

# Relazioni industriali e servizi di cura: frammentazione degli attori e della contrattazione tra pubblico e privato

**Anna Mori e Stefano Neri**

RPS

*Negli ultimi decenni in Europa i servizi di welfare sono stati oggetto di profonde trasformazioni: di fronte alla necessità di soddisfare una domanda crescente di prestazioni di cura in un'epoca di crisi o di bassa crescita economica e, quindi, di risorse limitate, la pubblica amministrazione ha intensificato i processi di affidamento all'esterno dei servizi a privati. In tale contesto le relazioni di lavoro e le condizioni di lavoro sono state sottoposte a notevoli pressioni, per contenere il costo del lavoro e aumentare la flessibilità di utilizzo del personale.*

*Il presente contributo vuole offrire una ricostruzione dello stato dell'arte delle relazioni di lavoro nel settore dei servizi di welfare e, specificatamente, dei servizi sanitari, socio-educativi e della scuola, focalizzandosi in particolare sulle principali traiettorie di trasformazione che questi servizi hanno vissuto nell'ultimo decennio, sulla frammentazione degli attori nelle relazioni di lavoro di questo segmento produttivo e sulle relative tendenze e problematiche in atto nella contrattazione collettiva.*

## 1. Le trasformazioni nei servizi di cura alla persona e il lavoro

Negli ultimi decenni in Europa i servizi di welfare e, al loro interno, quelli di cura alla persona sono stati oggetto di profondi cambiamenti, tuttora in pieno svolgimento, intrapresi sotto la spinta di pressioni contrastanti. Da una parte, le tendenze socio-demografiche di lungo periodo come la crescita della partecipazione delle donne al mercato del lavoro e l'invecchiamento progressivo della popolazione hanno portato ad una domanda crescente di servizi di cura (educativi, sanitari, socio-assistenziali); questi servizi inoltre sono in parte differenti rispetto al passato e devono essere forniti con una qualità mediamente più alta, per soddisfare le maggiori aspettative di una popolazione con tenore di vita più elevato.

Dall'altra parte, l'incremento della domanda, molto forte in diversi paesi, è stato fronteggiato in condizioni di austerità nella finanza pubblica, che ha messo in discussione la capacità delle autorità pubbliche

di fornire questi servizi, garantendo una copertura adeguata e una qualità soddisfacente del servizio. Ciò è risultato particolarmente evidente dopo la crisi economica e finanziaria del 2008-2009 e quella dei debiti sovrani degli anni successivi, soprattutto nei paesi dell'Europa del Sud (si vedano i saggi contenuti in Guillén e Pavolini, 2015).

Infatti, oltre a riforme strutturali (come quella delle pensioni nel 2012-2013 in Italia) e ai tagli nelle risorse destinate al finanziamento del welfare, le politiche di austerità hanno perseguito l'obiettivo di ridurre le dimensioni complessive del settore pubblico e il peso da questo esercitato sui bilanci pubblici, mediante un insieme di misure volte al contenimento della spesa per il personale e il calo progressivo degli effettivi. Tali misure hanno pienamente coinvolto i settori e gli enti dell'amministrazione pubblica incaricati dell'erogazione dei servizi sanitari, sociali e educativi (Neri e Mori, 2017; Neri, 2020).

La pandemia esplosa nel 2020 rischia di acuire tali difficoltà, dato che sta portando ad un aumento delle spese e ad un aggravamento della situazione debitoria di paesi come l'Italia, anche se, spinta dall'emergenza determinata dal Covid-19, l'Ue sembra avere allentato, se non abbandonato, l'orientamento all'austerità.

In queste condizioni, per garantire ed anzi incrementare quali-quantitativamente l'offerta di servizi di cura, le organizzazioni pubbliche hanno aumentato i processi di coinvolgimento del settore privato, incrementando in vario modo il ricorso all'esternalizzazione, ai meccanismi di accreditamento e convenzionamento o a forme di voucherizzazione dei servizi, soprattutto in ambito socio-assistenziale.

L'apertura all'offerta privata, perseguita in modo più esteso che in passato, ha un impatto molto rilevante non solo sulle condizioni di lavoro (Dorigatti e al., 2018, 2020), ma anche sulle relazioni industriali nei servizi di cura alla persona.

In particolare, l'esternalizzazione ha innescato due ordini di mutamenti nelle relazioni di lavoro, strettamente connessi tra loro. Prima di tutto, essa ha aperto l'ambito delle relazioni industriali nel settore pubblico ad un'ampia platea di nuovi attori, sia sul versante dei datori di lavoro, mutandone in profondità natura e composizione interna, sia su quello dei lavoratori, con cambiamenti molto profondi nelle strutture della rappresentanza e nella regolazione del lavoro. A ciò è seguita una trasformazione e una frammentazione dei tavoli di negoziazione e dei contratti collettivi di lavoro applicati al personale nei servizi, con un profondo mutamento delle logiche e dei meccanismi che regolavano e sottostavano quest'arena di relazioni d'impiego.

Data l'importanza del fattore lavoro nei servizi di welfare e, in particolare, in quelli di cura, il cambiamento nelle relazioni di lavoro è di estrema rilevanza, in quanto cambia il sistema delle regole, attori e meccanismi che presiedono alla definizione e alla regolamentazione dei rapporti di lavoro e delle condizioni di lavoro. Appare quindi più che opportuno un contributo dedicato a questi temi, nel contesto di questo numero della rivista.

Questo saggio propone una ricostruzione dello stato dell'arte delle relazioni di lavoro nel settore dei servizi di welfare e, specificatamente, di quelli di cura alla persona in Italia: in questo ambito includiamo il comparto sanitario, quello educativo limitatamente ai servizi per l'infanzia per bambini con meno di sei anni (principalmente asili nido e scuole dell'infanzia) e i servizi sociali.

Il paragrafo seguente fornirà un breve inquadramento teorico delle problematiche descritte in questa introduzione servendosi dell'apparato concettuale introdotto da alcuni famosi contributi sui «dilemmi» dei servizi di cura; il paragrafo 3 illustrerà i fattori determinanti l'elevato livello di complessità di questo settore, concentrandoci in particolare sulle conseguenze dei cambiamenti in atto nelle pubbliche amministrazioni; il quarto paragrafo sarà dedicato all'analisi dei temi della rappresentanza e dei sindacati nel settore e ci si concentrerà successivamente sulla contrattazione collettiva. Seguiranno alcune considerazioni finali.

## *2. I dilemmi dei servizi di cura: implicazioni per le relazioni di lavoro*

La difficoltà di rispondere ad una domanda crescente di servizi di cura alla persona non è dovuta solo ad una condizione contingente di ristrettezza di risorse determinata dalle politiche di austerità. Essa va ricondotta a problematiche molto più ampie, che chiamano in causa direttamente la centralità del lavoro umano nei servizi di cura, dove viene impiegato in modo massiccio e difficilmente sostituibile dalle tecnologie, e con le sue caratteristiche costitutive, incentrate sulla relazione personale con gli utenti.

Per comprendere meglio questi aspetti possiamo fare riferimento al noto dilemma di Esping-Andersen (1990, 1999), basato sulla teoria della «malattia o trappola dei costi» di Baumol (*cost disease*) (1967).

Secondo Baumol, nei settori ad elevata produttività (*progressive sectors*) come quelli industriali ma anche in servizi come quelli bancari (Baumol, 2012), gli incrementi di produttività resi possibili dall'innovazione tec-

nologica sono tali da rendere possibile una crescita salariale senza che questa si ripercuota sui costi di produzione (anzi questi tendono a ridursi). L'aumento dei salari dei lavoratori dei settori ad elevata produttività ha un effetto di trascinamento sui salari dei lavoratori dei settori a bassa produttività (*stagnant sectors*), come i servizi di cura, la scuola, o anche i servizi come quello di polizia. In questi ambiti di attività le caratteristiche del lavoro rendono impossibile conseguire gli aumenti di produttività tipici dei settori *progressive* e anche le tecnologie, ove applicabili, sono di scarso aiuto avendo una bassa capacità di sostituire il lavoro umano o di accrescerne comunque la produttività operando a supporto dei lavoratori. I servizi di cura, con il loro carattere eminentemente relazionale, illustrano bene questo punto<sup>1</sup>.

Nei settori *stagnant*, quindi, data la bassa produttività, l'adeguamento delle retribuzioni porta ad una crescita del costo del lavoro, quale componente fondamentale dei costi di produzione e, l'incremento si scarica sui prezzi dei beni e servizi erogati. Nel medio-lungo termine l'aumento dei prezzi dei servizi a bassa produttività ne limita l'acquisto da parte degli utenti/consumatori, ostacolando fortemente lo sviluppo dell'offerta, che rimane inadeguata rispetto alla domanda.

Nei servizi di cura questo fenomeno aiuta a spiegare come mai, al di là delle politiche di austerità, le potenzialità di sviluppo di questo settore non riescano a trovare adeguata espressione, nonostante la presenza di una domanda molto forte. Il risultato della crescita insufficiente dei servizi di cura è quello di non riuscire ad innescare un circolo virtuoso promuovendo la crescita dell'occupazione, soprattutto femminile, che stimolerebbe a sua volta l'espansione ulteriore di tali servizi (Hemerijck e al., 2000; Paci, 2006). Ne deriva inoltre il mancato verificarsi di quegli effetti ampiamente benefici, oltre che sul sistema produttivo, sulla riduzione delle diseguaglianze di genere e su quelle sociali di derivazione familiare, evidenziati dall'approccio del *social investment* (Esping-Andersen e al., 2011; per l'Italia si veda Ascoli e al., 2016).

Il problema derivante dalla trappola dei costi è stato configurato da Esping-Andersen (1990, 1999) come una scelta tra due alternative. Da una parte si può promuovere una forte de-regolazione dei rapporti di lavoro che favorisca un'espansione dei servizi mediante lo sviluppo

<sup>1</sup> Questo è vero, anche se gli sviluppi delle tecnologie dell'informazione, della robotica e dell'intelligenza artificiale in sanità stanno portando ad incrementi di produttività di entità molto rilevante e potrebbero mettere in dubbio nel tempo la validità della teoria della trappola dei costi per questo settore (cfr. Neri, 2019).

dell'offerta privata. Questa scelta rende possibile mantenere un basso livello di tassazione, ma comporta un forte peggioramento delle condizioni dei lavoratori dei servizi, i cui salari non possono tenere il passo con quelli dei lavoratori dei settori con elevata crescita della produttività. Si tratta della soluzione perseguita con più convinzione dai paesi anglosassoni e, in particolare, dagli Stati Uniti. Essa comporta l'accettazione di un elevato livello di disegualianza nei salari e nelle condizioni di lavoro tra i lavoratori.

Dall'altra, si può agire per espandere i servizi e, in particolare, quelli di welfare e di cura, attraverso un massiccio investimento pubblico sia dal punto di vista finanziario sia, ancora di più, come fornitore diretto di servizi. Ciò consente di mantenere una relativa eguaglianza tra i salari praticati nei settori ad alta e a bassa produttività, a beneficio anche dei lavoratori con minore qualificazione. Tuttavia, in questo caso è necessario ricorrere a livelli elevati di tassazione per finanziare i servizi, che sono percepiti come insostenibili nel contesto delle economie post-fordiste, tanto più nella fase attuale.

Il dilemma di Esping-Andersen diventa in sostanza un trilemma, nella formulazione di Iversen e Wren (1998), che inseriscono nello schema un terzo elemento, ossia l'adozione di politiche economiche ispirate ad una disciplina fiscale e di bilancio, conseguita principalmente mediante politiche di austerità nella finanza pubblica. Nell'economia dei servizi vi sono infatti tre obiettivi egualmente desiderabili da parte dei decisori pubblici, ma al massimo solo due possono essere perseguiti contemporaneamente: la crescita dell'occupazione; un basso grado di disegualianza retributiva e nel lavoro; la disciplina fiscale e di bilancio.

Nell'ultimo decennio i paesi dell'Europa continentale e, in particolare, quelli della zona euro hanno privilegiato la combinazione rappresentata dalla disciplina fiscale e di bilancio, conseguita mediante politiche di austerità, e la ricerca della crescita dell'occupazione (Ferrera, 2016), accettando di aumentare le disegualianze esistenti nel mercato del lavoro, nel sistema economico e nella società (si veda ad es. Emmenegger e al., 2011).

In tale contesto, le relazioni di lavoro sono state sottoposte a notevoli pressioni, al fine di contenere il costo del lavoro e di aumentare la flessibilità di utilizzo della forza lavoro. Nel settore pubblico, questo obiettivo si è combinato con quello della riduzione complessiva delle sue dimensioni e del peso esercitato sui bilanci pubblici, perseguiti, prima di tutto, mediante il contenimento della spesa per il personale e il calo progressivo degli effettivi. Si sono così innescate trasformazioni molto

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

profonde nelle pubbliche amministrazioni, determinando, forse, un cambiamento strutturale di natura epocale nel settore pubblico, nella sua struttura e nelle relazioni di lavoro (Bach e Bordogna, 2016).

È proprio da queste trasformazioni che occorre partire per comprendere i caratteri assunti sia dalla regolazione del lavoro sia dalle relazioni industriali nei servizi di cura. Entrambe queste dimensioni, che si pongono all'incrocio tra pubblico e privato, sono caratterizzate da un grado di frammentazione e di complessità difficili da gestire. In tale contesto, la pubblica amministrazione non solo costituisce l'attore che ha promosso questo esito in modo determinante, anche se non sempre consapevole, ma rappresenta anche l'unico che possa aiutare ad uscire dalle difficoltà create dalla iper-frammentazione.

### *3. Le trasformazioni della pubblica amministrazione e i servizi di cura*

Il ruolo dello Stato nei servizi di cura è fondamentale: lo Stato (comprendendo con questo termine anche regioni, enti locali ed altri enti pubblici) non è solo il regolatore e la principale fonte di finanziamento, ma è anche un importante fornitore di servizi (il principale in sanità e anche nei servizi educativi 0-6 anni). Pertanto, nel mercato del lavoro e nei sistemi di relazioni industriali, lo Stato può essere coinvolto non solo come regolatore e come terza parte nella contrattazione collettiva e nel dialogo sociale, ma anche come datore di lavoro diretto del personale pubblico che opera nelle sue unità a gestione diretta.

Come si è accennato, nel campo del welfare da alcuni decenni le pubbliche amministrazioni si trovano di fronte alla necessità di assicurare un numero crescente di prestazioni, di qualità adeguata. Questi compiti devono essere assolti in un contesto socio-economico, ma anche politico, orientato a ridurre il peso del settore pubblico sull'economia e sul sistema produttivo, reputando il welfare state tradizionale ormai insostenibile nel contesto della globalizzazione economica e finanziaria.

Le risposte fornite dalle autorità pubbliche e dalle pubbliche amministrazioni incaricate dell'erogazione dei servizi di cura sono state di due tipi. Prima di tutto, le esigenze di contenimento della spesa e le restrizioni di bilancio hanno spinto ad intensificare l'adozione di tecniche e logiche manageriali all'interno delle unità di produzione a gestione pubblica e degli apparati amministrativi in cui queste unità sono inserite (Klenk e Pavolini, 2015). Si tratta di un fenomeno in continuità con le riforme avviate a partire dagli anni ottanta-novanta del Novecento

all'insegna del *New Public Management* o *Npm* (Hood, 1991; Pollitt e Bouckaert, 2011).

Inoltre, come si è già accennato, sono proseguiti e si sono intensificati i processi di affidamento all'esterno dei servizi, in particolare (ma non solo) a soggetti privati, e in qualche caso anche di vera e propria privatizzazione delle strutture pubbliche. Cresce anche l'affidamento di servizi a gestione diretta a soggetti partecipati dalle pubbliche amministrazioni, dotati di gradi variabili di autonomia e di personalità giuridica propria, spesso privata (Neri, 2020).

All'incrocio tra queste due tendenze, si è diffuso sempre di più l'utilizzo di meccanismi di mercato o quasi-mercato (Le Grand e Bartlett, 1993) per la regolazione dell'offerta di servizi finanziata in tutto o in parte con risorse pubbliche: a tali meccanismi sono tendenzialmente sottoposti sia i fornitori pubblici sia quelli privati, nel settore sanitario così come in quello socio-assistenziale ed educativo, seppure in forme diverse tra loro.

Anche l'affermazione di principi come quello della libertà di scelta del fornitore di servizi, da parte dell'utente, e l'utilizzo di strumenti che cercano di tradurre concretamente questo principio, dal lato della domanda (come i voucher o i «buoni» di diverso tipo) e da quello dell'offerta (pensiamo ai meccanismi di accreditamento), vanno inseriti all'interno di tendenze alla mercatizzazione e consumerizzazione dei servizi di cura e delle prestazioni di welfare (Clarke e al., 2007).

Uno degli esiti principali di questi processi è la riduzione complessiva dei servizi a gestione diretta forniti dalla pubblica amministrazione e la crescita della fornitura di soggetti esterni, principalmente di natura privata. Questo comporta il ridisegno, deliberato o implicito, delle relazioni tra soggetti pubblici e privati, con la costruzione di reti che comprendono le organizzazioni, pubbliche e private, coinvolte nella programmazione ed erogazione dei servizi. I rapporti tra pubblico e privato, così come quelli tra diverse organizzazioni pubbliche sono sempre più improntati a relazioni di tipo contrattuale, secondo una tendenza avviata da tempo in sanità e nel welfare locale socio-assistenziale (Bifulco, 2015), ma presente nella pubblica amministrazione nel suo insieme (Bobbio, 2000).

In paesi come l'Italia, l'affidamento di servizi precedentemente gestiti in economia dai soggetti pubblici e, in particolare dagli enti locali, è indirettamente ma chiaramente incentivato da una legislazione che, a partire dalla fine del 2006 ma in modo più intenso dal 2010, ha posto vincoli e limitazioni sia alla spesa per il personale sia alle possibilità di

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

assunzione e di turn-over delle pubbliche amministrazioni (Neri, 2020; Neri e Mori, 2017).

Tali vincoli sono mutati quasi ogni anno, risultando più intensi nella prima parte del decennio e attenuati in epoca più recente. Tuttavia, contrariamente a quanto spesso si pensa, non sono affatto scomparsi: la sostituzione dei vecchi meccanismi basati sulle percentuali di spesa per assunzioni calcolate sulla spesa sostenuta per i dipendenti cessati dal servizio negli anni precedenti, con il criterio della sostenibilità finanziaria ha finito per penalizzare gli enti (in particolare i comuni) che hanno una dotazione più ampia di servizi a gestione diretta. Questo è infatti l'esito, voluto o meno, dell'introduzione del meccanismo dei «valori soglia» definiti come percentuale della spesa per il personale sulle entrate correnti degli anni precedenti, introdotto dal decreto legge 34/2009 e poi precisato dal d.p.c.m. del 17 marzo 2020 («cura Italia») e da successivi circolari del Ministero dell'Interno (per una descrizione dettagliata, si rimanda a Neri, 2020). Ne deriva un ulteriore incentivo o costrizione alla riduzione dei servizi a gestione diretta, tenendo anche presente la riduzione delle entrate fiscali causata dal *lockdown* e dall'emergenza coronavirus, con effetti molto rilevanti sulla finanza degli enti locali.

Nel complesso, secondo i dati del Rendiconto generale dello Stato della Ragioneria generale dello Stato (Rgs), tra il 2009 e il 2018 i dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono passati da 3.376.082 a 3.224.882 (-4,5%) (Mef-Rgs, 2019)<sup>2</sup>. In termini percentuali, il comparto contrattuale in cui sono inseriti i ministeri (le funzioni centrali) è quello che subisce il calo più forte (18,9% dei dipendenti, ossia 54.582 addetti). In termini assoluti, però, è il comparto in cui sono inseriti comuni e regioni (le funzioni locali) quello che, in termini assoluti, ha fornito il maggiore contributo alla riduzione dei dipendenti pubblici, passando da 593.498 dipendenti nel 2009 a 512.114 nel 2018, con un calo di 81.384 addetti, pari al 13,7% (Mef-Rgs, 2019). La diminuzione dei dipendenti è più forte nel 2015 (-3,5% rispetto al 2014) e presenta tassi di riduzione che vanno ben oltre il 2% tra il 2010 e il 2011, ma anche nel triennio 2016-2018, a testimonianza del perdurare delle politiche di contenimento del personale degli enti locali e della persistenza degli effetti delle misure messe in atto nella prima parte del decennio. Il numero di dipendenti

<sup>2</sup> La riduzione è più forte (-6,3%) se il raffronto viene effettuato a parità del numero di enti considerati: infatti, nel 2011 e nel 2014, nella rilevazione della Ragioneria generale dello Stato sono stati inseriti enti precedentemente non censiti, che contano rispettivamente circa 24.000 e 34.000 dipendenti (Mef-Rgs, 2019).



comunali per 1.000 abitanti passa da 8,04 nel 2007 (7,75 nel 2009) a 6,40 dipendenti per 1.000 abitanti nel 2016 (-20,4%), con una forte variabilità tra le regioni: limitandosi alle regioni a statuto ordinario, si va infatti da 8,07 per 1.000 abitanti in Liguria a 4,08 per 1.000 abitanti in Puglia (Ifel, 2018). In sanità i dipendenti del Servizio sanitario nazionale passano da 693.600 nel 2009 a 648.507 nel 2018, con una riduzione complessiva del 6,5% (Mef-Rgs, 2019). Le contrazioni più rilevanti si verificano tra il 2011 e il 2012 (-1,3%) e tra il 2014 e il 2015 (-1,6%). Mentre si riduceva il numero di dipendenti, cresceva fortemente la spesa per acquisti di beni e servizi. Se prendiamo i comuni ed elaboriamo i dati sui bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali, emerge infatti che la spesa corrente complessiva per beni e servizi è passata da 22 miliardi e 900 milioni di euro nel 2007 a oltre 37 miliardi e 300 milioni di euro nel 2018, con un aumento di poco meno del 39% in 11 anni. Restringendo il confronto al periodo successivo alla crisi del debito sovrano italiano (2010-2011), tra il 2012 e il 2018 la quota della spesa corrente per acquisti di beni e servizi sul totale della spesa corrente dei comuni è passata dal 53,0% al 54,3% del totale, con una punta del 54,7% nel 2017; pur con qualche approssimazione, si può invece calcolare che la spesa corrente per il personale sia passata dal 28,3% al 25,5% del totale delle spese correnti, con una riduzione del 2,8% (elaborazioni su dati Istat, 2020).

La riduzione dei dipendenti pubblici e dei servizi di cura a gestione diretta pubblica e l'espansione della fornitura privata hanno conseguenze molti rilevanti per un settore in cui la regolazione pubblica e quella privata del lavoro sono tradizionalmente molto differenti, con condizioni di lavoro migliori per i lavoratori nel settore pubblico che nel privato (Dorigatti e al., 2018, 2020). Queste differenze, che riguardano anche il rapporto di lavoro e le relazioni industriali, in buona parte permangono nonostante la privatizzazione del pubblico impiego degli anni '90 e i processi di riforma della pubblica amministrazione italiana complessivamente ispirati al Npm (seppure non sempre in modo coerente) variamente intrapresi a partire da quel decennio fino ad oggi e le spinte al controllo del costo del lavoro e, almeno indirettamente, ad un avvicinamento alla regolazione privata connesse alle politiche di austerità (si vedano i contributi contenuti in dell'Aringa e Della Rocca, 2017).

Inoltre, le politiche di contenimento dei costi delle amministrazioni pubbliche hanno esercitato una pressione al ribasso sui corrispettivi garantiti ai privati incaricati in vario modo della fornitura dei servizi (convenzionamenti, appalti, accreditamento con contratto di servizio come

in sanità), favorendo una deregolamentazione del mercato del lavoro e un generale deterioramento delle condizioni salariali e lavorative (Luciarini, 2020; Dorigatti e al., 2018).

## RPS

#### 4. Frammentazione degli attori delle relazioni industriali

Le dinamiche descritte nei paragrafi precedenti hanno innescato una profonda trasformazione nella gestione dei servizi di cura in Italia, allargando la fornitura ad una pluralità di agenti diversi dalle pubbliche amministrazioni, tradizionalmente preposte in qualità sia di finanziatrici che di dirette produttrici dei servizi stessi. Si tratta di un'ampia platea di organizzazioni private con e senza scopo di lucro, imprese cooperative e operatori individuali nel caso dei servizi socio-sanitari, che operano come fornitori per conto dello stato, nelle sue differenti articolazioni territoriali, attraverso contratti di appalto, convenzionamenti, accordi di servizio (come in sanità), o altre forme di erogazione di servizi con diverso grado di coinvolgimento e di responsabilità delle pubbliche amministrazioni. In una rete così articolata, il mercato interno del lavoro collegato a questi servizi è inevitabilmente, mutato, innescando una frammentazione senza precedenti degli attori coinvolti nell'arena della contrattazione collettiva.

Gli agenti nelle relazioni d'impiego nel segmento pubblico del welfare, se originariamente presentavano tratti strutturali distintivi, separati da quelli che caratterizzavano il settore privato, nel corso degli ultimi decenni la loro peculiarità si è gradualmente erosa. Storicamente, infatti, lo Stato, nella sua molteplice veste di regolatore, datore di lavoro pubblico, fornitore di servizi pubblici e diretto finanziatore ha a lungo giocato un ruolo cruciale nella definizione dei confini funzionali all'interno dei quali gli attori e le istituzioni delle relazioni industriali avevano titolarità ad agire, delle parti sociali ammesse in quest'arena e dell'impalcatura regolativa da adottare.

Su questo sfondo, sul fronte datoriale pubblico nel 1993 (e successivi interventi legislativi di modifica intervenuti nel 1997 e nel 2001) venne appositamente istituita per legge l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran), un ente centrale indipendente specificatamente preposto alla rappresentanza monopolistica e obbligatoria di tutte le pubbliche amministrazioni nella contrattazione collettiva a livello nazionale. La creazione dell'Aran rifletté la volontà politica di centralizzare le trattative nel settore pubblico, sostituendo la

molteplicità di agenti pubblici precedentemente coinvolti ai tavoli negoziali e di isolare il processo di contrattazione dalle interferenze politiche e parlamentari, garantendo così maggiore trasparenza e un maggior grado di autonomia alle parti (Bordogna, 2016). Quest'importante innovazione nella rappresentanza datoriale pubblica ha permesso, inoltre, di superare il problema dell'efficacia generale dei contratti collettivi, realizzandone nella pratica un'estensione universale a tutto il comparto pubblico di riferimento (Carinci e Carinci, 1993): lo Stato, in qualità di datore di lavoro pubblico ha, in tal modo, garantito uniformità contrattuale a tutti gli enti pubblici coinvolti nei servizi di cura: dalle strutture ospedaliere a agli enti locali responsabili della fornitura dei servizi sociali e di quelli per la prima infanzia sul territorio di propria competenza<sup>3</sup>.

Anche sul versante sindacale la scelta delle organizzazioni alle quali venne attribuito il potere di rappresentanza negoziale – quindi ammesse ai tavoli negoziali come controparte dell'Aran – è caratterizzata da una forte giuridificazione. Nonostante le tre principali confederazioni italiane – Cgil, Cisl e Uil – abbiano storicamente rappresentato la grande maggioranza del personale pubblico, la struttura della rappresentanza nel settore pubblico del welfare è sempre stata caratterizzato da una marcata e composita frammentazione organizzativa che va ben oltre la divisione storica lungo le direttrici politiche e ideologiche seguite dalle tre confederazioni. Tale frammentazione è dovuta alla proliferazione di sindacati autonomi (o indipendenti) non affiliati alle tre confederazioni: le loro origini risalgono alla tipica segmentazione professionale e occupazionale del mercato interno del lavoro pubblico e la cui moltiplicazione è stata facilitata dal potere altamente dirompente di cui godono questi lavoratori grazie alla posizione strategica ricoperta nel mercato del lavoro (Bordogna e al., 1999). Più di cinquecento sindacati nel settore pubblico in generale sono stati registrati all'Aran, di cui la gran parte ha meno di dieci membri: un numero così trascurabile di iscritti da poterli definire sindacati «personali» o «quasi personali» (Bordogna e Pedersini, 2019, p. 213).

Per superare questa frammentazione, criteri chiari sono stati fissati per legge per misurare il grado di rappresentatività effettiva dei sindacati

<sup>3</sup> Fanno parziale eccezione le scuole dell'infanzia pubbliche che, se statali, adottano il contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto istruzione e ricerca (ex scuola), se comunali, il contratto degli enti locali. Le differenze nelle condizioni economico-normative tra i due contratti sono rilevanti (Mari, 2016).

nel settore. Ai sensi del decreto legislativo n. 396/1997 un sindacato è considerato rappresentativo nel settore se raggiunge una soglia di almeno il cinque per cento nel comparto di riferimento, soglia calcolata come valore medio tra il dato associativo e quello elettorale. Il parametro associativo corrisponde alla percentuale di membri affiliati sul numero totale di iscritti al sindacato nel comparto. Il criterio elettorale, invece, corrisponde alla percentuale di voti raccolti da un sindacato sul totale dei voti nelle elezioni per gli organi di rappresentanza dei lavoratori sul posto di lavoro. La rappresentatività è controllata e certificata dall'agenzia Aran ogni tre anni. La certificazione della rappresentatività è cruciale poiché solo le organizzazioni selezionate ottengono il diritto di partecipare alla contrattazione collettiva nazionale di settore. Secondo i dati sulla rappresentatività certificati dall'Aran, nel triennio 2019-2021 nel comparto funzioni locali, nel quale rientrano i lavoratori pubblici occupati nei servizi sociali e negli asili nido, solamente quattro sigle sindacali su un totale di 128 sindacati registrati nel settore ai fini dell'accertamento della rappresentatività superano il valore soglia del 5% (Fp Cgil con il 34,81%; Fp Cisl con il 27,67%; Fpl Uil con il 18,23% e Csa Regioni Autonomie Locali con un valore di 8,09%). Nel comparto sanitario, similmente, sei organizzazioni sindacali su 116 sigle (in ordine Fp Cgil con il 23,14%; Fp Cism con il 22,45%; Fpl Uil con il 18,83%; Fials con un valore pari a 11,43%; Nursind con il 9,15% e Nursing up attestandosi a 7,34%), mentre nel comparto istruzione e ricerca, che include il personale delle scuole per l'infanzia statali, sei sindacati su ben 175 sigle registrate sono legittimamente ammessi ai tavoli (Cisl Fsur con il 24,73%; Flc Cgil con il 24,01%; Federazione Uil Scuola Rua che si attesta al 15,60%; Snals Confsal al 13,65%; Federazione Gilda Unams con il 9,24% e Anief con un valore pari a 6,16%)(Aran, 2020).

Una siffatta infrastruttura regolativa della rappresentanza, seppur mostrando una grande capacità selettiva che ha permesso una drastica semplificazione dei tavoli di contrattazione nei servizi pubblici, si rivela però inapplicabile nel mutato scenario dei servizi di cura. L'arena pubblica delle relazioni di lavoro, fortemente regolata dal potere autoritativo dello Stato – che ha permesso di mantenerla a lungo stabile e relativamente protetta dalle pressioni del mercato – ha gradualmente perso i propri tratti strutturali in seguito all'apertura alla competizione e alla regolazione del mercato, con il coinvolgimento più ampio dell'offerta privata. Peraltro, i tentativi di introdurre meccanismi di certificazione della rappresentatività sia per le organizzazioni sindacali sia per

quelle datoriali, seppur rappresentando importanti innovazioni nel sistema di relazioni industriali italiano non hanno ancora trovato compiuta applicazione. I due accordi interconfederali di riferimento – il cosiddetto «Testo unico sulla rappresentanza» del 10 gennaio 2014 e quello del 9 marzo 2018 «Contenuti e indirizzi delle relazioni industriali e della contrattazione collettiva di Confindustria e Cgil, Cisl e Uil» – riprendono la struttura della misurazione certificata della rappresentanza adottata nel settore pubblico, ma essendo di matrice pattizia, e non legislativa come nel settore pubblico, al momento vincolano solo le parti segnatarie.

Di conseguenza, la fornitura di servizi di cura da parte di organizzazioni di diritto privato moltiplica notevolmente gli interessi sul fronte della rappresentanza datoriale. Nuove associazioni di rappresentanza delle imprese entrano nell'arena delle relazioni di impiego, portando avanti interessi spesso profondamente contrastanti rispetto alla finalità dello stato. Se le prime rappresentano organizzazioni che operano in un regime mercato e che seguono, in ultima istanza, la logica del profitto, l'autorità pubblica, viceversa ha l'obiettivo ultimo di fornire servizi universali e di qualità su tutto il territorio di competenza, a prescindere dalla redditività dell'attività.

Tra le principali associazioni di categoria nel comparto istruzione si distinguono, per numerosità degli enti affiliati (si veda anche Mari, 2016): la Federazione italiana scuole materne (Fism), che rappresenta circa 8.000 scuole materne di ispirazione cattolica; l'Associazione gestori istituti dipendenti dall'autorità ecclesiastica (Agidae), anch'essa di matrice cattolica, e l'Associazione nazionale istituti non statali di educazione e di istruzione (Aninsei), associazione laica affiliata a Confindustria che raggruppa più di 500 istituti distribuiti tra i diversi livelli di istruzione. Parimenti, nel settore sanitario, importanti associazioni di categoria private occupano la scena dei servizi di cura pubblici: l'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop), affiliata a Confindustria, rappresenta 550 strutture sanitarie e circa 330 datori di lavoro organizzati sotto forma di grossi gruppi di imprese (per esempio il Gruppo San Donato, l'Humanitas o il Villamaria); la seconda associazione in termini dimensionali è l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), la quale conta circa duecento strutture di ispirazione cattolica; e infine la Fondazione Don Carlo Gnocchi che rappresenta ventotto strutture sanitarie. Nel settore della fornitura dei servizi sociali e socio-assistenziali quattro associazioni nazionali operano in segmenti diversi di mercato, di cui tre organizzano il mondo iper-atomizzato del cooperativismo ti-

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

pico del tessuto produttivo italiano. In ordine di grandezza in termini di forza lavoro occupata troviamo Confcooperative Federsolidarietà che organizza circa 6.250 cooperative; circa 2.700 cooperative di grandi dimensioni sono affiliate a Legacoop sociali, di cui 1.670 attive nella fornitura di servizi sociali; infine circa 7.000 cooperative di piccole dimensioni sono registrate presso l'Associazione generale cooperative italiane (Agci-Solidarietà). A queste si aggiungono l'Unione nazionale cooperative italiane (Unci) di matrice cattolica e l'Ancos (Associazione nazionale cooperative sociali). All'esperienza cooperativa si affianca l'associazione di categoria cattolica Uneba (Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale) che raccoglie circa mille istituti. Un aspetto di cruciale importanza legato all'allargata platea di attori che operano sul versante datoriale è il fatto che ciascuno di questi negozia e applica il proprio contratto collettivo, come vedremo nel paragrafo seguente.

Oltre alla moltiplicazione delle associazioni degli interessi dei datori di lavoro, nel settore privato, a differenza del pubblico, non vige per le imprese e le organizzazioni il principio di obbligatorietà né nell'adesione ad un'associazione di categoria né nella rappresentanza ai tavoli negoziali. L'ingresso di grandi multinazionali nella platea di soggetti produttori non di rado ha portato alla firma di accordi separati, preferendo questi grandi gruppi non aderire ad alcuna associazione di rappresentanza. In altri casi, frequenti tra le numerose cooperative cosiddette spurie operanti nei servizi sociali e socio-sanitari, la scelta imprenditoriale è di non aderire ad alcuna associazione di rappresentanza con lo scopo precipuo di applicare discrezionalmente tra diversi contratti collettivi sottoscritti quello ritenuto più vantaggioso, invece che vincolarsi a quello negoziato dall'associazione di appartenenza. Peraltro, in tal modo, queste cooperative sono riuscite ad eludere i controlli degli standard dei servizi e delle condizioni tecniche e materiali che le associazioni di rappresentanza svolgono periodicamente tra i propri affiliati. Specularmente, è aumentato anche il numero di sigle sindacali legittimamente ammesse ai tavoli negoziali e che possono, quindi, siglare accordi applicabili nel mercato del lavoro privato del welfare, dove i tentativi di introdurre meccanismi di certificazione della rappresentatività dei sindacati non hanno ancora trovato compiuta applicazione. L'accesso pressoché universale alla contrattazione collettiva nazionale ha innescato sfide alle associazioni di rappresentanza di varia natura. Un primo ordine di problemi interessa l'organizzazione interna delle tre principali confederazioni sindacali, che si sono tradizionalmente strut-

turate in categorie su base settoriale. La categoria della Funzione Pubblica è preposta quindi alla rappresentanza nel comparto delle funzioni locali e della sanità sia pubblica che privata (rispettivamente Fp Cgil, Fp Cisl e Fpl Uil), mentre una categoria separata organizza il comparto pubblico e privato dell'istruzione (Flc Cgil, Fsur Cisl, Federazione Uil Scuola Rua). Quest'organizzazione interna si scontra con una marcata rigidità nel momento in cui lavoratori e lavoratrici di altri settori iniziano ad essere impiegati in attività che tradizionalmente ricadevano all'interno del comparto pubblico. È questo il caso dei servizi appaltati, all'interno dei quali viene impiegata una forza lavoro segmentata fornita da datori di lavoro di diversa natura – pubblico, privato for profit, imprese cooperative – le cui condizioni di lavoro sono regolate da contratti collettivi di settore merceologici differenti (Dorigatti e al., 2018, 2020; Mori, 2020). Non di rado nell'alveo dei servizi socio-assistenziali sono coinvolte le categorie del terziario delle confederazioni (per loro articolazione interna in particolare Fisascat Cisl e Uiltucs), coinvolte ai tavoli negoziali nel settore privato: la compresenza ha creato però sovrapposizioni nell'azione organizzativa e innescato un principio di competizione nel reclutamento di nuovi iscritti.

Un secondo ordine di problemi riguarda la proliferazione di sigle sindacali legittimate a firmare accordi a tutti gli effetti esigibili da parte delle imprese nel settore, seppur si tratti di sindacati poco o per nulla rappresentativi, con un numero trascurabile di deleghe in azienda, spesso afferenti al mondo del sindacalismo autonomo di base. Nel settore sanitario, per esempio, una serie di sigle sindacali, non risultate rappresentative in base alla misurazione certificata che è stata effettuata dall'Arsn, firmano regolarmente accordi nella sanità privata operante in regime di accreditamento per il pubblico, come ad esempio Ugl Sanità, Anpo, Aupi, Cisl Fpc. A queste si aggiungono ulteriori sigle minori che organizzano lavoratori nel privato e firmano accordi sindacali come il Civemp, Cimop, S.I.Dir.S.S, Si.Na.Fo., Sds-Snabi. Anche il segmento dei servizi socio-assistenziali è particolarmente esemplificativo in questo senso: come vedremo nel paragrafo successivo non solo il numero di contratti collettivi firmati è ampio, ma sono numerosi quelli sottoscritti da sigle assolutamente minoritarie nel panorama dalla rappresentanza nel settore, come nel caso del Ccnl per i dipendenti e soci delle cooperative sociali esercenti nel settore socio-sanitario, assistenziale – educativo e di inserimenti lavorativo firmato dal sindacato Cisl Terziario e da due piccole associazioni datoriali – Uinci e Ancos.

L'effetto combinato di queste dinamiche ha contribuito, come ve-

dremo nel prossimo paragrafo, all'ulteriore deregolazione del settore, con un aumento della frammentazione della contrattazione.

### 5. *Tendenze e problematiche in atto nella contrattazione collettiva*

Le trasformazioni socio-economiche in atto nell'arena del welfare hanno avuto considerevoli ricadute anche sulla contrattazione collettiva. Le relazioni di lavoro nel settore pubblico hanno storicamente rappresentato un'eccezione all'approccio volontaristico che caratterizza il modello italiano nel settore privato, plasmate «dal maggior grado di giuridificazione e dal sostanziale condizionamento esercitato su di esse dalla struttura amministrativa dello Stato» (Bordogna e Pedersini 2019, p. 189). Come già detto, ma è importante ribadirlo in quanto rappresenta il punto di partenza della presente riflessione, una lunga tradizione di intervento statale nella definizione delle regole procedurali per la contrattazione collettiva, delle parti sociali autorizzate a partecipare alle negoziazioni, della struttura salariale e della quantità di risorse finanziarie messe a disposizione per la contrattazione sia a livello nazionale che decentrato connota le relazioni di lavoro nel settore pubblico, definendone tratti strutturali separati rispetto a quelli consolidati nel settore privato dell'economia. All'interno di questo quadro normativo, un unico contratto collettivo nazionale di lavoro (Ccnl) per il personale non dirigente ed uno per quello dirigente viene negoziato e reso immediatamente efficace in ciascun comparto pubblico di nostro interesse – Sanità, Funzioni locali, Istruzione e ricerca – dai sindacati riconosciuti come rappresentativi nel comparto e l'Aran. L'attribuzione all'Aran della rappresentanza negoziale obbligatoria di tutte le amministrazioni pubbliche, precludendole però la possibilità di negoziare con interlocutori sindacali non rappresentativi e di siglare accordi «di minoranza» con sigle che complessivamente non raggiungono una rappresentatività di almeno il 51% del comparto di riferimento, ha portato ad estendere l'efficacia generale dei Ccnl pubblici, realizzandone di fatto un'applicazione *erga omnes*. Di conseguenza, i dipendenti pubblici nei servizi di cura hanno operato in un mercato interno del lavoro che ha a lungo garantito condizioni di lavoro stabili, generose e uniformi, a partire dalla stabilità dell'impiego e da dinamiche retributive molto vantaggiose. A queste tutele sostanziali, la contrattazione nel settore pubblico assicura anche importanti tutele formali, implementate attraverso una serie di istituti e regole del mercato interno del lavoro particolarmente



protettive riguardanti, tra gli altri, i percorsi di mobilità e di carriera, nonché l'inquadramento professionale.

Su questo sfondo si innestano le trasformazioni che hanno messo a dura prova la contrattazione nei servizi pubblici di welfare. In primo luogo, come si è già accennato, per arginare gli effetti dirompenti della crisi economica sulle finanze pubbliche, una serie di misure di austerità sono state introdotte nel 2008 e rafforzate nel 2010-2011. Una parte importante di tali misure riguarda il contenimento delle dinamiche salariali per i dipendenti pubblici. Dopo il ciclo di contrattazione per il triennio 2008-2009 che ha accordato aumenti salariali molto moderati – circa la metà dell'aumento concordato per i trienni precedenti 2004-2005 e 2006-2007 (Aran, 2011) – il ciclo di contrattazione per il biennio 2010-2012 è stato bloccato (d.l. n. 78/2010), revocando ogni possibilità di recupero degli scarti salariali nei negoziati successivi, secondo la prassi consolidata nel settore pubblico. I successivi interventi legislativi hanno esteso il blocco della contrattazione collettiva anche al 2013 e al 2014. Parallelamente, la contrattazione collettiva a livello decentralizzato è stata soggetta a severi vincoli di bilancio, compreso il divieto di superare l'ammontare delle risorse utilizzate nel 2010. Ne è seguito che le risorse finanziarie disponibili a livello aziendale per negoziare i contratti integrativi sono state limitate ad una quota residua degli incrementi di produttività realizzati in ciascuna pubblica amministrazione, certificati dal governo centrale. Pertanto, il trattamento economico percepito dai dipendenti pubblici impiegati nei servizi di cura ha subito un rallentamento nel 2008-2009, seguito da un sostanziale congelamento a partire dal 2010.

La contrattazione collettiva nel settore pubblico è stata sbloccata solamente nel 2016, a seguito di un'articolata sentenza della Corte costituzionale (sentenza n. 178 del 24 giugno 2015) che ha dichiarato l'illegittimità del cosiddetto «blocco dei contratti dei pubblici dipendenti». Nelle motivazioni la Corte sottolinea l'importanza del ruolo rivestito dal contratto collettivo nel regolare non soltanto la dimensione economica nelle sue componenti sia fondamentali sia accessorie, ma anche gli aspetti relativi al rapporto di lavoro e agli istituti delle relazioni sindacali. A seguito di questa pronuncia della Corte, la contrattazione è stata effettivamente rilanciata, dopo sette anni di stallo, con l'accordo del 2 dicembre 2016 firmato tra le confederazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil e la ministra per la Semplificazione e Pubblica amministrazione Marianna Madia: con questo accordo il governo si è impegnato a riconoscere le risorse stanziare nel cosiddetto «Fondo per il pubblico impiego»

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

e previste nella Legge di bilancio del 2017 (l. n. 232/ 2016), destinandone la quota prevalente al rinnovo dei contratti pubblici. Nel 2018 sono stati finalmente rinnovati, in ritardo, i contratti collettivi per tutti i comparti pubblici relativi al periodo 2016-2018.

In secondo luogo, il fenomeno di ben più lungo corso che ha contribuito in maniera decisiva – e da vari punti di osservazione anche irreversibilmente, se non ad altissimi costi – a trasformare lo scenario della contrattazione collettiva nei servizi di cura pubblici riguarda l'apertura dei confini funzionali del segmento del welfare alle dinamiche di mercato. Questo passaggio ha minato i tratti distintivi della contrattazione: la creazione di una complessa rete di appalti e affidamenti ha moltiplicato il numero dei Ccnl applicati nel settore, comportando crescenti disuguaglianze e un generale deterioramento delle condizioni di lavoro. Per avere una dimensione del fenomeno, basti pensare che nell'ambito dei servizi sociali circa il 45% del personale impiegato è assunto dal settore pubblico, mentre la quota restante viene fornita dal settore privato profit (10% circa) e non profit (45% circa) (Lethbridge, 2017). A differenza di quanto stabilito nel settore pubblico, infatti, non si applicano nel settore privato clausole che impediscano ai datori di lavoro di individuare liberamente la propria controparte negoziale, almeno fino a quando non vedranno una compiuta applicazione gli accordi interconfederali del 2014 e del 2018 attraverso un intervento normativo vincolante per tutte le parti. Il settore privato, inoltre, esula dal principio maggioritario per l'approvazione di contratti collettivi nazionali di validità generale: di conseguenza le parti possono scegliere di sottoscrivere accordi di minoranza e i cosiddetti «contratti pirata» firmati da organizzazioni di dubbia rappresentatività sia sul versante datoriale sia su quello sindacale. La contrattazione ha, di conseguenza, vissuto una fortissima frammentazione, associata peraltro ad una segmentazione delle condizioni di lavoro definite nei diversi contratti.

Nell'ambito dei servizi sociali la frammentazione della contrattazione è particolarmente marcata: una dozzina di contratti collettivi sono stati siglati, acquisendo a tutti gli effetti efficacia ed esigibilità, nonostante non vengano regolarmente rinnovati (Anffas, Uneba, Anaste, Aias, Agidae, Valdesi, Avis, Fenascop, Anpas, Misericordie, Agespi, Agci-Confcooperative Federsolidarietà-Legacoop sociali; Unci-Ancos). Nel settore sanitario il contratto principale per il personale non medico è quello per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata Aiop – Aris – Don Gnocchi, rinnovato nella parte normativa l'ultima volta per il periodo 2002-2005, mentre il biennio economico è riferito

al 2002-2003 e quello dei medici dell'ospitalità privata, anch'esso fermo al 2005. Infine, nel settore dei servizi per la prima infanzia offerti da personale privato sono validi numerosi Ccnl (Mari, 2016): i più importanti sono il contratto per il personale occupato nei servizi dell'infanzia e della prima infanzia delle scuole e degli enti aderenti e/o rappresentati dalla Fism, rinnovato per il biennio 2016-2018; quello delle scuole non statali facenti capo all'Aninsei per il triennio 2015/2018; nonché il contratto per gli istituti scolastici privati affiliati ad Agidae, sottoscritto per il biennio 2016-2018.

Il quadro che emerge è rivelatore della strategia imprenditoriale nel segmento privato dei servizi di cura: facendo leva sull'ampio margine di discrezionalità che hanno, firmano accordi separati per la propria associazione di rappresentanza, rinnovandolo solamente qualora individuino condizioni a loro vantaggiose. Come visto poc'anzi, la grande maggioranza dei tavoli negoziali, soprattutto nel settore sanitario e socio-assistenziale, sono fermi al 2005. Il rinnovo tardivo, se non addirittura il mancato rinnovo, dei contratti collettivi nel settore privato del welfare rappresenta un ulteriore aspetto problematico che si somma ai precedenti: non di rado le parti in causa, non trovando un accordo di compromesso, non rinnovano gli accordi, nonostante le pressioni delle sigle sindacali. E a differenza del settore pubblico nel quale le procedure di rinnovo sono fortemente giuridificate, nel settore privato sono affidate all'approccio volontaristico delle parti. Nel momento in cui si sta scrivendo sono in corso una serie di scioperi indetti dall'organizzazione sindacale Ugl Sanità coinvolta nella trattativa per il rinnovo del contratto collettivo della sanità privata Aris-Aiop, fermo al 2005.

La pletora di contratti collettivi siglati ha, inoltre, permesso alle imprese operanti nel mercato del welfare non affiliate ad alcuna associazione di categoria di fare leva sulla pratica del *regime shopping* contrattuale, adottando cioè all'interno della propria organizzazione il contratto complessivamente più vantaggioso per l'impresa da un punto di vista materiale e procedurale. Le condizioni economiche, infatti, non solamente sono diverse rispetto ai contratti pubblici, e in linea di principio tendenzialmente inferiori o peggiorative, ma variano notevolmente anche tra Ccnl privati. Inoltre sono molto differenti anche le condizioni normative stabilite – in termini di ferie, pause, sicurezza – e le condizioni materiali di lavoro, relative all'effettivo svolgimento tecnico del lavoro. Questa discrezionalità dei datori di lavoro è resa possibile dal fatto che l'unico riferimento vincolante relativo all'applicazione dei contratti collettivi si rifà al dettato costituzionale, e nello specifico all'articolo 36 in base al

RPS

Anna Mori e Stefano Neri

quale «il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa». Risulta essere pertanto giuridicamente legittima l'applicazione di un qualunque contratto collettivo purché valido e sottoscritto nel settore merceologico di riferimento. Anche se si tratta di un contratto minoritario siglato da organizzazioni datoriali e sindacali pirata: per fornire un esempio concreto il Ccnl per i dipendenti e soci delle Cooperative sociali esercenti nel settore socio-sanitario, assistenziale – educativo e di inserimenti lavorativo è stato firmato da due piccole associazioni datoriali – Unci e Ancos – e dal sindacato Cisl Terziario, una sigla assolutamente minoritaria nel panorama della rappresentanza nel settore terziario.

## 6. Considerazioni conclusive

Nel 2007, alla vigilia dello scoppio della crisi economica e finanziaria, uno degli autori di questo articolo aveva definito il mercato del lavoro nel settore dell'assistenza come «balcanizzato» (Neri, 2007), evidenziando come i processi di liberalizzazione e privatizzazione dell'offerta nei servizi sociali e sanitari stessero provocando una frammentazione delle relazioni di lavoro, con l'aumento, tra l'altro, di disuguaglianze tra lavoratori appartenenti agli stessi gruppi professionali ma dipendenti di datori di lavoro di diversa natura.

Quasi quindici anni dopo, tali criticità non sono state superate ed anzi sembrano essersi approfondite ed estese all'intero ambito dei servizi di cura, sotto la spinta delle politiche di austerità e della pressione al contenimento del costo del lavoro. Il tentativo di rispondere alla domanda crescente di servizi, in condizioni di particolare scarsità di risorse, ha portato a restringere ulteriormente la sfera della produzione pubblica e dei rapporti di impiego pubblico e ad estendere l'area dell'offerta privata e dei rapporti di lavoro privato.

L'effetto generale è, da un lato, quello di un contenimento del costo del lavoro e di un peggioramento complessivo delle condizioni dei lavoratori; dall'altro, quello di una frammentazione regolativa e contrattuale sempre più accentuata. In questo senso, non si assiste tanto ad una dualizzazione del mercato del lavoro o, se vogliamo, ad un rafforzamento dei dualismi preesistenti, ma piuttosto ad una segmentazione progressiva di tale mercato in un numero crescente di parti o, appunto, di segmenti differenti, alcuni dei quali tendono a sfuggire ad una qualsiasi forma di regolamentazione collettiva e di controllo efficace.

Per far fronte a questa situazione, è da tempo in atto un dibattito tra le parti sociali, animato soprattutto dal versante sindacale, sulle modalità per giungere, se non proprio a «contratti unici di settore», ad una ricomposizione contrattuale in grado di assicurare una maggiore omogeneità nelle condizioni economico-normative assicurate nei Ccnl e nella regolazione del lavoro. Questo potrebbe essere d'aiuto anche a quegli attori privati, con affiliazioni o rilievo nazionali, che vogliano frenare la competizione al ribasso praticata da alcune componenti dell'offerta, soprattutto in ambito locale.

La riflessione in merito alla regolazione del lavoro e alla rappresentanza collettiva della forza lavoro all'interno di questo segmento produttivo è tanto più cruciale quanto necessaria considerando la natura precipua del lavoro di cura, riconducibile (soprattutto per la componente meno professionalizzata) all'alveo del cosiddetto lavoro *pink-collar*, che lo distingue per tratti intrinseci dal resto del mercato del lavoro (ad es. Mastracci, 2004). La ricerca della sempre maggiore produttività del lavoro per abbassarne i costi e l'estrazione di valore non dovrebbero essere le logiche che guidano l'organizzazione e la regolazione dell'impiego in attività, più o meno professionalizzate ma comunque incentrate sulla relazione con l'utente/paziente e sull'investimento umano, nelle quali, quindi, il valore d'uso si attesterebbe su valori più elevati rispetto al valore di scambio. Nella pratica, alla luce del trilemma della malattia dei costi nella formulazione di Iversen e Wren (1998), questo rapporto si è pericolosamente invertito, riportando l'enfasi sulla produttività.

Le difficoltà indotte dall'emergenza Covid del 2020 nell'offerta privata, evidenti in settori come quello dei servizi per l'infanzia e dell'assistenza sociale, potrebbero indurre i grandi gruppi privati e le loro associazioni di rappresentanza a promuovere il processo di ricomposizione contrattuale con più decisione rispetto al passato o, invece, spingerle ad abbandonare ogni disponibilità in questo senso, alla luce dei costi che tale processo potrebbe comportare. Non è possibile in questo momento sapere quale di questi due esiti finirà per prevalere. Tuttavia, alla luce del passato, è più che giustificato essere pessimisti.

### *Riferimenti bibliografici*

- Aran, 2011, *Rapporto semestrale sulle retribuzioni dei dipendenti pubblici*, Servizio Studi Aran, Roma.  
 Aran, 2020, *Tabelle accertamento provvisorio rappresentatività triennio 2019-2021*, di-

- sponibili all'indirizzo internet: <https://www.aranagenzia.it/rappresentativita-sindacale-loader/rappresentativita/triennio-2019-2021-provvisorio.html>.
- Ascoli U., Ranci C. e Sgritta G.B. (a cura di), 2016, *Investire nel sociale. La difficile innovazione del welfare italiano*, il Mulino, Bologna.
- Bach S. e Bordogna L., 2016, *Public Service Management and Employment Relations in Europe: Emerging from the Crisis*, Routledge, New York and London.
- Baumol W., 1967, *The Macroeconomics of Unbalanced Growth*, «American Economic Review», vol. 57, pp. 415-426.
- Baumol W., 2012, *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, Yale University Press, New Haven.
- Bifulco L., 2015, *Il welfare locale*, Carocci, Roma.
- Bobbio L., 2000, *Produzione di politiche a mezzo di contratti nella pubblica amministrazione italiana*, «Stato e mercato», n. 1, pp. 111-141.
- Bordogna L., 2016, *Italy: The Uncertainties of Endless Reform. Public Service Employment Relations Confronting Financial Sustainability Constraints*, in Bach S. e Bordogna L. (a cura di), *Public Service Management and Employment Relations in Europe. Emerging from the Crisis*, Routledge, Londra, pp. 84-111.
- Bordogna L. e Pedersini R., 2019, *Relazioni industriali. L'esperienza italiana nel contesto internazionale*, il Mulino, Bologna.
- Bordogna L., Dell'Aringa C. e Della Rocca G., 1999, *Italy. A Case of Co-Ordinated Decentralization*, in Bach S., Bordogna L., Della Rocca G. e Winchester D. (a cura di), *Public Service Employment Relations in Europe. Transformation, Modernization or Inertia?*, Routledge, Londra, pp. 76-105.
- Carinci M. e Carinci M.T., 1993, *La «privatizzazione» del rapporto di lavoro*, inserto a «Diritto e pratica del lavoro», n. 15, pp. iii-xx.
- Clarke J., Newman J., Smith J., Vidler E. e Westmarland L., 2007, *Creating Citizen-Consumers. Changing Publics and Changing Public Services*, Sage, Londra.
- Dell'Aringa C. e Della Rocca G. (a cura di), 2017, *Lavoro pubblico fuori dal tunnel? Retribuzioni, produttività, organizzazione*, il Mulino, Bologna.
- Dorigatti L., Mori A. e Neri S., 2018, *Pubblico e privato nei servizi sociali ed educativi: il ruolo delle istituzioni del mercato del lavoro e delle dinamiche politiche*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 209-234.
- Dorigatti L., Mori A. e Neri S., 2020, *Public, Private or Hybrid? Providing Care Services under Austerity: The Case of Italy*, «International Journal of Sociology and Social Policy», on-line first, vol. ahead-of-print, n. ahead-of-print, Doi: <https://doi.org/10.1108/IJSSP-02-2019-0037>.
- Emmenegger P., Usermann S.J. e Palier B. (a cura di), 2011, *The Age of Dualization: The Changing Face of Inequality in Deindustrializing Societies*, Oxford University Press, Oxford-New York.
- Esping-Andersen G., 1990, *The Three Worlds of Western Capitalism*, Polity Press, Cambridge.

- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford-New York (trad. it. 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, il Mulino, Bologna).
- Esping-Andersen G., 2011, *La rivoluzione incompiuta. Donne, famiglie, welfare*, il Mulino, Bologna.
- Ferrera M., 2016, *Rotta di collisione. Euro contro welfare?*, Laterza, Roma-Bari.
- Guillén A.M. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *Welfare States under Strain in Southern Europe: Comparing Policy and Governance Changes in Portugal, Greece, Italy and Spain*, «European Journal of Social Security», special issue, vol. 17, n. 2.
- Hemerijck A., Ferrera M. e Rhodes M., 2000, *The Future of Social Europe. Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Celta Editores, Oeiras.
- Hood C., 1991, *A Public Management for All Seasons?*, «Public Administration», vol. 69, pp. 3-19.
- Ifel, 2018, *I comuni italiani 2018*, disponibile all'indirizzo internet: [https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/download/2657\\_7d033e4d08a30d7f2ed1e1127e83d3b2](https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/download/2657_7d033e4d08a30d7f2ed1e1127e83d3b2).
- Istat, 2020, *I bilanci consuntivi dei comuni*, anni vari (per gli anni precedenti al 2018, *I bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali*), disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/241922>.
- Iversen T. e Wren A., 1998, *Equality, Employment, and Budgetary Restraint: The Trilemma of the Service Economy*, «World Politics», vol. 50, n. 4, pp. 507-546.
- Klenk T. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *Restructuring Welfare Governance Marketisation, Managerialism and Welfare State Professionalism*, Edward Edgar, Cheltenham.
- Le Grand J. e Bartlett W., 1993, *Quasi-Markets and Social Policy*, MacMillan, Houndmills.
- Lethbridge J., 2017, *Project Pessis 3: Promoting Employers' Social Services in Social Dialogue. Final European Report 3*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.socialserviceseurope.eu/pessis-iii>.
- Lucciarini S. (con De Vita L.), 2020, *Tra autonomia e subordinazione: il caso delle professioni sanitarie nei servizi esternalizzati*, SistemaSalute.
- Mari M., 2016, *La contrattualistica nei servizi educativi e nelle scuole dell'infanzia*, in Gruppo nazionale nidi e infanzia (a cura di), *Gestire il sistema educativo territoriale integrato*, Zeroseiup, Bergamo, pp. 75-84.
- Mastracci S., 2004, *Breaking out of the Pink-Collar Ghetto: Policy Solutions for Non-College Women*, Sharpe, Armonk.
- Mef-Rgs, 2019, *Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2009-2018*, Ministero dell'Economia-Ragioneria generale dello Stato, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202009-2018.pdf>.

- Mori A., 2020, *Employment Relations in Outsourced Public Services. Working between Market and State*, Palgrave MacMillan, Londra.
- Neri S., 2007, *Il mercato del lavoro nei servizi di cura per gli anziani non autosufficienti*, in Costa G. (a cura di), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana. Attori, risorse e logiche a partire dal caso lombardo*, Carocci, Roma, pp. 117-136.
- Neri S., 2019, *Produttività e lavoro in sanità nell'era dell'innovazione tecnologica*, in Vicarelli G. e Bronzini M. (a cura di), *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, il Mulino, Bologna, pp. 29-48.
- Neri S., 2020, *Servizi di welfare e comuni*, Carocci, Roma.
- Neri S. e Mori A., 2017, *Crisi economica, politiche di austerità e relazioni intergovernative nel Ssn. Dalla regionalizzazione al federalismo differenziato?*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali», vol. 40, n. 2, p. 201-220.
- Paci M., 2006, *Nuovi lavori, nuovo welfare*, il Mulino, Bologna.
- Pollitt C. e Bouckaert G., 2011, *Public Management Reform: A Comparative Analysis New Public Management, Governance and The Neo-Weberian State*, Oxford University Press, New York (3<sup>a</sup> ed.).