



XI CONSILIATURA 2023 - 2028

LE SINERGIE TRA CONTRATTAZIONE SOCIALE E CONTRATTAZIONE AZIENDALE

FOCUS SU SALUTE IN PROVINCIA DI VICENZA



CASI E MATERIALI DI DISCUSSIONE:
MERCATO DEL LAVORO E CONTRATTAZIONE COLLETTIVA

N. 14 | 2024

LE SINERGIE TRA CONTRATTAZIONE SOCIALE E CONTRATTAZIONE AZIENDALE

FOCUS SU SALUTE IN PROVINCIA DI VICENZA

di Anna Marchiotti, *visiting fellow* presso il CNEL

Le opinioni espresse nel presente documento sono personali e non impegnano la responsabilità del CNEL.

**CASI E MATERIALI DI DISCUSSIONE:
MERCATO DEL LAVORO E CONTRATTAZIONE COLLETTIVA**

N. 14 | 2024

Ottobre 2024

ABSTRACT

Lo studio dei Rapporti annuali prima e la revisione della letteratura poi hanno messo in evidenza la complessità e al tempo stesso la ricchezza della contrattazione sociale. Grazie al [primo inquadramento delle fonti informative](#), si è visto come le parti sociali affrontano con le pubbliche amministrazioni una pluralità di temi, tale per cui non è possibile immaginare che le aree di interesse della contrattazione sociale non si intreccino con altre forme dell'agire sindacale a livello locale, come quelle della contrattazione aziendale. Con il [secondo inquadramento delle fonti informative](#) e la revisione sistematica della letteratura, questa considerazione è andata rafforzandosi, non solo perché il legame con le altre forme di contrattazione è insito nelle radici storico-politiche della contrattazione sociale, ma anche perché irrompe nei sistemi di welfare locale, nella sinergia tra i diritti del lavoro e i diritti di cittadinanza. Per tali ragioni, questo terzo documento si pone ora l'obiettivo di fare un passo in avanti, entrando nei contenuti della contrattazione sociale ed aziendale e cercando le concrete connessioni tra le due forme dell'agire sindacale.

Tra i molti temi possibili, si è scelto qui di analizzare il tema della salute, quello di maggior potenziale considerando, da un lato, la centralità delle politiche socio-sanitarie per la contrattazione sociale, e, dall'altro lato, la crescente importanza dei temi legati alla sanità privata, al welfare e al benessere per la contrattazione in azienda.

Il campo di indagine è limitato al territorio della Provincia di Vicenza e, in particolare, alle intese di contrattazione sociale, comparate ai contratti aziendali del settore metalmeccanico e del terziario siglati nel medesimo territorio.

Dopo una breve introduzione e la nota metodologica, il testo analizza la contrattazione sociale vicentina attraverso dieci paragrafi, corrispondenti alle aree tematiche relative alla salute e individuate dalla griglia di rilevazione costruita appositamente per l'indagine.

Il documento si chiude con una domanda: quali sono le possibili sinergie tra la contrattazione sociale e la contrattazione aziendale? I nodi in comune potrebbero essere molti e spaziano dall'assistenza sanitaria strettamente intesa, al sostegno ai caregivers, dalla sensibilizzazione circa gli stili di vita sani, fino alla promozione dell'autonomia delle persone con disabilità. A lato delle necessarie considerazioni, dallo studio delle disposizioni emerge una riflessione di fondo: al contrario di quanto a volte ci si potrebbe immaginare, non è necessario creare nuovi dispositivi, bensì è "sufficiente" trasformare l'esistente per connettere la contrattazione sociale con la contrattazione economica, realizzando così anche l'auspicata complementarità tra welfare pubblico e welfare aziendale/contrattuale.

INDICE

1. Nota metodologica e introduzione	7
2. Modelli organizzativi e dell'offerta	8
3. Non autosufficienza e disabilità.....	9
4. Welfare mutualità territoriale.....	10
5. Monitoraggio, ricerca, raccolta dati e osservatori.....	10
6. Assistenza sanitaria.....	11
7. Criteri di accesso	11
8. Servizio per l'accesso	12
9. Compartecipazione	12
10. Contrasto alla povertà.....	13
11. Prevenzione e sensibilizzazione	13
12. Quali possibili sinergie tra la contrattazione sociale e la contrattazione aziendale? ...	14

1. Nota metodologica e introduzione

La presente indagine è condotta utilizzando la banca dati dell'«Osservatorio Nazionale della Contrattazione Sociale – CGIL», disponibile *open-access* nel sito dell'organizzazione e che ad oggi contiene oltre 11.000 documenti ⁽¹⁾, tra accordi, piattaforme e verbali di incontro. Da questo insieme - che pur non è un campione rappresentativo degli accordi sottoscritti in Italia - sono state estratte alla data del 4 agosto 2024 71 intese relative al territorio della Provincia di Vicenza e sottoscritte tra il 2011 e il 2022. Considerata la necessità di approfondire la tematica della salute, si è scelto di scomporre ulteriormente l'insieme degli accordi, estraendo i soli documenti contenenti almeno una disposizione relativa alla dimensione delle politiche sanitarie, sociali e socio-sanitarie, giungendo così ad un totale di 58 intese. La quantità e la qualità delle previsioni sottolineano dunque il carattere centrale di questa tematica, che merita così di essere approfondita quale protagonista dei tavoli di trattativa.

A livello metodologico, l'analisi dei testi si basa sulle metodologie della *content analysis* e quelle del *text mining*. Per l'occasione, sono state costruite delle griglie di rilevazione a partire dai criteri ordinatori utilizzati da CISL e CGIL nei rispettivi Rapporti sulla contrattazione sociale territoriale. Nonostante la complessità e la diversità delle metodologie utilizzate dalle suddette organizzazioni sindacali, è stato possibile 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; Monitoraggio, ricerca, raccolta dati e osservatori; Assistenza sanitaria; Criteri di accesso; Servizio per l'accesso; Compartecipazione; Contrasto alla povertà; Prevenzione e sensibilizzazione.

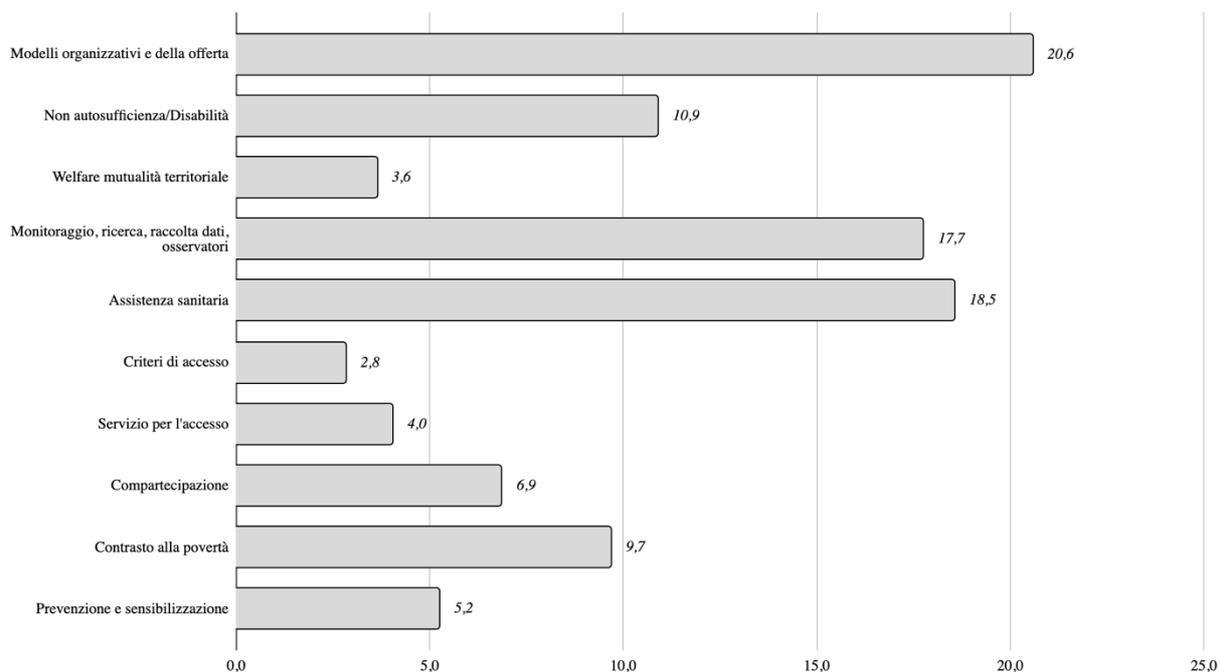
Complessivamente, tra le 58 intese che affrontano a vario titolo il tema della salute si trovano soprattutto accordi di durata pari o inferiore ad un anno, conclusi a livello comunale e concentrati negli anni compresi tra il 2015 e il 2019.

Seguendo la classificazione così proposta, al primo posto per frequenza contrattuale vi sono le previsioni relative ai modelli organizzativi e dell'offerta delle prestazioni socio-sanitarie, presenti del 20,6% dei casi. Al secondo posto, nel 18,5% dei casi le intese si riferiscono a misure di assistenza sanitaria (assistenza residenziale, assistenza ospedaliera, consultori familiari, hospice, telesoccorso, ospedali di comunità). Poco distanti, in terza posizione si trovano invece le disposizioni tese al monitoraggio, alla raccolta di dati e soprattutto alla costituzione di osservatori trilaterali, presenti nel 17,7% dell'insieme. Significativo è inoltre il numero delle

¹ Il dato si riferisce al numero di documenti così come esposto nel XIV Rapporto sulla contrattazione sociale territoriale *L'azione sindacale nel territorio come strumento di partecipazione e trasformazione*, presentato da CGIL il 20 marzo 2024 e disponibile [qui](#).

intese volte ad introdurre servizi e prestazioni in favore di soggetti non autosufficienti o con disabilità (centri diurni, servizi di trasporto sociale, soggiorni climatici e progetti di sollievo rivolti ai *caregiver*), frequenti nel 10,9% degli accordi.

Grafico 1. Salute per frequenza contrattuale sul totale degli accordi (%)



Ora, nell'ottica di rispondere ad un'esigenza non solo di mera classificazione e sistematizzazione dei documenti, si rende necessario approfondire anche da un punto di vista qualitativo quanto contenuto in ciascuna categoria. Tale operazione permette infatti di rilevare tendenze e caratteristiche importanti per comprendere come connettere la contrattazione sociale con le altre forme contrattuali. Per tale ragione, i paragrafi che seguono danno conto sia delle frequenze contrattuali delle singole categorie di analisi, sia dei contenuti di ciascuna classificazione.

2. Modelli organizzativi e dell'offerta

La categoria dei "modelli organizzativi e dell'offerta" è al primo posto per frequenza contrattuale (20,6%). 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 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.

Le parti mostrano dunque una chiara volontà di apportare delle modifiche al sistema socio-sanitario, puntando all'integrazione tra i servizi e ad una più forte partnership tra gli attori del territorio. Tuttavia, non mancano le preoccupazioni soprattutto da parte sindacale circa i ritardi nell'attuazione di alcune iniziative, come quelle che riguardano la medicina di gruppo integrata.

In sintesi, dall'analisi emergono con frequenza gli ideali organizzativi a cui la contrattazione sociale tende: tra questi, le unità territoriali di assistenza primaria (UTAP) e le aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Si tratta di modalità di gestione dei servizi sanitari che operano come reti integrate sul territorio: le UTAP sono tipiche dei primi anni della rilevazione (appaiono nelle intese del 2012 e 2015); per contro, le seconde appartengono alla storia recente e attraverso l'integrazione professionale garantiscono adeguati standard di assistenza.

3. Non autosufficienza e disabilità

Con poco meno dell'11% delle frequenze la dimensione della "non autosufficienza e disabilità" è al quarto posto tra le disposizioni che riguardano il tema salute. 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.

I testi si concentrano in gran parte sui centri diurni e 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.

Tuttavia, sia con riguardo alla non autosufficienza che alla disabilità, le parti sociali sono forti nell'affermare i principi guida delle disposizioni: la promozione dell'autonomia e l'approccio integrato. Nel primo caso, si tratta di istituire misure in grado di valorizzare le capacità e le risorse delle persone, rendendole autonome ed indipendenti nel percorso di assistenza. Nel secondo caso, le intese sostengono la necessità di una stretta collaborazione tra Comune, azienda sanitaria e associazioni di volontariato - quest'ultimo riconosciuto come una risorsa fondamentale della comunità - per garantire adeguati livelli di assistenza.

A seguire, meritevoli di attenzione sono alcune iniziative sperimentali e innovative, come il progetto "Mio fratello non è figlio unico". Finanziato in parte dalla Fondazione Cariverona e nato dall'esigenza di una associazione locale, il progetto è rivolto a tutti i cittadini aventi un fratello disabile. Con l'intento di valorizzare la relazione tra il fratello normodotato ed il

fratello disabile, il Comune realizza un intervento professionale di preparazione preventiva sulle responsabilità familiari.

4. Welfare mutualità territoriale

Il tema del welfare e della mutualità territoriale non è tra le classi di analisi più frequenti, tanto è vero che si pone al penultimo posto con il 3,6% delle frequenze. Ciononostante, 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, comunità sono i soggetti chiave in grado di realizzare il welfare territoriale.

Nel complesso, in questo insieme ampio ed eterogeneo di pratiche, 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. Ne è un esempio il progetto "guadagnare salute", il quale attua la prevenzione della salute e la promozione di stili di vita sani attraverso un lavoro di rete e di alleanze tra le amministrazioni centrali, locali, il mondo della scuola, del lavoro e dell'industria, i professionisti della salute, gli operatori del volontariato e il privato. Ancora, un ulteriore esempio è descritto dalle esperienze del Patto educativo territoriale, un manifesto a cui hanno aderito alcuni Comuni del vicentino e che pone al centro il "prendersi cura" dei cittadini e del loro ambiente.

In conclusione, nonostante l'esiguità del numero di misure coinvolte, i testi evidenziano un impegno concreto, soprattutto dell'amministrazione locale, volto a promuovere il benessere della comunità.

5. Monitoraggio, ricerca, raccolta dati e osservatori

Le disposizioni relative al "monitoraggio, ricerca, raccolta dati e osservatori" sono presenti nel 17,7% del totale delle intese analizzate, classificandosi così al terzo posto rispetto alle tematiche di salute. 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 alla popolazione. Come emerge dalle stesse intese, in alcuni casi si tratta di auspici alla realizzazione degli incontri, mentre in altri i tavoli sono già costituiti e si riuniscono periodicamente, di norma ogni tre mesi. 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 le 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. La totalità degli strumenti elencati è descritta quale utile mezzo per accompagnare il cambiamento nelle comunità.

6. Assistenza sanitaria

La categoria di analisi relativa all'"assistenza sanitaria" 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 – che occupano il secondo posto per frequenza contrattuale – si riferiscono ai servizi di assistenza domiciliare, al telesoccorso, alle residenze sanitarie, agli hospice, agli ambulatori, ai servizi specifici legati all'Alzheimer o alla salute mentale, ai punti prelievi, ai posti letto ospedalieri e alle farmacie comunali. Tuttavia, nell'eterogeneità delle prestazioni coinvolte è possibile individuare almeno tre tendenze comuni. In primo luogo, i testi mostrano una particolare attenzione alle esigenze degli anziani, sia in termini di assistenza domiciliare che di residenzialità. In secondo luogo, il chiaro intento delle parti è quello di far emergere l'importanza dell'assistenza domiciliare come alternativa al ricovero in struttura. Infine, le intese individuano la collaborazione pubblico-privato quale modalità di gestione privilegiata per l'erogazione dei servizi.

7. Criteri di accesso

I "criteri di accesso" si riferiscono agli standard richiesti per poter accedere ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie. Le disposizioni sono presenti solo nel 2,8% dei casi - risultando così poco attenzionate dalla contrattazione sociale – e 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 così 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.

8. Servizio per l'accesso

Direttamente legati alla categoria precedente, i "servizi per l'accesso" sono presenti nel 4% delle intese e si concentrano sulla possibilità di facilitare l'accesso alle prestazioni e sulla garanzia di un percorso personalizzato. Di frequente, le intese fanno riferimento al funzionamento della Centrale Operativa Territoriale (COT) - il cuore del sistema e il punto di riferimento per la continuità assistenziale - ai call center e ai sistemi di prenotazione delle visite. Tra questi, di particolare importanza è la sperimentazione del "Catalogo Veneto Prescrivibile", un innovativo sistema che facilita la prenotazione della visita al momento della compilazione della ricetta da parte del medico.

9. Compartecipazione

Il tema della "compartecipazione" include tutti quei servizi e prestazioni che, nell'ambito della salute, attivano buoni, voucher e assegni erogati dalla pubblica amministrazione a sostegno delle spese socio-sanitarie. Presenti nel 6,9% dell'insieme, i documenti analizzati si focalizzano soprattutto sul 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 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, le amministrazioni comunali introducono quote di compartecipazione 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 loro parenti o caregivers. Non è infatti raro che i Comuni prevedano l'erogazione di voucher cosiddetti di "sollevio" volti a valorizzare il compito di cura dei familiari e a sostenere i periodi di ricovero in struttura.

Dal punto di vista sindacale, si sottolineano inoltre le piattaforme tese a rivendicare la possibilità per le IPAB di usufruire di un adeguato sistema di agevolazioni rispetto alle

imposte comunali e di un'imposizione fiscale di pari valore rispetto a quella delle strutture private di cura.

10. Contrasto alla povertà

Il "contrasto alla povertà" è una tematica affrontata dal 9,7% degli accordi analizzati. Sebbene le misure di contrasto alla povertà 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 inevitabili 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 (prima R.e.i. e prima ancora S.i.a.) e i contributi economici diretti. Per sostenere le difficoltà delle famiglie, i Comuni ampliano il Fondo sociale e il Fondo Regionale Povertà, 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 bisognosi.

Grazie alle esperienze descritte, alcuni Comuni promuovono così anche la mutualità territoriale, ad esempio donando il sostegno economico alle famiglie in difficoltà 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.

11. Prevenzione e sensibilizzazione

Il tema della prevenzione è presente nel 5,2% dei casi, una percentuale importante considerato l'impegno a lungo termine che presuppongono le azioni di sensibilizzazione. I testi si focalizzano sulle politiche di prevenzione e 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 agendo sulle persone sane), sia sulla presa in carico del paziente con patologie importanti. Complessivamente, le azioni promuovono stili di vita sani, 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 anche 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.

12. Quali possibili sinergie tra la contrattazione sociale e la contrattazione aziendale?

Dalla lettura dei testi si possono avanzare alcune considerazioni circa i protagonisti, i destinatari e i contenuti della contrattazione sociale vicentina, con un'attenzione particolare alle possibili sinergie con la dinamica sindacale in azienda, ed in particolare con i contratti aziendali vicentini del settore metalmeccanico e terziario (²).

In primo luogo, i protagonisti della contrattazione sociale sono molteplici: dalle amministrazioni locali, alle aziende sanitarie, dalle IPAB agli assessorati per i servizi sociali, fino al mondo dell'associazionismo che include le organizzazioni sindacali e il Terzo Settore. Sebbene non tutti risultino firmatari dei testi, i soggetti elencati svolgono un ruolo importante nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni a carattere sanitario e sociale.

In secondo luogo, quanto ai soggetti destinatari, le disposizioni si rivolgono soprattutto ai cittadini che presentano particolari bisogni e fragilità, come gli anziani, i disabili, le persone non autosufficienti e gli individui in condizioni di povertà. Le categorie dei lavoratori e disoccupati non appaiono dunque come dirette beneficiarie delle misure, ma emergono laddove le prestazioni sono rivolte alle famiglie in condizioni di povertà e ai soggetti che hanno perso il lavoro.

Numerose sono invece le osservazioni circa i contenuti degli accordi. La contrattazione sociale conferma innanzitutto la tradizionale centralità delle politiche socio-sanitarie. La storicità dei confronti denota infatti un'attenzione particolare non solo verso i progetti "emergenziali", come lo sono l'assistenza sanitaria, le liste di attesa o i posti letto in ospedale, ma assume l'impegno di allargare lo sguardo verso un più ampio concetto di salute e verso iniziative di lungo respiro, coinvolgendo tematiche quali la prevenzione e la sensibilizzazione.

Nel dettaglio delle azioni e volendo riflettere ora sulle possibili sinergie tra contrattazione sociale e contrattazione economica, le misure e le prestazioni comuni e che, a ben vedere, potrebbero rivelarsi centrali per la capacità del sindacato di realizzare un impatto oltre le mura

² L'analisi della contrattazione aziendale vicentina a cui si rimanda è contenuta nel Working Paper ADAPT n. 10/2023, *La contrattazione aziendale in provincia di Vicenza: metalmeccanica e terziario*, disponibile [qui](#).

della fabbrica sono: l'assistenza sanitaria, il sostegno ai caregivers, la sensibilizzazione circa gli stili di vita sani e la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità.

Innanzitutto, il tema dell'assistenza sanitaria è emblematico della possibilità di creare sinergie tra welfare pubblico e welfare contrattuale. Difatti, mentre nella contrattazione sociale il sindacato si concentra sul sistema pubblico di tutela, con la contrattazione aziendale l'azione sindacale introduce misure integrative, ad esempio mediante i Fondi Sanitari. Non mancano infatti gli accordi aziendali vicentini che dedicano una parte delle disposizioni a valorizzare la bontà e le potenzialità di Metasalute (nel caso del settore metalmeccanico) o di altri fondi, attraverso le sessioni formative, la verifica dei piani sanitari o, ancora, grazie ad incontri volti a monitorare il grado di soddisfazione dei lavoratori. Non di rado, le disposizioni si trovano nei capitoli dedicati ai piani di welfare, dove, tramite il credito welfare o la "welfarizzazione" del premio di risultato, i lavoratori possono scegliere tra un panel di opzioni in cui è presente anche l'assistenza sanitaria. A titolo esemplificativo, le piattaforme propongono l'iscrizione o il versamento a casse aventi fini assistenziali, quali le adesioni a pacchetti sanitari integrativi e il rimborso delle spese mediche. Il settore del commercio mostra tuttavia una peculiarità: l'assistenza sanitaria è presente soprattutto nelle disposizioni che riguardano le richieste di anticipo del TFR. Molti contratti prevedono infatti la possibilità per il lavoratore di richiedere un anticipo del TFR anche a fronte di spese sanitarie non straordinarie, in via dunque migliorativa rispetto alle disposizioni di legge.

Presente sia nella contrattazione sociale sia in quella aziendale, anche il sostegno ai caregivers è una misura indirettamente rivolta anche ai lavoratori, molto spesso familiari di persone non autosufficienti. In questo senso, non mancano i contratti aziendali che introducono disposizioni volte ad aiutare i lavoratori ad assistere i propri familiari. Ad esempio, si pensi come nel settore terziario vicentino il protagonista del welfare sia la banca delle ore solidale, ovvero la possibilità da parte dei lavoratori di cedere ore di ferie e permessi a colleghi in situazioni di particolare necessità, quali, per l'appunto, l'assistenza a familiari non autosufficienti. Ancora, il passaggio al contratto a tempo parziale è una disposizione promossa non solo quale efficace strumento per l'accudimento dei figli, ma anche quale utile mezzo per favorire l'assistenza ai parenti anziani. Infine, sono da segnalare anche le esperienze aziendali che integrano nei piani welfare la possibilità di convertire il premio di risultato in servizi per l'assistenza dei familiari anziani, o i contratti che introducono quali condizioni di miglior favore rispetto al CCNL ore di permesso aggiuntive per accompagnare i familiari alle visite mediche.

Un ulteriore elemento in comune tra la contrattazione sociale e quella aziendale è poi la prevenzione e la sensibilizzazione rispetto a stili di vita sani. Di frequente, anche nelle aziende i sindacati di categoria introducono disposizioni volte a favorire una corretta alimentazione, controlli periodici contro le malattie o giornate di check-up gratuite. Ci si riferisce qui ad alcuni

contratti aziendali che danno la possibilità ai lavoratori di effettuare prelievi ed esami del sangue presso l'infermeria aziendale appositamente istituita.

Da ultimo, ma non per importanza, vi è la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità: un valore che emerge con forza dai confronti con la pubblica amministrazione. Tuttavia, la valorizzazione dell'autodeterminazione è una disposizione che ben si potrebbe connettere anche con l'azione sindacale in azienda, laddove l'autonomia delle persone fragili chiama in causa il lavoro, quale dimensione sociale e relazionale prima ancora che economica. Ne sono esempi le misure di contrasto alla discriminazione nei luoghi di lavoro o il telelavoro quale modalità (seppur temporanea) di svolgimento del rapporto di lavoro che agevola le persone con disabilità certificate ai sensi della Legge 104/1992. Nello specifico, alcuni contratti affidano a gruppi di lavoro o comitati il dovere di portare alla luce i disagi derivanti dalla presenza di barriere architettoniche allo scopo di richiederne, laddove possibile, la rimozione. Con riguardo soprattutto al settore metalmeccanico, altre esperienze vicentine istituiscono a tal proposito la figura del "delegato sociale": un dipendente dell'azienda nominato all'interno della RSU che ha il compito di segnalare i comportamenti lesivi della dignità e della libertà personale nell'ambiente di lavoro. Tuttavia, la maggior parte dei contratti si riferisce alle misure di contrasto alla discriminazione nei luoghi di lavoro con il richiamo all'accordo territoriale del 22 giugno 2016. Le parti sociali riconoscono così i principi di eguaglianza e reciproca correttezza, impegnando le aziende e i lavoratori a denunciare i comportamenti lesivi e impegnandosi a collaborare per un sano ambiente di lavoro.

Complessivamente, i margini entro cui realizzare un potenziale intreccio tra i contenuti della contrattazione sociale e quelli della contrattazione economica non hanno un'origine strettamente aziendale, bensì realizzano spinte legislative, contrattual-nazionali o territoriali. Come visto, le disposizioni di sostegno ai caregivers nascono dal recepimento di previsioni normative, come quella della banca ore di cui al D.lgs 151/2015, e lo stesso accade per la possibilità di prevedere nei piani di welfare l'accesso a opere e servizi aventi finalità sociali verso i familiari non autosufficienti ai sensi dell'art. 51 comma 2 del TUIR. Ancora, i Fondi Sanitari sono perlopiù previsti e regolati dai CCNL di settore. Infine, è un accordo territoriale delle parti sociali vicentine lo stimolo all'introduzione di misure volte al contrasto delle discriminazioni sui luoghi di lavoro.

Le considerazioni fin qui svolte mettono in luce una peculiare "competenza" della contrattazione aziendale ed economica: la dinamicità dell'azione sindacale, capace di recepire in tema di salute le linee organizzative dettate dalle fonti esterne, adattandole ai contesti specifici. È dunque questa una delle abilità della contrattazione aziendale utile a realizzare l'integrazione con gli schemi della contrattazione sociale.

Se quanto finora analizzato si riferisce alla sostanza degli accordi, i margini per una proficua sinergia tra contrattazione sociale ed economica sono presenti anche nelle forme con cui organizzarne i contenuti.

Con uno sguardo rivolto all'insieme dei dati raccolti, i modelli organizzativi e dell'offerta dei servizi sottolineano infatti con forza un ulteriore aspetto: l'integrazione tra pubblico-privato. La collaborazione pubblico-privato riflette la necessità di costruire sinergie non solo tra le strutture private e pubbliche, ma anche rispetto alle dinamiche che queste mettono in atto intervenendo su un medesimo argomento, come quello del benessere e della salute della comunità. Nell'azione combinata tra le due forme contrattuali è dunque possibile realizzarne il dialogo. A ben vedere, da un punto di vista organizzativo, il sindacato potrebbe fungere quale anello di congiunzione tra le due realtà. Ciò permetterebbe di realizzare quella "nuova" frontiera del welfare contrattuale/aziendale, dove, alla matrice "integrativa" si sostituisce il carattere "integrato" dei sistemi privatistici. Ancora, le potenzialità delle organizzazioni sindacali attivano un processo di rinnovamento del welfare, affidato non solo allo Stato (top-down) o alle dinamiche spontanee della cittadinanza (bottom-up), ma guidato da logiche di collaborazione integrata ⁽³⁾.

In altre parole, non si tratta di generare nuovi dispositivi o servizi, bensì di trasformare l'esistente. Se questa è la cornice organizzativa entro cui connettere le due azioni sindacali, servono tuttavia rinnovati modelli della rappresentanza, capaci di ottimizzare e dirigere le dinamiche sindacali, allo scopo di creare un sistema di welfare contrattuale integrato, anziché solo integrativo.

³ In questo senso, il legame tra contrattazione sociale ed economica richiama le logiche del WAT (welfare aziendale territoriale) ben descritte da F. BIANCHI, B. CASULA, *Il contributo del welfare aziendale territoriale alla co-progettazione delle politiche sociali locali*, in Percorsi di secondo welfare, WP 2WEL 1/2023, pp. 1-34.

Le altre pubblicazioni dei “Casi e materiali di discussione: mercato del lavoro e contrattazione collettiva”:

- 1 | 2024 “L'archivio nazionale dei contratti e degli accordi collettivi di lavoro (art. 17, comma 4, legge n. 936/186) - Prima edizione”
- 2 | 2024 “La banca dati sul mercato del lavoro. Articolo 17, comma 4, legge n. 936/186) - Prima edizione”
- 3 | 2024 “Intelligenza Artificiale e Mercati del Lavoro” – Prima rassegna ragionata della letteratura economica e giuridica”
- 4 | 2024 “Malattie professionali e infortuni sul lavoro: i dati INAIL 2003 – 2023”
- 5 | 2024 “Intelligenza artificiale e mercati del lavoro. Evidenze e prospettive dall’indagine conoscitiva della XI Commissione della Camera (lavoro pubblico e privato)”
- 6 | 2024 “Intelligenza artificiale, processi produttivi, servizi pubblici. Prima rassegna ragionata della letteratura sui modelli computazionali per l’intelligenza artificiale generativa”
- 7 | 2024 “L’impatto dell’intelligenza artificiale sul mercato del lavoro nella prospettiva di economic complexity”
- 8 | 2024 “La funzione dell’archivio dei contratti collettivi nel processo del lavoro Problemi e prospettive”
- 9 | 2024 “Disabilità e diritto al lavoro – Luci ed ombre sulla relazione di monitoraggio del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali alla Legge 68 del 1999”
- 10 | 2024 “Non di solo lavoro vive l’uomo – Il contributo della contrattazione al corretto equilibrio tra persona, carichi di cura e lavoro. Una verifica sull’archivio CNEL dei contratti collettivi”
- 11 | 2024 “Contributo alla conoscenza della cosiddetta della cosiddetta contrattazione sociale. Primo inquadramento delle fonti informative”
- 12 | 2024 “Contributo alla conoscenza della cosiddetta della cosiddetta contrattazione sociale Secondo inquadramento delle fonti informative”

13 | 2024 “Note per uno studio dell’orario di lavoro - Il contributo del CNEL nel periodo 1984-1999”

