitaggio, ricerca, raccolta dati e osservatori; Assistenza sanitaria; Criteri di accesso e servizi per l’accesso; Compartecipazione; Contrasto alla povertà; Prevenzione e sensibilizzazione.

Di seguito vengono dunque descritte queste nove dimensioni chiave in grado di raccogliere le istanze di salute della contrattazione sociale, e di legarsi (potenzialmente) alle disposizioni di salute della contrattazione economica.

2.1. *Segue: Modelli organizzativi e dell’offerta*

Il primo nodo tematico con cui viene classificato il tema della salute è quello relativo ai modelli organizzativi e dell’offerta dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie sul territorio. In particolare, le tematiche affrontate riguardano: la necessità di unire i servizi sanitari e sociali al fine di offrire una risposta più completa ai bisogni dei cittadini; la promozione di un modello di assistenza primaria basato sulla collaborazione tra i medici di base (la c.d. medicina di gruppo integrata); la creazione di strutture intermedie, quali gli ospedali di comunità e i centri servizi; e, da ultimo, il richiamo ad una maggiore collaborazione tra aziende sanitarie e Comuni.

2.2. *Segue: Non autosufficienza e disabilità*

La seconda area tematica indagata è la “non autosufficienza e disabilità”. Strettamente correlata ai destinatari delle misure, la categoria di analisi si riferisce tanto alle persone che necessitano di assistenza continua, quanto a coloro che, in ragione delle loro fragilità, sono portatori di bisogni specifici. Gli accordi di contrattazione sociale si concentrano in gran parte sui centri diurni, i soggiorni climatici per anziani e sul supporto alle persone con disabilità. Su quest’ultimo punto, vengono menzionati diversi servizi, quali l’abbattimento delle barriere architettoniche, la figura dell’amministratore di sostegno e i centri di riabilitazione.

2.3. Segue: Welfare territoriale

La terza dimensione che classifica le intese di contrattazione sociale in tema di salute è il cosiddetto “welfare territoriale”. La categoria appare centrale per sviluppare riflessioni volte a promuovere il benessere della comunità, nell’ottica di un concetto più ampio di salute, che abbraccia tanto la sfera fisica e psichica, quanto quella individuale e collettiva. Proprio quest’ultima dimensione, che pone l’enfasi sulla partecipazione dei cittadini e sulla collaborazione tra diversi attori, emerge quale modello diffuso di buone pratiche per lo sviluppo di comunità sane e inclusive: famiglia, volontariato, scuola e comunità sono i soggetti chiave in grado di realizzare il welfare territoriale. Nel complesso, in questo insieme eterogeneo di intese vi sono diverse iniziative: dai progetti volti a promuovere stili di vita sani e a prevenire le malattie, alla questione della sostenibilità economica dei progetti, fino alla sperimentazione di nuove modalità di intervento sociale. Sul punto, molte amministrazioni locali si sono assunte l’impegno di promuovere una rete di solidarietà territoriale diretta ad incentivare sistemi di welfare locale.

2.4. Segue: Monitoraggio, ricerca, raccolta dati e costituzione degli osservatori

La quarta dimensione indagata si riferisce alle azioni di “monitoraggio, ricerca, raccolta dati e la costituzione degli osservatori”. I testi contengono perlopiù le sollecitazioni mosse dal versante sindacale alla costituzione di osservatori trilaterali tra sindacato, Comuni e aziende sanitarie. La costituzione dei tavoli permette infatti il confronto con altri soggetti presenti nel territorio sui temi connessi alle risorse, all’organizzazione ed alla programmazione socio-sanitaria, nonché al lavoro di cura e alla qualità delle prestazioni erogate. Gli osservatori hanno (o desiderano avere) l’obiettivo di monitorare il rapporto tra il servizio ospedaliero e i servizi del territorio, di valutare lo stato di avanzamento degli obiettivi del Piano Sociale e Sanitario Regionale e di elaborare i Piani di zona. Accanto alle occasioni di incontro, i documenti introducono altresì strategie di monitoraggio delle prestazioni socio-sanitarie. Tra queste, a titolo di esempio, vi sono: l’analisi dei costi; la valutazione delle performance; la raccolta di buone pratiche; e l’analisi degli indicatori di efficacia degli interventi.

2.5. Segue: Assistenza sanitaria

La quinta dimensione indagata si riferisce alle misure di “assistenza sanitaria”. In tema di contrattazione sociale, la categoria di analisi contiene numerose azioni legate alla gestione dei servizi socio-sanitari, con un focus particolare sull’integrazione tra i diversi livelli di assistenza e sulla necessità di garantire risposte efficaci soprattutto ad anziani e disabili. Nello specifico, le disposizioni si riferiscono a diversi servizi: l’assistenza domiciliare, il telesoccorso, le residenze sanitarie, gli hospice, gli ambulatori, i servizi specifici legati all’Alzheimer o alla salute mentale, i punti prelievo e le farmacie comunali.

2.6. Segue: Criteri di accesso e servizi per l'accesso

La sesta dimensione in tema di salute è rappresentata dai “criteri di accesso” alle prestazioni e dai “servizi per l’accesso”. I “criteri di accesso” si riferiscono agli standard richiesti per poter accedere ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie. Le disposizioni si concentrano sull’importanza di garantire equità nell’accesso ai servizi, in particolare nei confronti delle fasce più deboli della popolazione. Gli strumenti utilizzati a tal scopo sono: la gestione delle liste di attesa, la pubblicazione delle tariffe e delle caratteristiche delle strutture e l’utilizzo dell’Isee. Quest’ultimo è il mezzo principale per valutare la capacità contributiva dei nuclei familiari e definire le tariffe in modo equo. Accanto a ciò, i protagonisti della contrattazione sociale enfatizzano altresì il ruolo dell’assistente sociale, quale figura chiave nell’accompagnamento dell’utente all’accesso ai diversi servizi. Direttamente legati alla categoria precedente, i “servizi per l’accesso” si concentrano sulla possibilità di facilitare l’accesso alle prestazioni e sulla garanzia di un percorso personalizzato. Di frequente, le intese fanno per esempio riferimento al funzionamento dei call center e dei sistemi di prenotazione delle visite.

2.7. Segue: Compartecipazione

La settima dimensione si riferisce al tema della “compartecipazione”, che include tutti quei servizi e prestazioni che, nell’ambito della salute, attivano buoni, voucher e assegni erogati dalla pubblica amministrazione (o in senso ampio dalle aziende) a sostegno delle spese socio-sanitarie. La contrattazione sociale si focalizza sul tema della compartecipazione soprattutto mediante il sistema di finanziamento dell’assistenza domiciliare e della residenzialità di anziani e disabili. Con l’intento di garantire servizi di qualità, l’amministrazione comunale fa dunque ricorso a voucher per il ristoro dei costi dell’ADI (assistenza domiciliare integrata) e a sussidi economici per l’integrazione della retta della casa di riposo. In aggiunta, ad esempio, le amministrazioni comunali introducono quote di compartecipazione anche per la costituzione del Fondo di Solidarizzazione per la Salute Mentale e assicurano, in determinati casi, anche la gratuità degli interventi. Dal punto di vista economico, l’attenzione non è tuttavia rivolta esclusivamente agli utenti, ma anche ai parenti o ai caregivers. Non è infatti raro che i Comuni prevedano l’erogazione di voucher cosiddetti di “ sollievo” volti a valorizzare il compito di cura dei familiari e a sostenere i periodi temporanei di ricovero in struttura.

2.8. Segue: Contrasto alla povertà

L’ottava dimensione indagata riguarda le politiche sociali e, più specificatamente, le azioni mirate al “contrasto alla povertà”. Sebbene tali misure non siano strettamente legate al concetto di salute, si è ritenuto qui doveroso includerle, nella consapevolezza che le iniziative volte a favorire l’inclusione sociale abbiano risvolti sulla salute e sul benessere dei singoli cittadini e della comunità di appartenenza. Le disposizioni si riferiscono a strumenti quali il reddito di cittadinanza e i contributi economici diretti. Per sostenere le difficoltà delle famiglie, i Comuni ampliano il Fondo sociale, introducono sgravi e detrazioni ponendo attenzione al carattere strutturale delle riduzioni, distribuiscono le eccedenze alimentari, sostengono gli oneri dell’affitto e pagano le bollette dei più biso-

gnosi. Alcuni Comuni promuovono così anche la mutualità territoriale, ad esempio donando il sostegno economico in cambio di piccoli lavori di manutenzione o utilizzando i proventi derivanti dalla celebrazione dei matrimoni civili per interventi a favore di soggetti a rischio di esclusione sociale. In altre parole, le politiche sociali adottano un approccio multidimensionale, che tiene conto non solo delle esigenze economiche degli individui, ma anche di quelle sociali e relazionali, e di conseguenza le dinamiche coinvolgono una pluralità di soggetti, tra cui il Terzo Settore e le associazioni di volontariato, in un circolo virtuoso che vuole mitigare gli effetti negativi della povertà sulle condizioni di salute dei cittadini.¹³

2.9. Segue: Prevenzione e sensibilizzazione

La nona ed ultima categoria di indagine riguarda la promozione delle attività di “prevenzione e sensibilizzazione”. I testi di contrattazione sociale si focalizzano sulle politiche di promozione della salute a livello comunale, dove risultano evidenti le collaborazioni con l’azienda sanitaria per affrontare tematiche come l’invecchiamento attivo, le dipendenze e la salute mentale. Oltre agli anziani, i destinatari delle misure sono i minori, gli adolescenti e più in generale le giovani generazioni, segnale della volontà di proporre un sistema di lavoro basato sia sulla prevenzione attiva – e quindi sull’azione in favore delle persone sane – sia sulla presa in carico del paziente con patologie importanti. Complessivamente, le azioni promuovono stili di vita salutari, che valorizzano l’attività fisica e la corretta alimentazione, realizzano progetti di prevenzione della cronicità e potenziano campagne di informazione sui rischi della ludopatia e sul rischio di suicidi, in particolare dei giovani. In aggiunta, l’attenzione è dedicata al fenomeno della solitudine – una dimensione considerata in crescita con il progressivo evolversi della struttura della società – e che richiede, anche in questo caso, un approccio integrato che vede coinvolti vari segmenti istituzionali, associativi e comunitari.

3. La costruzione di un modello di corrispondenza tra contrattazione sociale e contrattazione economica in tema salute

Il presupposto da cui partire è la considerazione secondo cui si ha una potenziale complementarietà tra contrattazione economica e contrattazione sociale in tema salute, quando i temi affrontati da entrambe sono comuni o simili e ciò per due ordini di ragioni. Da un lato, essendo due forme dell’agire contrattuale, il sindacato ha il potere e la capacità di incidere su entrambi i tavoli negoziali, nonché la responsabilità di dirigerne le iniziative. Dall’altro lato, se la promozione della salute in azienda avviene oltre il “mero” evento infortunistico e si lega alle tematiche affrontate dalla contrattazione sociale, realizza interazioni e sovrapposizioni originali con la salute pubblica.

Ripensare il rapporto tra contrattazione sociale e contrattazione economica in chiave di complementarietà – se non di vera e propria integrazione – significa perciò ricondurre a

ciascuna dimensione di salute così come sopra descritta, le disposizioni della contrattazione economica.

In questo senso, è possibile immaginare un modello a tre dimensioni, che raggruppa le dinamiche della contrattazione secondo le intersezioni tra le diverse aree di interesse, così come emergono dallo studio condotto sui Rapporti sulla contrattazione economica e sociale e sulle loro tendenze a livello locale (2).

Lo scopo della classificazione è quello di porre l'accento sulle sinergie e sulla loro forza in tema di salute tra contrattazione sociale e contrattazione economica, con un chiaro distinguo tra le aree ad alta sinergia (prima dimensione), le aree a sinergie latenti (seconda dimensione) e quelle dove il potenziale di sinergia è, ad oggi, ancora limitato (terza dimensione).

La prima dimensione, la cosiddetta “area ad alta sinergia”, contiene le iniziative che già avvengono e che coinvolgono una comunanza di interessi tra quanto presente nella contrattazione sociale e nella contrattazione economica. È un’area in cui appare consolidato un impatto strategico tra il sindacato e gli enti locali e tra la contrattazione sociale e quella economica. Le dimensioni coinvolte, così come classificate nel paragrafo che precede, sono quattro: “non autosufficienza e disabilità”; “monitoraggio, ricerca, raccolta dati e costituzione degli osservatori”; “assistenza sanitaria”; “prevenzione e sensibilizzazione”.

Nel dettaglio, la dimensione della “non autosufficienza e disabilità” rappresenta un’area di forte intersezione tra le due modalità contrattuali, soprattutto per quanto riguarda le iniziative legate al sostegno ai caregivers e alla promozione dell’autonomia e l’inserimento lavorativo delle persone con disabilità. La ragione di una siffatta sinergia è probabilmente dovuta alla tradizionalità delle misure coinvolte e al forte sostegno legislativo. Entrambe le politiche sono infatti promosse da tempo dal Legislatore: basti pensare alla possibilità di usufruire dei giorni di permesso o del congedo straordinario ex legge n. 104/1992, o, ancora, alle norme relative al collocamento mirato ai sensi della legge n. 68/1999. Allo stesso modo, anche le parti sociali hanno introdotto nella contrattazione collettiva nazionale e di secondo livello – pur con modalità differenti tra settori – numerose disposizioni volte a promuovere la piena ed effettiva partecipazione al lavoro delle persone con disabilità e dei loro familiari.

La sezione relativa al monitoraggio e soprattutto alla costituzione degli osservatori rappresenta un’ulteriore area ad alta sinergia. Gli osservatori sono in tal senso luoghi deputati alla promozione e al monitoraggio delle iniziative e sono presenti sia nelle disposizioni della contrattazione economica nazionale e di secondo livello, sia nelle intese di contrattazione sociale. Ad esempio, mentre in azienda si collocano i comitati paritetici tra le RSU/RSA e il datore di lavoro, nella contrattazione sociale sono richiamati gli incontri periodici che riuniscono il sindacato, l’ente pubblico e, talvolta, anche l’azienda sanitaria locale. Tuttavia, il passo da compiere per realizzare le concrete sinergie tra i luoghi del confronto della contrattazione economica e di quella sociale è la formazione

(2) La costruzione del c.d. modello a tre dimensioni fa seguito allo studio approfondito di tutti i Rapporti sulla contrattazione sociale pubblicati da CGIL a partire dal 2010 e da CISL dal 2013, all’analisi dei singoli accordi di contrattazione sociale contenuti nelle banche dati di CGIL e CISL e relativi al periodo 2003-2022 e allo studio dei Rapporti sulla contrattazione collettiva pubblicati da CGIL, CISL, UIL e ADAPT dal 2016 al 2023. L’indagine sulle tendenze nazionali della contrattazione sociale ed economica è stata completata da un’analisi a livello locale, basata su uno studio di caso dei settori metalmeccanico e terziario nella provincia di Vicenza.

relativa alla capacità di fare rete, nonché il coinvolgimento dei medesimi attori nell'una e nell'altra arena.

La terza area si riferisce poi all' "assistenza sanitaria". In questo senso, la contrattazione economica si lega alle piattaforme sanitarie della contrattazione sociale quando introduce disposizioni in favore dei fondi sanitari integrativi, ad esempio con la welfarizzazione del premio di risultato, delle polizze assicurative, del rimborso delle spese mediche o, ancora, della possibilità di richiedere l'anticipo del TFR per esigenze sanitarie anche non straordinarie.

Un'ultima variabile di forte intersezione tra l'analisi dei documenti di contrattazione sociale e di contrattazione economica riguarda, infine, la "prevenzione e sensibilizzazione". Le sinergie si rilevano nelle iniziative volte a promuovere stili di vita sani, una corretta alimentazione, controlli periodici contro determinate malattie e l'organizzazione di giornate di check-up gratuite in azienda. A tal proposito, allargando la prospettiva, anche le disposizioni contrattuali in favore della conciliazione vita-lavoro sono parte della prevenzione e della sensibilizzazione circa la cura della salute non solo fisica, ma anche mentale.

A seguire, la seconda dimensione coinvolta nella classificazione è quella relativa alle cosiddette "aree a sinergie latenti". Si trovano qui le iniziative della contrattazione sociale che, pur presentando possibili intersezioni, non trovano una corrispondenza diretta nella contrattazione economica. È dunque un'area di potenziale interesse, ma in cui il grado di integrazione risulta meno sviluppato. In quest'area sono comprese tre dimensioni: "modelli organizzativi e dell'offerta dei servizi e delle prestazioni", "welfare mutualità territoriale" e "compartecipazione". I "modelli organizzativi e dell'offerta dei servizi e delle prestazioni" includono tutte quelle iniziative legate alla governance dei servizi socio-sanitari sul territorio. La dimensione di salute potrebbe trovare corrispondenza con la contrattazione economica, soprattutto di secondo livello, quando le trattative sono organizzate secondo un nuovo modello organizzativo perseguito grazie a processi quali il lavoro di rete, l'organizzazione per ambito e distretto o, ancora, attraverso modelli gestionali quali l'IPA, ossia l'intesa programmatica d'area. La dimensione del "welfare mutualità territoriale", come suggerisce peraltro già il nome, è un'altra area potenzialmente interessata dalle sinergie tra le due forme di agire contrattuale. La contrattazione sociale e la contrattazione economica potrebbero in questo senso generare una vera e propria integrazione tra le iniziative del welfare pubblico e quelle del welfare aziendale. In entrambi i casi, tuttavia, le ragioni di una siffatta scarsa attenzione soprattutto a livello locale sono probabilmente dovute, da un lato, all'ottica "individualista" della trattativa economica e, dall'altro lato, alle poche occasioni di formazione sulle buone pratiche di welfare implementate dalla contrattazione sociale nel territorio.

Infine, nella seconda dimensione cosiddetta "a sinergie latenti" vi è anche la "compartecipazione", intesa in senso ampio quale partecipazione della pubblica amministrazione e delle aziende private alle spese sanitarie e sociali dei cittadini. Queste iniziative potrebbero avere un forte impatto di fronte sia alle carenti capacità di spesa degli enti locali, quanto alle tendenze di sostenibilità sociale che vedono progressivamente trasformarsi il ruolo delle aziende nel territorio.

Proseguendo, il modello classifica le residuali iniziative nella terza dimensione, nella cosiddetta "area a sinergie limitate o assenti". Secondo l'analisi condotta, si rilevano qui le iniziative che paiono di dominio esclusivo della contrattazione sociale e che non coinvolgono la contrattazione economica. Sono qui comprese due dimensioni: "criteri di accesso e servizi per l'accesso" e "contrastò alla povertà". Nel primo caso, le iniziative

promosse dalla contrattazione sociale non trovano corrispondenza diretta nella contrattazione economica. I fattori che determinano tale disallineamento sono rinvenibili nel livello di dettaglio dei contenuti delle prestazioni e del sapere medico, difficilmente conciliabili con le competenze del sindacato. A ben vedere, anche nella contrattazione sociale le disposizioni classificate sotto tale etichetta riguardano perlopiù le informazioni che unilateralmente aziende sanitarie locali e Comuni forniscono ai sindacati, senza che vi sia una reale collaborazione o codeterminazione delle prestazioni. Anche le misure di “contrastò alla povertà” non sono interessate da intersezioni con le altre forme di agire sindacale. Di proprietà esclusiva della contrattazione sociale, le politiche di sostegno ai meno abbienti sono legate a sussidi economici erogati dallo Stato o ai voucher dei Comuni. Le cause della mancata sinergia con il mondo del lavoro, dei sindacalisti e delle aziende, sono probabilmente dovute alla connotazione culturale della povertà, ancora legata al tema del “non lavoro”. Nella realtà, ci si potrebbe immaginare un’area di intersezione tra contrattazione sociale ed economica: anche se non direttamente legate al tema salute, potrebbero essere considerate azioni preventive di contrasto alla povertà le politiche di outplacement realizzate in azienda al fine di ricollocare i lavoratori in uscita, esposti al rischio di disoccupazione volontaria.

In sintesi, il rapporto tra contrattazione sociale e contrattazione economica emerge con diverse intensità a seconda delle specifiche aree di intervento. Nelle aree ad alta sinergia la contrattazione sociale e quella economica si intersecano in modo particolarmente forte, favorendo un’azione congiunta che arricchisce entrambe le dimensioni. Nelle aree a sinergia latente vi è una complementarietà astratta, ma che ancora non trova un’evoluzione pratica. Infine, nelle aree a sinergie assenti, le disposizioni sono di esclusivo dominio (per ora) della contrattazione sociale.

4. Verso un indicatore di valutazione di impatto sociale della contrattazione economica

Sulla scorta delle ipotesi formulate, è possibile immaginare un indicatore di valutazione di impatto sociale, riferito al grado di integrazione tra contrattazione sociale e contrattazione economica in ambito salute. Ciò consente alle organizzazioni sindacali, alle imprese e agli operatori del sistema di relazioni industriali di misurare la vicinanza o la lontananza delle misure di salute introdotte dalla contrattazione economica rispetto a quelle della contrattazione sociale, nell’intento di accogliere una nozione più ampia di salute utile a realizzare una integrazione tra salute occupazionale e salute pubblica.

Costruzione dell’indicatore di valutazione di impatto sociale:

- a) Catalogazione delle prestazioni e dei servizi erogati ai lavoratori per il tramite della contrattazione economica secondo le dimensioni di salute individuate;*
- b) Classificazione delle prestazioni secondo la presenza o assenza nel contratto collettivo;*
- c) Ponderazione del punteggio attribuito alla presenza o assenza in base all’impatto potenziale, ossia all’appartenenza della disposizione ad una delle tre aree del modello a tre dimensioni (ad alta sinergia, a sinergia latente o a sinergia assente);*

- d) *Calcolo del punteggio e attribuzione di una posizione di vicinanza o lontananza rispetto alla contrattazione sociale.*

Nel dettaglio, dato un determinato accordo di contrattazione economica, ogni disposizione è catalogata secondo le dimensioni di salute individuate dalla tabella 11 che segue, dove ciascuna dimensione di salute presente nella contrattazione sociale corrisponde nei fatti (ed è tradotta) ad una o più disposizioni della contrattazione economica.

Tabella 11. Catalogazione delle prestazioni/disposizioni della contrattazione economica a seconda della dimensione di salute

Dimensioni di salute	Significato	Prestazioni o disposizioni della contrattazione economica
Modelli organizzativi e dell'offerta dei servizi e delle prestazioni	- governance dei servizi socio-sanitari sul territorio (es. rete tra imprese per realizzare servizi come gli asili nido)	- Convenzioni
Non autosufficienza e disabilità	- assistenza ai familiari e cura - promozione autonomia dei disabili - sostegno ai <i>caregiver</i>	- Assistenza familiari e cura - Tutela della diversità/disabilità e contrasto a discriminazioni
Welfare mutualità territoriale	- volontariato - sostegno al Terzo Settore	- Corporate Social Responsibility
Monitoraggio, ricerca, raccolta dati e osservatori	- comitati e osservatori	- Commissioni Paritetiche
Assistenza sanitaria	- assistenza sanitaria integrativa - assicurazioni - previdenza complementare - rimborso spese mediche - anticipo TFR per spese mediche	- Assistenza Sanitaria Integrativa - Polizze e prestiti - Polizze infortuni e altre misure - Assistenza previdenziale integrativa - Fruizione anticipata del TFR
Criteri di accesso e servizi per l'accesso	- trasporti	- Mobilità e trasporti
Compartecipazione	- compartecipazione delle aziende alle spese sanitarie pubbliche	- Flexible benefit
Contrasto alla povertà	- formazione - politiche di <i>outplacement</i>	- Percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento - Sviluppo Professionale e Formazione - Politiche di outplacement - Mobilità professionale interna
Prevenzione e sensibili-	- attività ricreative e tempo	- Conversione del premio di risultato

lizzazione	libero - flessibilità organizzativa - conciliazione vita-lavoro - promozione di stili di vita sani - educazione/istruzione	in tempo libero - Attività ricreative e culturali - Banca delle ore solidale e forme di flessibilità oraria - Passaggio al part-time - Regimi di orario flessibili - Banca delle ore - Congedi e permessi (retribuiti e non) di varia natura (esclusi per istruzione) - Smartworking - Salute - Uso corretto delle tecnologie - Tempo per l'istruzione del lavoratore (diritto allo studio) - Sostegno alla formazione e istruzione di lavoratori e figli
-------------------	--	--

Ciascuna prestazione o disposizione è così valutata in base alla presenza o assenza nell'ambito del contratto analizzato. Laddove la prestazione è presente viene attribuito un punteggio di 1, laddove assente il punteggio è uguale a 0.

Tuttavia, non tutte le dimensioni di salute hanno lo stesso peso. Per tale ragione, si introduce una variabile che ha lo scopo di aggiustare il calcolo e fornire un peso differente alla prestazione a seconda della dimensione di salute a cui appartiene: l'impatto potenziale.

Il cosiddetto impatto potenziale misura la capacità della disposizione della contrattazione economica di integrarsi con quanto realizzato dalla contrattazione sociale secondo il modello a tre dimensioni del paragrafo che precede (§.3).

In questo senso, a ciascuna dimensione di salute viene associato un peso differente, a seconda che si tratti di aree ad alta sinergia, a sinergia latente o a sinergia assente.

Laddove si voglia valutare il potenziale di innovazione, la dimensione a sinergia assente, quando presente, avrà un punteggio superiore alla dimensione ad alta sinergia. Al contrario, ove si rende necessario fotografare l'esistente, la dimensione ad alta sinergia avrà un punteggio più elevato rispetto alle altre due. In questa circostanza si sceglie di analizzare l'esistente, basandosi dunque sull'attribuzione del punteggio più elevato all'area ad alta sinergia e il meno elevato alle prestazioni appartenenti all'area a sinergia assente.

In altre parole, alle prestazioni afferenti alle dimensioni della “non autosufficienza e disabilità”, al “monitoraggio, ricerca, raccolta dati e osservatori”, all’“assistenza sanitaria” e alla “prevenzione e sensibilizzazione” viene attribuito un peso uguale a 3, per le disposizioni che appartengono ai “modelli organizzativi e dell’offerta dei servizi e delle prestazioni”, al “welfare mutualità territoriale” e alla “compartecipazione” il peso ponderato è pari a 2, mentre per le disposizioni contrattuali relative ai “criteri di accesso e servizi per l’accesso” e alle misure di “contrastò alla povertà” il peso è uguale a 1. Ad ogni dimensione si associa così un punteggio finale derivante dal punteggio attribuito a seconda della presenza o assenza della disposizione e moltiplicato per il peso attribuito a seconda dell’area del modello a tre dimensioni a cui appartiene. In tal senso, è possibile valorizzare ciascun accordo di contrattazione economica a seconda della capacità ed

efficacia di connettersi alla contrattazione sociale per generare un impatto sul territorio e sul benessere della comunità.

L'indicatore – che sarà concretamente applicato a un caso di studio in un documento successivo – costituisce così un primo e significativo passo volto a valorizzare e misurare l'impatto sociale della contrattazione economica, attraverso la sua eventuale integrazione con la contrattazione sociale in tema di salute. Esso rappresenta uno strumento operativo che traduce in pratica le riflessioni finora sviluppate, consentendo una valutazione *ex post* dei risultati e offrendo al contempo l'opportunità di avviare una riflessione, a partire dagli esiti della sua applicazione, sulle *policy* in capo alle parti sociali, con l'obiettivo di realizzare o rafforzare la sinergia tra le due forme di azione negoziale.