

**Osservatorio sociale
della contrattazione territoriale**

RAPPORTO 2018

LA RAPPRESENTANZA DI PROSSIMITÀ SI RINNOVA

Prefazione, XXXX

Introduzione: la bussola del Rapporto, di *Rosangela Lodigiani, Egidio Riva e Massimiliano Colombi*

PARTE PRIMA

LA NON AUTOSUFFICIENZA NELLA CONTRATTAZIONE SOCIALE

1. Rappresentare la non autosufficienza: un posizionamento chiaro per una strategia sindacale multilivello, di *Rosangela Lodigiani*

1. I punti chiave della visione sindacale sulla non autosufficienza
2. Le lacune da colmare
3. Alcuni dati di inquadramento
 - 3.1. Invecchiamento e bisogni di cura e assistenza
 - 3.2. Le famiglie in prima linea
 - 3.3. Un sistema di risposte disomogeneo
4. Dai dati alle implicazioni di policy
5. Contrattare e intervenire per la non autosufficienza nel welfare locale
 - 5.1. Specificità e complementarità tra le azioni
 - 5.2. Ambiti prioritari di intervento
 - 5.1. L'opzione di fondo: un welfare comunitario che costruisce "luoghi"

2. Disabilità e non autosufficienza negli accordi dell'Osservatorio sociale, di *Egidio Riva*

1. Gli accordi rivolti a soggetti non autosufficienti e/o disabili
2. Gli accordi che prevedono interventi di politica per la non autosufficienza
 - 2.1 Gli interventi nelle diverse micro-aree di politica

3. Rappresentare la non autosufficienza: una lettura qualitativa di accordi e progetti, di *Rosangela Lodigiani*

1. Finalità e profilo dell'approfondimento qualitativo
2. La parola ad accordi e progetti
 - 2.1. Esprimere una linea strategica, rafforzare *framework* normativo
 - 2.2. Fare sistema, ricomporre risposte e risorse
 - 2.2.1. Governance, regolazione e infrastrutturazione (espansione) dei servizi
 - 2.2.2. Costruzione della rete dei servizi e integrazione pubblico/privato
 - 2.2.3. Monitoraggio e valutazione
 - 2.3. Integrare le risposte a partire dalla persona
 - 2.3.1. Supportare i *caregivers*, integrarli nel territorio
 - 2.3.2. Aprire il domicilio

- 2.3.3. Favorire la continuità assistenziale
- 2.4. Modellizzare l'innovazione

PARTE SECONDA

IL PROFILO STRUTTURALE DELLA CONTRATTAZIONE SOCIALE DI PROSSIMITÀ

4. La contrattazione sociale nel tempo: un consuntivo del quinquennio 2013-2017, di Egidio Riva

- 1. Il volume e le principali caratteristiche della contrattazione sociale
- 2. Le macro-aree di politica
- 3. Le micro-aree di politica
 - 3.1 Misure di politica socio-familiare
 - 3.2 Misure di politica fiscale
 - 3.3 Misure di politica per il territorio
 - 3.4 Misure di politica per il mercato del lavoro
- 4. I beneficiari
 - 4.1. I beneficiari degli interventi nelle diverse macro-aree di politica
 - 4.2. I beneficiari degli interventi nelle diverse micro-aree di politica
- 5. Il processo concertativo

5. La mappa territoriale della contrattazione sociale, di Egidio Riva

- 1. La contrattazione sociale comunale e intercomunale: distribuzione territoriale e copertura della popolazione
- 2. La contrattazione sociale comunale e intercomunale per macro area di politica

PARTE TERZA

PER UNA RAPPRESENTANZA DI PROSSIMITÀ

6. Dare valore ai dati: dall'“intelligenza sociale” dell'Osservatorio sociale all'azione di prossimità nei territori, di Massimiliano Colombi e Rosangela Lodigiani

- 1. Valorizzare l'Osservatorio sociale per valorizzare il Rapporto
 - 1.1 L'integrazione della contrattazione sociale con il welfare nazionale
 - 1.2. La classificazione degli accordi: un passo in avanti
 - 1.3. Allargare gli oggetti e i soggetti
- 2. Valorizzare il Rapporto per valorizzare la contrattazione e la rappresentanza
 - 2.1. Verso nuove platee
 - 2.2. Forzare i confini
 - 2.3. Riaprire il tempo
 - 2.4. Dalla complessità all'integrazione delle politiche
 - 2.5. Valorizzare beneficiari specifici
 - 2.6. “Firmatari”: un mestiere difficile

7. Organizzare, accompagnare e formare: per una transizione possibile e sostenibile, di
Massimiliano Colombi

1. La visione culturale: verso uno sguardo “familiare”
2. Verso una mappa delle domande delle famiglie (bisogni e desideri)
3. Verso una mappa delle “strutture” e dei servizi sociali
4. Una rinnovata prossimità per valorizzare la contrattazione e la rappresentanza
5. Prossimità e processi di sviluppo organizzativo: formare e accompagnare
 - 5.1. Oltre i “soliti noti”: organizzare e allargare la rete dei contrattualisti di prossimità;
 - 5.2. Oltre la solitudine del contrattualista: una organizzazione che accompagna
 - 5.3. Oltre l’inerzia della tradizione: innovare la formazione

INTRODUZIONE: LA BUSSOLA DEL RAPPORTO

L'Osservatorio sociale della contrattazione territoriale sin dalla sua nascita è uno strumento a vocazione plurale. Da un lato ha consentito nel passato e ancora oggi consente la costruzione di una mappa dell'azione sindacale sul "fronte sociale". Dall'altro lato, attraverso un continuo affinamento della capacità di analisi dei dati, offre alle comunità territoriali una mole di informazioni utili per conoscere la realtà e comprendere alcune linee di sviluppo. A questo si aggiunge una funzione formativa che in maniera ricorsiva sollecita la capacità di apprendere dall'esperienza, superando una visione lineare della relazione tra conoscenza e azione per approdare ad una visione circolare. Quale sinesi virtuosa delle funzioni dette, l'Osservatorio è uno strumento che in chiave strategica aiuta a rafforzare la rappresentanza sociale del sindacato nei territori e l'integrazione della propria azione entro i sistemi di welfare locali. In questa prospettiva l'Osservatorio è una preziosa risorsa che merita di essere potenziata e qualificata (anche) attraverso un percorso di innovazione tecnologica.

La presentazione e la discussione del Rapporto annuale dell'Osservatorio costituiscono da sempre un'occasione preziosa per restituire all'organizzazione un quadro articolato e approfondito in grado di produrre riflessività sociale grazie anche a coinvolgimenti esterni e a sguardi inediti in grado di arricchire la riflessione.

Il Rapporto 2018 si configura come un "Rapporto intermedio": da un lato si pone in continuità con gli altri Rapporti annuali che lo precedono, fornendo una rappresentazione puntuale della contrattazione sociale di prossimità. Dall'altro si misura con una duplice sfida impegnativa che fa riferimento:

- (1) alla possibilità di cogliere il "profilo strutturale" della contrattazione sociale di prossimità facendo riferimento al quinquennio compreso tra il 2013 e il 2017, ricostruendo altresì la mappa territoriale della contrattazione e i fattori che la possono influenzare;
- (2) alla possibilità di entrare nel merito dei processi negoziali e della qualità degli accordi, assumendo come punto di vista privilegiato la contrattazione nell'ambito della non autosufficienza, per come emerge da una selezione di accordi caricati nell'Osservatorio.

Per raggiungere questi due macro obiettivi, il Rapporto lavora su più piani e in più direzioni, coniugando elaborazioni statistiche dei dati dell'archivio e letture mirate, analitiche, degli accordi in esso caricati.

Vale la pena di rimarcare il senso politico-strategico, di lungo periodo di entrambi tali obiettivi. In vista della redazione del "Rapporto 2019, si vuole proporre infatti un materiale in grado di rendere evidente il valore strategico per l'intera organizzazione dell'Osservatorio Sociale che insieme ad Ocsel – Osservatorio della contrattazione aziendale – costituisce uno strumento di lavoro utile soprattutto per irrobustire l'azione sindacale nell'essere proattiva nei confronti delle diverse istituzioni (comunali, sovracomunali, provinciali, regionali e nazionali) e dei diversi soggetti protagonisti della rappresentanza sociale.

Il Rapporto 2018 è strutturato in 3 parti. Si apre con un'ampia sezione dedicata ad approfondire le sfide della non-autosufficienza. La Cisl e la Fnp-Cisl da molti anni caratterizzano la propria strategia politica e la propria azione di rappresentanza attraverso un forte investimento in termini di analisi e una ampia capacità di proposta. Riprendere il "filo rosso" del percorso già fatto e individuare alcune traiettorie di sviluppo sono gli obiettivi del primo capitolo (Lodigiani) che in

maniera significativa pone l'attenzione su *“Rappresentare la non autosufficienza: un posizionamento chiaro per una strategia sindacale multilivello”*. La condivisione di alcuni dati di inquadramento (invecchiamento della popolazione e bisogni sociali) e l'approfondimento delle implicazioni di policy (tra cui, per esempio, in materia di invecchiamento attivo e in salute, livelli essenziali, supporti ai caregivers, integrazione delle risposte) aprono la strada per interrogarsi sul come contrattare e intervenire nel welfare locale con una *opzione di fondo caratterizzata dall'idea di un welfare comunitario che costruisce “luoghi” densi di relazioni*. Ciò alla luce della strategia complessiva dell'organizzazione che si esprime in modo sinergico tra livello nazionale e locale, attraverso un paniere di azioni di rappresentanza, negoziazione e intervento, tramite le leve della contrattazione collettiva di primo e di secondo livello (welfare contrattuale) oltre che della contrattazione sociale di prossimità; e con l'obiettivo prioritario di garantire il diritto di ogni persona a vivere con dignità, in modo autonomo e libero, di ricevere perciò un'assistenza di qualità, nel proprio ambiente di vita, di relazioni sociali e affettive.

Il secondo capitolo (Riva) punta l'attenzione sulla contrattazione sociale in materia di disabilità e non autosufficienza per come emerge dall'analisi dei dati dell'Osservatorio. Basti qui anticipare che nel quinquennio 2013-2017 un terzo degli interventi si è rivolto ai soggetti non autosufficienti e circa un quarto ai disabili, per i quali è cresciuta l'attenzione nel tempo. Sull'intero quinquennio considerato, 326 accordi, pari all'8,2% del totale di quelli archiviati, insistono sulla micro-area della non autosufficienza, entro l'ambito della macro area delle politiche socio-famigliari. Quella delle politiche socio-famigliari è un'area particolarmente frequentata dalla contrattazione, tanto che su di essa insistono 3 accordi su 4; in essa rientrano, assieme alla non autosufficienza, molteplici voci tra cui alcune decisamente contigue alla Ltc e quindi rilevanti per valutare il complesso di interventi in questo ambito ma anche azioni di sistema, buoni e voucher, casa, compartecipazione, criteri di accesso, inclusione sociale, istruzione, offerta servizi, pari opportunità, povertà, servizi di accesso e presa in carico, servizi socio-educativi, tempi di vita e lavoro, tempo libero, che a diverso titolo possono interessare il tema in oggetto.

Il terzo capitolo (Lodigiani) approfondisce in chiave qualitativa l'azione sindacale nei territori a partire dalla lettura di una qualificata selezione di accordi e progetti nell'ambito della non autosufficienza, una cinquantina in tutto, provenienti sostanzialmente da tutte le regioni nelle quali l'Osservatorio documenta la presenza di attività negoziale. Nello specifico dall'approfondimento qualitativo emerge una azione capace di intervenire sul ventaglio di bisogni di cui la persona non autosufficiente e la sua famiglia sono portatrici: Orientamento/informazione, Socializzazione/inclusione, Accessibilità, mobilità, Sostegno economico (dote, fondi, tariffe...), Formazione/sostegno/regolarizzazione caregivers, Sostegno alla domiciliarità, Ampliamento disponibilità servizi, Integrazione dei servizi (superare frammentazione e settorialità). Rispetto a questo ampio ventaglio di ambiti di intervento, le progettualità più innovative sono quelle che riescono integrare le risposte a partire dalla persona:

- *con riferimento al tema del supporto ai caregivers*, quando sono tese non solo a promuovere la qualificazione e regolarizzazione del lavoro dei prestatori formali di cura, ma a favorire il collegamento tra i caregivers e la rete dei servizi sul territorio,
- *con riferimento alla domiciliarità*, quando puntano a migliorare la qualità dell'assistenza al domicilio, e insieme a favorire la mobilità sul territorio, l'accessibilità ai servizi (inclusi soprattutto ambulatori, servizi e luoghi di socializzazione/inclusione), lo sviluppo di forme di co-housing,
- *con riferimento ai servizi territoriali*, quando mirano a promuovere la continuità assistenziale ospedale-territorio (es. medicina di iniziativa; case della salute).

Nel complesso dai territori emerge la duplice esigenza: di poter contare su una linea strategica dell'organizzazione, chiaramente espressa a livello nazionale; di rafforzare il framework normativo di sostegno alla contrattazione sociale territoriale. Quali elementi di particolare criticità, su cui investire per favorire la qualità della contrattazione sociale emergono le questioni del monitoraggio e valutazione delle intese siglate (ovvero di quanto le intese si sono proposte di realizzare) e di trovare strategie di modellizzazione (generalizzazione, diffusione) delle innovazioni prodotte, affinché producano forme di mutuo apprendimento.

Nell'insieme questa prima sezione è il risultato di una analisi integrata che mette in dialogo tale lettura qualitativa di accordi e progetti con i dati quantitativi che emergono dall'Osservatorio sociale di cui al capitolo 2. Il risultato è stimolante in quanto da un lato restituisce una rappresentazione dell'organizzazione in grado di esprimere un presidio competente sul fronte della contrattazione e dall'altro un'azione sindacale e sociale capace di qualificare la vita delle comunità agendo su diversi piani, da quello normativo e regolativo a quello progettuale e dell'animazione sociale. In particolare la prospettiva del sindacato "soggetto plurale" capace di contribuire nel "welfare plurale" sembra trovare conferma anche per il protagonismo dei servizi, enti e associazioni.

La seconda parte del Rapporto 2018 si colloca in continuità con gli altri report già editati e offre uno sguardo approfondito sulla contrattazione sociale di prossimità, ma con la specificità sopra anticipata: l'obiettivo di tracciarne il *profilo strutturale nel quinquennio 2013-2017 e ricostruirne la mappa territoriale* (capitolo 3 e 4 Riva).

Come mostrano i dati riportati nel cap. 3, tra il 2013 e il 2017 sono state siglate e depositate negli archivi dell'Osservatorio 4.452 intese (con una media di 1000 accordi vigenti ogni anno). A queste, che sono oggetto di specifica analisi in questa edizione del rapporto, se ne aggiungono altre 796, sottoscritte nel 2018, cosicché il volume complessivo della contrattazione sociale documentata sale a 5.248 accordi. La contrattazione sociale si sviluppa, prevalentemente, nelle regioni del Centro-Nord e si articola, in gran parte, su ambito comunale o intercomunale. Quanto al periodo di validità, poco meno di nove accordi su dieci tra quelli siglati nel quinquennio esauriscono i propri effetti entro un massimo di 12 mesi; detto questo, al passare degli anni, è tendenzialmente cresciuta la quota di accordi in vigore per un periodo compreso tra 13 e 24 mesi. Gli accordi insistono, mediamente, su più di due aree di politica ciascuno e prevedono, in ordine di importanza decrescente, misure di politica socio-familiare, interventi in materia fiscale, azioni in favore del territorio, misure per il mercato del lavoro e, da ultimo, interventi di tipo sanitario e socio-sanitario. Più nel dettaglio, le misure specifiche contrattate con maggiore frequenza sono gli interventi a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale, l'assistenza domiciliare oppure residenziale e semi-residenziale, le politiche per la casa, i servizi socio-educativi per l'infanzia. Tra i destinatari prevale, sempre nell'intero periodo in parola, l'insieme della cittadinanza, a testimonianza del carattere primariamente universalistico della contrattazione sociale di prossimità; a questo target seguono le famiglie, i soggetti non autosufficienti, i disabili, gli adulti in difficoltà, i disoccupati e i minori. La contrattazione, che presenta un profilo estremamente differenziato su base regionale quanto a misure contrattate e a beneficiari delle azioni, nella sua declinazione comunale e intercomunale è arrivata a interessare, nel 2017, 1.264 comuni e quasi 20 milioni di residenti. A tal proposito va sottolineato come, con il passare del tempo, si sia registrata una chiara tendenza verso la progressiva diffusione dell'azione negoziale a livello locale. E tuttavia, i modelli di regressione che abbiamo stimato, proposti nel cap. 4, rivelano che la probabilità di un comune di essere coperto da contrattazione sociale (anziché di non esserlo) cresce al crescere della classe dimensionale del

comune stesso, delle dimensioni medie delle famiglie residenti, della propensione dell'amministrazione comunale a investire risorse nella funzione "Servizi sociali", del valore pro-capite dell'addizionale comunale Irpef. Per contro, la probabilità che un comune sia coperto da contrattazione sociale diminuisce al crescere della spesa sociale pro-capite. Infine, la relazione tra la presenza di un accordo di contrattazione e variabili quali il tasso di natalità, il tasso di mortalità, il tasso di ricambio della popolazione e la quota di stranieri residenti non è statisticamente significativa.

Infine, la terza e ultima parte – *Per una rappresentanza di prossimità* – è dedicata a offrire un quadro che è insieme di sintesi e di prospettiva rispetto a quanto emerso dalle analisi qualitative e quantitative. Di sintesi e di prospettiva perché richiamando gli aspetti chiave del Rapporto, vengono messi in luce le possibilità di rilancio all'interno e all'esterno dell'organizzazione (cap.6 Colombi e Lodigiani; cap. 7 Colombi). I contributi di questa parte segnalano alcune evidenze che possono fungere da pungolo per lo sviluppo della contrattazione sociale di prossimità e per una capacità di iniziativa maggiormente orientata da intenzionalità e da progettualità, con riferimento all'area della non autosufficienza, ma con ricadute per l'azione negoziale nel suo complesso. Una cultura organizzativa maggiormente orientata alla valutazione degli impatti e all'innovazione sociale può essere la piattaforma su cui innestare un'azione organizzativa in grado di allargare la copertura non solo in termini di comuni e di persone, ma anche di nuovi rischi sociali. In questa prospettiva il "bisogno di più Sindacato" si potrebbe concretizzare nel "bisogno di più contrattazione sociale di prossimità" come vivificante della rappresentanza che può diventare anch'essa di prossimità come contrappeso all'evaporazione dei legami e ai processi di disintermediazione.

Riconoscere il valore della prossimità impegna la Cisl in una "fedeltà" alle domande delle famiglie in particolare quelle che vivono condizioni di pressione in quanto impegnate nel fronteggiamento di situazioni di fragilità che non solo chiamano in causa per la "produzione", ma anche per l'"organizzazione" della cura, con evidenti impatti anche sull'equilibrio della famiglia e sul benessere delle diverse generazioni. Nella prospettiva di una rinnovata fedeltà alle domande delle famiglie la prossimità diventa la frontiera per una "umanizzazione" della contrattazione. Sull'altro versante emerge la sfida di avere un orizzonte allargato rispetto alla tastiera delle politiche, dei servizi e degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari. In altri termini occorre valorizzare la ricorsività della contrattazione sociale evitando il rischio dell'inerzia che riproduce negli anni proposte invarianti rispetto al cambiamento dei bisogni. Offrire ai contrattualisti sociali due mappe aggiornate che incrociano le domande delle famiglie con le chance di intervento vuole essere un primo obiettivo di innovazione organizzativa che si assume il presente lavoro. Tutto ciò diventa ancora più importante all'interno della strategia della Cisl che intende porre la non-autosufficienza come priorità nell'Agenda sociale del Paese. Una Cisl competente sul piano delle relazioni con le famiglie, capace di co-costruire infrastrutture sociali con gli altri attori del Terzo Settore e infine legittimata socialmente nell'interlocuzione con le istituzioni può concorrere al rinnovamento necessario del welfare plurale.

1. RAPPRESENTARE LA NON AUTOSUFFICIENZA: UN POSIZIONAMENTO CHIARO PER UNA STRATEGIA SINDACALE MULTILIVELLO*

1. I punti chiave della visione sindacale sulla non autosufficienza

Una legge nazionale, adeguatamente finanziata, per rispondere in modo integrato ai bisogni della non autosufficienza. In estrema sintesi, è questo ciò che la Cisl da tempo propone anzitutto grazie all’impegno della Fnp, ma anche come intera organizzazione, insieme agli altri principali sindacati italiani dei lavoratori e dei pensionati. Su questo tema, significativamente, i sindacati hanno chiesto ed ottenuto nel 2015 di aprire uno specifico *tavolo di confronto presso il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali*. Il tavolo reso subito operativo, è stato istituito con Decreto Ministeriale del 31 maggio 2017.

A suggello di questa chiara presa di posizione, nel febbraio 2018 Fnp Cisl ha siglato con Spi Cgil e Uilp Uil una *proposta unitaria*, i cui punti cardine ruotano attorno a sei temi chiave che possono essere così sintetizzati:

- *le risorse*: finanziare un piano nazionale, coprire i costi delle prestazioni in carico al Ssn per le situazioni gravissime, ecc.,
- *la valutazione* della condizione di non autosufficienze: determinare, *in primis*, di criteri nazionali uniformi,
- *le prestazioni*: definire i livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti (Lesna) in modo integrato ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) in ambito sanitario; garantire in tutti i territori il punto unico di accesso, l’unità di valutazione multiprofessionale e multidimensionale, la presa in carico individuale con un piano di intervento personalizzato; ripensare l’indennità di accompagnamento, sempre in chiave universalistica, ma graduata in base al livello di bisogno e integrata con i servizi locali, ecc.,
- *l’integrazione socio-sanitaria* da perseguire sul fronte organizzativo, finanziario, delle cure intermedie, ecc.,
- *i servizi*: sviluppare qualità e ampliare le tipologie (per es. “domiciliarità leggera”), innovare, definire criteri di accreditamento, monitorare, valutare, ecc.,
- *i caregivers*: valorizzare, regolare, integrare nel sistema dei servizi, qualificare e certificare le competenze, ecc.¹.

La sintesi è davvero estrema.

La strategia della Fnp Cisl, e della Cisl nel suo complesso, è in materia certamente molto articolata come vedremo tra breve. Ma questo è un “punto di attacco” ineludibile per inquadrare il tema oggetto di questo *focus*. Ci consente infatti di aver immediatamente chiaro il contesto di riferimento nel quale si situa ciò che il sindacato realizza e promuove nel campo della *Long Term Care* (Ltc), attraverso un paniere di azioni di rappresentanza, negoziazione e intervento; azioni agite sia a

* Di Rosangela Lodigiani.

¹ Rimandiamo al documento ufficiale per la lettura integrale: Spi Cgil, Fnp Cisl, Uil pensionati, *Una proposta nazionale unitaria sulla non autosufficienza*, Roma 22 febbraio 2018, https://welforum.it/wp-content/uploads/2018/04/2018_02_DocumentoNA_SpiFnpUilpN_finale.pdf. Questa proposta, peraltro, rilancia una precedente proposta di legge di iniziativa popolare, elaborata nel 2005 sempre in modo unitario da Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp, e da allora posta al centro delle rispettive piattaforme rivendicative.

livello nazionale sia a livello territoriale, in particolare tramite la leva della contrattazione collettiva di primo e di secondo livello (welfare contrattuale) e della contrattazione sociale di prossimità. Nel rispetto delle rispettive specificità, si può dire che per tutte le diverse forme di azione l'obiettivo sia unico: garantire il diritto di ogni persona a vivere con dignità, in modo autonomo e libero, di ricevere perciò un'assistenza di qualità, nel proprio ambiente di vita, di relazioni sociali e affettive². In linea con la Strategia europea sulla disabilità 2010-2020 e con gli indirizzi del Comitato economico e sociale europeo che richiama l'esigenza di valorizzare il ruolo delle parti sociali (e della contrattazione collettiva) in materia; nonché, in coerenza con il più ampio quadro del cambiamento di approccio e cultura riguardo alla condizione delle persone con disabilità e delle loro famiglie imposto dalla Convenzione Onu per le persone con disabilità³.

2. Le lacune da colmare

La non autosufficienza è entrata esplicitamente nell'agenda politica italiana ormai da oltre due decenni, in particolare con i lavori della Commissione Onofri del 1997⁴, trovando immediato suggello nel novembre del medesimo anno nel capitolo sulla solidarietà sociale dell'Accordo siglato tra le Confederazioni sindacali ed il Governo⁵. Si è trattato di una svolta importante che nell'immediato non ha prodotto risultati concreti: occorrerà attendere dieci anni e altre tre proposte affinché il Fondo per le non autosufficienze, invocato dalla Commissione, venisse introdotto con la legge finanziaria del 2007, L. 296/2006; ma che ha certamente contribuito a focalizzare l'attenzione su un tema non più derogabile. D'altro canto, gli effetti delle trasformazioni in atto sul piano sociale e demografico stavano assumendo contorni sempre più nitidi sul fronte dei bisogni e dei rischi sociali:

- da un lato la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, il mutamento delle strutture familiari, il calo del tasso di fecondità, contribuiscono alla diminuzione dei (ma sarebbe meglio dire delle) potenziali *caregivers* informali, tradizionalmente votati (votate) ad assolvere il ruolo di cura entro le mura domestiche,
- dall'altro lato, l'invecchiamento della popolazione, con il miglioramento della qualità e l'allungamento dell'aspettativa di vita, elevano la possibilità che l'ultimo tratto di essa sia connotata dalla presenza di patologie croniche e invalidanti, accrescendo la domanda di cura e assistenza.

Sono passati vent'anni dalla Commissione Onofri. Vent'anni in cui le proposte per definire un sistema nazionale di politiche pubbliche per la Ltc sono state molteplici e largamente dibattute, numerosi interventi si sono susseguiti⁶, ma una vera e propria riforma di sistema non è mai giunta a compimento. La materia rimane dunque ancora priva un inquadramento normativo complessivo;

² *Ibidem.*

³ La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, entrata in vigore il 3 maggio 2008, è stata ratificata dall'Europa il 23 dicembre 2010, contestualmente firmata da tutti i 27 Stati (allora) membri e ratificata da 16 di essi, tra cui l'Italia.

⁴ Commissione per le analisi delle compatibilità macroeconomiche dello stato sociale (Commissione Onofri) (1997), *Rapporto finale – La spesa per l'assistenza*, Roma.

⁵ Accordo "Rilancio del welfare, occupazione, sviluppo, trasparenza", 1° Novembre 1997.

⁶ Se ne contano almeno 18, considerando solo quelle che hanno presentato un pacchetto globale di proposte e non idee relative a singoli settori di intervento. Per una disamina completa cfr. Pesaresi F. (2018), *20 anni di proposte per la non autosufficienza. Questa legislatura sarà quella buona?*, <https://welforum.it/20-anni-di-proposte-per-la-non-autosufficienza/>.

priva, perfino, di una definizione univoca a livello nazionale della condizione di non autosufficienza e delle relative necessità di cura e assistenza⁷. Tanto che la proposta unitaria dei sindacati sopra ricordata ha con forza indicato questo aspetto tra le mancanze più gravi e più urgenti su cui intervenire. Tanto che il succitato Tavolo ministeriale ha individuato, almeno per la ripartizione del Fondo nazionale, la necessità di definire in maniera univoca criteri uniformi di identificazione della nozione di non autosufficienza, sia come disabilità gravissima che grave. La stessa esigenza è presente nella proposta che la Fnp Cisl nel 2017 ha presentato e intitolato al tema dei livelli essenziali⁸.

Non si tratta solo di riconoscere la *grave e perdurante lacuna del nostro sistema di welfare*, che – tra l'altro – lo connota negativamente nel panorama europeo, perfino rispetto ai paesi del Sud Europa, spesso allineati con i ritardi italiani. Infatti, seppur dopo i paesi scandinavi e l'Olanda, nei quali la cura dei non autosufficienti è riconosciuta come diritto sociale sin dagli anni Sessanta del secolo scorso, anche la maggior parte dei paesi continentali (a partire dagli anni Novanta) e dell'area mediterranea (nei primi anni Duemila) ha via via implementato riforme quadro per Ltc⁹, lasciando l'Italia da sola, al palo. È emblematico della rilevanza del tema il fatto che anche a livello continentale nell'ambito del *Pilastro europeo dei diritti sociali*, di recente approvato da tutte le Istituzioni Europee, vi sia tra i principi sanciti il diritto alla assistenza a lungo termine¹⁰.

Sino ad oggi, nel nostro paese gli interventi sono stati effettuati unicamente “al margine”, ribadendo la centralità (e l'intoccabilità sostanziale) dell'Indennità di accompagnamento¹¹ e preoccupandosi in via prevalente di sostenere il lavoro di cura informale al domicilio. Di quest'ultimo, oltretutto, si è promossa la regolarizzazione in modo episodico, più tramite sanatorie e politiche per l'emersione del lavoro sommerso che non attraverso una strategia complessiva di riordino¹². Per converso, l'introduzione di un Fondo nazionale per l'attuazione delle prestazioni essenziali per la non autosufficienza non solo è stata tardiva, come sopra ricordato, ma la sua portata finanziaria è rimasta a lungo limitata e incerta, esposta agli andamenti congiunturali e politici¹³.

⁷ Costa G. (2013), *Le politiche per la non autosufficienza in Italia: un caso di cambiamento graduale senza riforme*, in “La rivista delle politiche sociali”, n. 4, pp.49-80.

⁸ Fnp Cisl (2017), Proposta di legge *Livelli essenziali per la protezione delle persone non autosufficienti*, giugno, https://www.pensionati.cisl.it/public/pdf/pdf_9420_Proposta%20Legge%20non%20autosufficienza_.pdf.

⁹ Pavolini E., Ranci C. (2011), *Il processo di riforma nelle politiche per la non autosufficienza nei paesi dell'Unione Europea: un tentativo di interpretazione*, in “La rivista delle politiche sociali”, n. 4, pp. 373-406; Arlotti M. (2012), *Le politiche per la non autosufficienza. Il caso italiano in prospettiva comparata*, in “Autonomie locali e servizi sociali”, n. 3, pp. 551-562.

¹⁰ “Ogni persona ha diritto a servizi di assistenza a lungo termine di qualità e a prezzi accessibili, in particolare ai servizi di assistenza a domicilio e ai servizi locali”, Capo III - Protezione sociale e inclusione, art. 18 - Assistenza a lungo termine; https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_it.pdf.

¹¹ Questa misura, finanziata dalla fiscalità generale, non graduata in funzione del reddito e nemmeno della condizione di bisogno, seppur di valore economico relativamente contenuto (508 euro mensili, non vincolati nella destinazione d'uso), a dispetto delle numerose proposte di modifica, continua a costituire il principale strumento a sostegno delle persone anziane non autosufficienti a fronte di bassi livelli di copertura degli altri servizi formali di assistenza, raggiungendo oltre 1,5 milioni di anziani (Barbabella F., Chiatti C., Di Rosa M., *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA, a cura di, 2015, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 5° Rapporto, Un futuro da ricostruire*, Sant'Arcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore).

¹² Ciarini A. (2015), *La long term care e la cura degli anziani in Europa. Tra espansione delle prestazioni, vincoli di bilancio e mercato del lavoro*, in Riva E., cura di, *Ripensare le politiche per la non autosufficienza. Liberare e qualificare il potenziale del neo-mutualismo*, Bologna, il Mulino.

¹³ Basti ricordare l'eclatante azzeramento del fondo tra il 2011 e il 2012. Rilanciato a dal 2013, ha raggiunto nel 2017 uno stanziamento pari a 463,6 milioni di euro, come da DPCM 27 novembre 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale, 9 febbraio 2018.

Si tratta semmai di denunciare che *tale lacuna si ripercuote negativamente sulla possibilità di “portare a sistema” le molteplici iniziative* che nel nostro paese si stanno sviluppando a partire da diversi soggetti pubblici e privati, e in larga misura dal basso, per dare risposta ai nuovi bisogni; di conseguenza, aspetto ancor più negativo, essa *si ripercuote sulla pari esigibilità del diritto alla cura e di accesso alle relative misure*. Simili iniziative, infatti, per quanto significative ed efficaci, quantomeno con riferimento al loro specifico “raggio di azione” (territoriale e/o settoriale), restano connotate e limitate dalla frammentazione che subiscono riguardo a molteplici aspetti:

- le competenze legislative e amministrative dei livelli istituzionali coinvolti nella loro realizzazione (stato, regioni, comuni),
- i settori di intervento (assistenza domiciliare, assistenza residenziale, sostegno del reddito, ecc.)
- la localizzazione e la copertura territoriale.

L’esito di tale lacuna è quindi triplice. Il fatto che le molteplici risposte ai bisogni della non autosufficienza restino disaggregate e non coordinate né integrate determina *una inefficienza complessiva da cui conseguono: sperpero di risorse, duplicazioni di interventi e, ancor più grave, diseguaglianze sociali*.

3. Alcuni dati di inquadramento

La questione delle diseguaglianze di accesso alle misure di Ltc, a parità di bisogno, e di esigibilità del diritto alla cura, può essere meglio chiarita a partire da alcuni dati e dalle implicazioni che ne discendono.

3.1. Invecchiamento e bisogni di cura e assistenza

Si stima che il problema della non autosufficienza interessi una famiglia italiana su dieci. Secondo l’Istat¹⁴, l’11,2% degli anziani del nostro paese (over 65) riferisce gravi difficoltà in almeno un’attività di cura della persona¹⁵. Il 30,3% (cioè circa 4 milioni) incontra pesanti limitazioni nello svolgere le quotidiane attività di tipo domestico (preparare i pasti, fare la spesa, prendere le medicine, fare lavori di casa, ecc.). Dopo i 75 anni la percentuale sale al 47,1%, cioè quasi 1 anziano su 2. Il confronto internazionale mostra che l’Italia è caratterizzata da una maggiore fragilità della condizione anziana proprio nelle fasce di età più elevate. Ciò vale in specie per le donne per le quali è più frequente che l’ultimo tratto della vita sia segnato da problemi di salute o da limitazioni dell’autonomia¹⁶.

L’ultima Indagine Multiscopo, sempre dell’Istat¹⁷, ha così fotografato la situazione: oltre 3,2 milioni sono le persone di età superiore ai sei anni che hanno almeno una limitazione funzionale.

¹⁴ Riferiti al 2015; cfr. Istat (2017), *Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell’Unione europea*, Report 26 settembre 2017, https://www.istat.it/it/files/2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf.

¹⁵ Come fare il bagno o la doccia (10,3%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (7,3%), vestirsi e spogliarsi (7,3%).

¹⁶ Ciò può essere in parte spiegato in parte spiegato con il fatto che in Italia la quota di ultraottantenni è più elevata che nella media europea (6,5% contro 5,3% nella Ue) e in parte con la minore quota di anziani istituzionalizzati che si riscontra in Italia rispetto ad altri paesi (la rilevazione Istat, infatti, non include le persone istituzionalizzate).

¹⁷ Riferita al 2013.

Più nel dettaglio: 1,5 milioni sono le persone con limitazioni fisiche, 2 milioni le persone con alcune limitazioni nelle loro funzioni quotidiane, 900 mila quelle con difficoltà nella comunicazione e 1,4 milioni sono costrette a letto o nella loro abitazione, oltre 1,8 milioni sono i disabili gravi. Di questi, 2 milioni e 500 mila (oltre l'89%) sono anziani, e grandi anziani: ben il 50% della popolazione non autosufficiente è composta da ultraottantenni. Le problematiche della non autosufficienza si acquiscono in presenza di altre vulnerabilità, anzitutto famigliari, relazionali, economiche e lavorative, abitative.

Il trend è destinato ad irrobustirsi, con l'aumento della speranza di vita. Le previsioni demografiche stimano che la popolazione over 65 arriverà a pesare il 33% del totale, di contro all'attuale 22%¹⁸. La trasformazione della struttura per età della popolazione impatterà sui rapporti intergenerazionali e sui bisogni sociali con effetti diversificati sul territorio: al Sud e nelle Isole l'aumento dell'incidenza della popolazione anziana sarà più marcato, salvo che i processi in atto trovino vie di ricomposizione. Il Censis stima che nel 2031 le persone non autosufficienti potranno raggiungere quota 4.666.000 e l'area territoriale più interessata dal fenomeno continuerà ad essere, com'è già attualmente, il Sud, con un incremento previsto del 10,5%¹⁹.

Sono questi i sintomi di un "debito demografico" che avrà ricadute sulle prossime generazioni soprattutto in termini di previdenza, sanità e assistenza. Le ragioni sono evidenti: da un lato tende a restringersi la base contributiva e fiscale che alimenta la spesa sociale, dall'altro vanno modificandosi i rapporti di solidarietà intergenerazionale, i rischi e bisogni sociali.

3.2. *Le famiglie in prima linea*

Sono certamente le famiglie la prima rete di fronteggiamento dei bisogni della non autosufficienza. Esse sono chiamate in causa su più versanti: relazionale (in virtù del legame affettivo), operativo e gestionale e finanziario (per esempio, nella ricerca dei servizi, nel coordinamento e pagamento degli aiuti, ecc.), di cura effettiva dei propri congiunti nella vita quotidiana (in veste di *caregivers* informali, stimati dal Censis in 8 milioni di persone). Per affrontare un simile onere le famiglie si muovono perlopiù da sole: ricorrendo a soluzioni di cura informale al domicilio prestata dai familiari a titolo gratuito (una schiera stimata dell'Istat di oltre 3,3 milioni di persone); oppure ricorrendo a *cargivers* privati, retribuiti, in larga misura "badanti" stranieri/e (se ne contano 867.000 nel 2016, ma il numero sale sino a toccare il milione e mezzo secondo le stime che includono anche coloro che lavorano senza un regolare contratto)²⁰. Negli anni della crisi, l'intreccio tra l'aumento della disoccupazione, la riduzione dei redditi e la crescita dei costi dei servizi a contribuzione, ha prodotto due effetti: l'ampliamento dell'assistenza intra-familiare, che fa leva sulle risorse informali della rete parentale a cui è corrisposto un (temporaneo) calo dei/delle badanti; lo slittamento della cura formale prestata a tempo pieno verso il lavoro a ore, più accessibile economicamente e anche più facile da far rifluire in tutto o in parte nel lavoro sommerso²¹.

¹⁸ Istat (2017), *cit.*

¹⁹ Censis (2017), *51° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2011.

²⁰ *Ibidem.*

²¹ Pasquinelli S., Rusmini G. (2013), *Il punto sulle badanti*, in Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN), pp. 137-163.

Come conseguenza circa 1/3 delle risorse (pubbliche e private) complessivamente impiegate nell'assistenza continuativa a persone con disabilità è a vario titolo riconducibile alle famiglie:

- direttamente, sotto forma di spesa *out of pocket* per l'acquisto di servizi di cura sul mercato, quali l'assistenza familiare privata o altri servizi di natura sanitaria e socio-assistenziale di natura privata (for profit e non), per le quali è elevato l'utilizzo dell'indennità di accompagnamento, nonché l'adesione a coperture integrative e assicurative (fondi e assicurazioni sulla salute, la vita, la Ltc),
- indirettamente, sotto forma di assistenza prestata informalmente dai *caregiver* familiari, che per questo rinuncia ad avere un'occupazione per il mercato e ne riduce il monte ore.

Il risvolto economico sui bilanci delle famiglie è evidentemente gravoso, e va a erodere soprattutto pensioni e risparmi accumulati, tanto da costituire ormai un vero e proprio fattore di rischio di impoverimento, secondo solo alla disoccupazione²².

L'insieme di questi fattori produce risvolti sul piano delle disuguaglianze sociali in ragione della diversa capacità delle famiglie stesse di mettere in campo strategie di fronteggiamento del rischio e di risposta ai bisogni. E in particolare, tende ad acuire le disparità di genere, dal momento che le responsabilità di cura continuano ad essere prevalentemente appannaggio femminile, rendendo il tema della conciliazione famiglia lavoro particolarmente stringente soprattutto (anche se non certo esclusivamente) per le donne. Assieme al tema della conciliazione, peraltro, in una prospettiva di maggiore equità, andrebbe altresì sostenuta e facilitata (proprio anche con adeguati supporti di conciliazione, a partire dai congedi di paternità) una più equilibrata ripartizione nei compiti di cura tra uomini e donne entro le mura domestiche.

3.3. Un sistema di risposte disomogeneo

Rispetto a questo scenario, la risposta del welfare pubblico appare disomogenea, con punte di eccellenza in alcuni territori e vuoti assistenziali in altri, sbilanciata sul versante dei trasferimenti e carente sotto il profilo dei servizi, avvitata sulla problematica delle risorse.

Nel 2017, la spesa pubblica per l'assistenza continuativa (Ltc) rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti a prescindere dall'età del beneficiario – che include: la componente sanitaria la spesa per indennità di accompagnamento e la spesa per “altre prestazioni Ltc” – vale complessivamente circa 1,7 punti percentuali di PIL (circa 29 miliardi di euro), di cui circa tre quarti erogati a soggetti con più di 65 anni²³. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente rispettivamente il 40% ed il 46% del totale, il restante 14% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali. Ciò significa che:

- la componente sanitaria è pari a circa lo 0,7% del PIL, ovvero 11,7 miliardi di euro, pari al 10,3% della spesa sanitaria complessiva;
- le indennità di accompagnamento (prestazioni monetarie erogate a invalidi civili, ciechi civili e sordomuti esclusivamente in dipendenza delle condizioni psico-fisiche del soggetto, e non in rapporto al livello di reddito), ammontano, sempre nel 2017, a circa 1.930 mila unità, per una spesa dell'0,8% del PIL (13,4 miliardi di euro); il 91% delle prestazioni è

²² Censis (2017), *51° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, cit.

²³ Valore che si stima salirà al 2,6% nel 2070, secondo le stime riferite allo “scenario nazionale base”, calcolato sulle previsioni di trend demografico Istat con base 2017.

erogato a favore degli invalidi civili (totali e parziali), corrispondente al 93% della spesa totale;

- l'aggregato "altre prestazioni Ltc" – che raccoglie un insieme di prestazioni eterogenee, prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti, riconosciute in forma residenziale e semi-residenziale e, in misura residuale, prestazioni in denaro – è stimata in 0,23 punti percentuali di PIL (3,8 miliardi di euro), di cui poco più del 60% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale e residenziale e il rimanente 40% a trasferimenti in denaro.

Come l'ultimo Rapporto curato dal Network Non Autosufficienza documenta²⁴, il progressivo ampliamento della rete locale dei servizi a titolarità pubblica è stato accompagnato dalla concentrazione su due poli:

- l'assistenza domiciliare integrata, con risposte di natura perlopiù infermieristico-sanitaria, generalmente capace di erogare pochi interventi per caso, attraverso un approccio principalmente prestazionale e per periodi di tempo circoscritti, e forti differenze territoriali in relazione alla capacità di presa in carico e all'intensità del servizio,
- le strutture residenziali, focalizzate su anziani in condizioni ben più critiche rispetto al passato e che richiedono, dunque, un'assistenza sempre più impegnativa: 290 mila al 31 dicembre 2014 erano gli anziani ospitati nei diversi presidi residenziali pari al 2,2% di tutta la popolazione anziana (+4,0% rispetto al 2013), con amplissime differenziazioni tra le diverse regioni. Con il Centro-sud, per lo più attestato su valori al di sotto del 2%, o comunque inferiori alla media nazionale, e il Nord, senza eccezioni, con valori molto più alte: tra il 2,7% dell'Emilia Romagna e il 4,5% della Provincia Autonoma di Trento.

Dal canto suo, il welfare municipale, non meno disomogeneo a livello territoriale, sperimenta assieme alla tendenziale riduzione delle risorse, la contrazione della copertura del proprio servizio di assistenza domiciliare ma un aumento della sua intensità (in termini di spesa per utente) , e insieme la difficoltà a precisare il proprio ruolo, stretto tra bisogni che aumentano e si complessificano e la presenza di un folto numero di assistenti famigliari privati difficili da coordinare, qualificare e integrare col sistema locale dei servizi²⁵.

La disomogeneità della distribuzione dei servizi si riflette nelle risorse investite. Secondo i dati Istat, al netto del contributo degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale, nel 2015 la spesa complessiva dei Comuni per i servizi sociali, ammontava a circa 6 miliardi 932 milioni di euro, pari allo 0,42% del Pil nazionale e al 67,6% del totale della spesa nazionale per i servizi sociali²⁶. Un valore in leggera ripresa (+0,2% rispetto al 2014, anno in cui era stata registrata una crescita dello 0,8% dopo un triennio di flessione), ma sempre segnato da profondi divari territoriali nella spesa pro-capite, che a livello medio nazionale è pari a 114 euro. Ad eccezione della Sardegna, dove i Comuni hanno speso nel 2015 mediamente 228 euro per abitante (il doppio rispetto alla media nazionale), nelle regioni del Mezzogiorno (dove si passa da un minimo di 21 euro per abitante in

²⁴ Barbabella *et al.*, (2017), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in NNA, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° Rapporto 2017/2018, Il tempo delle risposte*, Sant'Arcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore.

²⁵ Gori C. (2017), *Introduzione. L'età dell'incertezza*, in NNA, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° Rapporto 2017/2018*, cit.

²⁶ Fra il 2013 e il 2015 le risorse destinate ai servizi sociali sono aumentate in valore assoluto di quasi 69 milioni di euro. Tuttavia, ad aumentare sono solo le spese destinate a disabili (quasi 36 milioni) e stranieri (oltre 89 milioni) mentre risultano in calo per tutte le altre aree di utenza: quasi 34 milioni in meno per gli anziani, oltre 8 milioni in meno per la povertà, oltre 5 milioni in meno per le famiglie e quasi 5 milioni in meno per le tossicodipendenze. Istat (2017), *La spesa dei Comuni per i servizi sociali*, "Statistiche Report", www.istat.it.

Calabria ad un massimo di 73 euro in Sicilia) i livelli di spesa sono decisamente inferiori rispetto alle regioni del Centro-nord, dove invece si concentra quasi l'80% della spesa per i servizi sociali. Qui si passa da un minimo di 86 euro pro-capite in Umbria fino al massimo di 508 euro per la Provincia di Bolzano, con differenze che penetrano entrano anche i confini regionali e provinciali.

4. Dai dati alle implicazioni di policy

Questi pochi dati ci consentono di cogliere alcune implicazioni per la costruzione di un sistema di politiche per la Ltc, che trovano riscontro nei documenti programmatici della Cisl (si vedano per esempio i documenti del congresso del 2017) e nella proposta nazionale unitaria sulla non autosufficienza. Proviamo a dare ordine a tali considerazioni procedendo per punti.

1. Il fatto che la maggior parte delle persone non autosufficienti siano anziane porta il dibattito corrente a effettuare una sostanziale sovrapposizione tra non autosufficienza e anzianità; porta cioè a ritenere che la non autosufficienza riguardi solo le persone anziane, mentre è presente – anche se con un'incidenza decisamente minore – in tutte le fasce d'età. Avere in mente questo aspetto è imprescindibile per *comprendere il fenomeno nella sua complessità e andare così a cogliere le esigenze specifiche delle sue diverse componenti*.

2. Riconoscere che i casi di disabilità e non autosufficienza innata/congenita sono una minoranza, mentre la maggior parte dei problemi funzionali insorge con l'età (e sono dunque l'esito di un processo di accumulazione di fattori di rischio biologici ma anche sociali e ambientali) consente dunque di evidenziare che *l'età è il principale fattore di rischio*. Di conseguenza, *promuovere un invecchiamento sano ed attivo (il cosiddetto healthy and active ageing) è da considerare una priorità per le politiche di welfare*. È chiaro inoltre che il raggiungimento di un simile obiettivo passa anche dalla *lotta alle disuguaglianze sociali nei fattori di rischio per la salute*, tra cui per esempio la situazione economica, le condizioni ambientali, ecc²⁷. I dati Istat confermano che l'aumento delle limitazioni funzionali e della perdita di autonomia procede in senso inverso al livello di reddito.

3. L'invecchiamento della popolazione e il rischio di non autosufficienza ha *ripercussioni rilevanti sul benessere non solo individuale ma delle famiglie*. E queste ultime non sono equamente attrezzate né in termini di capitale economico (reddito) né in termini di capitale sociale (ampiezza e disponibilità della rete familiare). Per questo è necessario sostenerle con un ventaglio interventi che vanno dal *rafforzamento della filiera dei servizi* (residenziali, semi-residenziali, domiciliari), ai *supporti* alla figura del *careviger* (formale e informale, di cui parleremo al punto successivo), al sostegno dei bisogni di conciliazione famiglia-lavoro, al sostegno del reddito che – accanto all'indennità di accompagnamento (ripensata in modo integrato all'intero sistema) – può trovare risposta nella leva fiscale²⁸.

²⁷ Della Bella S., Lucchini M. (2015), *La non autosufficienza in Italia: un'analisi multivariata*, in Riva E., a cura di, *Ripensare le politiche per la non autosufficienza. Liberare e qualificare il potenziale del neo-mutualismo*, Bologna, il Mulino.

²⁸ Tra le proposte del sindacato spicca in tal senso il Naf (Nuovo assegno familiare), che mira a unificare le detrazioni per figli e assegno al nucleo familiare, potenziandoli in un unico sostegno economico basato sul reddito familiare, che

4. Il tema dell'assistenza familiare è di particolare rilievo e ha diverse implicazioni *sul piano della sostenibilità economica e psico-fisica, oltre che della qualità*. Costosa e impegnativa sia quando le cure sono prestate da un congiunto sia quando si ricorre alle assistenti domiciliari professionali, richiede delle competenze (anche infermieristiche) che non possono essere date per scontate. Se, negli ultimi anni, a coprire questo ruolo si è prestata in modo “funzionale” la manodopera immigrata, alimentando un “welfare parallelo”, largamente invisibile, le criticità del lavoro di cura al domicilio non sono certo risolte. Ancora molto occorre fare per riconoscere e valorizzare il lavoro di cura informale (per esempio sul fronte previdenziale), sviluppare e regolare il mercato formale della cura domiciliare, definendo un quadro di tutele e diritti sociali per i prestatori di cura, rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata e il ventaglio delle alternative con il mix di offerta pubblica, privata e di terzo settore, supportare sia economicamente sia con servizi di orientamento e accompagnamento la capacità/il potere di scelta tra di esse²⁹.

5. Il sistema delle risposte è fortemente eterogeneo sul territorio, per questo, è strategico che la definizione dei Livelli proceda di pari passo con la definizione dei Liveas, al fine di ridurre, agendo in modo integrato, i divari che caratterizzano i sistemi di welfare locali nel nostro paese, e di avere una base comune per la definizione di un piano nazionale di intervento. All'uniformità dei processi di presa in carico e delle prestazioni (secondo il bisogno), si unisce l'esigenza indicare criteri e standard relativi al sistema di erogazione³⁰. Non è peraltro certamente solo un problema di quantità di posti e servizi ma anche di *qualità e innovazione dell'offerta*, rispetto a cui l'ampliamento riguarda anche lo spettro delle tipologie e delle modalità di struttura i servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, includendo il tema della residenzialità leggera (con nuove soluzioni abitative) e allo sviluppo delle cure intermedie post-acuzie e di riabilitazione.

6. A questa esigenza si affianca quella di integrare le politiche e le risposte non solo tra sociale, assistenziale e sanitario, ma *allargando l'integrazione al campo delle politiche del lavoro, fiscali, abitative, della formazione*, per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone. Tale integrazione, che oggi è perlopiù affidata ai territori, ai servizi e al sistema di welfare locali, alle reti di fronteggiamento formali e informali – e che trova certamente nei territori l'ambito elettivo di implementazione – ha bisogno di essere sostenuta già *a livello nazionale, configurando vere e proprie “filie istituzionali”*³¹ che dal macro arrivino sino al micro.

7. La questione delle risorse economiche è centrale, ed è centrale che venga messo al riparo dalle congiunture negative di varia natura. Tra esigenze di risanamento dei conti pubblici, contrazione dei trasferimenti dallo stato alle Regioni ed enti locali per le politiche sociali, alterne fortune del Fondo per le non autosufficienze, i welfare territoriali si sono trovati in questi anni in difficoltà nel

cresca al crescere della dimensione della famiglia e alla presenza di componenti con invalidità, o non autosufficienti e si riduca all'aumentare del reddito. L'obiettivo è di costruire un sistema più equo, semplice e flessibile, che tratti tutte le famiglie alla stessa stregua, indipendentemente dalla distribuzione del reddito tra i due percettori e che inglobi il concetto di universalità nel sostegno ai figli, con particolare attenzione nei casi di disagio (cfr. Progetto di legge di iniziativa popolare: “Per un fisco più equo e giusto”; <http://www.fisco.cisl.it/>).

²⁹ Ciarini 2015

³⁰ Cisl, *ITALIA 2018. La CISL per l'Europa, il lavoro, il fisco, il welfare*. <https://www.cisl.it/focus/8413-italia-2018-la-cisl-per-l-europa-il-lavoro-il-fisco-il-welfare.html>

³¹ *Ibidem*.

mantenere i livelli di servizio in termini di estensione della copertura, qualità delle prestazioni, equità e appropriatezza del sistema locale³². Tuttavia al pari dell'individuazione di nuovi canali e forme di finanziamento (che possono annoverare fra l'altro l'introduzione di una tassa di scopo così come la valorizzazione forme mutualistiche), è necessario procedere a un'accorta *riqualificazione della spesa pubblica*, operando al riguardo una decisa opzione politica³³.

5. Contrattare e intervenire per la non autosufficienza nel welfare locale

L'articolazione territoriale dei servizi, l'integrazione delle politiche e delle risposte, il sostegno ai *caregivers* formali e informali sono tutte esigenze che hanno bisogno di essere supportate da quelle che abbiamo appena chiamato "filiera istituzionali" che si devono definire a partire dal livello macro, nazionale, precisando il quadro normativo di riferimento. D'altro canto è nei territori che tali esigenze vanno a impattare e a cercare risposte effettive. Per questo, l'azione del sindacato volta a promuovere la costruzione di un sistema per la Ltc ha bisogno di essere (e di fatto è) articolata in più livelli e in più direzioni.

5.1. Specificità e complementarità tra le azioni

In questa prospettiva sia la contrattazione collettiva di secondo livello in materia di welfare (in linea con la contrattazione collettiva nazionale, categoriale) sia la contrattazione sociale territoriale sono chiamate a ricoprire un ruolo di primo piano per implementare strategie e misure che in modo autonomo e innovativo provino a dare tali risposte, pur in assenza (almeno ad oggi) di chiare indicazioni (e di risorse) di tipo istituzionale. Ciascuna delle due, certamente, valorizzando la propria specificità:

- la contrattazione collettiva di secondo livello interviene in particolare – in modo complementare (e aggiuntivo) alla contrattazione collettiva nazionale – sul riconoscimento nei contesti di lavoro delle esigenze dei *caregivers* informali, sulla tutela della continuità lavorativa sia dei *caregivers* informali (permessi aggiuntivi) sia dei lavoratori disabili e affetti da gravi patologie (flessibilità per accedere alle cure, servizi a supporto), sull'agevolazione di coperture assicurative, sul convenzionamento con servizi di assistenza³⁴.
- la contrattazione sociale – a cui è specificamente dedicato questo *focus* – opera in via prevalente sul sistema dei servizi territoriali intesi in senso lato, ovvero *sul sistema delle risposte ai bisogni della persona non autosufficiente, con una duplice (e inscindibile) centratura: sul territorio e sulla persona*.

³² Caruso E., Gori C., Pelliccia L. e Pesaresi F. (2013), *Le politiche nazionali per gli anziani non autosufficienti*, in Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 4° Rapporto. Tra crisi e ripartenza*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN), pp. 137-163.

³³ Riva E. (2015), *Far quadrare il bilancio o generare nuove soluzioni?*, in Id., a cura di, cit.

³⁴ Cfr. Stefanovichj S. (2014), *Disabilità e non autosufficienza nella contrattazione collettiva. Il caso italiano nella prospettiva della Strategia europea sulla disabilità 2010-2020*, in collaborazione con Cisl, Adapt Labour Studies e-Book series, n. 33, 2014; cfr. Cisl-Dipartimento Lavoro Formazione Contrattazione Bilateralità (2018), *4° Rapporto Ocsel sulla contrattazione aziendale 2016/17, Una contrattazione aziendale sempre più plurale e nuova*.

A queste diverse tipologie di azione spetta contribuire a costruire le filiere istituzionali dette. Ma per farlo, hanno bisogno di integrarsi, di rendersi complementari per dare corpo, esse stesse a una *“filiere contrattuale/negoziale” che dal livello nazionale arrivi ai territori (e viceversa)*. Ciò, peraltro, includendo anche quello che altrove abbiamo definito il *“welfare associativo sindacale”*³⁵, cioè quell’insieme di esperienze, interventi, progetti che coinvolgono le realtà di servizi, gli sportelli, le associazioni che affiancano l’azione negoziale e di rappresentanza del sindacato nel suo rapporto con i lavoratori, le famiglie, i cittadini.

Questa funzione di costruzione di *“filiere negoziali”* che supportano la costruzione di *“filiere istituzionali per la Ltc”* è particolarmente rilevante nel caso della contrattazione sociale che – in forza della sua dimensione territoriale – assume tra le sue *priorità strategiche il rafforzamento dell’infrastrutturazione sociale del Paese*. Il che nel caso della non autosufficienza significa *la promozione di un sistema locale integrato di interventi e servizi sociali, sanitari, e socio-assistenziali, considerando come fulcro la persona e la complessità dei suoi bisogni*.

5.2. Ambiti prioritari di intervento

Questo posizionamento strategico illumina gli ambiti nei quali la contrattazione sociale può candidarsi a rappresentare una specifica leva di intervento, quali anzitutto:

- la ricomposizione delle prestazioni di diversa natura (sociale, sanitaria, assistenziale), secondo quanto ribadito in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni dall’Intesa sul riparto del Fondo per le politiche della famiglia del 2017, e insieme l’integrazione dei servizi territoriali,
- la promozione dell’assistenza domiciliare che consentano alla persona non autosufficiente di permanere nel proprio contesto di vita il più possibile e al meglio possibile,
- la promozione/sperimentazione di servizi innovativi (residenziali/semiresidenziali, diurni, domiciliari,...),
- la qualificazione e il sostegno dei *caregivers* formali (regolarizzazione, formazione, ecc.) e informali (forme di accompagnamento, *respite*, ecc.),
- lo sviluppo dell’accessibilità *“materiale e immateriale”*, intesa quindi sia in chiave di *“accessibilità urbana e spaziale”* (abbattimento delle barriere architettoniche, agevolazione della mobilità territoriale, ecc.) sia in chiave di *“accessibilità simbolico-culturale”* (fruizione dei servizi e degli spazi di socializzazione, culturali, di espressione personale ecc.) quale tramite indispensabile dei processi di inclusione e partecipazione e primo passo per la costruzione di una comunità aperta e *“amichevole”*,
- l’accompagnamento alle famiglie e il sostegno alla domanda, anche per il tramite della rimodulazione delle tariffe e dei criteri di accesso/eleggibilità ai servizi e alle prestazioni.

Si tratta di priorità che nella strategia propria della Cisl e della Fnp Cisl – per come emerge dai documenti programmatici dell’organizzazione (si vedano in particolare di documenti congressuali), ma anche nelle interviste realizzate con alcuni testimoni privilegiati dell’organizzazione – possono essere riarticolate e sintetizzate come segue:

³⁵ Cisl – Fnp Cisl, Osservatorio sociale della contrattazione territoriale, *Rapporto 2017. Promuovere il welfare per uno sviluppo inclusivo*, a cura di R. Lodigiani, E. Riva, M. Colombi, Edizioni Lavoro, Roma 2917.

1. supporto ai *caregivers* e loro collegamento alla rete dei servizi, per qualificare l’assistenza domiciliare e contrastarne l’isolamento,
2. domiciliarità “aperta”: non solo assistenza al domicilio ma integrazione nel territorio (mobilità, cohousing, case famiglia, servizi di inclusione, luoghi di socializzazione, ambulatori, ecc.),
3. continuità assistenziale ospedale/territorio, servizi sanitari assistenziali, medicina di iniziativa, case della salute, percorsi terapeutici e diagnostici, ecc.).

Questa riarticolazione ha il pregio di mettere in luce in modo più specifico gli *spazi di intervento e innovazione che la Cisl e la Fnp Cisl vede come prioritari e complementari a quelli che tipicamente sono associati all’azione della contrattazione sociale*, anche nell’ambito della non autosufficienza, quali per es. la negoziazione sui bilanci comunali, la spesa sociale e i prezzi e le tariffe dei servizi locali.

5.1. L’opzione di fondo: un welfare comunitario che costruisce “luoghi”

Grazie a questa riarticolazione emerge con chiarezza *l’opzione di fondo dell’organizzazione per un welfare locale “comunitario”, plurale e partecipativo*: un welfare che pone al centro la persona, tenendo insieme le fragilità e le potenzialità di ciascuno, che opera in una logica generativa e si muove in un’ottica di lungo periodo, condividendo obiettivi di sviluppo, mettendo a valore le risorse economiche e relazionali del territorio³⁶. Un welfare che considera lo stesso territorio a partire dalla pluralità dei soggetti che lo “abitano” e ne sono responsabili: enti locali, corpi intermedi, imprese, cittadini. In sintesi, un welfare che – come ribadito in occasione del XVIII Congresso Nazionale Fnp Cisl del 2017 – *ricosce il ruolo strategico del territorio*, in quanto crocevia di domanda e offerta di bisogni e risposte, e che proprio a partire dal territorio e dalle comunità locali

può realizzare un unico “welfare integrato”, che nasca e si organizzi dal basso, dove è possibile affermare il ruolo sociale e la rappresentatività del sindacato, a condizione che vi sia un’efficace sinergia tra la contrattazione sociale di prossimità e quella di secondo livello e sia ricercata l’alleanza delle associazioni e organizzazioni sociali operanti nel territorio, insieme al consenso dell’opinione pubblica della comunità³⁷.

Il territorio dunque *non è solo uno spazio fisico ma un luogo intessuto di relazioni*, in cui diventa tangibile il nesso tra bisogni specifici dei lavoratori e delle lavoratrici e quelli dei cittadini, lavoratori e non; il luogo in cui si costruisce il rapporto tra imprese e il contesto in cui sono situate, in cui si possono gettare le basi per l’integrazione tra le diverse tipologie di contrattazione. Non si può dare per scontato che ogni territorio abbia la stessa dotazione di risorse e capacità di attivazione, per questo l’azione di negoziazione della Cisl – per vocazione volta a costruire alleanze e a interpretare la contrattazione sociale e la contrattazione di secondo livello in chiave partecipativa e cooperativa – può ricoprire una *funzione promozionale e abilitante*, volta a

³⁶ Cisl – Fnp Cisl, Osservatorio sociale della contrattazione territoriale, *Rapporto 2017*, cit.

³⁷ Fnp Cisl (2017), *Documento Commissione Politiche Socio-Sanitarie e Formazione*, XVIII Congresso Nazionale Fnp Cisl, Riccione 29-31 maggio, <https://www.pensionati.cisl.it/pdf/congresso-riccione-2017/commissione-politiche-socio-sanitarie.pdf>.

sviluppare nei territori la capacità di esprimere i bisogni e di dare risposta, di *voice* e di rappresentanza degli interessi di tutti. Il territorio diviene potenzialmente un *luogo di apprendimento collettivo*, generatore di reti solidaristiche e di forme di azione partecipata, innesco per ulteriori apprendimenti, al di là dei suoi stessi confini, tramite *processi di disseminazione, imitazione, contaminazione di esperienze*.

2. DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA NEGLI ACCORDI DELL'OSSERVATORIO*

In questa edizione del rapporto si è scelto di approfondire il tema delle politiche per la disabilità e non autosufficienza attraverso un approccio quali-quantitativo. Dell'analisi qualitativa si darà conto nel capitolo 3. Qui si analizza la contrattazione in materia di disabilità e non autosufficienza per come emerge dagli accordi caricati nell'archivio dell'Osservatorio. In proposito, due sono le strade analitiche che è possibile percorrere per meglio chiarire i contenuti della contrattazione documentata:

- 1) mettere a tema gli accordi che prevedono, tra i destinatari, soggetti non autosufficienti e/o disabili;
- 2) esaminare gli accordi che prevedono interventi sulla micro-area della non autosufficienza, entro la macro-area delle politiche socio-familiari.

1. Gli accordi rivolti a soggetti non autosufficienti e/o disabili

Quanto al primo punto in esame, *la quota di intese che prevedono misure per l'insieme dei soggetti non autosufficienti nel 2017 è pari al 33,0%, mentre la percentuale di accordi virtualmente destinati ai disabili è pari al 30,6%* (Figura 1). *La quota relativa di contrattazione per le persone non autosufficienti ha toccato il valore massimo nel 2013 (44,5%); negli anni seguenti si è stabilizzata su valori prossimi al dato registrato nel 2017; di contro, la percentuale di accordi intesi a sostenere la disabilità è cresciuta in modo tendenziale, dal 20,1% registrato nel 2013.* Come esito di questi trend, sul totale della contrattazione documentata nel periodo 2013-2017, più di un terzo degli accordi prevede interventi per soggetti non autosufficienti (35,7%) e circa un quarto si rivolge ai disabili (24,0%). Nelle regioni:

- nel 2017 la percentuale di contrattazione in favore dei soggetti non autosufficienti è massima in Lombardia (51,6%) e Abruzzo (50,0%), mentre la quota di intese a sostegno dei disabili è su valori più elevati in Lombardia (45,6%), Toscana (42,1%) e Abruzzo (33,3%);
- tra il 2013 e il 2017 l'incidenza delle intese rivolte ai soggetti non autosufficienti è più elevata in Lombardia (57,2%), Sardegna (37,5%), Campania (37,0%), mentre la contrattazione per i disabili ha un peso maggiore in Molise (40,0%), Lombardia (35,5%), Umbria (27,8%) e Abruzzo (27,4%).

Gli interventi che sono stati contrattati nel 2017 in favore dei soggetti non autosufficienti ricadono in quasi nove casi su dieci (86,2%) nel novero delle politiche socio-familiari; decisamente meno frequenti sono gli accordi che introducono o regolano misure di politica sanitaria (10,5%) oppure di politica fiscale (2,3%) (Tabella 1). Nel quinquennio si osserva l'aumento tendenziale dell'incidenza relativa delle misure di politica socio-familiare (pari al 68,4% del totale nel 2013), cui fa da contraltare la diminuzione della quota di intese che insistono sulle materie sanitarie (28,5% nel 2013). Quale esito di queste dinamiche, nell'intero periodo in osservazione, i due terzi degli accordi destinati a soggetti non autosufficienti ricadono entro la macro-area delle politiche socio-familiari (78,9%) e meno di un quinto del totale (17,4%) rimanda a interventi di natura sanitaria. Per quanto concerne i disabili, in otto casi su dieci (81,1%) gli accordi siglati nel 2017 insistono sulla macro-area delle politiche socio-familiari; seguono le politiche sanitarie (6,5%), per il territorio (5,3%),

* Di Egidio Riva.

per il mercato del lavoro (4,1%) oppure gli interventi che ricadono nell'area della fiscalità (3,1%). Lungo il quinquennio, la percentuale di contrattazione nell'ambito delle politiche socio-familiari si è ridotta, fino ad attestarsi al 81,1% nella media del periodo; per contro è cresciuta l'importanza relativa della contrattazione in materia di mercato del lavoro e sanità.

Figura 1 – Accordi che prevedono interventi per soggetti non autosufficienti e disabili, per anno (% sul totale)

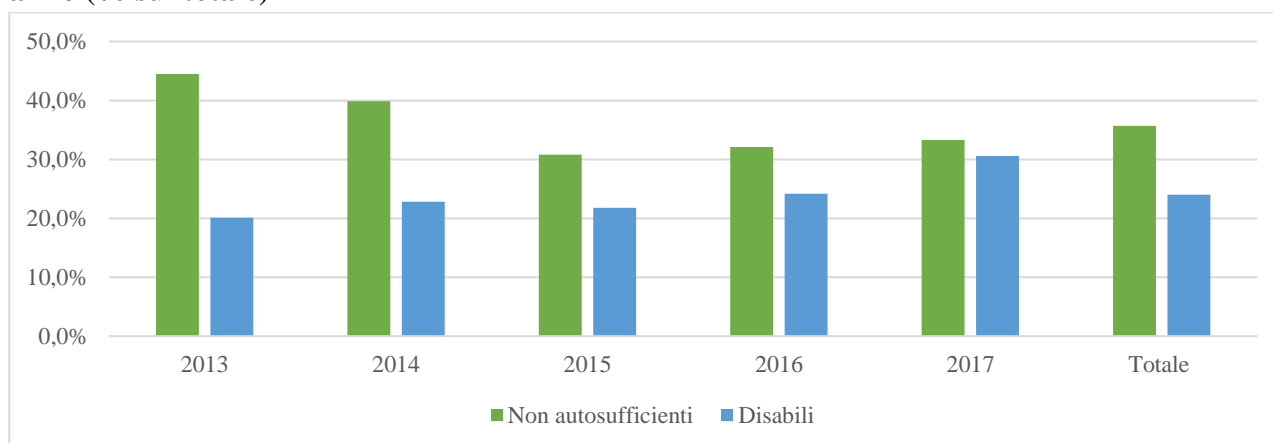


Tabella 1 – Accordi che prevedono interventi per soggetti non autosufficienti e disabili, per macro-area di politica e per anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Non autosufficienti						
Socio-familiare	68,4%	65,4%	89,3%	88,2%	86,2%	78,9%
Fisco	2,1%	3,3%	3,7%	4,0%	2,3%	3,0%
Mercato del lavoro	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%
Sanità	28,5%	30,7%	6,8%	7,2%	10,5%	17,4%
Territorio	0,8%	0,6%	0,2%	0,6%	0,8%	0,6%
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Disabili						
Socio-familiare	85,2%	80,8%	77,3%	80,9%	81,1%	80,9%
Fisco	3,8%	6,2%	7,9%	2,2%	3,1%	4,3%
Mercato del lavoro	1,7%	2,7%	4,1%	6,6%	4,1%	4,1%
Sanità	5,9%	8,1%	6,9%	7,4%	6,5%	6,9%
Territorio	3,4%	2,3%	3,8%	3,0%	5,3%	3,8%
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

2. Gli accordi che prevedono interventi di politica per la non autosufficienza

Quanto al secondo punto, nel 2017, il 5,8% degli accordi validi prevede interventi classificati come politiche socio-familiari per la non autosufficienza (Tabella 2). Nel 2016 tale quota era pari al 4,4%, mentre negli anni precedenti la quota di accordi che insistevano sulla medesima micro-area di politica era decisamente superiore. Sull'intero quinquennio, 326 accordi, vale a dire l'8,2% del totale di quelli archiviati, insistono sulla micro-area della non autosufficienza. Su base regionale: nel 2017 la quota relativa di contrattazione documentata sull'ambito di politica in parola è superiore alla media in Abruzzo (25,0%), Emilia-Romagna (13,2%); tra il 2013 e il 2017 l'incidenza degli

interventi nell'ambito della micro-area della non autosufficienza risulta più elevata in Abruzzo (25,8%), Lombardia (13,0%), Emilia-Romagna (9,1%).

Tabella 2 – Accordi che prevedono interventi nell'ambito delle politiche socio-familiari per la non autosufficienza, per regione e per anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Abruzzo	41,2%	6,3%	41,7%	0,0%	25,0%	25,8%
Calabria	-	-	-	-	0,0%	0,0%
Campania	5,0%	10,0%	0,0%	0,0%	8,0%	4,2%
Emilia-Romagna	5,9%	11,9%	9,2%	2,6%	13,2%	9,1%
Friuli-Venezia Giulia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lazio	0,0%	0,0%	0,0%	16,0%	7,1%	5,4%
Liguria	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%
Lombardia	17,6%	19,8%	17,7%	7,1%	5,4%	13,0%
Marche	8,3%	2,4%	4,3%	1,6%	0,0%	2,5%
Molise	0,0%		0,0%	0,0%	-	0,0%
Piemonte	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,3%
Puglia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sardegna	20,0%	-	0,0%	0,0%	-	12,5%
Sicilia	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Toscana	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,4%
Umbria	0,0%	0,0%	0,0%	-	0,0%	0,0%
Veneto	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale	10,6%	12,1%	9,4%	4,4%	5,8%	8,2%

2.1 Gli interventi nelle diverse micro-aree di politica

Scendendo nel livello di analisi (Tabella 3), è possibile notare che, nel 2017, *sul totale degli accordi destinati ai soggetti non autosufficienti, la quota più cospicua prevede interventi di assistenza domiciliare (33,3%) o assistenza residenziale e semi-residenziale (33,3%) nel campo delle politiche socio-familiari*. Molto meno frequenti sono le intese che introducono o regolano le misure di assistenza sanitaria a carattere territoriale (4,3%), interventi a contrasto della povertà (2,6%), la compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali (2,3%) o i servizi di presa in carico (2,1%). *Nel quinquennio, la parte più consistente di contrattazione in favore dei soggetti non autosufficienti interviene sull'assistenza sociale a carattere residenziale o semi-residenziale (31,1%) oppure sull'assistenza sociale a domicilio (25,9%), sulle misure di telesoccorso a carattere sanitario (7,4%), sulla compartecipazione ai costi dei servizi socio-assistenziali (3,0%), sull'assistenza sanitaria di tipo residenziale e semi-residenziale (2,6%), sull'offerta dei servizi socio-sanitari (2,6%), sulla fiscalità locale (2,6%).*

Relativamente alla contrattazione in favore dei disabili, nel 2017 in un quarto dei casi (24,0%) sono stati negoziati servizi di assistenza domiciliare a carattere socio-assistenziale, in poco più di un caso su dieci misure socio-familiari di assistenza residenziale e semi-residenziale (12,8%); seguono i servizi socio-educativi (che ricorrono nel 7,7% dei casi), misure per l'inclusione sociale (5,5%), l'offerta di servizi socio-assistenziali (5,3%), interventi per l'istruzione (4,5%) e servizi di trasporto (4,1%). Nell'intero arco temporale in esame, la contrattazione sulla disabilità è intervenuta, prevalentemente, sull'offerta di servizi socio-assistenziali (16,5%), sull'assistenza domiciliare (15,6%) e residenziale o semi-residenziale (12,5%) a carattere sociale, sui servizi

socio-educativi all'infanzia (9,2%), sui progetti di inclusione sociale (4,4%), sul fisco locale (3,9%) e sulla materia dell'istruzione (3,6%).

Tabella 3 – Accordi che prevedono interventi per soggetti non autosufficienti e disabili per macro e micro area di politica e per anno (% sul totale, prime cinque voci)

	2017	2013-2017
Non autosufficienti		
SOCIO-FAM assistenza domiciliare	33,3%	25,9%
SOCIO-FAM assistenza residenziale e semi-residenz.	33,3%	31,1%
SOCIO-FAM non autosufficienza	5,3%	9,7%
SAN assistenza territoriale residenziale e semi	4,3%	2,9%
SOCIO-FAM povertà	2,7%	
SOCIO-FAM telesoccorso		7,3%
SOCIO-FAM compartecipazione		3,0%
Disabili		
SOCIO-FAM assistenza domiciliare	24,0%	15,6%
SOCIO-FAM assistenza residenziale e semi-residenz.	12,8%	12,5%
SOCIO-FAM servizio socio-educativi	7,7%	9,2%
SOCIO-FAM inclusione sociale	5,5%	4,4%
SOCIO-FAM offerta dei servizi	5,3%	16,5%

3. RAPPRESENTARE LA NON AUTOSUFFICIENZA: UNA LETTURA QUALITATIVA DI ACCORDI E PROGETTI*

1. Finalità e profilo dell'approfondimento qualitativo

Delle priorità strategiche indicate in apertura (cap. 1) si trova un primo riscontro attraverso le elaborazioni dei dati dell'Osservatorio sociale presentati nel precedente capitolo (cap.2), al quale evidentemente rimandiamo. Basti qui solo ricordare che sull'intero quinquennio considerato, 326 accordi, pari all'8,2% del totale di quelli archiviati, insistono sulla micro-area della non autosufficienza, entro l'ambito della macro area delle politiche socio-famigliari; ricordiamo che quella delle politiche socio-famigliari è un'area particolarmente frequentata dalla contrattazione, tanto che su di essa insistono 3 accordi su 4; in essa rientrano, assieme alla non autosufficienza, molteplici voci tra cui alcune decisamente contigue alla Ltc e quindi rilevanti per valutare il complesso di interventi in questo ambito – quali per es. l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale e semi-residenziale – ma anche azioni di sistema, buoni e voucher, casa, compartecipazione, criteri di accesso, inclusione sociale, istruzione, offerta servizi, pari opportunità, povertà, servizi di accesso e presa in carico, servizi socio-educativi, tempi di vita e lavoro, tempo libero, che a diverso titolo possono interessare il tema in oggetto. In particolare dai dati emerge che *i soggetti non autosufficienti e i disabili sono stabilmente tra i target privilegiati della contrattazione sociale*, dopo il target cittadinanza e famiglie. Emerge inoltre la *solidità della predilezione per gli ambiti di intervento di natura socio-assistenziale, nonché per gli interventi che riguardano l'assistenza domiciliare e residenziale o semi-residenziale*.

Si tratta di indicazioni importanti (per il cui dettaglio naturalmente si rimanda alle pagine che precedono) e al tempo stesso parziali per cogliere appieno le specificità dell'intervento della contrattazione sociale in materia di disabilità e non autosufficienza; specificità che per essere meglio colte richiedono di procedere alla lettura degli accordi e a una loro analisi qualitativa. L'obiettivo del *focus* qualitativo presentato in questo capitolo è precisamente quello di procedere in tal senso; si prefigge quindi di investigare più in profondità a quali bisogni – a partire dalla persona – la contrattazione sociale (e più ampiamente l'azione negoziale di rappresentanza del sindacato nei territori) mira a rispondere; dunque si prefigge di chiarire *come* e *dove* il sindacato agisce, su *cosa* interviene. Ciò tenendo in conto i diversi livelli territoriali di azione (regionale, comunale, intercomunale, distrettuale) e la pluralità di attori coinvolti (sindacato confederale, federazione nazionale dei pensionati, federazioni di categoria, associazioni, enti, servizi, ecc.).

Il *focus* si basa su una selezione di accordi in materia di non autosufficienza (e disabilità), riferiti al 2016 e 2017 e caricati nell'archivio dell'Osservatorio sociale, e di esperienze progettuali e interventi, segnalati nel 2018, attivati nei territori anche al di là delle dinamiche strettamente concertative/negoziali³⁸. Il *focus* include quindi l'analisi di progetti e interventi realizzati grazie all'azione delle molteplici realtà che compongono la “galassia Cisl” e danno corpo alla sua azione plurale a livello locale: associazioni (per es. Anteas, Anolf), enti (per es. patronato Inas), servizi

* Di Rosangela Lodigiani

³⁸ Le segnalazioni sono state raccolte tramite una scheda di rilevazione, appositamente approntata, e inviata ai segretari regionali. Ringraziamo i segretari regionali e i referenti sindacali che hanno segnalato gli accordi e le esperienze, e quelli che hanno altresì dato la disponibilità ad interviste qualitative di approfondimento.

(per es. Caf); *una azione plurale che costituisce un punto di forza e una ricchezza per l'organizzazione*, da conoscere e valorizzare sempre meglio³⁹.

Sono una cinquantina le segnalazioni complessivamente raccolte⁴⁰, provenienti sostanzialmente da tutte le regioni nelle quali anche l'archivio dell'Osservatorio sociale documenta l'azione negoziale del sindacato: Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto. Per la precisione: 47 esperienze segnalate da 13 regioni in tutto: un campione evidentemente non rappresentativo dal punto di vista statistico ma prezioso per:

- indagare in chiave qualitativa come l'azione sindacale interviene per contribuire a strutturare il sistema territoriale di risposte ai bisogni della non autosufficienza,
- portare alla luce le ragioni che spingono a valutare come particolarmente rilevate un'intesa, un accordo, un'esperienza, un progetto attivati⁴¹.

È importante chiarire, prima di entrare nel merito, che le esperienze analizzate e qui citate *non sono necessariamente le migliori* pratiche realizzate nei territori – né tantomeno le uniche – ma sono pratiche *giudicate interessanti e utili* per approfondire il tema in oggetto.

2. La parola ad accordi e progetti

La lettura dei materiali raccolti evidenzia anzitutto che *gli accordi e i progetti segnalati coprono nel complesso un largo ventaglio di ambiti di intervento*, tra cui in particolare: orientamento/informazione, socializzazione e inclusione; accessibilità, mobilità; sostegno economico; formazione e regolarizzazione dei *caregivers* formali; sostegno dei *caregivers* informali; sostegno alla domiciliarità; ampliamento della disponibilità servizi (in specie Rsa), integrazione dei servizi. Restano più sullo sfondo, ma non sono assenti, le proposte che riguardano l'inserimento lavorativo dei soggetti con disabilità e le esigenze dei famigliari-lavoratori che sono anche *caregivers*, a cui l'azione sindacale risponde soprattutto tramite la contrattazione collettiva di primo e di secondo livello.

Vengono così alla luce la pluralità di ambiti in cui si muove l'azione negoziale nei territori e la sua capacità di esprimere indicazioni concrete (tramite la firma di accordi e l'attivazione di progetti) in risposta allo spettro dei bisogni di servizi specifici e di accompagnamento che le persone non autosufficienti e disabili – e le loro famiglie – esprimono nelle diverse fasi del corso di vita. Il fatto che questa evidenza provenga dalla lettura delle esperienze segnalate dà ad essa un significato ancor più rilevante: in tutti questi ambiti di intervento vi sono *accordi e progetti che sono stati giudicati di valore, meritevoli di particolare attenzione*. Comprendere perché e cosa li renda tali ci consente di

³⁹ A questo proposito sia consentito un piccolo inciso. Allargare nel senso detto lo sguardo, consente di valorizzare azioni e interventi del sindacato comunque strutturati e riconducibili a un progetto specifico. Resta tuttavia fuori un'ampia azione di negoziazione, dialogo, confronto – che non va dimenticata, né sottovalutata – che si realizza anche in sedi e in modo informali, che precede e rende possibile la definizione di un accordo formale, che contribuisce a “fare cultura e a creare pensiero”, come sintetizzato da uno degli intervistati.

⁴⁰ La selezione è costruita a partire dalle segnalazioni pervenute grazie ai referenti territoriali e ai contrattualisti. Il commento alle segnalazioni è arricchito dalle riflessioni di alcuni segretari regionali e i referenti sindacali raccolte tramite interviste qualitative. In questo modo il *focus* non solo getta una luce su come e dove si interviene, ma su *quando si ritiene di essere di valore*, portando a esplicitare quali criteri (personali, organizzativi) sono messi in campo per valutare tale valore, tramite un processo di *riflessività sul proprio operato*. La scheda di rilevazione richiedeva espressamente di esplicitare le ragioni per le quali si è ritenuto importante segnalare uno specifico accordo/progetto.

⁴¹ Per comodità e chiarezza espositiva, utilizzeremo la parola “esperienza” per indicare in modo indistinto una segnalazione, sia essa relativa a un accordo o a un progetto.

esplicitare i “criteri di merito” sottesi alla scelta. A partire dalle parole utilizzate dagli stessi soggetti segnalanti e riflettendo sulle esperienze selezionate nel corso delle interviste in profondità, possono essere identificati 4 macro criteri.

2.1 Esprimere una linea strategica, rafforzare framework normativo

Un primo criterio di qualità attiene la *dimensione politico-strategica* dell’azione sindacale nell’ambito della non autosufficienza. Alcune esperienze – in particolare intese e protocolli di intesa siglati (soprattutto ma non solo) a livello regionale – sono state segnalate in quanto capaci di esprimere in modo chiaro le priorità del sindacato a livello territoriale, contribuire a strutturare le pratiche di contrattazione e negoziazione sociale. A titolo d’esempio può essere citato l’accordo siglato nel 2016 tra le OO.SS. e l’Anci Lazio (n. 5622). Due sono gli aspetti dell’accordo che vale la pena di richiamare:

- un intero articolo è dedicato al tema della non autosufficienza e a indicare le priorità di intervento alla luce del quadro normativo della regione Lazio (il riferimento specifico è alla Dgr 3.5.2015, n. 223, Servizi e interventi di assistenza alla persona), in particolare: la presa in carico integrata della persona non autosufficiente, tramite il sostegno alla famiglia e servizi sul territorio, l’azioni di rete e di sostegno economico; la valutazione di fattibilità di forme mutualistiche di sostegno da implementarsi anche tramite la contrattazione di secondo livello e il recupero di risorse derivanti dalla lotta all’evasione fiscale; la definizione dei vincoli reddituali sulla base dei quali modulare il sostegno alle famiglie che impiegano *caregivers* formali; la promozione dei Piani intercomunali per la gestione associata dei servizi sociali e socio sanitari, tenuto conto del Piano regionale e utilizzando oltre alle risorse ivi previste, anche i Fondi europei 2014-2020 per gli interventi di inclusione sociale; nella sostanza, il rafforzamento del confronto territoriale nella definizione dei Piani di zona in ambito locale della rete di offerta sociale per i non autosufficienti;
- è esplicitato l’impegno di tutti i firmatari, a partire da Anci, nel portare a conoscenza dei comuni associati l’accordo, promuovendone l’impegno per il conseguimento dei contenuti tramite la sottoscrizione di ulteriori specifici accordi, che traducano operativamente sul territorio le indicazioni date.

Secondo le parole degli intervistati, simili accordi di carattere politico-strategico – specialmente quando siglati a livello regionale – hanno il pregio di rispondere ad un’esigenza molto avvertita nei territori, ovvero di poter contare su macro linee guida di intervento, su coordinate di riferimento entro cui operare in autonomia. In questa direzione – si sostiene – si dovrebbe agire di più, *rafforzando il carattere di indirizzo degli accordi regionali*, utilizzando simili accordi in particolare per definire un framework normativo con precisi elementi di regolazione e vincoli di attuazione a cui ancorare la negoziazione locale. Senza questo salto di qualità tali accordi rischiano di restare confinati al piano dell’indicazione strategica ma di non riuscire a trovare vie concrete di implementazione a livello locale.

Tuttavia, la loro utilità politico-culturale non va sottovalutata nella misura in cui contribuisce ad alimentare e sostenere il dibattito sui temi della Ltc. Il *valore culturale della rappresentanza sociale* ne esce comunque rinforzato a vantaggio delle funzioni di *advocacy*, *voice* dei soggetti e dei gruppi più fragili che essa svolge. A titolo d’esempio possono essere citati il Protocollo d’intesa Regione Lazio, Anci- Cgil, Cisl e Uil (n. 6659) e il Protocollo di Intesa tra Azienda Sanitaria Provinciale di

Caltanissetta, Comitato Consultivo aziendale Asp di Caltanissetta, Segreteria dei Pensionati Spi Cgil-Fnp Cisl Ag/CI/En, Uilp Uil di Caltanissetta (n. 5949) che, fra l'altro, prevedono la costituzione di un Tavolo permanente di confronto; l'accordo protocollo d'intesa tra la Conferenza Sociale e Sanitaria di Parma e le OO.SS. per la concertazione sui processi di costruzione del welfare locale. Analogamente, sul piano culturale, è potenzialmente interessante è l'accordo (n. 6589) di Staranzano (Gorizia), nel quale, tra l'altro, si afferma la volontà delle parti promuovere interventi di invecchiamento attivo in linea con la legge regionale⁴².

Per converso, come sottolineano alcuni intervistati, spesso la contrattazione regionale agisce in modo incisivo e diretto sul piano delle risorse (per esempio sulla ripartizione dei fondi, l'infrastrutturazione dei servizi locali, l'ampliamento del numero di posti letti in Rsa, ecc., in questo per certi aspetti replicando il *modus operandi* dello Stato) e solo secondariamente e indirettamente interviene sul piano del contributo di idee e del supporto fattivo all'azione negoziale di prossimità. Si tratta di una sottolineatura critica da cui però non discende automaticamente che, quando orientati ad agire sul piano delle risorse, gli accordi regionali non siano importanti. Tra le segnalazioni ricevute non mancano esperienze che contribuiscono a ripensare le forme di sostegno del reddito e di sostegno alla domanda di servizi. Possiamo al riguardo citare due esempi. Il primo riguarda l'intesa firmata nel 2017 dalle OO.SS. e la Regione Lombardia-Assessorato al Welfare, riguardante l'introduzione di un voucher alle persone ricoverate in strutture residenziali per anziani, accreditate e contrattualizzate. Il voucher è proposto come intervento di carattere "innovativo e sperimentale", integrativo rispetto a quanto già assicurato alle singole RSA a carico del FSR in applicazione delle vigenti indicazioni nazionali, fermo restando la quota di compartecipazione a carico dell'utente nel rispetto della disciplina nazionale sui livelli essenziali di assistenza. L'intesa è frutto di un processo concertativo – legato al tema più ampio della compartecipazione alla spesa sanitaria e sociosanitaria da parte della popolazione – in atto in Lombardia da diversi anni e ancora aperto, di cui costituisce "una tappa all'interno di un cammino". Un secondo esempio riguarda il progetto promosso nel 2014, 2015 e 2016 dalle OO.SS. con la Regione Liguria per la sperimentazione della Dote di cura: un insieme integrato di interventi socio-sanitari tutelari, sanitari e familiari, finanziata da uno specifico budget socio-sanitario, a favore della domiciliarità e della residenzialità per persone con disabilità grave e gravissima, sulla base di una valutazione multidimensionale e un piano individualizzato di assistenza. Entrambe le esperienze documentano la dimensione politico-strategica che anche un intervento prevalentemente diretto ad agire sulle risorse può ricoprire.

2.2. Fare sistema, ricomporre risposte e risorse

Un secondo criterio attiene *la dimensione di sistema*, cioè la capacità di taluni accordi, intese, progetti di intervenire sul piano della *governance* delle risposte ai bisogni definite a livello territoriale. A caratterizzare in tale senso le esperienze segnalate è l'attenzione per tre questioni chiave:

1. la *governance*, la regolazione dell'accesso e l'ampliamento dei servizi (criteri di eleggibilità, regolamenti, tariffe, sostegno economico, incremento strutturale delle risposte, per es.

⁴² I sintetici riscontri offerti dalla scheda di segnalazione e dal testo dell'accordo non consentono di fornire maggiori indicazioni.

- aumento dei posti letto in Rsa o dei beneficiari dei servizi domiciliari, impegno di risorse su specifici bisogni),
2. la costruzione della rete dei servizi e dell'integrazione tra pubblico/privato,
 3. il monitoraggio e la valutazione degli interventi e dei servizi.

2.2.1. Governance, regolazione e infrastrutturazione (espansione) dei servizi

In riferimento alle questioni che ruotano attorno al tema della *governance* è anzitutto interessante citare il verbale di Intesa siglato nel 2017 tra il Comune di Graffignana e le organizzazioni sindacali dei pensionati Spi Cgil, Fnp Cisl, Uilp Uil del territorio lodigiano (n. 6104). L'intesa dedica ampio spazio alla definizione puntuale delle regole di accesso ai servizi sociali, delle forme di compartecipazione ai costi e di sostegno alla domanda. Un riferimento specifico è dedicato al tema dell'assistenza familiare, con l'obiettivo di coniugare i bisogni dell'anziano non autosufficiente a domicilio e della sua famiglia, con quelli dei lavoratori e lavoratrici (assistenti familiari) che cercano lavoro. Il Comune si pone come intermediario tra la domanda e l'offerta, istituendo un "Registro pubblico comunale" e verificando i requisiti di chi presenta richiesta; ciò recependo le indicazioni della normativa regionale che non hanno potere vincolante per gli Enti locali, ma solamente di auspicio.

Sul tema dell'infrastrutturazione dei servizi si sofferma in modo esplicito la Piattaforma di concertazione sindacale, riferita al Piano Sociale distrettuale 2016-2018 dell'Ambito Sociale Val Vibrata, Teramo (n. 6758), con l'impegno a garantire la diffusione dei centri diurni e a pianificare il servizio di assistenza agli anziani in stato di disagio e non autosufficienti, mediante il perfezionamento dei servizi di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria e favorendo, attraverso le Associazioni di volontariato del territorio, la mobilità delle persone anziane nel territorio mediante accompagnamento degli stessi presso i servizi (taxi sociale; torneremo più avanti su questo tema) di concerto con la locale ASL. L'obiettivo della Piattaforma è di valorizzare la rete di servizi e diffondere la qualità degli interventi promossi, e nello specifico di favorire azioni volte alla regolamentazione dei servizi socio assistenziali.

Sulla stessa linea si pone il progetto "Insieme per la cura", realizzato ad Ancona, sottoscritto da: OO.SS, Comune, Ciof, Agenzie accreditate per l'intermediazione Acli e IAL, Patronati, CAF (di cui all'accordo n. 6088). Il progetto ha teso specificamente a sviluppare la *governance* del fenomeno degli assistenti familiari attraverso il sostegno alle famiglie nell'incontro domanda-offerta, per qualificare il servizio offerto (con attività formative mirare, in applicazione delle Dgr n. 118/2009 e n.1034/2009) e per far fronte e contrastare il lavoro sommerso. A qualificare l'esperienza è stato l'avvio nel 2017 di un laboratorio di coordinamento fra soggetti pubblici e privati dove si è proceduto alla chiara attribuzione di competenze, su base normativa (C.C. n.10/2016), in merito alla funzione di intermediazione domanda-offerta. Si è così giunti a implementare e consolidare un sistema integrato di servizi ed azioni; tracciare un percorso mirato e qualificato in grado di supportare il cittadino nella ricerca di un'adeguata assistenza privata per il proprio familiare e nella regolarizzazione del rapporto di lavoro.

Il tema della regolamentazione dei servizi – in particolare delle case famiglia – è al centro anche dell'accordo regionale siglato nel 2017 tra la Regione Emilia Romagna e le OO.SS. L'accordo mette a tema la regolamentazione delle case famiglia e il loro inserimento all'interno del Fondo regionale per la non autosufficienza, in quanto destinato non solo a sostenere le persone non autosufficienti ma più ampiamente le persone con fragilità e disabilità; il Fondo si fa dunque carico

anche di quella che viene definita come “zona grigia”, al confine fra la perdita di autonomia e il mantenimento di una relativa se pur fragile autosufficienza che a volte si determina non tanto e non solo per ragioni biologiche ma come portato della solitudine. Le case famiglia sono viste come una possibile soluzione abitativa di “residenzialità leggera” adatta a questo tipo di persone. Obiettivo ancor più specifico dell’accordo è quello di definire delle linee guida (non prescrittive ma di indirizzo) per la stesura dei regolamenti comunali che favoriscano una maggiore omogeneità regionale nell’utilizzo di tali tipi di realtà, in particolare prevedendo che si associ sempre all’accesso ad esse una valutazione multidimensionale dei bisogni della persona e sia garantito il collegamento della casa famiglia alla rete dei servizi. La definizione di una regolamentazione (sollecitata dalla denuncia di situazioni di abuso e uso distorto) diviene la base per valorizzare una tipologia di servizio che può essere uno strumento di sollievo più corretto delle Cra (case residenze per anziani non autosufficienti) ma anche uno spazio per costruire cohousing protetti o servizi a bassa soglia intrecciati alle assistenti familiari conosciute dal comune/distretto (torneremo sul tema più avanti).

La regolamentazione dei servizi è al centro altresì dell’accordo di Modugno (Bari) (n. 6645), dedicato alla disciplina di funzionamento dei centri Anziani. A qualificare virtualmente la disciplina è la promozione della cittadinanza attiva quale visione portante dell’architettura della proposta di regolamento⁴³.

Sempre in questo primo punto possiamo citare una serie di accordi selezionati perché orientati esplicitamente a portare l’attenzione (e l’impegno di risorse economiche) sui bisogni della non autosufficienza e della disabilità grave. Va in questa direzione, per esempio, l’accordo siglato a Pescara (n. 6026) dedicato al “Piano locale per la non autosufficienza 2016”, con l’impegno a evitare la discontinuità del sostegno economico.

Infine, in questo primo punto, possiamo far rientrare gli accordi che mirano a espandere il sistema dell’offerta, ampliando la portata dei servizi disponibili attraverso la contrattazione tariffaria e la regolamentazione della compartecipazione con ISEE o con l’investimento di risorse aggiuntive. Tra le diverse segnalazioni possiamo citare l’accordo siglato ad Ancona nel 2016 (n. 5418) teso ad ampliare la platea dei beneficiari del SAD attraverso la contrattazione tariffaria e la regolamentazione della compartecipazione con ISEE, attraverso l’innalzamento della soglia di esenzione e introducendo numero di ore gratuite di servizio per l’assistenza domiciliare e per l’assistenza ausiliare per ciascun utente, in base al piano individualizzato assistenziale. E ancora, possiamo ricordare la delibera regionale delle Marche Delibera di Giunta regionale n. 1.105 del 25 settembre 2017, che incrementa il numero complessivo di posti autorizzabili (ossia effettivamente realizzabili), accreditabili (ai quali cioè è possibile attribuire lo status di soggetti potenziali erogatori di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale) e contrattualizzabili anche mediante “accordi contrattuali” con privati dagli Enti Pubblici marchigiani e dall’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). È proprio su quest’ultima tipologia che la delibera interviene con un’impostazione “espansiva” che si concretizza nell’aumento dei posti contrattualizzabili (da 15.098 a 18.032) in conseguenza dell’incremento delle risorse dedicate a questo settore che inverte le tendenze di contrazione della spesa consolidate negli ultimi anni. Il fine ultimo è di ampliare i posti nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

2.2.2. Costruzione della rete dei servizi e integrazione pubblico privato

⁴³ Data l’estrema sintesi della scheda di segnalazione e del testo dell’accordo non è possibile dare ulteriori indicazioni.

In riferimento al tema della rete, è significativo citare anzitutto l'esperienza di Social Housing Cogesa-consorzio per la gestione dei servizi socio-assistenziali, ormai divenuta strutturale nel Nord Astigiano. Il Cogesa è lo strumento di cui si sono dotati i 65 comuni del Nord Astigiano per la funzione della gestione sociale. Esso mira a realizzare in modo integrato le azioni di programmazione, coordinamento e gestione degli interventi e servizi sociali e socio-sanitari in favore delle persone disabili e non autosufficienti, nelle diverse fasce d'età, dalla prima infanzia alla vecchiaia. Le prestazioni del consorzio ricomprendono diverse tipologie: servizio sociale professionale e segretariato sociale, servizio di assistenza domiciliare, servizio di assistenza economica, servizi residenziali e semiresidenziali, servizi per l'affidamento e l'adozione, servizi educativi per minori e disabili. Il consorzio è nato nel 2012 da un intervento sperimentale di Social Housing, localizzato nel comune di San Damiano d'Asti e volto alla realizzazione di una residenza (in locazione temporanea) destinata all'inclusione sociale. Da questa sperimentazione sono gemmate altre iniziative e – soprattutto – ha preso il via la costruzione della rete territoriale dei servizi. Come sottolineato dagli intervistati, la costituzione di simili consorzi, qui come altrove, è un'opportunità sfidante per la contrattazione sociale territoriale che deve individuare cosa negoziare con i comuni e cosa con questo “livello intermedio”, giocando il duplice ruolo di *stakeholder* nei piani di zona e di rappresentanza in sede di confronto.

Sempre dal Piemonte, questa volta località Trivero in provincia di Biella, proviene un'altra segnalazione che vale la pena di approfondire. Al di là delle specifiche iniziative che rientrano nell'accordo siglato nel 2017 tra il Comune di Trivero e le OO.SS., richiamiamo in particolare due elementi che qualificano l'accordo stesso: il riconoscimento della contrattazione sociale come elemento strutturale di una programmazione condivisa del sistema di welfare locale (emblematicamente l'accordo è dedicato alle “buone pratiche di concertazione”); il riconoscimento strategico (e in certa misura la regolazione) della sinergia tra pubblico e privato, realizzata anche grazie all'impegno di una Fondazione privata nel finanziamento di progetti innovativi.

Sulla stessa linea si pone il progetto “Fiducia”, realizzato in Calabria e Sicilia, per promuovere la qualità (e la quantità!) della risposta ai bisogni delle famiglie con esigenze di cura per non autosufficienza, con iniziative di formazione e regolarizzazione degli assistenti familiari, sostegno alla domanda e *matching* tra assistenti familiari e famiglie, attivazione dell'albo regionale degli assistenti familiari e costituzione di una cooperativa di assistenti familiari. L'aspetto più interessante del progetto è la costituzione di una cooperativa regionale finalizzata all'erogazione dei servizi alla persona. Il progetto che ha portato a siglare un patto territoriale e un protocollo operativo tavolo regionale ha visto la costituzione preliminare di un tavolo di lavoro tra i rappresentanti delle Regioni Sicilia e Calabria e i rappresentanti tecnici del partenariato, in particolare le reti Anolf delle due regioni e l'Università per Stranieri Dante Alighieri di Reggio Calabria, con la partecipazione attiva della Fondazione con il Sud.

Da ultimo è bene notare che il tema dell'integrazione tra risposte investe la stessa azione sindacale. È un punto colto esplicitamente dall'esperienza segnalata dal USR Veneto. Tramite il progetto “Sostegno e assistenza alle famiglie che necessitano di assistenti familiari”, avviato a seguito della L. 38 del 127 ottobre 2017 e relativo al mandato di istituire un Registro Regionale delle assistenti familiari, è stato messo in campo un percorso di coinvolgimento di diverse realtà territoriali a vario titolo impegnate sul fronte del lavoro (regolazione, sicurezza, formazione) e dei bisogni della non autosufficienza (nello specifico dell'assistenza familiare). Operativamente è stato costituito un Gruppo di lavoro regionale composto da Dipartimento del MdL, Dipartimento sociale, Fnp, Caf e

Inas con l'obiettivo di agire in più direzioni: espandere il servizio svolto dal Caf qualificando l'attività anche nella direzione della ricerca del personale; offrire alle famiglie maggiori opportunità e garanzie nella scelta delle figure necessarie in relazione al bisogno espresso attraverso la consultazione del Registro Regionale; sostenere le famiglie nelle procedure di accesso alle agevolazioni e assicurare le informazioni necessarie per orientarsi tra i servizi socio-sanitari pubblici e privati; predisporre percorsi formativi per gli assistenti famigliari; realizzare a livello locale accordi con Ulss e Comuni per facilitare le relazioni fra servizi sociali locali e assistenti famigliari con l'obiettivo di integrare la rete di assistenza privata con il servizio pubblico. L'obiettivo di un simile modo di operare – al di là delle finalità specifiche del progetto – è dichiaratamente quello di superare la cultura e la pratica della “settorialità” delle risposte sia del territorio dei sindacati a problematiche tra loro interconnesse, riconoscendo le possibili sinergie e spazio di collaborazione a vantaggio di una risposta integrata alle famiglie.

2.2.3. Monitoraggio e valutazione

La costruzione del sistema delle risposte richiede cura e manutenzione, ovvero chiama in causa le azioni di monitoraggio e di valutazione dei servizi territoriali, degli interventi attivati, del funzionamento delle reti, ecc.

Almeno tre sono le esperienze segnalate che vale la pena di richiamare con riferimento a queste tematiche. La prima è relativa all'accordo siglato in Campania (n. 6638) per il monitoraggio dell'implementazione locale prima del Sia poi del Rei per il sostegno del reddito e la lotta all'esclusione sociale, e del PAC-servizi di cura. Il monitoraggio evidenzia che le difficoltà incontrate dagli ambiti territoriali i quali, non avendo autonomia giuridica e finanziaria, non riescono a svolgere le funzioni che gli vengono assegnate dalle diverse programmazioni; in particolare vengono denunciate: le difficoltà burocratiche; i problemi di rendicontazione; la mancanza di una strutturazione sociale, di una rete funzionale all'implementazione di simili misure. Viene a tal fine incentivata l'adozione in ciascun Ambito Territoriale di forme associative più strutturate, quali i Consorzi o l'Unione di Comuni. Il monitoraggio mostra come la semplice assegnazione di risorse ai territori non sia sufficiente se mancano un'adeguata *governance* e una chiara attribuzione di competenze.

Sempre dalla Campania proviene una seconda segnalazione interessante: si tratta di un documento che dà conto della concertazione tra Regione Campania e OO.SS, e fa sintesi di quanto programmato relativamente alla Non Autosufficienza nei territori (a partire dai Piani di zona): una fotografia di insieme che consente di ricondurre in un quadro sinottico: l'analisi della Non Autosufficienza in Campania e nei suoi Ambiti Territoriali, il nomenclatore regionale degli interventi e dei servizi sociali e socio sanitari. Nei fatti viene prodotto una sorta di “instant book” che esplora i dati dei Piani di Zona, delle province, le fonti di finanziamento utilizzate, nonché le dimensioni più significative dei macro livelli e degli obiettivi di servizio, di cui vengono riportati la numerosità degli interventi programmati, le risorse ad essi destinate e la quota capitaria attribuita a ciascuna linea di intervento, nonché la media e la deviazione standard, quale indicatore del grado di dispersione intorno alla media, degli Ambiti Territoriali di ciascuna provincia. Infine, nel quadro dei servizi offerti il report si chiude con un approfondimento sulla spesa programmata per le prestazioni socio sanitarie e in particolare sulle sue fonti di finanziamento, costituendo nell'insieme una articolata informativa per gli attori e gli stakeholders del welfare campani.

La terza esperienza riguarda il Protocollo d'intesa siglato tra la Conferenza Sociale e Sanitaria di Parma (livello intermedio di indirizzo e coordinamento tra Regione e Enti Locali) e le OO.SS. locali per la concertazione sui processi di costruzione del welfare locale. A qualificare questo accordo è – al di là della costruzione di un tavolo permanente di relazioni, d'indirizzo e di coordinamento tra la Conferenza Sociale e Sanitaria di Parma e le OO.SS. – la puntualizzazione della “base di confronto” su cui il tavolo è chiamato a operare: il Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, il Fondo Regionale per la non Autosufficienza, il monitoraggio delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, gli appalti nelle due aziende ASL e nel sistema socio sanitario territoriale, lo sviluppo di un modello partecipativo che vede il coinvolgimento più ampio possibile degli attori sociali volto alla comprensione dei bisogni e delle criticità del territorio, il fondo Regionale integrativo al SSN. L'obiettivo è anche confrontare le diverse esperienze distrettuali per tutelare l'omogeneità territoriale e l'integrazione sociosanitaria (percorsi integrati, Case della salute, rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza).

2.3 Integrare a partire dalla persona

Come più di un intervistato ha sottolineato, fare rete non vuol dire necessariamente e automaticamente integrare. È questo un obiettivo che richiede di agire su dispositivi operativi specifici, e di fatto di avvicinarsi alla persona per costruire l'integrazione a partire dai suoi bisogni. Significativamente, un terzo criterio di merito emergente dalle segnalazioni attiene *la dimensione dell'approccio integrato* ai bisogni della persona, della famiglia e dei *caregivers* famigliari formali e informali, del e nel territorio.

Questo criterio è legato a esperienze che sembrano saper dare concreta attuazione alle tre *priorità strategiche* sopra individuate con riferimento specifico all'azione della Cisl e della Fnp Cisl nei territori: supportare i *caregivers*, integrandoli nel territorio; aprire il domicilio; favorire la continuità assistenziale (cfr. § 5).

Le esperienze selezionate dimostrano che i confini tra le tre priorità strategiche non sono netti, perché le stesse priorità sono tra di loro intrecciate e in larga misura interdipendenti. Le trattiamo in modo distinto unicamente per favorire l'analisi.

2.3.1. Supportare i caregivers, integrarli nel territorio

Con riferimento alla prima priorità strategica – supporto ai caregivers dentro e fuori il domicilio – le esperienze selezionate mostrano chiaramente l'intento di promuovere la qualificazione e regolarizzazione del lavoro degli assistenti famigliari, la qualificazione e il supporto dei *caregivers* informali, nonché la mediazione dell'incontro tra i bisogni delle famiglie e gli assistenti famigliari privati. Le esperienze più interessanti (e più rare) sono però quelle e che, oltre a questi importanti obiettivi, puntano a favorire il collegamento di entrambe le tipologie di prestatori di cura con la rete dei servizi sul territorio.

Emblematico al riguardo il progetto “Badando 3.0” di cui all'accordo siglato tra l'unione dei Comuni Reno, Lavino e Samoggia, il Distretto Socio Sanitario di Casalecchio e le OO.SS Cgil, Cisl e Uil Confederali, di categoria e dei Pensionati (n. 6786). L'accordo annovera una serie di obiettivi: favorire la domiciliarità delle persone fragili, aumentare la qualificazione del lavoro di cura dei *caregiver* professionali e familiari, favorire l'emersione del lavoro nero delle assistenti familiari, mediare tra famiglie e assistente familiare professionale, qualificare l'investimento delle famiglie in

termini di assistenza sanitaria acquistata direttamente dalle famiglie stesse. A questi si aggiunge specificamente: mettere a sistema l'assistenza familiare privata integrandola nei servizi territoriali. Come precisato anche nella scheda di segnalazione, il progetto si pone l'obiettivo di rileggere i servizi in termini di "filiera dell'innovazione sociale". Partendo dall'idea che tra l'autosufficienza e la non autosufficienza grave ci siano molti passaggi intermedi – sui quali si può intervenire con strumenti leggeri e flessibili, con risposte personalizzate, aumentando il grado della protezione al crescere della non autosufficienza così da favorire la domiciliarità, arrivando a includere nella filiera i servizi a bassa soglia per raggiungere anche quei target d'utenza che solitamente non si rivolgono ai servizi (meeting center, gruppi di sostegno, gruppi di auto mutuo aiuto ecc.) – il progetto iscrive tra le sue priorità il far entrare nella rete dei servizi di domiciliarità l'assistente familiare, conciliando i bisogni delle famiglie e tutelando il lavoro dei *caregivers* professionali, sostenendo l'attività di cura dei *caregivers* familiari. Per questo, fra l'altro, prevede specifiche modalità di ascolto e di supporto per evitare l'isolamento e il rischio di *burnout* dei *caregivers* professionali e familiari; prevede inoltre il monitoraggio del lavoro dei *caregivers* professionali tramite l'assistente sociale e l'assistente domiciliare. Dal 2009 ad oggi il progetto ha raggiunto 700 assistenti famigliari.

Sulla stessa linea, anche se in modo meno esplicito, si pone il "Progetto integrato per le persone fragili" realizzato tra il 2016 e il 2017 ad Alzate Brianza (Como) nell'ambito del progetto L@bNord⁴⁴, promosso e coordinato da Anteas dei Laghi, con la partecipazione di Cisl Varese Laghi, e una rete di soggetti composta dagli enti locali (Segretariato Sociale/Sportello Lavoro, il Comune/Ambito di riferimento) dalle categorie ed enti strumentali e servizi della CISL dei Laghi (Anolf, Inas, Caf, Ial), e con il supporto economico di Fondazione Cariplo e BCC di Alzate Brianza. Il progetto ha mirato alla rilevazione del bisogno, alla selezione, alla formazione, all'accompagnamento all'inserimento lavorativo, e alla gestione del percorso *end-to-end* delle assistenti famigliari, supportando sia le famiglie che hanno la necessità assistenziale sia gli operatori che aspirano a svolgere l'impiego. A caratterizzare l'intervento non è solo la cura della fase iniziale di "matching" tra le esigenze dei soggetti non autosufficienti, e delle loro famiglie, e le competenze degli aspiranti assistenti familiari (alle quali è stata dedicata una specifica attività di formazione e di consulenza per la definizione di regolari contratti di assunzione), bensì anche l'azione di tutoraggio che ha accompagnato l'inserimento degli assistenti (con la funzione del Tutor Controller) e nel contesto territoriale, di cui si è promossa la conoscenza (servizi presenti sul territorio ma anche risorse relazionali, di capitale sociale⁴⁵).

Ricordiamo infine il progetto "La comunità che si cura", attivato nel 2016 a Falconara Marittima (An), con un accordo di partenariato tra molteplici realtà del territorio (incluso oltre alle OO.SS e al Comune, Anteas, Inrca, Fondazione Masera, ecc.) e con il contributo economico della Fondazione Cariverona. Le attività progettuali previste hanno raggiunto circa 100 famiglie interessate alle problematiche dell'Alzheimer e della demenza nel territorio di Falconara Marittima, con interventi di tipo informativo, formativo per familiari e volontari e di sollievo per i famigliari, con visite domiciliari e supporto infermieristico bimestrali e con attività di supporto leggero una volta alla settimana ad opera dei volontari di Anteas; inoltre sono state previste attività di sostegno

⁴⁴ Il Progetto L@bNord, promosso dalla Segreteria generale della Cisl e affidato alle strutture Usr Cisl delle Regioni del Nord, ha sviluppato un percorso di elaborazione e di sperimentazione di iniziative progettuali per l'implementazione di politiche sindacali sui temi del welfare e ha coinvolto: Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige-Sudtirolo, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna.

⁴⁵ Si noti per esempio che coloro che sono stati assunti come assistenti familiari, hanno anche partecipato al corso "I cuochi di quartiere", che ha favorito il loro inserimento nelle famiglie e nel più ampio contesto abitativo.

psicologico e attività socio-ricreative per i pazienti (musica, ginnastica dolce, attività manuali, ricreative, ecc.). Con il patrocinio del Comune è stato aperto un Caffè Alzheimer a tutt'oggi operativo presso l'oratorio della parrocchia SS Rosario di Falconara, nel centro città. Il progetto è nato con l'obiettivo di alleviare i familiari delle persone con patologia dell'Alzheimer, a contrastare l'isolamento e l'esclusione dalla comunità.

Cogliamo l'occasione per sottolineare come l'apertura dei Caffè Alzheimer, grazie al supporto del sindacato, sia un'azione citata più di uno degli accordi selezionati e può essere incluso, evidentemente, tra le iniziative di cui al prossimo punto. A titolo d'esempio citiamo l'accordo siglato nel 2017 tra l'Amministrazione Comunale Villanuova sul Clisi e i rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei pensionati bresciani SPI CGIL-FNP CISL-UILP UIL (n. 6728), nel quale l'apertura di tale servizio è precisamente inquadrata tra gli interventi volti a evitare il "ripiegamento" delle persone non autosufficienti nella solitudine del loro domicilio.

2.3.2. *Aprire il domicilio*

Con riferimento al tema alla domiciliarità "aperta", spiccano le esperienze capaci di agire su tre fronti in particolare: la residenzialità leggera, l'assistenza "diffusa", l'informazione e l'orientamento.

1. Il primo fronte riguarda lo sviluppo di interventi innovativi di residenzialità leggera con la messa in campo di soluzioni abitative protette, alternative alla Rsa, rivolte ad anziani e disabili che richiedono una qualche forma di sostegno ma non si trovano in condizioni tali da richiedere una assistenza sociosanitaria continuativa. Sono state al riguardo segnalate esperienze di *cohousing* (come l'esperienza di locazione temporanea per l'inclusione sociale, avviata ad Asti dal consorzio Cogesa, sopra nominata), le case famiglia (di cui all'accordo regionale dell'Emilia Romagna, anch'esso già presentato volto alla regolamentazione di queste realtà).

Con specifico riferimento a queste soluzioni di residenzialità leggera merita di essere richiamato l'accordo siglato a Perugia nel 2017 (n. 6335), che prevede lo sviluppo di servizi a sostegno della domiciliarità in favore dei disabili siano essi giovani o anziani, con particolare riferimento alla destinazione di 4 appartamenti da utilizzare con le modalità del *cohousing* per 16 persone.

Soprattutto, merita attenzione il progetto "Appartamenti protetti - Condominio Solidale" nell'ambito della convenzione tra Asp Circondario Imolese e Anteas di Imola per attività sociali e assistenziali a favore della popolazione anziana 2017-2018 (di cui all'accordo n. 6431). Il progetto costituisce un'esperienza innovativa nella residenzialità assistita per anziani. La struttura promuove e valorizza l'autogestione degli ospiti in un contesto assistito, che permette di ritardare o di evitare il ricovero in casa di riposo. Nello specifico si tratta di una palazzina completamente inserita nella realtà urbana. L'edificio è composto da 13 mini appartamenti, tutti senza barriere architettoniche. La struttura ospita anziani soli o in coppia con una ridotta autonomia sul piano fisico, ma con sufficienti capacità cognitive. Attualmente le persone ospitate vengono assistite, 24 ore su 24, da volontari di Anteas e Auser, che in stretto contatto con il medico medicina generale si occupano anche dell'assistenza infermieristica. Parte integrante del progetto è l'attivazione del servizio di trasporto sociale (su cui torneremo al prossimo punto), che è propedeutico alla permanenza delle persone fragili presso il proprio domicilio assicurando la possibilità di raggiungere i luoghi di cura non sempre facilmente accessibili.

2. Un secondo fronte riguarda non solo l'assistenza al domicilio ma “nel territorio”, e dunque concerne l'accesso all'assistenza “diffusa” nel contesto di vita: ambulatori medici e infermieristici, servizi di inclusione, luoghi di socializzazione e integrazione sociale. In tal senso spicca tra le esperienze selezionate la convenzione tra Ausl di Imola e Anteas Imola per l'erogazione di prestazioni infermieristiche e socio assistenziali a favore della cittadinanza e della popolazione anziana (accordo n. 6432). Con l'obiettivo di favorire la domiciliarietà delle persone fragili, favorire l'educazione alla salute e la prevenzione sanitaria, arginare fenomeni di solitudine e isolamento delle persone fragili, viene istituito un Ambulatorio sociale dove si eseguono piccole prestazioni infermieristiche (per esempio controlli dei parametri vitali, controllo capillare della glicemia, iniezioni, medicazioni per ferite cutanee ecc.) e accanto agli infermieri ci sono dei volontari che si preoccupano del buon andamento dell'ambulatorio, curando l'accoglienza e svolgendo nei fatti da “sentinelle della comunità”. Come si legge nella scheda di segnalazione, l'ambulatorio sociale offre un servizio che da un lato svolge la funzione di presidio nel territorio offrendo prestazioni infermieristiche e dall'altro, tramite il servizio di accoglienza, favorisce l'incontro e previene fenomeni d'isolamento. Questa esperienza rappresenta un esempio di attivazione di risorse presenti sul territorio, in questo caso l'associazionismo, che operano in sinergia con i servizi strutturati al fine di favorire l'autonomia dell'anziano e sostenere le persone fragili, agendo in quella “zona grigia” che si trova al confine fra la perdita di autonomia e il mantenimento di una relativa autosufficienza.

Un'ultima segnalazione riguarda il tema della mobilità. Collegato alla questione dell'accessibilità del territorio e dei servizi (superamento delle barriere architettoniche, servizi di trasporto/taxi sociale) è un tema che abbiamo più volte incrociato. Lo richiamiamo citando un progetto interamente dedicato ed esso perché al meglio ne evidenzia la rilevanza, a dispetto del fatto che spesso sia un tema lasciato in secondo piano o considerato di scarso impatto. Il progetto in parola è denominato “Arcobaleno” ed è promosso e rinnovato da 12 anni a Mondovì, dall'Anteas di Cuneo. Si tratta di un servizio di trasporto sociale che garantisce l'accesso ai servizi sanitari, sociali, di socializzazione ecc. delle persone disabili o non autosufficienti in un territorio che non ha grandi concentrazioni abitative. Aprire il domicilio, molto semplicemente, significa infatti anzitutto impedire che le mura dell'abitazione diventino una barriera, significa assicurare possibilità di mobilità assistita per poter raggiungere i luoghi di cura e integrazione sociale disseminati nel contesto di vita. Intervenire in questo ambito con la contrattazione sociale in inoltre una funzione di sostegno del reddito, se consideriamo che il trasporto è uno dei servizi nei quali più di frequente le famiglie si rivolgono al mercato privato.

3. Aprire il domicilio significa però anche sostenere la domanda di cure e assistenza non tanto dal punto di vista economico (ne abbiamo già parlato), ma “capacitandola” tramite azioni informative, di orientamento, di accompagnamento alla conoscenza del sistema dei servizi territoriali, di sostegno nella libertà di scelta.

Il tema del sostegno alla domanda, inteso in questo senso, è al centro del progetto “Terzo tempo”, di cui all'accordo siglato a Roma-Municipio 1 (n. 5611). Si tratta di un servizio strutturale, teso a far conoscere alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie i servizi del territorio, ad agevolarne l'accesso e facilitarne la fruizione. È stata a tal fine predisposta la “Carta dei Servizi” dedicati alla non autosufficienza e disabilità: una sorta di *vademecum* con la descrizione di tutti i servizi e progetti attivati sul territorio.

Nella stessa direzione, anche se con modalità di intervento diverse, si dirige il servizio “Pronto Badante”, oggetto della delibera regionale della Regione Toscana del 23 ottobre 2017, n. 1154. Il servizio vuole rispondere all’esigenza di prima informazione e orientamento degli anziani over 65enni che si trovano per la prima volta in un momento di difficoltà, fragilità o disagio e non hanno ancora in atto un progetto di assistenza personalizzato con i servizi territoriali. Il servizio consta nell’attivazione di un numero verde che assicura la messa in contatto con operatori autorizzati che si rechino entro un massimo 48 ore presso l’abitazione della persona anziana, garantendole un unico punto di riferimento per avere informazioni sui percorsi socio-assistenziali e sulle azioni da compiere per attivare un rapporto di assistenza familiare (incluso una fase di tutoraggio iniziale e di eventuale formazione *on the job*), per ricevere il sostegno economico dall’Inps ed eventuali altri trasferimenti *una tantum*. L’obiettivo è di favorire l’integrazione tra le attività del servizio Pronto Badante e i servizi territoriali, sia con funzioni di orientamento e informazione per gli anziani e per i *caregivers*, sia a supporto dei servizi stessi, per consentire di intervenire in modo rapido e puntuale in situazioni di particolare disagio riscontrati nel corso delle visite domiciliari. Il servizio oggi sperimentale è nelle intenzioni della Regione destinato a diventare strutturale.

Infine, a quest’area di intervento può essere ascritto anche il progetto “Famiglia al centro” attivato a Osimo (An), che prevede una serie di servizi ambulatoriali e domiciliari, di affido familiare, interventi informativi, formativi e di turismo sociale rivolti agli anziani e ai *caregivers* (in particolare familiari), al fine di mantenere autonomo l’anziano che vive a casa il più a lungo possibile e di aiutare chi quotidianamente li assiste. Il progetto mette in sinergia una serie molto ampia di soggetti e di professionalità sul territorio (incluso Casa Grimani Buttari, Ambito Territoriale Sociale 13, Centro Anteas, Auser, Croce Rossa, Fondazione Masera, Università Politecnica delle Marche, Adiconsum), conta sul contributo della Fondazione Cariverona. Esso muove dalla ricostruzione della mappa territoriale dei servizi (in modo simile alla “carta dei servizi” realizzata a Roma), e ha finalità informative, formative e di orientamento per i soggetti in condizioni di bisogno e le loro famiglie. Tra queste segnaliamo il progetto formativo “Curiamo in casa” promosso da Anteas per i *caregivers* familiari.

Nell’insieme gli interventi che rientrano in questo punto sono di particolare rilevanza se si considera che le attività di informazione, accompagnamento, presa in carico non sono presenti nel nostro paese in maniera tale da rispondere adeguatamente alle esigenze delle famiglie⁴⁶.

2.3.3. Favorire la continuità assistenziale

Diverse esperienze richiamano l’attenzione sulla necessità di sviluppare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio per favorire il ritorno/la permanenza per persona non autosufficiente al proprio domicilio, da sostenere con lo sviluppo dei servizi sanitari assistenziali, delle case della salute, di percorsi terapeutici-diagnostici, ecc., ma poche intervengono in modo specifico.

Al riguardo si configura come innovativo il progetto promosso da Anteas su proposta ed in collaborazione con il V quartiere del Comune di Pesaro, finalizzato all’introduzione della figura dell’“infermiere di famiglia”, da affiancare al medico di famiglia ed ai servizi nel territorio. Il Progetto si propone l’obiettivo di valutare periodicamente lo stato di salute di persone fragili, ed eventualmente intervenire, in sinergia con i professionisti e i servizi sanitari territoriali per

⁴⁶ Gori C. (2017), *Introduzione. L’età dell’incertezza*, in NNA, a cura di, cit. NNA, a cura di, *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° Rapporto 2017/2018*, cit.

migliorarne le condizioni, con funzioni di prevenzione, diagnostica, somministrazione di terapie e al tempo stesso con la possibilità promuovere una dimissione precoce dalle strutture sanitarie assicurando l'assistenza domiciliare infermieristica necessaria e di contribuire all'attivazione della rete di fronteggiamento. È questo un esempio di medicina d'iniziativa che si muove verso il paziente e lo coinvolge in modo attivo, invitandole a sottoporsi ai controlli e offrendo loro un insieme di interventi personalizzati.

2.4 Modellizzare l'innovazione

Un quarto criterio attiene la *dimensione della modellizzazione*, per sostenere il passaggio dall'*esemplarità* di un accordo, intervento, progetto alla sua *replicabilità*, secondo un processo di mutuo-apprendimento (*mutual learning*). È questo un criterio che emerge con chiarezza in una sola delle esperienze segnalate, ma che torna a più riprese nelle interviste quale nodo critico di riflessione. L'esperienza che ha portato il tema al centro dell'attenzione è in particolare quella di Cossato in provincia di Biella (delibera comunale su progetto, n. 5936). Si tratta di un progetto di bilinguismo che porta nelle scuole il LIS-linguaggio audiolesi. Il target di riferimento sono dunque i minori. Il progetto è valutato come esemplare in quanto, con l'appoggio del MIUR e del provveditorato locale cerca di fare il "salto" per andare a sistema, come in altre regione è stato fatto. Al di là dell'esperienza specifica, la questione che qui si pone riguarda la capacità del sistema di costruirsi e di innovarsi partire "dal basso". Il rischio denunciato è di sovraccaricare di attese l'ultimo anello della "filiera" istituzionale (e negoziale), eleggendolo a principale *driver* di strutturazione e innovazione del sistema. L'innovazione non può essere solo *bottom-up*, ha bisogno anche di una strategia "alta", "macro", come peraltro abbiamo ricordato in apertura di questo *focus*. Mentre quanto viene definito a livello nazionale ha un impatto più o meno diretto sul livello territoriale, non vale l'inverso. Il movimento non è bidirezionale. L'apprendimento dal basso è molto difficile. Paradossalmente, tuttavia, come alcuni intervistati evidenziano, per il sindacato e per gli attori del welfare locale innovare è più facile dove il sistema è meno strutturato. Dove il sistema pubblico è forte si rischia di essere dipendenti.

D'altro canto, parafrasando Gori, potremmo in conclusione dire che l'obiettivo dell'azione sindacale di rappresentanza, negoziazione e contrattazione e non va tanto (o solo) nella direzione dell'"innovazione di prodotto" (inventare soluzioni nuove), ma dell'innovazione "di processo"⁴⁷, quel tipo di innovazione, cioè, che chiede di trovare modalità operative nuove per far funzionare nella pratica soluzioni magari già note, ma di difficile realizzabilità per ragioni diverse (compatibilità economiche, divergenza di interessi, inefficienze organizzative, carenza di governance, ecc.). È forse meno accattivante e difficile da comunicare, ma certamente non meno necessaria. La vera innovazione si colloca soprattutto nei processi micro di funzionamento dei servizi, nelle trasformazioni delle forme di gestione e organizzazione indotte anche dalle innovazioni tecnologiche (quali app, dispositivi mobili, ecosistemi digitali di integrazione, Internet of Things), nei processi *meso* di *governance* per la "ricomposizione" dei servizi, di integrazione per

⁴⁷ *Ibidem*.

la creazione di “filieri” di risposte complementari ai bisogni di assistenza, accompagnamento, inclusione, in una prospettiva di sistema⁴⁸.

⁴⁸ Fosti G., Notarnicola E. (2018), a cura di, *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano: Egea.

4. LA CONTRATTAZIONE SOCIALE TERRITORIALE NEL TEMPO: IL CONSUNTIVO DEL QUINQUENNIO 2013-2017*

In questa sezione del rapporto andiamo a esaminare il volume, le principali caratteristiche strutturali, le aree di intervento delle intese raccolte nell'Archivio dell'Osservatorio sulla contrattazione sociale. Per ciascuna delle analisi proposte faremo riferimento ai dati relativi al 2017, ultimo anno disponibile alla data di consegna del rapporto, e alle medie relative al periodo 2013-2017; questo in modo da comprendere la caratterizzazione più recente delle attività negoziali, unitamente al profilo complessivo che la contrattazione sociale è venuta assumendo nel quinquennio. Laddove emergessero delle tendenze evolutive di particolare rilievo ci soffermeremo sul confronto dei dati tra gli anni. Come ormai di abitudine, per ciascuna delle variabili prese in esame, le analisi si svilupperanno sul totale degli accordi validi, quelli cioè per i quali vi sono informazioni disponibili.

1. Il volume e le principali caratteristiche della contrattazione sociale

Nell'archivio dell'Osservatorio sulla contrattazione sociale sono confluiti, alla data del 30 maggio 2018, i testi di 890 delle intese che CISL, nelle sue diverse articolazioni, ha sottoscritto nel 2017 sull'intero territorio nazionale. Di queste, la gran parte (408, pari al 45,8% del totale) è stata siglata in Lombardia, un territorio che dunque conferma, una volta di più, la propria funzione di incubatore della contrattazione sociale documentata. Sempre quanto a numerosità degli accordi conclusi nell'ultimo anno disponibile, alla Lombardia seguono, in ordine di importanza decrescente, le regioni Emilia-Romagna (177), Veneto (70), Marche (65) e Piemonte (52); ciò in sostanziale continuità con lo scenario che ha preso forma negli anni.

Tabella 1a – Accordi, per regione e per anno (v.a.)

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	2013-17	2018	2013-18
Abruzzo	24	22	13	5	13	77	3	80
Calabria	0	0	0	0	1	1	0	1
Campania	108	10	6	44	25	193	1	194
Emilia-Romagna	74	120	152	152	177	675	172	847
Friuli Venezia Giulia	12	6	8	9	7	42	3	45
Lazio	17	22	42	26	15	122	12	134
Liguria	7	3	1	1	0	12	0	12
Lombardia	393	374	463	427	408	2.065	442	2507
Marche	24	42	47	61	65	239	19	258
Molise	2	2	3	1	0	8	0	8
Piemonte	73	70	74	84	52	353	25	378
Puglia	5	18	100	27	26	176	12	188
Sardegna	6	0	3	7	0	16	3	19
Sicilia	0	2	3	12	2	19	3	22
Toscana	62	47	71	44	21	245	28	273
Umbria	2	4	4	0	8	18	1	19
Veneto	30	11	13	67	70	191	71	262
Totale	839	753	1.003	967	890	4.452	796	5.248

* Di Egidio Riva.

Tabella 1b – Accordi, per regione e per anno (% sul totale)

Regione	2013	2014	2015	2016	2017	2013-17	2018	2013-18
Abruzzo	2,9%	2,9%	1,3%	0,5%	1,5%	1,7%	0,4%	1,5%
Calabria	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Campania	12,9%	1,3%	0,6%	4,6%	2,8%	4,3%	0,1%	3,7%
Emilia-Romagna	8,8%	15,9%	15,2%	15,7%	19,9%	15,2%	21,6%	16,1%
Friuli-V.G.	1,4%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%	0,4%	0,9%
Lazio	2,0%	2,9%	4,2%	2,7%	1,7%	2,7%	1,5%	2,6%
Liguria	0,8%	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%
Lombardia	46,8%	49,7%	46,2%	44,2%	45,8%	46,4%	55,5%	47,8%
Marche	2,9%	5,6%	4,7%	6,3%	7,3%	5,4%	2,4%	4,9%
Molise	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
Piemonte	8,7%	9,3%	7,4%	8,7%	5,8%	7,9%	3,1%	7,2%
Puglia	0,6%	2,4%	10,0%	2,8%	2,9%	4,0%	1,5%	3,6%
Sardegna	0,7%	0,0%	0,3%	0,7%	0,0%	0,4%	0,4%	0,4%
Sicilia	0,0%	0,3%	0,3%	1,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%
Toscana	7,4%	6,2%	7,1%	4,6%	2,4%	5,5%	3,5%	5,2%
Umbria	0,2%	0,5%	0,4%	0,0%	0,9%	0,4%	0,1%	0,4%
Veneto	3,6%	1,5%	1,3%	6,9%	7,9%	4,3%	8,9%	5,0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Come rivelano i dati riportati nelle Tabelle 1a e 1b, il volume della contrattazione sociale documentata tra il 2013 e il 2017 è pari a 4.452 intese. Su queste intese, come detto, si focalizzerà la nostra attenzione. Ad esse ne vanno aggiunte altre 796, siglate nel 2018, che portano il volume complessivo della contrattazione sociale raccolta dall'Osservatorio tra il 2013 e il 2018 a 5.248 documenti.

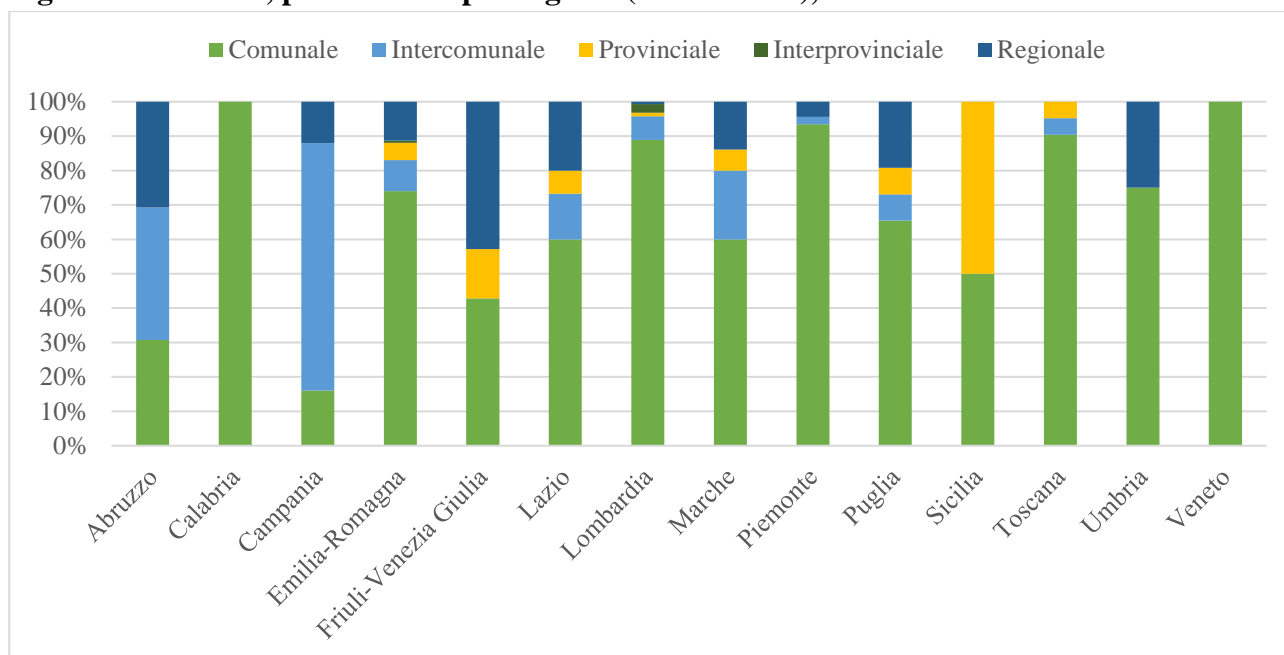
La contrattazione sociale si articola, prevalentemente, su ambito comunale o intercomunale (Tabella 2). Nel 2017, nove accordi su dieci sono stati raggiunti a seguito di processi negoziali avviati con rappresentanti di singole amministrazioni comunali (80,3%) oppure di più amministrazioni comunali consociate a livello di ambito o distretto (9,7%), mentre tra il 2013 e il 2017 la quota di intese sottoscritte su base comunale e intercomunale è pari, rispettivamente, al 78,7% e al 12,8%. Le attività di contrattazione concluse a livello regionale sono il 6,1% del totale nel 2017 e si attestano, nell'intero periodo in esame, al 5,1%. Da ultimo, le intese sancite su base provinciale o interprovinciale sono una quota residuale del complesso dell'attività negoziale; più nel dettaglio, sono pari al 3,8% nel 2017 e al 3,5% nel quinquennio 2013-2017. In questa cornice, *si osservano interessanti differenze tra le regioni* (Figura 1).

In specie, nel 2017:

- il peso relativo della contrattazione su scala comunale è più elevato in Veneto (100%), Piemonte (93,5%), Toscana (90,5%) Lombardia (89,0%);
- l'incidenza della contrattazione intercomunale è comparativamente più alta in Campania (72,0%) e Marche (20,0%);
- la quota di contrattazione su base provinciale e interprovinciale è più grande in Sicilia (50,0%) e Friuli-Venezia Giulia (14,3%);
- le intese sottoscritte a livello regionale sono una quota rilevante dell'attività negoziale conclusa in Friuli-Venezia Giulia (42,9%), Abruzzo (30,8%), Puglia (19,2%) e Marche (13,9%).

Tabella 2 – Accordi, per ambito e per anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Comunale	78,4%	84,9%	72,3%	79,4%	80,3%	78,7%
Intercomunale	15,0%	6,8%	21,8%	8,8%	9,7%	12,8%
Interprovinciale	0,0%	0,3%	0,0%	0,8%	1,2%	0,5%
Provinciale	3,0%	1,6%	2,7%	4,7%	2,6%	3,0%
Regionale	3,6%	6,5%	3,2%	6,3%	6,1%	5,1%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Figura 1 – Accordi, per ambito e per regione (% sul totale), 2017


Quanto al *periodo di validità* (Tabella 3), più di otto accordi su dieci (82,8%) tra quelli siglati nel 2017 esauriscono i propri effetti entro un massimo di 12 mesi, mentre poco meno di un accordo (9,3%) su dieci è in vigore per un intervallo di tempo superiore ai 24 mesi. Sull'intero arco temporale in questione, la percentuale di accordi che hanno una durata pari o inferiore ai 12 mesi è del 88,1% e circa sei accordi su cento (6,4%) hanno validità per un periodo superiore ai 24 mesi. Dal confronto tra gli anni si osserva, da ultimo, come *sia tendenzialmente cresciuta la quota di accordi in vigore per un periodo compreso tra 13 e 24 mesi*. Altre dinamiche in merito alla durata della contrattazione, di contro, non risultano sufficientemente intelleggibili.

Tabella 3 – Accordi, per durata in mesi e per anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
< 12 mesi	3,1%	2,8%	4,2%	1,3%	1,5%	2,6%
12 mesi	90,8%	89,9%	80,6%	86,6%	81,4%	85,5%
13-24 mesi	4,1%	2,1%	4,9%	7,7%	7,9%	5,5%
25-47 mesi	1,1%	4,5%	10,2%	3,6%	8,7%	5,8%
48 mesi e più	1,0%	0,7%	0,2%	0,8%	0,7%	0,7%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nel dettaglio regionale (Tabella 4), per quanto concerne il solo 2017:

- Puglia e Lazio sono le regioni in cui la contrattazione di lungo periodo, vale a dire quella con durata superiore ai 24 mesi, presenta una maggiore incidenza relativa;
- Umbria è il contesto regionale dove la quota di contrattazione di durata inferiore ai 12 mesi è più elevata;
- nelle rimanenti regioni prevale, in modo marcato, la percentuale di contrattazione con durata pari a 12 mesi.

Tabella 4 – Accordi, per regione e durata in mesi (% sul totale), 2017

	< 12 mesi	12 mesi	13-24 mesi	25-47 mesi	48 mesi +	Totale
Abruzzo	0,0%	76,9%	7,7%	15,4%	0,0%	100%
Calabria	0,0%	0,0%	0,0%	100%	0,0%	100%
Campania	0,0%	88,0%	0,0%	12,0%	0,0%	100%
Emilia-Romagna	1,1%	68,4%	13,0%	17,5%	0,0%	100%
Friuli-Venezia Giulia	0,0%	42,9%	28,6%	28,6%	0,0%	100%
Lazio	0,0%	20,0%	0,0%	66,7%	13,3%	100%
Lombardia	0,7%	89,0%	9,3%	1,0%	0,0%	100%
Marche	7,7%	70,8%	4,6%	16,9%	0,0%	100%
Piemonte	0,0%	96,2%	3,9%	0,0%	0,0%	100%
Puglia	0,0%	61,5%	0,0%	23,1%	15,4%	100%
Sicilia	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100%
Toscana	4,8%	90,5%	0,0%	4,8%	0,0%	100%
Umbria	25,0%	0,0%	0,0%	75,0%	0,0%	100%
Veneto	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
Totale	1,5%	81,4%	7,9%	8,7%	0,7%	100%

Tabella 5 – Accordi in vigore, per regione e anno (v.a.)

	2013		2014		2015		2016		2017		Totale	
	Vigenti	Tot.	Vigenti	Tot.	Vigenti	Tot.	Vigenti	Tot.	Vigenti	Tot.	Vigenti	Tot.
Abruzzo	0	24	1	22	0	13	0	5	3	13	4	77
Calabria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Campania	0	108	0	10	1	6	1	44	22	25	24	193
E. Romagna	0	74	0	120	4	152	13	152	57	177	74	675
Friuli-V.G.	0	12	0	6	0	8	1	9	6	7	7	42
Lazio	0	17	0	22	0	42	10	26	12	15	22	122
Liguria	0	7	0	3	0	1	0	1	0	0	0	12
Lombardia	0	393	0	374	1	463	5	427	60	408	66	2065
Marche	0	24	1	42	1	47	2	61	18	65	22	239
Molise	0	2	0	2	0	3	0	1	0	0	0	8
Piemonte	2	73	1	70	0	74	1	84	13	52	17	353
Puglia	0	5	1	18	0	100	7	27	12	26	20	176
Sardegna	0	6	0	0	0	3	0	7	0	0	0	16
Sicilia	0	0	0	2	0	3	1	12	1	2	2	19
Toscana	0	62	0	47	0	71	0	44	1	21	1	245
Umbria	0	2	0	4	0	4	0	0	6	8	6	18
Veneto	0	30	0	11	0	13	7	67	6	70	13	191
Totale	2	839	4	753	7	1.003	48	967	218	890	279	4.452

Come esito di queste caratteristiche, alla data di consegna del rapporto (30 ottobre 2018), sono ancora in vigore 279 accordi, pari al 6,3% di quelli complessivamente sottoscritti tra il 2013 e il 2017

(Tabella 5). Degli accordi ancora in vigore, circa la metà interessa i territori di Emilia-Romagna (26,5%) o Lombardia (23,7%); seguono Campania (8,6%), Lazio (7,9%) e Marche (7,9%).

2. Le macro-aree di politica

Gli accordi conclusi nel 2017 insistono, mediamente, su 2,6 macro-aree di politica. Si tratta di un valore in crescita tendenziale, superiore a quanto registrato sia nel 2016 sia nel 2013 (Tabella 6).

Tabella 6 – Numero medio di macro-aree di politica per accordo, per regione e per anno (v.a.)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Abruzzo	1,24	1,38	1,75	1,20	1,50	1,42
Calabria	-	-	-	-	1,00	1,00
Campania	1,36	2,30	1,50	1,81	1,62	1,58
Emilia-Romagna	2,15	2,22	2,43	2,18	3,18	2,50
Friuli Venezia Giulia	3,00	1,50	1,62	2,33	1,67	2,13
Lazio	1,56	1,75	2,14	2,32	2,91	2,16
Liguria	1,57	1,50	2,00	1,00		1,55
Lombardia	2,59	2,66	2,78	2,75	2,84	2,73
Marche	2,54	1,88	2,83	2,36	2,19	2,34
Molise	1,00	-	1,33	3,00	-	1,60
Piemonte	2,38	2,49	2,76	2,28	3,09	2,55
Puglia	1,00	1,18	1,02	1,27	1,67	1,16
Sardegna	3,00	-	1,00	1,00	-	2,25
Sicilia	-	5,00	1,67	1,00	1,00	1,59
Toscana	1,97	1,79	2,16	2,21	3,21	2,14
Umbria	1,50	1,00	2,00	-	1,50	1,50
Veneto	2,76	1,10	1,17	1,11	1,04	1,34
Totale	2,29	2,34	2,36	2,33	2,62	2,39

Nella media del quinquennio, gli accordi di contrattazione sociale documentata presentano interventi in 2,4 macro-aree di politica. Nel dettaglio regionale, gli accordi siglati in Lombardia insistono su di un numero più elevato di macro-aree di politica, che è pari a 2,7 nella media del periodo in esame e a 2,8 nel 2017. Gli accordi conclusi in Emilia-Romagna vertono nel 2017 su 3,2 macro-aree di politica, valore che scende, tuttavia, a 2,5 nella media dell'intero arco temporale. Per contro, la contrattazione conclusa in Veneto, Sicilia, Calabria copre, nella media del quinquennio, una sola macro-area di politica o poco più.

Le *misure di politica socio-familiare* sono, anche nel 2017, quelle contrattate con maggiore frequenza: ricorrono, infatti, in quasi tre accordi su quattro (73,1%) (Tabella 7).

Tabella 7 – Accordi, per macro-area di politica e per anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Socio-familiare	87,2%	73,6%	72,1%	74,2%	73,1%	75,8%
Fisco	66,0%	72,1%	64,6%	62,4%	64,5%	65,6%
Mercato del lavoro	22,0%	28,5%	36,9%	33,0%	38,7%	32,3%
Sanità	29,6%	33,4%	27,7%	29,7%	38,6%	31,8%
Territorio	23,7%	25,4%	34,8%	32,6%	42,9%	32,4%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di una macro-area di intervento, ragione per cui il totale di riga può essere superiore a 100%

A queste seguono, in ordine di importanza decrescente, gli interventi nella macro-area delle politiche fiscali, che si trovano in due accordi su tre (64,5%), le azioni di politica per il territorio (42,9%), le misure per il mercato del lavoro (38,7%) e gli interventi di tipo sanitario (38,6%).

Anche in merito alle macro-aree di politica, la contrattazione sociale presenta una chiara connotazione su base regionale. In specie:

- la quota di contrattazione che insiste sulla macro-area delle politiche socio-familiari è comparativamente più elevata in Toscana (100%), Lombardia (87,0%), Emilia-Romagna (85,5%);
- la percentuale di contrattazione sulle politiche fiscali è maggiore in Veneto (95,7%), Toscana (94,7%), Piemonte (79,6%), Umbria (75,0%);
- il peso relativo delle politiche per il territorio è maggiore in Emilia-Romagna (66,0%), Piemonte (63,6%), Umbria (62,5%);
- gli interventi per il mercato del lavoro sono un tema comparativamente più contrattato in Emilia-Romagna (59,1%), Piemonte e Puglia (50,0%);
- le politiche sanitarie compaiono in una quota maggiore di accordi nel Lazio (57,1%), in Toscana (52,6%) e Piemonte (52,3%).

Quanto al periodo di validità (Tabella 8), gli accordi del 2017 che prevedono:

- misure di politica socio-familiare restano in vigore, in più di otto casi su dieci (82,9%), per un massimo di 12 mesi e solo in otto casi su cento (8,2%) per più di 24 mesi;
- interventi di politica fiscale in quasi nove casi su dieci (88,4%) esauriscono i loro effetti entro 12 mesi e solo nel 5,0% dei casi rimangono in vigore per oltre 24 mesi;
- azioni per la tutela e lo sviluppo del territorio in quasi un caso su cinque (19,0%) restano in vigore per più di 24 mesi;
- interventi sanitari in più di otto casi su dieci (83,2%) sono in vigore per un massimo di 12 mesi e solo in poco più di sette casi su cento (7,1%) estendono le tutele introdotte oltre i 24 mesi;
- politiche per il mercato del lavoro in tre quarti dei casi (76,5%) rimangono in vigore per 12 mesi e in poco meno di un quarto dei casi (22,6%) hanno effetti per più di 13 mesi.

Tabella 8 – Accordi, per macro-area e durata in mesi (% sul totale), 2017

	< 12 mesi	12 mesi	13-24 mesi	25-47 mesi	48 mesi +	Totale
Socio-familiare	1,6%	81,3%	8,9%	7,7%	0,5%	100%
Fisco	0,6%	87,7%	6,7%	4,8%	0,2%	100%
Mercato del lavoro	0,9%	76,5%	9,0%	12,4%	1,2%	100%
Sanità	1,2%	82,0%	9,6%	6,5%	0,6%	100%
Territorio	0,8%	80,2%	8,1%	9,8%	1,1%	100%

I dati sull'intero intervallo temporale in analisi (Tabella 9) mostrano la netta predominanza della contrattazione in materia socio-familiare (75,8%) o fiscale (65,6%), cui si affianca l'attività negoziale su tematiche inerenti il territorio (32,4%), il mercato del lavoro (32,3%), la sanità (31,8%). Di nuovo, scendendo a livello regionale, si osserva che:

- Lombardia (92,5%), Sardegna (87,5%) e Toscana (81,9%) sono i territori in cui il peso relativo della contrattazione su questioni socio-familiari è più alto;
- il peso relativo della contrattazione sulle tematiche inerenti la fiscalità è più forte in Veneto (89,0%), Toscana (88,5%), Piemonte (84,7%);

- le politiche del territorio costituiscono un'area ricorrente di contrattazione in Emilia-Romagna (48,2%), Friuli-Venezia Giulia (46,2%), nelle Marche (45,6%);
- in Puglia (70,8%), Sicilia (64,7%), e Friuli-Venezia Giulia (46,2%) la contrattazione in tema di politiche per il mercato del lavoro è piuttosto rilevante;
- gli interventi in materia di sanità rappresentano una quota elevata della contrattazione sociale in Sardegna (50,0%), Campania (43,0%), Piemonte (41,3%), Sicilia (41,2%) e Lombardia (41,0%).

Tabella 9 – Accordi, per regione e macro-area di politica (% sul totale), 2013-2017

	Socio-familiare	Fisco	Mercato del lavoro	Sanità	Territorio
Abruzzo	54,8%	22,6%	40,3%	12,9%	11,3%
Calabria	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Campania	71,5%	1,2%	15,8%	43,0%	21,8%
Emilia-Romagna	75,9%	66,6%	37,6%	22,2%	48,2%
Friuli-Venezia Giulia	41,0%	51,3%	46,2%	28,2%	46,2%
Lazio	58,1%	61,3%	24,7%	37,6%	26,9%
Liguria	63,6%	63,6%	0,0%	27,3%	0,0%
Lombardia	92,5%	72,4%	33,2%	41,0%	33,6%
Marche	78,9%	56,1%	35,4%	16,5%	45,6%
Molise	80,0%	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%
Piemonte	59,6%	84,7%	31,7%	41,3%	36,2%
Puglia	18,7%	2,9%	70,8%	17,5%	6,4%
Sardegna	87,5%	25,0%	25,0%	50,0%	37,5%
Sicilia	17,7%	17,7%	64,7%	41,2%	17,7%
Toscana	81,9%	88,5%	12,4%	14,6%	16,8%
Umbria	16,7%	61,1%	16,7%	22,2%	33,3%
Veneto	23,7%	89,0%	5,8%	5,3%	8,4%
Totale	75,8%	65,6%	32,3%	31,8%	32,4%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di una macro-area di intervento, ragione per cui il totale di riga può essere superiore a 100%

3. Le micro-aree di politica

Le macro-aree di politica appena analizzate si articolano in una serie di possibili micro-aree di intervento, vale a dire ambiti di azione più specifici.

3.1 Misure di politica socio-familiare

Con riguardo alle micro-aree che ricadono nel novero delle politiche socio-familiari (Tabella 10), come detto la macro-area di contrattazione preponderante, nel 2017 prevalgono il contrasto alla povertà, che ricorre nel 40,2% degli accordi depositati nell'archivio, l'assistenza domiciliare (33,2%), le politiche per l'abitazione (29,9%); seguono le azioni di sistema – vale a dire interventi, quali la formazione, la consulenza, la raccolta fondi, il coordinamento, intesi a supportare la capacità di azione degli attori del dialogo sociale – presenti in poco meno di tre accordi su dieci (28,8%), l'assistenza residenziale e semi-residenziale (25,4%), il contrasto all'esclusione sociale (24,7%), i servizi socio-educativi (24,6%). Se ampliamo l'orizzonte di analisi all'intero periodo in esame, è facile osservare che la micro-area più ricorrente negli accordi è nuovamente il contrasto alla povertà (37,0%), cui

seguono l'assistenza domiciliare (31,1%), le politiche abitative (30,0%), l'offerta di servizi (29,6%), le azioni di sistema (28,9%). Nei diversi contesti regionali, e per quanto concerne le sole intese raggiunte nel 2017, è possibile notare che:

- gli interventi contro la povertà sono molto frequenti in Lombardia (53,1%) e Toscana (52,6%);
- l'assistenza domiciliare è materia negoziale ricorrente in Lombardia (56,7%);
- le politiche per la casa hanno un peso relativo elevato in Toscana (79,0%) e Lombardia (41,5%);
- l'assistenza residenziale e semi-residenziale ricorre, soprattutto, in Lombardia (41,5%)
- il contrasto all'esclusione sociale presenta un'incidenza elevata in Toscana (47,4%), Piemonte (36,4%), Emilia-Romagna (35,2%);
- i servizi socio-educativi per l'infanzia hanno un peso maggiore in Toscana (79,0%) e Lombardia (36,8%).

Tabella 10 – Accordi, per micro-area di politica socio-familiare e anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Adattamento domestico	2,5%	4,6%	4,2%	3,1%	2,9%	3,4%
Ass. domiciliare	34,2%	31,2%	27,5%	29,5%	33,2%	31,0%
Ass. residenz. e semi-residenz.	23,6%	20,1%	18,0%	22,0%	25,4%	21,8%
Azioni di sistema	31,5%	19,9%	27,5%	34,3%	28,8%	28,8%
Buoni, voucher	8,8%	1,5%	0,4%	2,5%	3,7%	3,3%
Casa	24,1%	32,5%	30,9%	31,6%	29,9%	29,9%
Compartecipazione	31,8%	28,8%	34,4%	27,3%	18,4%	28,0%
Criteri di accesso	1,7%	2,1%	1,3%	1,4%	4,6%	2,2%
Inclusione sociale	7,7%	7,4%	12,7%	16,2%	24,7%	14,2%
Istruzione	3,7%	5,2%	5,2%	4,6%	10,9%	6,0%
Non autosufficienza	10,6%	12,1%	9,4%	4,4%	5,8%	8,2%
Offerta servizi	36,9%	32,2%	28,1%	32,9%	18,2%	29,4%
Pari opportunità	0,8%	0,3%	2,6%	1,0%	5,6%	2,2%
Povertà	38,7%	33,4%	35,7%	35,9%	40,2%	36,8%
Serv. accesso e presa in carico	11,7%	9,6%	10,2%	10,5%	16,2%	11,7%
Servizi socio-educativi	31,1%	23,2%	23,7%	24,7%	24,6%	25,4%
Tempi di vita e lavoro	1,2%	1,6%	3,1%	2,5%	4,6%	2,7%
Tempo libero	16,0%	18,6%	16,1%	14,7%	19,5%	16,9%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di una micro-area di intervento, ragione per cui il totale di colonna può essere superiore a 100%

3.2 Misure di politica fiscale

Quanto alle politiche fiscali (Tabella 11), nel 2017 prevalgono in modo netto gli accordi che intervengono sulla fiscalità locale (61,0%); in meno di un caso su dieci le intese archiviate mettono a tema i prezzi e le tariffe (9,7%), le azioni di sistema (8,0%), mentre la fiscalità regionale è, senza dubbio, una micro-area di negoziazione residuale (0,7%). Nell'intervallo che va dal 2013 al 2017, il tema della fiscalità locale è nettamente preminente (63,2%); ad esso seguono i prezzi e le tariffe (13,5%), le azioni di sistema (4,2%) e, da ultima, la fiscalità regionale (0,5%). A livello regionale e relativamente alla contrattazione siglata nell'ultimo anno, emerge che:

- la quota degli accordi che trattano di fiscalità locale è molto elevata e superiore alla media in Toscana (94,7%), Veneto (82,9%), Piemonte (79,6%) e Umbria (75,0%);

- l'incidenza della contrattazione su prezzi e tariffe è comparativamente più elevata nelle Marche (40,6%) e Veneto (20,0%);
- le intese che hanno come argomento le azioni di sistema è elevata soprattutto in Emilia-Romagna (32,1%);
- le uniche realtà territoriali in cui si registra la presenza di accordi sul tema della fiscalità regionale sono Emilia-Romagna (1,3%) e Lombardia (1,0%).

Tabella 11 – Accordi, per micro-area di politica fiscale e anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Azioni di sistema	3,2%	3,1%	4,5%	1,9%	8,0%	4,2%
Fiscalità locale	63,6%	69,9%	63,3%	60,0%	61,0%	63,2%
Fiscalità regionale	0,3%	0,4%	0,4%	0,8%	0,7%	0,5%
Prezzi e tariffe	18,2%	14,6%	16,3%	9,8%	9,7%	13,5%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di una micro-area di intervento, ragione per cui il totale di colonna può essere superiore a 100%

3.3 Misure di politica per il territorio

Entro la macro-area delle politiche per il territorio (Tabella 12), le infrastrutture e le azioni di sistema sono la questione affrontata più di frequente: compaiono, infatti, in circa un accordo su sei. Altre questioni piuttosto dibattute nei processi negoziali sono i trasporti (12,1%) e il controllo del territorio (11,3%). Nella media del periodo in analisi, le azioni di sistema risultano essere la micro-area di contrattazione più frequente (13,0%); ad essa seguono il controllo del territorio (9,6%), le infrastrutture (8,1%), la qualità dell'ambiente (7,6%), i trasporti (7,0%). Nel 2017 a livello regionale si registra quanto segue:

- la negoziazione di azioni e interventi in tema di infrastrutture è particolarmente frequente nel Lazio (42,9%), in Emilia-Romagna (35,8%) e Piemonte (22,7%);
- le azioni di sistema sono al centro della contrattazione in Umbria (50,0%), Emilia-Romagna (33,3%) e Marche (25,0%);
- le politiche per i trasporti sono tema ricorrente di negoziazione nel Lazio (35,7%) e in Piemonte (27,3%);
- in Piemonte (18,2%) ed Emilia-Romagna (16,4%) e una quota rilevante di accordi insiste sul controllo del territorio.

Tabella 12 – Accordi, per micro-area di politica del territorio e anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Azioni di sistema	8,7%	12,3%	15,2%	12,4%	15,7%	13,0%
Controllo del territorio	5,7%	6,1%	11,8%	11,7%	11,3%	9,6%
Infrastrutture	2,3%	3,7%	8,1%	9,0%	15,8%	8,1%
Qualità ambientale	3,2%	4,3%	7,4%	8,4%	13,6%	7,6%
Qualità della vita	1,7%	1,3%	2,9%	2,5%	4,6%	2,7%
Trasporti	5,8%	4,4%	7,3%	4,8%	12,1%	7,0%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di una micro-area di intervento, ragione per cui il totale di colonna può essere superiore a 100%

3.4 Misure di politica per il mercato del lavoro

Spostandoci alle politiche per il mercato del lavoro (Tabella 13), la contrattazione documentata nel 2017 si concentra, in via prevalente, sulle tematiche dell'occupabilità (30,1%) e le azioni di sistema (9,4%). Residuali sono, invece, gli accordi che trattano di azioni di sistema, oppure affrontano materie quali la sicurezza (3,0%), la formazione (2,4%), la conciliazione famiglia-lavoro (2,3%), la tutela del posto di lavoro (2,0%). Nel quinquennio, le materie più ricorrenti risultano essere, in ordine di importanza decrescente, l'occupabilità (23,0%), le azioni di sistema (4,8%), la sicurezza (3,2%), la tutela del posto di lavoro (3,0%), la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro (2,0%), la formazione (1,6%).

Tabella 13 – Accordi, per micro-area di politica per il mercato del lavoro e anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Azioni di sistema	2,8%	4,9%	3,0%	4,0%	9,5%	4,8%
Coinvolgimento	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%	0,6%	0,2%
Comunicazione informazioni	0,3%	0,3%	0,2%	0,6%	0,4%	0,4%
Conciliazione famiglia-lavoro	0,7%	1,9%	0,7%	3,8%	2,3%	2,0%
Contrattazione	0,3%	0,6%	0,7%	1,4%	1,1%	0,9%
Contrattazione di gruppo	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Emersione sommerso	0,3%	0,2%	0,0%	0,4%	1,0%	0,4%
Formazione	0,4%	1,6%	1,3%	2,0%	2,4%	1,6%
Inquadramento	0,1%	0,0%	0,0%	1,1%	0,1%	0,3%
Occupabilità	14,6%	16,1%	29,5%	22,2%	30,1%	23,0%
Orari di lavoro	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
Organizzazione del lavoro	0,1%	0,7%	0,2%	0,8%	0,8%	0,6%
Regolarizzazione	0,4%	0,9%	0,2%	0,9%	0,6%	0,6%
Responsabilità sociale	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%
Risparmio energetico	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
Salario	0,0%	1,0%	0,0%	0,2%	0,4%	0,3%
Salute	0,0%	0,2%	0,1%	0,3%	0,8%	0,3%
Sicurezza	2,6%	3,1%	3,2%	4,0%	3,0%	3,2%
Tutela	3,2%	4,0%	2,6%	3,2%	2,0%	3,0%
Welfare contrattuale	0,4%	0,4%	0,1%	0,7%	0,6%	0,5%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di una micro-area di intervento, ragione per cui il totale di colonna può essere superiore a 100%

Nei contesti regionali, e solo con riguardo alle intese siglate nel 2017, accade che:

- gli interventi in favore dell'occupabilità sono una percentuale rilevante della contrattazione documentata in Piemonte (40,9%), Puglia (37,5%), Emilia-Romagna (37,1%);
- le azioni di sistema si ritrovano in quote consistenti degli accordi siglati in Emilia-Romagna (32,7%);
- le intese che intervengono in materia di sicurezza sono relativamente più diffuse nel Lazio (35,7%) e in Toscana (10,5%);
- la formazione è tema di contrattazione piuttosto ricorrente nel Lazio (14,3%) e nelle Marche (9,4%);
- la quota di accordi sulle questioni relative alla conciliazione tra famiglia e lavoro è superiore alla media in Lombardia (4,4%);

- la tutela del posto di lavoro è materia privilegiata di contrattazione in Abruzzo (41,7%) ed è presente in una quota di intese superiore alla media in Emilia-Romagna (4,4%) e Puglia (4,2%).

3.5 Misure di politica sanitaria e socio-sanitaria

Da ultimo, per quanto riguarda il campo delle politiche sanitarie (Tabella 14), la micro-area di negoziazione più frequente risulta essere, per il 2017, l'assistenza sanitaria collettiva (11,2%), seguita da assistenza territoriale e ambulatoriale (9,5%), offerta di servizi (8,9%), azioni di sistema (7,4%). Tra il 2013 e il 2017, le principali micro-aree di negoziazione risultano essere l'assistenza territoriale e ambulatoriale (12,1%) e l'offerta di servizi, che figura in circa sette accordi su cento (7,3%). Altri ambiti negoziali di rilievo sono il telesoccorso (5,4%), l'assistenza sanitaria collettiva (3,9%), le azioni di sistema (3,6%), la compartecipazione al costo dei servizi (3,0%). La contrattazione in materia di politiche sanitarie conclusa nel 2017 presenta le seguenti peculiarità a livello regionale:

- il peso relativo delle misure inerenti l'assistenza sanitaria collettiva risulta, comparativamente, più elevato in Emilia-Romagna (17,6%) e Lombardia (15,0%);
- l'assistenza territoriale e ambulatoriale assume un peso relativo maggiore in Toscana (36,8%), e Lombardia (16,6%);
- l'offerta di servizi è un tema più abituale in Campania (44,0%) e Piemonte (38,6%);
- le azioni di sistema ricorrono con maggiore frequenza relativa nel Lazio (35,7%), in Friuli-Venezia-Giulia (33,3%), in Puglia (12,5%).

Tabella 14 – Accordi, per micro-area di politica socio-sanitaria e anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Ass. territoriale residenz. e semi-residenziale	3,0%	2,7%	1,9%	1,9%	4,0%	2,7%
Ass. territoriale ambulatoriale e domiciliare	7,4%	15,2%	14,7%	13,5%	9,5%	12,1%
Ass. distrettuale	0,3%	0,6%	1,0%	1,1%	1,8%	1,0%
Ass. ospedaliera	1,4%	0,3%	1,8%	2,4%	2,5%	1,8%
Ass. sanitaria collettiva	1,7%	1,0%	1,8%	3,3%	11,2%	3,9%
Azioni di sistema	1,7%	2,5%	3,1%	3,0%	7,4%	3,6%
Compartecipazione	3,4%	4,9%	2,7%	2,4%	2,2%	3,0%
Criteri di accesso	0,8%	1,3%	0,5%	6,0%	1,3%	2,1%
Offerta dei servizi	7,7%	9,3%	6,5%	4,9%	8,9%	7,3%
Punto unico/unitario socio-sanitario	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,8%	0,6%
Servizi per l'accesso	0,7%	1,8%	1,0%	0,8%	2,6%	1,4%
Telesoccorso	14,5%	13,0%	0,0%	0,3%	2,3%	5,4%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di una micro-area di intervento, ragione per cui il totale di colonna può essere superiore a 100%

4. I beneficiari

Ciascun accordo, come noto, può essere potenzialmente rivolto a uno o più beneficiari. In proposito, i dati del 2017 indicano che *la contrattazione documentata interessa un numero medio di 4,5 beneficiari* (Tabella 15); nel 2013 il numero dei beneficiari per singolo accordo era pari a 4 unità, un valore che è rimasto pressoché costante negli anni successivi. In effetti, nella media del periodo in esame, gli accordi sottoscritti hanno interessato in media 4,1 soggetti. La contrattazione che, nella

media di ciascun accordo, estende i propri effetti al numero più elevato di beneficiari è quella conclusa in Emilia-Romagna (4,5), nelle Marche e in Piemonte (4,2), in Umbria (4,1), Abruzzo (4,0). Per contro, gli accordi sottoscritti in Veneto (1,6), Sicilia (1,6), Puglia (1,3) risultano, di norma, circoscritti a un numero piuttosto contenuto di beneficiari.

Tabella 15 – N. medio di beneficiari per accordo, per regione e per anno (v.a.)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Abruzzo	3,4	5,8	2,8	2,8	4,3	4,0
Calabria	-	-	-	-	2,0	2,0
Campania	2,1	3,7	1,7	2,0	1,9	2,1
Emilia-Romagna	4,4	4,6	4,9	2,8	5,3	4,5
Friuli-Venezia Giulia	3,2	1,8	2,5	1,9	1,8	2,3
Lazio	2,4	2,2	3,8	3,4	2,2	3,0
Liguria	2,7	1,5	5,0	2,0	-	2,6
Lombardia	4,6	4,6	5,0	5,1	5,4	5,0
Marche	3,7	2,9	5,2	5,2	3,7	4,2
Molise	12,0	-	1,7	2,0	-	3,8
Piemonte	4,4	4,5	3,7	4,0	4,1	4,2
Puglia	1,3	1,6	1,1	1,5	1,8	1,3
Sardegna	3,6	-	3,0	2,0	-	3,1
Sicilia	-	5,5	1,7	1,5	1,0	1,9
Toscana	2,4	2,4	2,7	2,5	5,5	2,8
Umbria	6,0	2,8	5,5	-	3,1	3,9
Veneto	4,1	1,1	1,4	1,2	1,1	1,6
Totale	4,0	4,2	4,1	3,9	4,5	4,1

La pressoché totalità degli accordi siglati nel 2017 riguarda la cittadinanza nel suo complesso (86,7%). Altri target privilegiati dell'azione negoziale (Tabella 16) sono le famiglie (51,6%), gli anziani generici (40,2%), i soggetti non autosufficienti (33,3%) e i disabili (30,6%), gli adulti in difficoltà (24,8%), i minori (22,7%), i disoccupati (21,1%), gli affittuari (16,4%). Sulla media dell'intero periodo, tra i potenziali destinatari della contrattazione sociale, si conferma il netto prevalere della cittadinanza, che figura in circa otto accordi su dieci (81,6%), delle famiglie (50,5%) e dei non autosufficienti (35,7%). Ciò detto, i trend registrati nel corso degli anni sembrano indicare un progressivo spostamento della contrattazione verso target specifici quali i disabili (il cui peso relativo è passato dal 20,1% del 2013 al 24,0% del 2017), gli adulti in difficoltà (19,8%), i disoccupati (18,9%), gli stranieri (9,1%).

Per restare alle principali categorie di beneficiari della contrattazione, il dettaglio regionale (Tabella 17) indica che nel 2017:

- il peso relativo della cittadinanza, indicato dalla percentuale di accordi in cui essa è menzionata, è superiore alla media in Campania (96,0%), Veneto (95,7%), Toscana (94,7%), Lombardia (91,7%), Emilia-Romagna (88,7%);
- l'incidenza delle famiglie è elevata in Toscana (89,5%), Emilia-Romagna (81,8%), Lombardia (60,1%)
- gli anziani generici sono piuttosto frequenti in Lombardia (62,2%), Toscana (36,8%), Lazio (35,7%);
- la percentuale di non autosufficienti e disabili (per un approfondimento si rimanda al capitolo 2) è elevata in Lombardia e Toscana;

- gli adulti in difficoltà ricorrono in modo frequente in Lombardia (35,5%), Piemonte (29,5%), Toscana (26,3%), Marche (23,4%), Emilia-Romagna (22,6%);
- i minori sono un target abituale della contrattazione nelle Marche (42,2%) e in Toscana (31,6%);
- gli stranieri ricorrono soprattutto in Toscana (26,9%) ed Emilia-Romagna (23,9%).

Tabella 16 – Accordi, per tipologia di beneficiario e per anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Cittadinanza	77,8%	80,6%	78,6%	83,2%	86,7%	81,6%
Famiglie	55,0%	53,5%	51,6%	42,8%	51,6%	50,5%
Non autosufficienti	44,5%	39,9%	30,8%	32,1%	33,3%	35,7%
Anziani Generici	34,3%	36,5%	31,2%	32,8%	40,2%	34,9%
Disabili	20,1%	22,7%	21,8%	24,2%	30,6%	24,0%
Anziani autosufficienti	25,9%	28,4%	22,2%	24,1%	6,5%	21,1%
Adulti in difficoltà	11,8%	18,3%	21,3%	21,5%	24,8%	19,8%
Disoccupati	14,9%	13,7%	28,5%	14,9%	21,1%	18,9%
Minori	23,8%	13,9%	11,5%	16,1%	22,7%	17,5%
Affittuari	15,4%	19,1%	15,9%	16,2%	16,4%	16,5%
Proprietari di immobili	9,8%	19,5%	16,5%	6,6%	3,7%	10,9%
Stranieri	4,8%	3,8%	7,6%	12,1%	15,5%	9,1%
Lavoratori	7,0%	6,2%	9,4%	8,7%	13,1%	9,0%
Giovani (19-34)	5,5%	4,0%	7,6%	7,8%	12,7%	7,7%
Imprese	4,1%	6,8%	7,8%	5,7%	10,4%	7,0%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di un beneficiario, ragione per cui il totale di colonna può essere superiore a 100%

Tabella 17 – Accordi, per tipologia di beneficiario e per regione (% sul totale), 2017

Regione	Cittadini	Famiglie	Anziani	Non autosuff.	Disabili	Adulti in difficoltà	Minori	Stranieri
Abruzzo	58,3%	16,7%	33,3%	50,0%	33,3%	0,0%	25,0%	8,3%
Calabria	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Campania	96,0%	0,0%	4,0%	8,0%	12,0%	0,0%	12,0%	12,0%
Emilia-Rom.	88,7%	81,8%	32,7%	31,4%	25,2%	22,6%	17,0%	23,9%
Friuli V.G.	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Lazio	85,7%	7,1%	35,7%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
Lombardia	91,7%	60,1%	62,2%	51,6%	45,6%	35,5%	28,2%	18,9%
Marche	54,7%	32,8%	10,9%	15,6%	14,1%	23,4%	42,2%	3,1%
Piemonte	84,1%	56,8%	31,8%	4,5%	25,0%	29,5%	22,7%	11,4%
Puglia	75,0%	0,0%	16,7%	4,2%	8,3%	0,0%	8,3%	0,0%
Sicilia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Toscana	94,7%	89,5%	36,8%	31,6%	42,1%	26,3%	31,6%	26,3%
Umbria	87,5%	12,5%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Veneto	95,7%	1,4%	1,4%	1,4%	0,0%	1,4%	2,9%	0,0%
Totale	86,7%	51,6%	40,2%	33,3%	30,6%	24,8%	22,7%	15,5%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di un beneficiario, ragione per cui il totale di riga può essere superiore a 100%

4.1 I beneficiari degli interventi nelle diverse macro-aree di politica

Gli accordi negoziati per ciascuna macro-area di politica hanno, virtualmente, specifici target elettivi. Per quanto riguarda la contrattazione sociale portata a termine nel 2017 e seguendo la graduatoria prima presentata (cfr. § 2) (Tabella 18):

- i beneficiari prevalenti delle misure di politica socio-familiare sono le famiglie (24,7%), la cittadinanza (15,8%), gli anziani generici (13,8%);
- le misure di politica fiscale si indirizzano verso la cittadinanza (73,5%) e le famiglie (10,2%);
- gli interventi entro la macro-area delle politiche per il territorio hanno come beneficiario prevalente la cittadinanza (66,0%) e quindi gli anziani generici (6,9%) e le famiglie (4,9%);
- delle misure di politica per il mercato del lavoro beneficiano i disoccupati (22,6%), i lavoratori (21,1%), i giovani (9,6%), i lavoratori a tempo determinato (8,6%);
- le misure di politica sanitaria sono pensate per la cittadinanza (51,5%), gli anziani generici (14,2%), i non autosufficienti, in specie anziani (7,4%).

Tabella 18 – Accordi, per tipo di beneficiario e per macro-area di politica (% sul totale), 2017

	Socio-familiare	Fisco	Mercato del lavoro	Sanità	Territorio	Totale
Cittadinanza	15,8%	73,5%	7,7%	51,5%	66,0%	31,6%
Famiglie	24,7%	10,2%	4,5%	8,6%	4,9%	17,6%
Anziani	13,8%	2,3%	0,0%	14,2%	6,9%	10,3%
Disabili	8,4%	1,3%	2,9%	4,8%	3,2%	6,1%
Anziani non autosuff.	8,6%	0,9%	0,0%	7,4%	0,4%	5,8%
Adulti in difficoltà	5,8%	1,3%	3,8%	3,5%	0,5%	4,2%
Minori	5,8%	1,1%	1,0%	0,6%	2,7%	4,0%
Disoccupati	1,4%	0,4%	22,6%	0,2%	0,0%	2,8%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di un beneficiario e più di una macro-area di intervento, ragione per cui il totale di riga e di colonna può essere superiore a 100%

I dati raccolti tra il 2013 e il 2017 rivelano, in aggiunta, che:

- le politiche socio-familiari sono rivolte in prevalenza a famiglie (21,3%), cittadinanza (18,8%), anziani generici (12,8%), i non autosufficienti, in specie anziani (10,4%);
- le misure di politica fiscale hanno come beneficiario privilegiato la cittadinanza (68,5%), le famiglie (8,9%), i proprietari di immobili (7,7%);
- le azioni che ricadono nel novero delle politiche per il territorio sono indirizzate, in due terzi dei casi, alla cittadinanza (64,3%) e quindi a una miriade di target tra i quali gli anziani generici (8,0%), le imprese (4,8%), le famiglie (3,8%);
- le misure per il mercato del lavoro investono i disoccupati (27,9%), la generalità dei lavoratori (17,5%), ma anche i lavoratori a tempo determinato (8,3%), la cittadinanza (7,6%) e le famiglie (4,5%);
- gli interventi per la sanità sono riservati, in un terzo dei casi, alla cittadinanza (33,3%) e quindi alle famiglie (15,1%), agli anziani generici (9,7%), agli anziani non autosufficienti (7,6%) e ai disabili (5,1%).

4.2 I beneficiari degli interventi nelle diverse micro-aree di politica

Se prendiamo, poi, in esame le micro-aree di intervento e ci focalizziamo esclusivamente sulle principali categorie di beneficiari della contrattazione (rimandando al capitolo per i soggetti non autosufficienti e i disabili), notiamo che nel 2017:

- per la cittadinanza i processi di negoziazione hanno previsto interventi in tema di fisco locale (28,6%), azioni di sistema nel campo delle politiche socio-familiari (8,1%), oppure micro-azioni in materia di infrastrutture (5,0%) e contrasto alla povertà (5,0%);
- le famiglie sono state destinatarie, in prevalenza, di interventi per il contrasto alla povertà (19,3%), servizi socio-educativi (15,6%), misure che regolano la compartecipazione ai costi dei servizi socio-assistenziali (7,2%), politiche per la casa (7,1%);
- gli anziani generici hanno beneficiato di processi negoziali che hanno messo a tema l'assistenza domiciliare a carattere sociale (24,4%), gli interventi per le opportunità del tempo libero (15,6%), le azioni di contrasto alla povertà (7,5%);
- per gli adulti in difficoltà si è intervenuto, in via negoziale, per affrontare le questioni legate alla povertà (38,7%) e al rischio di esclusione sociale (13,2%) oppure all'assistenza domiciliare a carattere sociale (8,5%), alla casa (6,5%) e all'occupabilità (6,2%);
- per i minori sono stati contrattati accordi che vertono sui servizi socio-educativi all'infanzia (25,2%), l'istruzione (9,9%), l'offerta di servizi di natura sociale e assistenziale (9,0%), l'inclusione sociale (8,1%).

Nel quinquennio:

- per la cittadinanza sono stati negoziati interventi nel campo della fiscalità locale (34,6%), azioni di sistema nell'ambito delle politiche familiari (9,5%) e quindi precise azioni sul tema della compartecipazione alla spesa per i servizi (6,3%);
- le famiglie hanno beneficiato di accordi che insistono sul contrasto alla povertà (19,3%), i servizi socio-educativi (15,6%), la compartecipazione al costo dei servizi socio-assistenziali (7,1%), la casa (7,1%);
- le intese sottoscritte in favore degli anziani generici sono intervenute su opportunità per il tempo libero (18,5%), offerta dei servizi socio-assistenziali (16,5%), assistenza domiciliare di natura sociale (11,7%), contrasto alla povertà (8,7%), abitazione (7,0%);
- per gli adulti in difficoltà sono state siglate intese con misure a contrasto della povertà (43,5%) e a sostegno dell'inclusione sociale (14,4%) oppure per l'abitazione (7,5%);
- per i minori sono state contrattate azioni per migliorare l'offerta dei servizi socio-educativi (17,5%) o socio-assistenziali (14,5%), progetti di inclusione sociale (7,5%).

5. Il processo concertativo

La natura e le caratteristiche del processo concertativo possono essere approfondite, in prima battuta, prendendo in esame il numero e le caratteristiche dei soggetti che hanno sottoscritto le intese depositate nell'Archivio. Ebbene, *nel 2017 il numero medio di firmatari è pari a 5,4* (Tabella 19). Le regioni nelle quali la contrattazione più recente risulta l'esito di processi a più elevata partecipazione sono Abruzzo, Puglia, Sicilia e Umbria, ciascuna con accordi siglati, in media, da almeno 6 soggetti; viceversa, gli accordi conclusi in Campania e Calabria sono stati sottoscritti, rispettivamente, da una

media di 4 e 3 soggetti. Sull'intero quinquennio in esame, gli accordi documentati sono stati siglati da una media di 5,3 firmatari. Nella media regionale, le intese siglate in Molise e Abruzzo hanno avuto, in media, almeno 7 sottoscrittori, mentre in Sardegna, Campania e Liguria, il numero medio dei soggetti firmatari è stato pari a circa 4 unità.

Tabella 19 – N. medio di firmatari per accordo, per regione e anno (v.a.)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Abruzzo	7,6	7,4	6,7	8,2	6,7	7,3
Calabria	-	-	-	-	3,0	3,0
Campania	4,1	5,2	3,3	4,3	4,0	4,2
Emilia-Romagna	5,4	5,8	5,5	4,8	5,8	5,5
Friuli-Venezia Giulia	5,7	6,5	5,3	7,1	5,4	6,0
Lazio	6,0	5,1	5,6	5,1	5,9	5,5
Liguria	3,6	3,7	6,0	5,0	-	3,9
Lombardia	4,8	5,0	5,5	5,1	5,0	5,1
Marche	4,8	5,4	6,0	5,8	6,0	5,7
Molise	10,0	10,5	5,7	5,0	-	7,9
Piemonte	5,6	5,9	5,2	5,1	5,5	5,4
Puglia	3,8	5,3	5,3	6,0	6,0	5,5
Sardegna	5,3	-	1,7	6,5	-	4,6
Sicilia	-	7,0	7,0	5,1	6,0	5,7
Toscana	5,6	5,8	5,7	5,7	4,8	5,6
Umbria	4,0	6,5	4,5	-	6,0	5,6
Veneto	3,6	4,3	5,2	5,2	5,9	5,2
Totale	5,0	5,4	5,5	5,2	5,4	5,3

Come è lecito attendersi, il numero medio di firmatari è più elevato nel caso di intese sottoscritte a livello regionale (7,5 per il 2017 e 7,4 per l'intero periodo) oppure a livello provinciale (7,3 per il 2017 e 6,7 per l'intero periodo) o interprovinciale (5,7 per il 2017 e 6,3 per l'intero periodo). Gli accordi siglati su base comunale risultano essere sottoscritti da una media di 5,1 soggetti nel 2017, valore che scende a 5,1 sul totale del periodo 2013-2017. Tra quanti hanno firmato le intese stipulate nel 2017 prevalgono, coerentemente con quanto sopra presentato e discusso, le organizzazioni sindacali e i rappresentanti dei comuni. Più nel dettaglio, quanto alle organizzazioni sindacali, FNP-CISL ha sottoscritto il 76,8% delle intese archiviate mentre il livello confederale figura nel 64,2% degli accordi depositati; il 43,4% degli accordi risulta, inoltre, sottoscritto congiuntamente da CISL e FNP-CISL. I rappresentanti di altri enti della pubblica amministrazione hanno firmato il 18,6% degli accordi, mentre ANCI figura in poco più di un accordo su cento (1,8%) ma in più di quarto (25,5%) degli accordi sottoscritti a livello regionale. Sul versante delle rappresentanze datoriali, le associazioni del commercio hanno sottoscritto il 2,3% delle intese archiviate, quelle dell'industria compaiono nel 2,2% degli accordi e quelle dell'artigianato figurano nel 2,1% dei casi documentati di contrattazione.

In seconda battuta, nell'archivio dell'Osservatorio vengono catalogate ulteriori informazioni sulle *caratteristiche e fasi del processo concertativo*, dal suo avvio alle fasi successive alla sua formalizzazione (Tabella 20). Le voci abitualmente impiegate per la classificazione sono le seguenti: a) regolazione del processo concertativo, per indicare lo svolgimento di prassi tipiche delle relazioni negoziali; b) coinvolgimento dei beneficiari, momento che può avvenire mediante assemblee, sondaggi, lavori di gruppo o altre forme di partecipazione; c) diffusione dell'accordo, voce che indica il complesso di attività di comunicazione di quanto sottoscritto; d) valutazione dell'impatto e

diffusione dei risultati. Nel 2017, *quasi nove accordi validi su dieci (86,6%) prevedono interventi di regolazione del processo concertativo* (Tabella 20), *circa la metà (48,9%) processi di valutazione dei risultati ottenuti, poco meno di un quinto insistono su la diffusione dei contenuti dell'accordo (18,1%) e sul coinvolgimento dei beneficiari (17,2%)*. Tra il 2013 e il 2017, circa i tre quarti delle intese presenti in Archivio vertono sulla regolamentazione del processo concertativo (72,2%), quattro su dieci (38,7%) sulla valutazione dell'impatto, un quinto sulla diffusione dei contenuti dell'accordo (18,2%) e poco meno di uno su dieci (8,5%) sul coinvolgimento dei beneficiari.

Tabella 20 – Accordi, per processo concertativo e per anno (% sul totale)

	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Coinvolgimento beneficiari	9,0%	5,2%	3,4%	6,7%	17,2%	8,5%
Diffusione risultati	0,9%	1,7%	1,9%	2,4%	4,3%	2,3%
Diffusione accordo	15,3%	14,9%	16,2%	27,6%	18,1%	18,2%
Regolazione	65,8%	87,3%	77,1%	38,6%	86,0%	72,2%
Sanzioni	1,3%	-	-	0,6%	0,3%	0,7%
Valutazione impatto	32,0%	17,9%	27,9%	68,3%	48,9%	38,7%

Nota bene: ciascun accordo può prevedere più di un processo concertativo, ragione per cui il totale di riga e di colonna può essere superiore a 100%

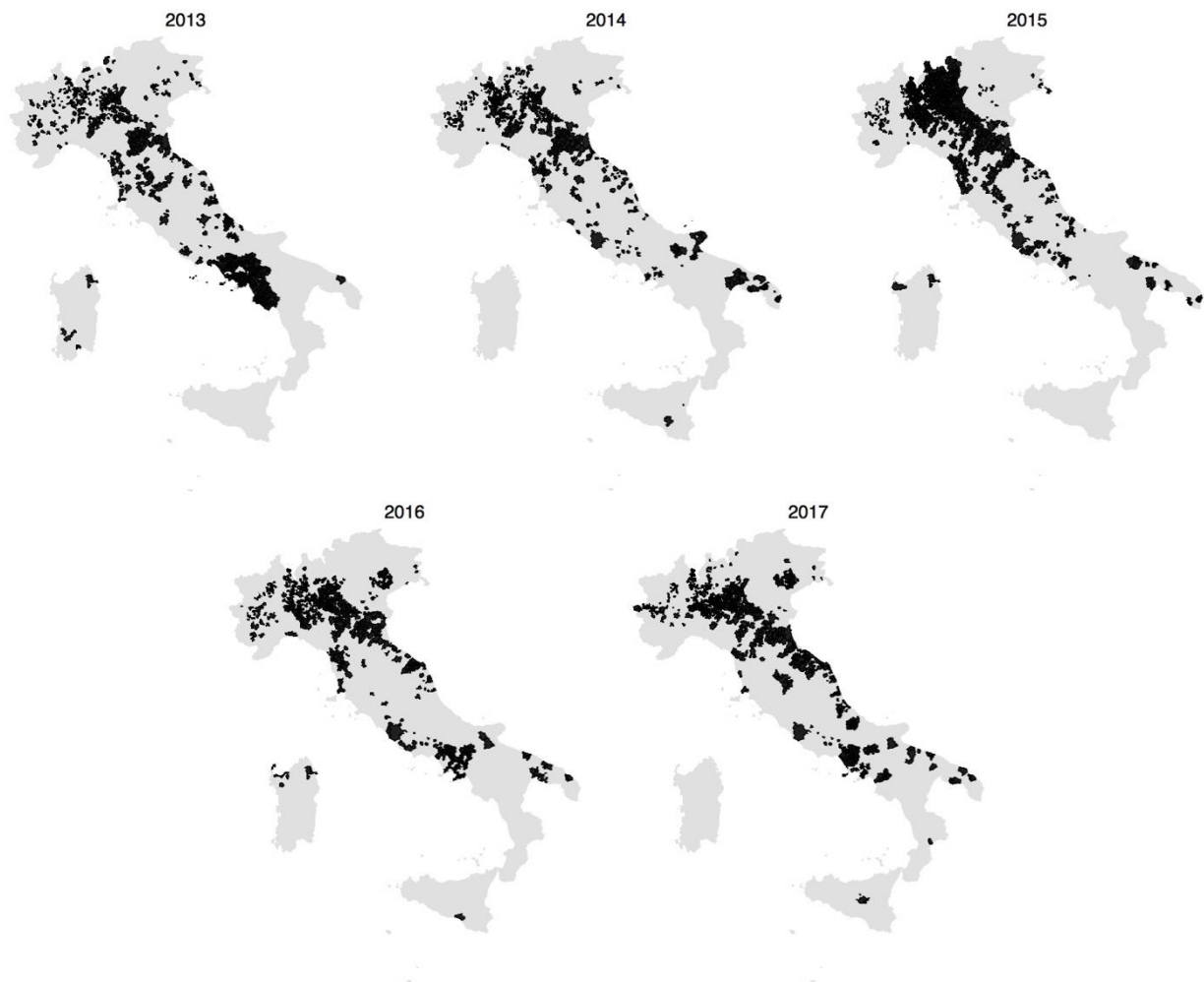
4. LA MAPPA TERRITORIALE DELLA CONTRATTAZIONE SOCIALE*

1. La contrattazione sociale di livello comunale e intercomunale: distribuzione territoriale e copertura della popolazione

I comuni coperti da contrattazione sociale si distribuiscono sul territorio nazionale come indicato dalla Figura 1. La stessa consente, in aggiunta, di intuire l'evoluzione recente della contrattazione sociale, soprattutto in merito alla sua progressiva diffusione ed estensione a livello locale. In proposito, tra il 2013 e il 2017, la contrattazione documentata ha riguardato 3.119 comuni; in 1651 di questi (52,9%) sono stati sottoscritti almeno due accordi, mentre nella parte rimanente (47,1%) è stata siglata, sempre nel lasso temporale in parola, una sola intesa. Più ancora nel dettaglio, i comuni interessati dalla contrattazione comunale e intercomunale sono stati: 1.245 nel 2013; 874 nel 2014; 1.820 nel 2015; 1207 nel 2016; 1.264 nel 2017. Nel corso di questi anni la consistenza numerica della popolazione virtualmente coperta dagli effetti della contrattazione si è così evoluta: 16,136 milioni nel 2013; 16,491 milioni nel 2014; 19,508 milioni nel 2015; 19,503 milioni nel 2016; 19,988 milioni nel 2017. Per il solo 2017, i comuni coperti da un accordo sono, mediamente, di piccola dimensione, atteso che il valore medio della popolazione in essi residente è pari a 15.785 abitanti (4.433 il valore mediano); per contro, i comuni per i quali non vi è, sempre per il 2017, evidenza di contrattazione sociale sono più piccoli, in quanto si caratterizzano per un numero medio di abitanti pari a 6.048 unità (valore mediano 2.219). Più ancora nel dettaglio: i comuni coperti da contrattazione nel 2017 hanno, nel 54,22% dei casi, una dimensione inferiore ai 5 mila abitanti; nel 34,4% dei casi una dimensione compresa tra 5 e 20 mila abitanti e solo in poco più di caso su dieci (11,4%) 20 mila abitanti e più. Il comune più piccolo tra quelli che nel 2017 sono coperti dalla contrattazione è Maccastorna, in provincia di Lodi, con 73 abitanti registrati al 1 gennaio 2017; quello più grande è Roma, il cui numero di abitanti sfiora, alla stessa data, i 2,9 milioni.

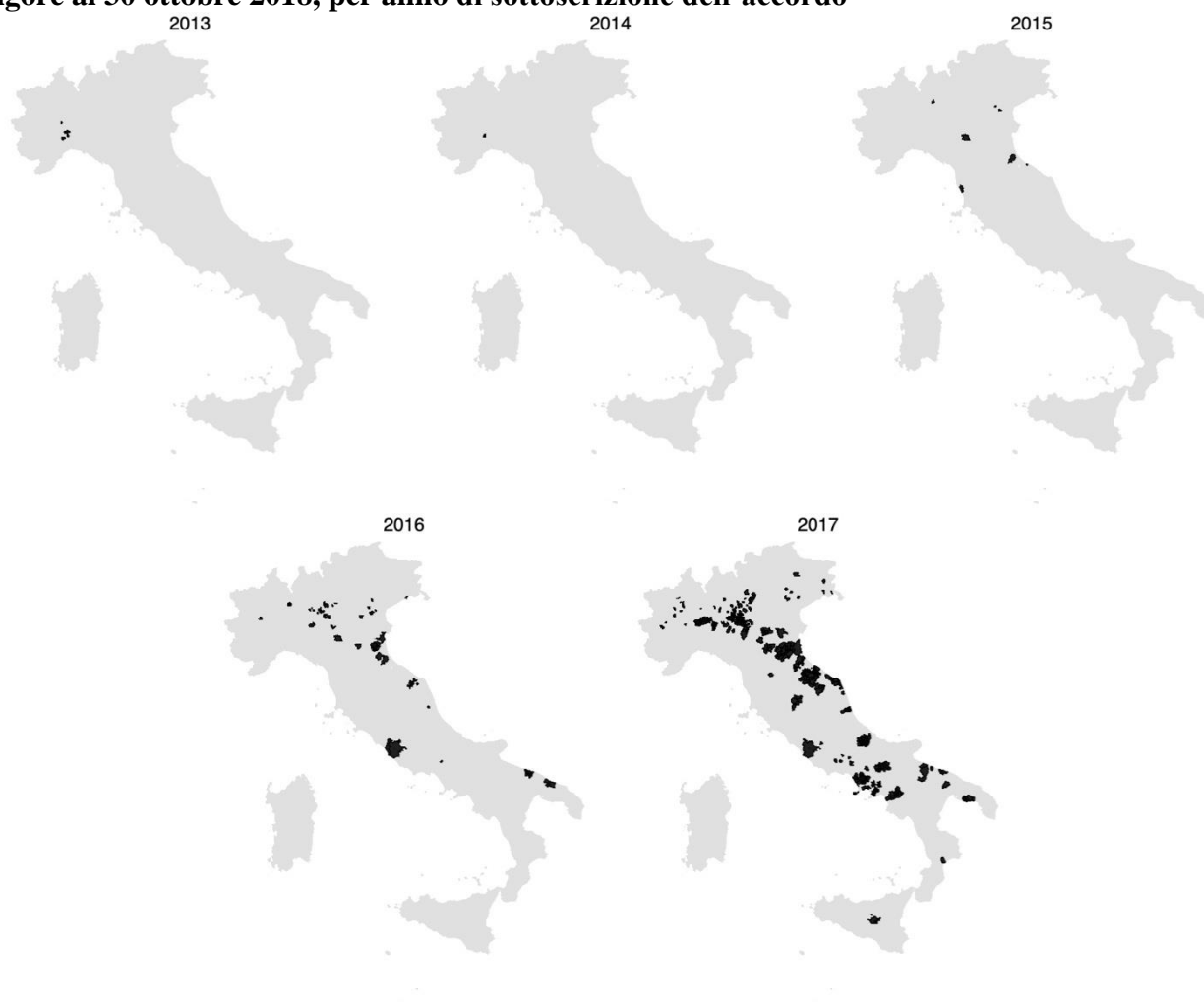
* Di Egidio Riva.

Figura 1 – Comuni coperti da contrattazione di livello comunale o intercomunale, per anno di sottoscrizione dell'accordo



La Figura 2 riporta la distribuzione sul territorio dei comuni che sono coperti da accordi di contrattazione sociale ancora in vigore alla data del 30 ottobre 2018. Si tratta di 441 comuni tra quanti sono stati interessati da contrattazione nel 2017; 85 tra i comuni nei quali sono stati siglati accordi nel 2016; 13 tra i comuni coperti da intese di contrattazione sociale nel 2015; 1 solo comune tra quelli in cui si è sviluppata attività negoziale nel 2014; 6 comuni tra quelli nei quali si è conclusa positivamente la contrattazione sociale 2013. Nell'insieme, la popolazione che alla data sopra indicata è potenzialmente coperta dalle misure di politica introdotte dalla contrattazione sociale territoriale è pari a 10,395 milioni di unità.

Figura 2 – Comuni coperti da contrattazione di livello comunale o intercomunale ancora in vigore al 30 ottobre 2018, per anno di sottoscrizione dell'accordo



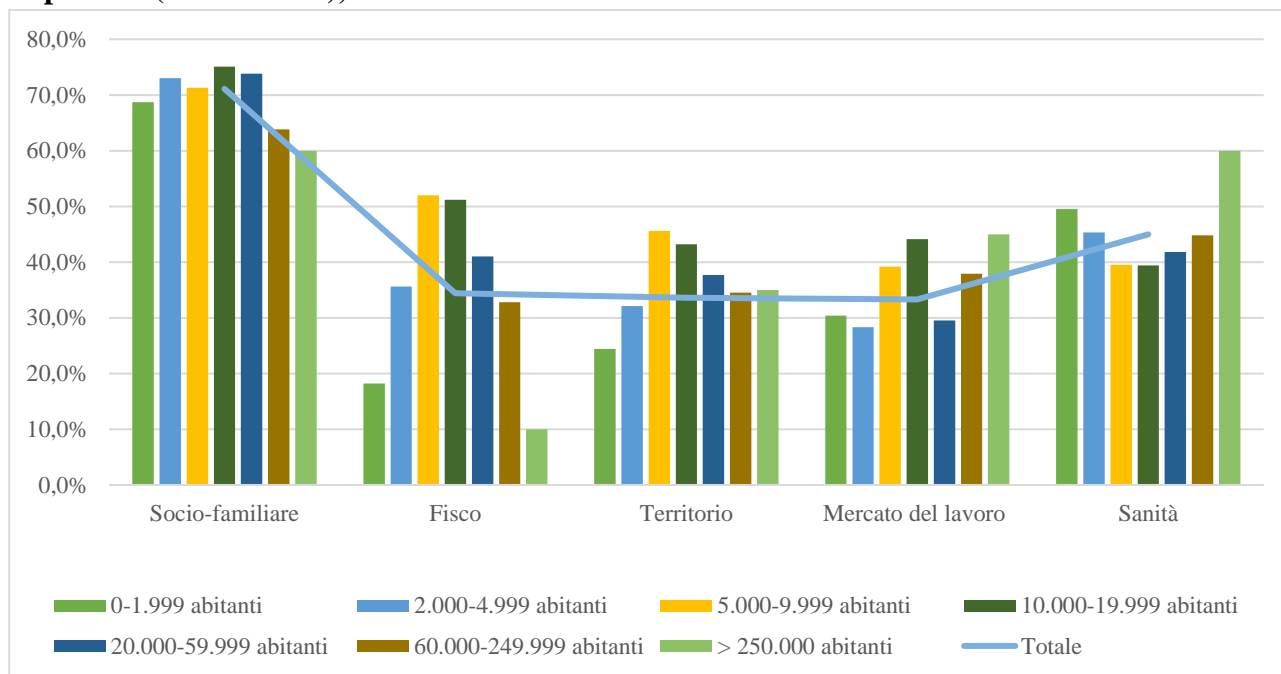
2. La contrattazione sociale comunale e intercomunale per macro area di politica

Dopo aver tratteggiato il quadro complessivo sulla distribuzione territoriale della contrattazione sociale comunale e intercomunale, andiamo infine a esaminare quali sono *le macro aree di politica sulle quali essa insiste*, per poi andare a specificarne le caratteristiche relativamente agli interventi in materia di non autosufficienza.

Come indicato nella Figura 3, le misure di politica socio-familiare, che riguardano il 71,1% dei comuni per i quali vi è evidenza di contrattazione sociale comunale o intercomunale, vengono negoziate principalmente nelle realtà amministrative di classe dimensionale compresa tra i 2 mila e i 60 mila abitanti; il picco di massima si registra nei comuni di dimensione compresa tra i 10 e i 20 mila abitanti. Quanto agli interventi in materia sanitaria e socio-sanitaria, questi riguardano, nel 2017, soprattutto i comuni più piccoli (49,5%) oppure, di converso, le città con oltre 250 mila abitanti (60,0%). Le misure che ricadono entro la macro-area delle politiche fiscali sono piuttosto diffuse tra i comuni di dimensione compresa tra i 5 e 20 mila abitanti, mentre nei comuni con meno di 2 mila abitanti (18,2%) oppure nelle grandi realtà metropolitane sono molto meno ricorrenti. Per quanto concerne le politiche per il territorio, queste riguardano più del 40% dei comuni con un numero di abitanti compreso tra le 5 e 20 mila unità mentre sono presenti solo in un quarto dei comuni con meno

di 2 mila abitanti. Da ultimo, le azioni in tema di mercato del lavoro risultano più abituali nei comuni con un numero di abitanti compreso tra 10 e 20 mila (44,1%) oppure nei comuni con più di 250 mila abitanti.

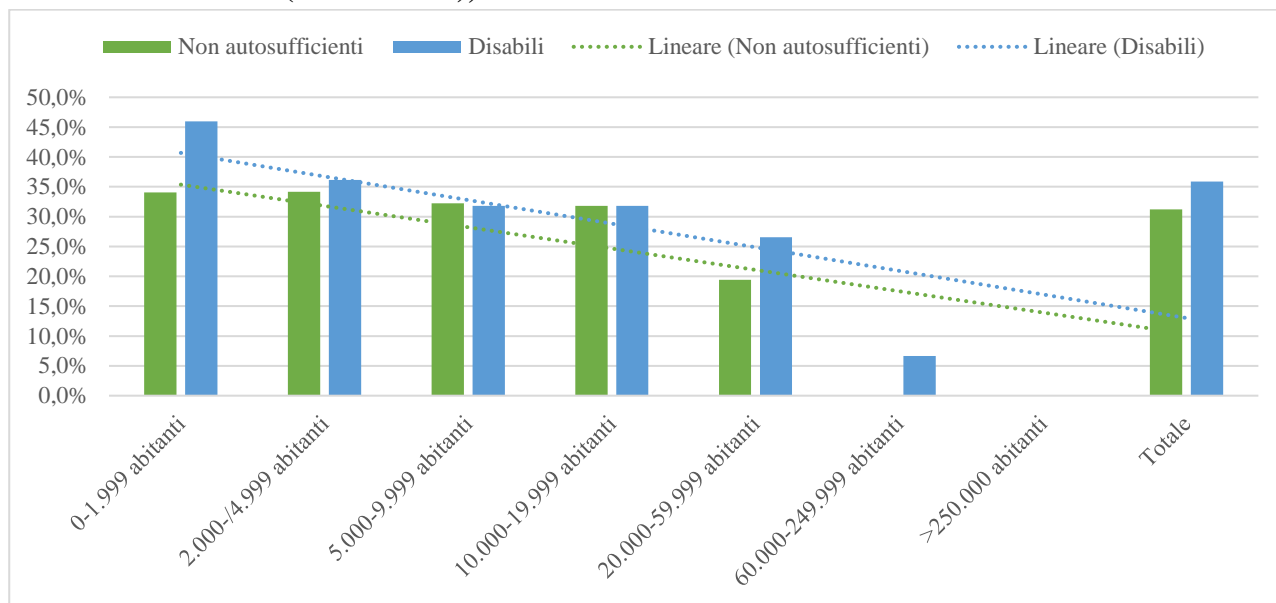
Figura 3 – Comuni interessati da contrattazione sociale, per classe dimensionale e macro-area di politica (% sul totale), 2017



Infine, i dati riportati nella Figura 4 mostrano che la quota di comuni nei quali sono state negoziate misure di politica a sostegno della non autosufficienza e disabilità è, rispettivamente, pari a:

- il 34,1% e il 46,0% nei comuni con meno di 2 mila abitanti;
- il 34,2% e il 36,1% nei comuni con un numero di abitanti compreso tra 2 e 5 mila;
- il 32,2% e il 31,8% nei comuni con un numero di abitanti compreso tra 5 e 9 mila;
- il 19,4% e il 26,5% nei comuni con un numero di abitanti compreso tra 20 e 50 mila;
- è residuale o nulla nei comuni con più di 60 mila abitanti.

Figura 4 – Comuni interessati da contrattazione sociale per non autosufficienti e disabili, per classe dimensionale (% sul totale), 2017



Una volta presentate e discusse le principali peculiarità che contraddistinguono i comuni per i quali sono state raccolte evidenze empiriche sulle attività negoziali condotte nel corso del 2017, procediamo, in chiusura, a individuare quali sono i fattori che predicano l’esistenza (o meno), su un dato territorio comunale, di un accordo con validità su base comunale o intercomunale. Per questo scopo ci serviamo di un modello di regressione logistica binomiale che stima le probabilità di un comune di essere interessato da contrattazione sociale in funzione di un dato numero di variabili, opportunamente selezionate tra quelle che definiscono il profilo socio-demografico della popolazione residente (fonte Istat) oppure chiariscono il volume e la distribuzione per funzione della spesa sociale entro i bilanci delle amministrazioni comunali (fonte Aida – Bureau Van Dijk). Queste variabili sono:

- il numero di abitanti, ricodificato in sette categorie: 0-1.999; 2.000-/4.999; 5.000-9.999; 10.000-19.999; 20.000-59.999; 60.000-249.999; >250.000;
- il numero medio di componenti per famiglia;
- il tasso di natalità, calcolato come rapporto tra il numero di nati vivi nell’anno e l’ammontare della popolazione residente, moltiplicato per 1.000;
- il tasso di mortalità, calcolato come rapporto tra il numero di decessi nell’anno e l’ammontare della popolazione residente, moltiplicato per 1.000;
- il tasso migratorio, calcolato come rapporto tra il saldo migratorio totale (differenza tra il numero degli iscritti e il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza interno, con l’estero o per altri motivi) e l’ammontare della popolazione residente;
- quota di stranieri residenti, calcolata come rapporto tra il numero di stranieri residenti e l’ammontare della popolazione residente;
- la “propensione al sociale”, vale a dire la percentuale di spesa corrente comunale destinata alla funzione “Servizi sociali”;
- la spesa sociale pro-capite, vale a dire il valore pro-capite di spesa corrente comunale destinata alla funzione “Servizi sociali”;
- il valore pro-capite dell’addizionale comunale Irpef.

I parametri stimati, che sono riportati nella Tabella 1, suggeriscono che vi è una relazione positiva e statisticamente significativa tra la presenza di un accordo di contrattazione sociale in un dato comune e la classe dimensionale, il numero medio di componenti per famiglia, la propensione al sociale e il valore pro-capite dell'addizionale comunale Irpef. Detto in altre parole: *la probabilità di un comune di essere coperto da contrattazione sociale (anziché di non esserlo) cresce al crescere della classe dimensionale del comune stesso, delle dimensioni medie delle famiglie residenti, della propensione dell'amministrazione comunale a investire risorse nella funzione "Servizi sociali", del valore pro-capite dell'addizionale comunale Irpef.* Per contro, la probabilità che il comune sia coperto da contrattazione sociale diminuisce al crescere della spesa sociale pro-capite. Infine, la relazione tra la presenza di un accordo di contrattazione e variabili quali il tasso di natalità, il tasso di mortalità, il tasso di ricambio della popolazione e la quota di stranieri residenti non è statisticamente significativa.

Tabella 1 – Modello di regressione logistica binomiale che stima la probabilità di un comune di essere coperto da contrattazione sociale nel 2017

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
<i>Classe dimensionale</i>						
0-1.999 abitanti (cat. di riferimento)						
2.000-4.999 abitanti	0,107	0,090	1,200	0,232	-0,069	0,284
5.000-9.999 abitanti	0,261	0,105	2,490	0,013	0,056	0,466
10.000-19.999 abitanti	0,509	0,118	4,300	0,000	0,277	0,740
20.000-59.999 abitanti	0,400	0,141	2,840	0,005	0,124	0,677
60.000-249.999 abitanti	1,244	0,233	5,330	0,000	0,786	1,701
>250.000 abitanti	2,220	0,607	3,660	0,000	1,031	3,409
N. medio componenti famiglia	0,973	0,174	5,580	0,000	0,631	1,315
Tasso natalità	0,003	0,014	0,200	0,843	-0,025	0,030
Tasso mortalità	0,003	0,008	0,440	0,660	-0,012	0,019
Tasso migratorio	3,454	2,758	1,250	0,210	-1,951	8,860
% stranieri residenti	0,116	0,075	1,540	0,123	-0,031	0,264
Propensione al sociale	3,801	0,737	5,160	0,000	2,356	5,245
Spesa sociale pro-capite	-0,004	0,001	-5,060	0,000	-0,005	-0,002
Addizionale IRPEF pro-capite	0,009	0,001	8,160	0,000	0,007	0,011
_cons	-4,726	0,452	-10,460	0,000	-5,612	-3,841

6. DARE VALORE AI DATI: DALL’“INTELLIGENZA SOCIALE” DELL’OSSERVATORIO SOCIALE ALL’AZIONE DI PROSSIMITÀ NEI TERRITORI*

La natura di “consuntivo intermedio” che caratterizza il Rapporto 2018 ne chiarisce il suo valore strategico, di ponte verso il futuro, in grado di esprimere un valore aggiunto di grande pregio soprattutto in relazione allo sviluppo delle potenzialità del Rapporto come strumento conoscitivo e divulgativo, e come leva per la qualificazione dell’azione sindacale. In tale ottica questo capitolo sviluppa una riflessione che punta in una duplice direzione:

- comprendere appieno il patrimonio di conoscenza che l’Osservatorio sociale rappresenta sia per l’organizzazione (e la sua capacità di rappresentanza) sia per il contesto politico-istituzionale (e l’azione di policy making), e quindi prendere consapevolezza delle azioni che si potrebbero mettere in campo per rafforzarlo ulteriormente (§ 1);
- evidenziare il circuito virtuoso che lega (e può legare sempre di più) il Rapporto e le sue analisi periodiche e la contrattazione nei territori (§ 2).

Per l’organizzazione infatti l’Osservatorio è lo strumento che consente di produrre “intelligenza sociale” perché da un lato consente di comprendere e di condividere ciò che si determina nelle comunità attraverso il protagonismo del sindacato e dall’altro aiuta a cogliere il valore del “sociale” non solo sul fronte della produzione di welfare, ma anche della partecipazione e della responsabilità sociali. Tutto questo ha un valore ancora più importante se rigiocato per creare una “intelligenza sociale aumentata” chiamando in gioco gli altri attori a partire dai soggetti del Terzo Settore. In una simile prospettiva la contrattazione sociale di prossimità diventa un significativo innesco per una mobilitazione della comunità che vuole assumere una responsabilità per sviluppare una rinnovata socialità in grado di qualificare le relazioni con le istituzioni.

In questa luce, le analisi effettuate nelle pagine che accompagnano l’affondo sulla non autosufficienza e la ricostruzione del profilo strutturale della contrattazione nel quinquennio 2013-2017, presentate nelle prime due sezioni del Rapporto, ci consentono di proporre alcune riflessioni conclusive che offrono, al tempo stesso, alcune indicazioni prospettiche.

1. Valorizzare l’Osservatorio sociale per valorizzare il Rapporto

Riprendendo il primo obiettivo di questo capitolo – comprendere appieno il patrimonio di conoscenza che l’Osservatorio, proponiamo tre ordini di considerazioni.

1.1. L’integrazione della contrattazione sociale con il welfare nazionale

La scelta operata nel Rapporto 2018 di dare rilievo all’analisi della media pluriennale dei dati caricati nell’Osservatorio consente di focalizzare l’attenzione sulla *struttura portante della contrattazione sociale* rispetto alle aree di intervento e ai beneficiari, e sulla sua rispondenza alle strategie dell’organizzazione. Emerge così che la contrattazione sociale di prossimità tende a operare, in chiave strategica, in una logica di *tendenziale complementarità* rispetto al sistema di welfare nazionale, in

* Di Massimiliano Colombi e Rosangela Lodigiani.

direzione, dunque, di una due duplice ricalibratura: “funzionale” (rispetto alle funzioni sociali coperte) e “distributiva” (rispetto a beneficiari coinvolti). In ciò concorrendo a ripensare quali rischi e bisogni sociali privilegiare e verso quali categorie sociali dirottare interventi e risorse. La contrattazione documentata dall’Osservatorio, risulta infatti primariamente *incentrata sui gruppi di popolazione e sulle aree di rischio sociale che risultano, ad oggi, meno adeguatamente coperte dal sistema nazionale di protezione sociale*. In questa linea, l’attività negoziale appare orientata al soddisfacimento dei bisogni di target specifici quali la famiglia, gli anziani, soprattutto se non autosufficienti, i disabili, gli adulti in difficoltà, mediante interventi di politica socio-sanitaria e socio-assistenziale in tema di assistenza domiciliare, semi-residenziale, offerta di servizi e definizione dei criteri di compartecipazione al costo dei servizi. Questa opera di integrazione e azione complementare appare particolarmente strategica nell’ambito della non autosufficienza, laddove il sistema nazionale di configura ancora lacunoso e a livello territoriale emergono forti disegualianze nella infrastrutturazione della rete dei servizi.

Nel corso degli anni, *la complementarità della contrattazione sociale rispetto alle funzioni e agli interventi propri del sistema nazionale di protezione sembra essersi definita in modo sempre più chiaro*, anche quale effetto di dinamiche negoziali che paiono articolarsi diversamente a livello locale. Come rivelano le analisi che abbiamo compiuto, la contrattazione sociale sembra *risentire delle specificità dei contesti su cui essa insiste* ed è dunque verosimile ritenere che essa esiti in risposte profondamente *connesse al profilo socio-demografico, economico e istituzionale del territorio*.

Si tratta di indicazioni importanti che ribadiscono da un lato della rilevanza della contrattazione sociale nel quadro del sistema di welfare nazionale e locale, e al tempo stesso dell’importanza di portare sempre più in evidenza – dentro e fuori l’organizzazione – la specificità e il contributo di tale azione negoziale.

Dentro all’organizzazione questa opera di visibilizzazione può essere di stimolo al miglioramento attraverso la consapevolezza dei pieni e dei vuoti dell’azione contrattuale e la capacità di innovazione; può contribuire a far cogliere i possibili punti per l’integrazione con il welfare aziendale e i collegamenti con il “welfare associativo”. Il tutto a vantaggio della capacità di rappresentanza sociale del sindacato. All’esterno dell’organizzazione questa opera di visibilizzazione può contribuire a “fare sistema” ricomponendo/razionalizzando competenze e risorse, e a innovare le forme di risposte ai bisogni.

1.2. La classificazione degli accordi: un passo in avanti

La modalità di classificazione degli accordi che viene oggi adottata per caricarli nell’Osservatorio consente di leggere la contrattazione sociale territoriale in ordine alle caratteristiche strutturali degli accordi (territorio, ambito e periodo di validità, soggetti sottoscrittori), le aree di intervento, le azioni previste, le caratteristiche dei processi concertativi. Molte sono, dunque, le informazioni raccolte e catalogate. E tuttavia, molte sono anche le informazioni che servirebbero per restituire in modo più puntuale i contenuti degli accordi. Le riflessioni e l’esperienza accumulata in questi ultimi anni ci consentono di affermare che la nuova classificazione dovrebbe, per essere efficace:

- *separare con chiarezza i piani di analisi*, e dunque distinguere in modo univoco i rischi/funzioni/aree di intervento dagli strumenti di politica adottati, le azioni previste negli accordi dai processi negoziali che sono alla base degli accordi stessi, etc.; ciò per mettere maggiormente a fuoco gli ambiti di intervento gli strumenti implementati, quanto a natura (trasferimenti in danaro o servizi) e logiche (universalismo o selettività).

- *dettagliare le variabili rilevanti da monitorare*, in accordo con le linee guida e gli obiettivi di Cisl: funzioni sociali (bisogni sociali coperti), tipo di benefit contratto/strumenti implementati (servizi/*in kind* oppure trasferimento economico/cash), beneficiari, etc.

Rivedere i criteri di classificazione e archiviazione degli accordi nell'Osservatorio mira a raggiungere diversi guadagni analitici, in quanto nel tempo consente di:

- ✓ produrre una analisi descrittiva più dettagliata e puntuale dei contenuti degli accordi e quindi permette di amplificare la conoscenza (e la visibilità) del patrimonio informativo dell'Osservatorio restituendo un quadro quantitativo chiaro e dettagliato degli ambiti in cui l'azione negoziale si esprime, degli strumenti di politica che promuove, degli obiettivi che persegue e che raggiunge;
- ✓ contestualizzare meglio gli accordi e gettare luce su come le condizioni di contesto [es. mercato del lavoro, profilo della popolazione residente, struttura politica e istituzionale (es. spesa sociale) dei territori] influiscano sulle dinamiche e gli esiti dei processi di negoziazione;
- ✓ arrivare a investigare gli intrecci e le sinergie che si realizzano tra la contrattazione sociale territoriale e la contrattazione di secondo livello.
- ✓ validare i dati raccolti, anche grazie alla comparabilità e stabilità delle classificazioni adottate (specie con riguardo alle aree di intervento e agli strumenti di politica), consentendo di evidenziare con maggior chiarezza in quali ambiti del welfare la contrattazione sociale interviene, a quali bisogni cerca di dare risposta e in che relazione si pone con il sistema complessivo delle risposte.

Inoltre, rivedere le modalità di classificazione e archiviazione degli accordi comporta ricadute dirette e indirette sulla *qualità della stesura* degli accordi in quanto a chiarezza rispetto a: obiettivi, target; strumenti di attuazione, benefici attesi, ecc.; nonché sulla *qualità del processo negoziale* in quanto – con un processo circolare, potenzialmente virtuoso – l'esigenza di fissare in modo puntuale alcune informazioni, si traduce in rigore di linguaggio e chiarezza di intenti.

1.3. Allargare gli oggetti e i soggetti

Le ricerche e le analisi degli ultimi anni – come documentato dai Rapporti dell'Osservatorio – hanno evidenziato che la rappresentanza sociale della Cisl (a partire dalla contrattazione territoriale) è un'azione plurale, agita da un soggetto plurale entro un welfare plurale. A fronte di questo dato di realtà, l'esigenza conoscere le sfaccettature di questo universo plurale va di pari passo con l'esigenza di valorizzare, ricomporre, integrare le diverse forme di azione.

Attraverso la contrattazione sociale di prossimità si può concorrere al rafforzamento dell'infrastrutturazione sociale del Paese, muovendo in maniera complementare all'offerta del welfare nazionale e cercando di dialogare sempre più con la contrattazione di secondo livello, segnatamente nell'ambito del welfare aziendale contrattuale.

Tuttavia la Cisl, soggetto plurale nel welfare plurale, genera valore attraverso la capacità di produrre welfare associativo tramite enti e associazioni che, mettendosi al servizio delle persone che devono fronteggiare le vecchie e nuove domande sociali, attivano nuove risposte. Dunque, a vantaggio dell'azione negoziale e di rappresentanza sociale della Cisl nel suo complesso, è utile continuare a sviluppare le connessioni con gli ambiti della contrattazione di II livello (e il relativo archivio), dei

servizi, intesi in senso lato (per. es. Patronato INAS, CAF...) e del mondo associativo (Anolf, Anteas), per allargare lo sguardo al welfare aziendale e associativo.

In tale prospettiva, un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati che emergono dalle sedi contrattuali, dagli sportelli dei servizi e dai progetti degli enti e delle associazioni, può diventare un acceleratore potente per la creazione di valore sociale attraverso la conoscenza, favorendo l'apprendimento reciproco, l'integrazione delle risposte, la razionalizzazione delle risorse.

Nel complesso l'approfondimento qualitativo sulla non autosufficienza, facendo leva sullo sguardo allargato a includere le diverse forme di azioni del sindacato nei territori, diventa un'occasione proficua per:

- riflettere su cosa fotografare/potrebbe fotografare l'Osservatorio;
- riconoscere il «*proprium*» di ciascuna azione e sollecitare la ricomposizione tra livelli e tra azioni,
- mappare come/dove/chi costruisce la rappresentanza sociale territoriale,
- verificare quali bisogni sociali la contrattazione sociale di prossimità riesce a intercettare.

2. Valorizzare il Rapporto per valorizzare la contrattazione e la rappresentanza

Alla luce del secondo obiettivo di miglioramento, volto a rafforzare il circuito virtuoso che lega il Rapporto e le sue analisi periodiche e la contrattazione nei territori, concentreremo in maniera fortemente selettiva la nostra attenzione su alcuni aspetti e in questa fase proveremo a condividere delle “buone domande” che ci auguriamo possano aprire ulteriori processi di ricerca per costruire insieme “buone risposte”.

2.1. Verso nuove platee

L'analisi quantitativa degli accordi censiti e documentati (4452 dal 2013 al 2017) presenta nel quinquennio considerato un quadro pressoché stabile. La stabilità presenta una dimensione fortemente ambivalente: rassicurante in quanto il sindacato conferma la propria forza di penetrazione; pone interrogativi per immaginare nuove vie in grado di forzare la stabilità dei risultati.

In una prospettiva di sviluppo allora emerge una prima domanda: *la capacità delle organizzazioni sindacali e della Cisl in particolare è al suo massimo oppure si possono individuare strategie, percorsi e strumenti per una maggiore capillarità della contrattazione sociale e un ampliamento delle platee coinvolte?* Una prima visione delle mappe proposte per rappresentare la localizzazione della contrattazione sociale di livello comunale e intercomunale (figura 1 cap. 5) consente di rilevare ampie “zone scoperte” che potrebbero diventare oggetto di progetti specifici. In particolare una riflessione ulteriore scaturisce dalla consapevolezza che sul fronte delle politiche a sostegno della non autosufficienza e della disabilità esiste un “buco nero” nei comuni più grandi e nelle aree metropolitane. Lo sviluppo di condizioni per l'avvio del processo concertativo nelle grandi città e nelle aree metropolitane diventa un'urgenza su cui investire intelligenze, passione e risorse.

Un primo criterio per l'innovazione della contrattazione sociale sembra emergere con una certa evidenza: sono necessari progetti *ad hoc* in grado di individuare con chiarezza le amministrazioni-target e occorre sperimentare nuovi percorsi di accreditamento e di legittimazione come soggetto di rappresentanza e attore negoziale. In assenza di una intenzionalità esplicita il sindacato corre il rischio di un orientamento casuale o legato alla tradizione. In questa prospettiva (tabella 1, cap. 5) sono

preziose le indicazioni per cui la probabilità di un comune di essere coperto da contrattazione sociale cresce al crescere della classe dimensionale del comune stesso, delle dimensioni medie delle famiglie residenti, della propensione dell'amministrazione comunale ad investire risorse nella funzione "servizi sociali", del valore pro-capite dell'addizionale comunale IRPEF. Potremmo leggere tutto questo in termini di potenziale disponibilità a ragionare in termini di contrattazione sociale? Attraverso una sperimentazione accompagnata anche dal lato organizzativo si potrebbe ricercare una validazione sul campo e quindi precisare processi in grado di superare il muro invisibile che perimetra fino ad oggi la contrattazione sociale di prossimità.

2.2. Forzare i confini

Un secondo dato interroga sul fronte dello spazio: nel 2107 oltre l'80% degli accordi vede come interlocutore la singola amministrazione comunale. Per certi versi ci si potrebbe interrogare se siamo di fronte ad una contrattazione che privilegia la prossimità o, al contrario, si può intravedere il rischio di un "municipalismo ristretto".

Sembra prevalere una relazione "intra-moenia" quasi ad indicare una perimetrazione all'interno delle mura delle città, un confinamento all'interno dei confini amministrativi delle singole municipalità. Tutto ciò può evidenziare un contestuale indebolimento dello sguardo sovra-comunale che meglio potrebbe rispondere alle nuove dinamiche sociali che vedono la vita reale delle persone e delle famiglie forzare le mura della città. Per alcuni versi si potrebbe aprire un approfondimento sul declino della logica sovra-comunale che nell'Ambito sociale (L.328/2000) aveva trovato una forma istituita che ha avuto il merito di innovare la visione delle politiche sociali e forse sul ruolo delle organizzazioni sociali in quanto soggetti di integrazione anche sul piano territoriale. In questa prospettiva occorre rimettere al centro di un possibile percorso evolutivo una prospettiva di "sviluppo locale" che consenta di cogliere il valore delle politiche di welfare come leva dello sviluppo e come fattore di integrazione territoriale.

2.3. Riaprire il tempo

Anche sul fronte del tempo si registra una logica di restringimento. La prevalenza di accordi annuali segnala una prospettiva temporale ridotta: oltre l'80% degli Accordi sottoscritti nel 2017 esauriscono i propri effetti entro un massimo di 12 mesi. Una prima lettura può sottolineare un dato di profondo realismo, in quanto nel contesto attuale potrebbe sembrare del tutto velleitaria una politica che tenti di traguardare il medio e lungo periodo. Una seconda prospettiva potrebbe però introdurre il rischio di una prospettiva temporale eccessivamente schiacciata sul presente e segnalare una ridotta capacità della *governance* locale di progettare qualsiasi politica.

Tutto ciò rappresenta una sfida per le stesse organizzazioni di rappresentanza e pone una domanda cruciale: *il breve termine e lo spazio perimetrato consentono la costruzione di politiche sociali e di servizi allineati alla complessità crescente che caratterizza la vita delle comunità locali?* La preoccupazione che emerge da tutto ciò riguarda l'accantonamento di un impegno sul fronte della progettazione e delle realizzazioni di politiche e uno schiacciamento sull'organizzazione dei servizi che rischiano di diventare una infinita serie di azioni in assenza di una cornice di senso. Un sindacato collusivo su questo fronte rischia di partecipare inconsapevolmente alla dis-integrazione oltre che dei territori anche delle politiche.

2.4. Dalla complessità all'integrazione delle politiche

Un ulteriore dato rilevante fa riferimento all'aumento delle aree di politiche interessate dal singolo accordo. Gli accordi conclusi nel 2017 insistono mediamente su 2,6 macro-arre di politica. Siamo di fronte ad un valore in crescita tendenziale rispetto al 2013 e al 2016 (Tabella 6, cap. 4). Emerge una contrattazione sociale in grado di assumere crescenti gradi di complessità rispetto ad un'azione sociale che ha la necessità di aumentare le competenze per una integrazione non solo dei servizi e degli interventi, ma anche delle politiche.

Questo dato incoraggiante consente di porsi una domanda particolarmente sfidante per le Organizzazioni di rappresentanza: *come sostenere uno sguardo di integrazione tra le politiche territoriali (sociali, culturali, di sviluppo...) per evitare che la specializzazione comporti una frammentazione e una inevitabile dis-integrazione delle politiche?*

2.5. Valorizzare beneficiari specifici

I dati che emergono sul fronte dei beneficiari (Tabella 15 e 16, cap. 4) indicano che mediamente ciascun accordo interessa 4,5 beneficiari. In particolare nel 2017 l'86,7% degli accordi riguarda la cittadinanza nel suo complesso, il 51,6 le famiglie, il 40,2 gli anziani generici, il 33,3% i soggetti non autosufficienti.

Nel corso degli anni la classificazione ha presentato più volte la necessità di ripensare la struttura e in questo caso proprio sui beneficiari appaiono alcuni nodi esemplificativi: la voce "cittadinanza" rischia di fagocitare qualsiasi altra; la difficile interpretazione di "anziani generici" pone dubbi notevoli. In questa prospettiva un lavoro di innovazione sul fronte della classificazione sarà una sfida su cui misurarsi. Un dato però particolarmente stimolante è quello che mostra come nel corso degli anni la contrattazione abbia riguardato target specifici quali i disabili (24%), gli adulti in difficoltà (19,8%), i disoccupati (18,9%) e gli stranieri (9,1%). In questo caso il sindacato e la Cisl in particolare sembrano capitalizzare i risultati di un investimento in formazione del gruppo dirigente che ha saputo bilanciare la costruzione di quadri di orientamento sulle politiche generali con lo sviluppo di competenze in relazione alle politiche settoriali comprese le politiche dell'infanzia che per molti anni sono restate marginali nella visione sindacale. In questa direzione appare strategica la collaborazione con le Federazioni di categoria che su alcuni settori portano conoscenze specifiche in relazione non solo ai lavoratori del settore ma anche ai soggetti come ad esempio nel caso della Cisl Scuola e della Funzione Pubblica. La progettazione di una formazione che accompagni lo sviluppo della contrattazione sociale di prossimità in una logica di "meticciamiento" favorendo il dialogo tra il livello confederale e quello delle federazioni diventa una sfida che va assunta con urgenza e con una prospettiva strategica.

2.6. "Firmatari": un mestiere difficile

Infine uno sguardo al processo concertativo consente di rilevare come il numero medio dei firmatari per ciascun accordo sia di 5,4 (2017) e si presenti come stabile per tutti il quinquennio (5,3). Sul piano interno ci sembrano di particolare interesse tre dati che riguardano gli accordi siglati nel 2017 a livello comunale: Fnp-Cisl ha sottoscritto il 76,8% delle intese; la Cisl Confederale il 64,2%; il 43,4% ha visto la firma congiunta. Una lettura organizzativa consente di rilevare come criticità la presenza di una quota rilevante degli accordi (12,6%) in cui si registra il protagonismo della sola Fnp-Cisl; una

evidente criticità che assume una dimensione sostenibile dove sia presente una reale e forte integrazione organizzativa tra Fnp e Confederazione compresa una formazione congiunta del gruppo dirigente, e, invece, assume caratteri problematici in caso di mancato coordinamento e integrazione. In questa logica la sfida organizzativa diventa davvero cruciale sul piano del coordinamento, della formazione e della progettazione. Un'ultima considerazione emerge dall'analisi delle caratteristiche e fasi del processo concertativo (Tabella 20, cap. 4). I dati del 2017 mostrano un deciso ritorno di attenzione sui processi di regolazione del processo concertativo (86%) che potrebbe discendere dalla necessità di riprecisare le condizioni del confronto o di riattivare processi che magari nel tempo si sono esauriti. In questa logica il prevalere di una situazione di alternanza anche nelle Amministrazioni locali può aumentare la “fatica della negoziazione” e spiegare la difficoltà ad allargare ulteriormente gli orizzonti. Nello stesso tempo la centratura sulle regole potrebbe nascondere la fatica di stare sugli obiettivi a fronte di difficoltà crescenti nell'acquisizione di risultati. Per riuscire ad esplorare tali piste potrebbe essere particolarmente interessante procedere con un lavoro di analisi qualitativa dei vissuti della negoziazione da parte dei singoli firmatari. Una conoscenza co-costruita e contestualizzata potrebbe essere un potente innesco per una innovazione della contrattazione sociale. Se circa la metà degli accordi prevede l'attivazione di processi di valutazione dei risultati ottenuti, una modesta quota presenta il coinvolgimento dei beneficiari (17,2%) e altrettanto ridotta è la percentuale degli accordi che pongono attenzione alla diffusione dei contenuti (18,1%). Il ridotto coinvolgimento e la scarsa informazione sono due elementi che interrogano soprattutto la Cisl in relazione ad una delle sue caratteristiche distintive: la partecipazione.

Il paradosso, tutto da approfondire, potrebbe essere quello che proprio nel sociale l'organizzazione non riesce a realizzare i processi di partecipazione che con tenacia e lungimiranza sta realizzando in molti luoghi di lavoro. In questo senso la prospettiva associativa potrebbe rappresentare un “ritorno al futuro” e liberare nuove energie in termini di appartenenza e di partecipazione. Aprire cantieri per nuove competenze in termini di vita associativa e di processi di partecipazione potrebbe essere una sperimentazione per il prossimo quinquennio per sostenere il “Sindacato nuovo” del nuovo secolo.

7. PER UNA TRANSIZIONE POSSIBILE E SOSTENIBILE: LA VISIONE, GLI STRUMENTI, I PROCESSI DI SVILUPPO ORGANIZZATIVO*

Per un'organizzazione che sceglie di apprendere dall'esperienza della contrattazione sociale di prossimità può essere utile individuare alcuni punti su cui sostare allestendo occasioni collettive per elaborare un quadro di conoscenze condivise. Occorre offrire ai “negoziatori sociali” e al gruppo dirigente dell'organizzazione alcuni luoghi in cui, sospesa l'attività di produzione, sia possibile rileggere l'esperienza sul campo per costruire senso condiviso e immaginare alcune traiettorie di sviluppo. Emergono allora alcune direzioni di lavoro per l'intera organizzazione.

1. La visione culturale: verso uno sguardo “familiare”

La Cisl da sempre si è caratterizzata per uno sforzo sul piano culturale per sviluppare uno “sguardo familiare” particolarmente fecondo non solo sul piano dell'analisi sociale, ma soprattutto per la progettazione delle politiche e dei servizi sociali.

Da molti anni la famiglia è al centro del dibattito socio-politico, sia come soggetto sovraccarico in un'idea di welfare che fatica a superare la natura familistica, sia in quanto realtà da cui non è possibile prescindere nel ripensare l'organizzazione sociale delle nostre comunità. Tuttavia permane la fatica di costruire uno “sguardo familiare”. Ancora oggi sembra prevalente il paradigma “sommatorio” rispetto ad uno strettamente “familiare”. In moltissimi casi si fatica ad uscire da una visione della famiglia come sommatoria dei componenti e si finisce confinati in una rappresentazione della famiglia come “insieme” dei suoi componenti. In questo orizzonte i servizi e le politiche sono orientati ai singoli componenti e finiscono per assumere una organizzazione a “canne d'organo”, difficilmente in grado di favorire processi di presa in carico e di accompagnamento nelle situazioni complesse e a cavallo tra i diversi confini disciplinari. Il limite di tale visione è evidente anche nei casi di non autosufficienza quando gli interventi si concentrano sulla persona non autosufficiente senza avere un'ipotesi inclusiva che pone attenzione al benessere del *caregiver* e degli altri familiari, senza un'attenzione speciale per la presenza di minori e per i bisogni di conciliazioni tra i tempi di vita e di lavoro. In questa direzione il recente progetto “Famiglie sandwich” (Anteas nazionale, www.anteas.org) ha fatto emergere chiaramente come nelle famiglie con “doppio carico” siano i minori a passare in secondo piano rispetto alle pressanti responsabilità nei confronti di un anziano non-autosufficiente. Tutto ciò genera sensi di colpa da parte delle figure genitoriali e in alcuni casi configura i prodromi di biografie “spezzate” che spesso contengono elementi predittivi di percorsi di povertà educativa. Ri-aprire e ri-lanciare una riflessione sulla famiglia non in termini generali che rischiano di irrobustire una pericolosa posizione ideologica, ma in relazione a concrete condizioni di vita e di lavoro può essere una prospettiva strategica in grado di riconoscere il contributo della Cisl anche sul piano politico-culturale con l'obiettivo di favorire un cambio di paradigma per ridurre le semplificazioni, le fratture e le aporie. Tutto questo rende possibile pensare un'alternativa possibile poiché pensare a pezzi la famiglia, fa a pezzi la famiglia.

* Di Massimiliano Colombi.

2. Verso una mappa delle domande delle famiglie (bisogni e desideri)

L'azione sociale della Cisl attraverso la pluralità delle azioni – contrattazione, produzione di servizi e animazione sociale – insieme ad uno sguardo dialogico e una prossimità spaziale consente di comprendere con maggiore definitezza alcune domande che abitano le famiglie e di poter immaginare una mappa dei bisogni. Non sempre però i bisogni sono immediatamente rilevabili e si manifestano attraverso domande evidenti e chiaramente formalizzate. In questo contesto assumono un valore prezioso le esperienze di incontro faccia a faccia che si realizzano nelle sedi, nei diversi sportelli, attraverso i servizi e i progetti.

La prospettiva di costruire una mappa dei bisogni chiama in campo un lavoro di integrazione tra i “contrattualisti sociali”, gli operatori dei servizi e gli operatori che garantiscono accoglienza, informazione e orientamento nei diversi presidi territoriali. Nello stesso tempo possono contribuire alla costruzione della mappa i volontari delle diverse associazioni che gravitano nella “galassia Cisl” che attraverso i diversi progetti di animazione territoriale entrano in contatto con un numero consistente di persone e famiglie chiamate a fronteggiare situazioni di fragilità sociale. Allora la costruzione della mappa dei bisogni ha bisogno di un processo di integrazione non solo dei differenti dispositivi di ricognizione, ma anche tra le diverse figure protagoniste nel lavoro sociale. Si prefigura così la possibilità di allestire occasioni di incontro, di scambio e di formazione a livello territoriale che possano essere veri e propri “coordinamenti del sociale”.

Nello stesso tempo occorre valutare la possibilità di aumentare le competenze per riconoscere il ruolo dei “desideri” sempre più spesso tralasciati da un approccio iper-razionalizzante e specialistico che, affascinato dall'approccio medico (analisi-diagnosi-cura), non è più in grado di restare in contatto con le dimensioni maggiormente legate ai vissuti delle persone.

Consapevoli di correre il rischio della parzialità e con l'obiettivo di fornire un incoraggiamento all'allestimento dei “coordinamenti del sociale” vorremmo proporre una “prima mappa dei bisogni” delle famiglie sfidate dalle diverse condizioni della non-autosufficienza. L'obiettivo non vuole essere la standardizzazione delle analisi da cui scaturisce una omogeneizzazione delle progettazioni; piuttosto si vuole rendere visibili alcune domande che possano attivare percorsi plurali. Da un punto di vista della relazione con le famiglie la realizzazione di un “cruscotto” che aiuti ad operare un'azione di riconoscimento può costituire un primo passo. Infatti in molti casi i racconti restituiscono vissuti di solitudine e di invisibilità. Una “mappa delle domande” può essere anche una bussola per orientare la progettazione dei servizi e delle politiche in una logica di prossimità e, infine, può essere uno strumento utile per la valutazione.

L'orizzonte di una “mappa condivisa” richiama tutti gli attori ad un'alleanza con e per le famiglie alle prese con esperienze di cura di persone non autosufficienti. Condividere significa anche richiamarsi reciprocamente ad alcune “fedeltà” che interpellano diversi piani e che non consentono il mantenimento di “false gerarchie” che mal si conciliano con lo sviluppo dei processi reali all'interno dei contesti familiari.

Da diversi lavori di ricerca-azione (Corso Dirigenti Cisl 2017-2018; FamigliaLab, Cisl 2016; Percorsi nel Sociale, Comune Macerata 2015-2018; Formazione operatori CAF, Cisl Marche 2010-2014 e altri) emergono alcune prime aree che le famiglie sono chiamate a presidiare:

1. area psico-sociale (gestione delle relazioni tra i diversi membri della famiglia, elaborazione dei vissuti di fatica e relativa domanda di sollievo...);
2. area della “produzione” della cura (azione specifica di/con *caregiver*...);

3. area dell'organizzazione/gestione della cura (relazione con i diversi attori che afferiscono ai diversi sotto-sistemi organizzativi (area sociale, sanitaria, socio-sanitaria, interfaccia con le diverse istituzioni...));
4. area della conciliazione dei tempi di vita, di lavoro e di cura.

Nello stesso tempo la relazione concreta con le famiglie richiama la necessità di superare un approccio statico e categorizzante per approdare ad una visione dinamica capace di accompagnare:

- l'evoluzione della patologia con i relativi impatti sulla persona non-autosufficiente e sull'intero sistema familiare;
- i processi di sviluppo delle biografie dei componenti della famiglia, soprattutto per situazioni che si protraggono per periodi molto lunghi;
- i cambiamenti nelle situazioni di lavoro soprattutto in un contesto di crisi economica;
- i progressi della scienza e delle innovazioni tecnologiche;
- gli sviluppi del contesto normativo.

All'interno di questo *set* di attenzioni si inserisce una prima mappa delle domande che le famiglie chiamate a fronteggiare situazioni di non-autosufficienza sembrano rilanciare ai diversi soggetti sociali:

1. domanda di informazione, di orientamento e di accompagnamento (all'interno dei percorsi burocratici; in relazione alla ricerca dei diversi operatori professionali e dei soggetti del Volontariato; rispetto all'evoluzione delle patologie e alla corrispondente complessità della cura...);
2. domanda di sostegno e di irrobustimento delle competenze (in relazione alla capacità di gestire la quotidianità della persona non-autosufficiente; alla gestione del progetto terapeutico (case manager/care manager); alla gestione dei diritti e dei doveri del *caregiver*...);
3. domanda di sollievo e di costruzione di senso attraverso la cura delle relazioni (per non cadere nella solitudine non scelta e nell'auto-isolamento (perdita delle relazioni) e per attivare nuove relazioni con cui condividere un tratto di esperienza comune...);
4. domanda di informazione e di consulenza per l'adeguamento dei luoghi per favorire la mobilità domestica attraverso interventi di domotica e per l'introduzione delle tecnologie assistive;
5. domanda di supporto per l'individuazione e la gestione del rapporto con le diverse strutture (per acuzie, post-acuzie, medicina del Territorio...);
6. domanda di attivazione e di contribuzione che si basa sulla disponibilità a mettere a disposizione di altre famiglie le competenze maturate all'interno della propria esperienza familiare e sul desiderio di favorire una evoluzione positiva del sistema socio-sanitario per ridurre le fatiche ad altre famiglie.

La mappa (provvisoria) delle domande delle famiglie si presenta come “documento aperto” capace di accogliere ulteriori contributi e soprattutto necessita di un approfondimento che può scaturire da un lavoro comune a livello territoriale a partire dalle principali evidenze che emergono dalle relazioni con specifiche realtà familiari. Su questo fronte possono offrire un apporto fondamentale alcuni

progetti che attraverso le interviste a famiglie che vivono nel concreto tali condizioni mettono a disposizione dati qualitativi decisivi per la comprensione dei diversi fenomeni.

Nello stesso tempo la mappa può essere sperimentata nella veste di check-list per qualificare gli interventi, i servizi e la contrattazione sociale, in modo da tenere presente la complessità di uno sguardo familiare. Infine può essere uno strumento attraverso il quale attivare un processo di partecipazione delle famiglie chiamate a contribuire all'arricchimento della mappa a partire dalla propria esperienza concreta. Giungere ad una mappa condivisa e partecipata dalle stesse famiglie consente di sperimentare la famiglia come soggetto politico attraverso un lavoro di attivazione e di responsabilizzazione, fino ad uno specifico protagonismo anche nella co-progettazione.

3. Verso una mappa delle “strutture” e dei servizi sociali

La fase di transizione che ormai da molti anni sta attraversando il sistema di welfare del nostro Paese, lo sviluppo di diversi sistemi di welfare regionali e l'attivazione di nuovi filoni di intervento (Rei, Reddito di cittadinanza...) sono alcuni degli elementi che hanno un impatto rilevante sulla struttura e l'articolazione del welfare e sicuramente creano un aumento dei livelli di complessità che rendono non immediata la lettura del sistema degli interventi e dei servizi sociali. La medesima fatica emerge sia dalle narrazioni non solo degli operatori del servizio sociale professionale e di quelli che operano negli sportelli di segretariato sociale, ma anche da parte di molti operatori sindacali e delle realtà di terzo settore. La mappa si presenta dai confini incerti, con diverse stratificazioni derivanti da diversi interventi non organici e soprattutto diventa di difficile utilizzo sia per quanto riguarda l'informazione e l'orientamento, sia nei processi di contrattazione sociale di prossimità e in quelli di progettazione sociale.

Ritornare al “Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali” (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2013) può rappresentare una prima forma di ancoraggio che evita pericolose e infruttuose avventure.

Il Nomenclatore degli interventi e servizi sociali è articolato in tre macro-aree di servizi che fanno riferimento alle forme di erogazione delle prestazioni socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria dei Comuni singoli e associati: interventi e servizi, trasferimento in denaro e strutture.

Tali macro-aree si raccordano con quelle previste dalla macro-architettura della classificazione europea prevista nel Sistema Europeo delle Statistiche integrate della PROtezione Sociale (SESPROS).

TABELLA 1 – MACROAREE, AREE E SOTTO-AREE DEL NOMENCLATORE DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

INTERVENTI E SERVIZI	
A	Segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi
B	Prevenzione e sensibilizzazione
C	Pronto intervento sociale
D	Attività di servizio sociale di supporto alla persona alla famiglia e rete sociale
E	Integrazione sociale
F	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo
G	Interventi volti a favorire la permanenza al domicilio
H	Servizi di supporto
TRASFERIMENTI IN DENARO	
I	Trasferimenti in denaro
IA	Trasferimenti per il pagamento di rette
IB	Trasferimenti per attivazione di servizi
IC	Integrazioni al reddito
STRUTTURE	
L	Centri e attività diurne
LA	Centri con funzione educativo-ricreativa
LB	Asili e servizi per la prima infanzia
LC	Centri e attività a carattere socio-sanitario
M	Strutture residenziali
MA	Presidi residenziali socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria
MB	Altri centri e strutture residenziali

Classificazione specifica

Per ciascuna delle tre macro-aree è prevista una sub-articolazione in aree di servizi, in alcuni casi dettagliate in sotto-aree per meglio raggruppare sezioni omogenee di voci di servizi; queste ultime rappresentano il dettaglio più fine della nomenclatura complessiva.

Accanto al Nomenclatore Nazionale occorre porre attenzione alla presenza di alcune versioni regionali del Nomenclatore che arricchiscono il quadro di riferimento (tra gli altri Campania e Toscana).

In relazione alla specificità della non autosufficienza l'organizzazione potrebbe dotarsi di uno strumento progettato ad hoc che tenendo conto anche delle specificità regionali può diventare una preziosa bussola per i contrattualisti sociali:

- offre una “mappa” articolata che consente di verificare la dotazione del proprio territorio in termini di interventi e servizi, trasferimenti in denaro e strutture;
- consente di interrogarsi su alcune traiettorie di sviluppo del sistema attraverso un diverso mix oppure l'introduzione di nuove modalità di intervento;
- favorisce percorsi di comparazione tra diversi territori.

L'utilizzo del nomenclatore se da una parte corre il rischio di una forte standardizzazione, dall'altra però consente di avere una maggiore possibilità di confronto tra le diverse aree e di individuare possibili livelli di integrazione.

In questa prospettiva l'attivazione di un laboratorio specifico sulla non autosufficienza può rappresentare un'esperienza di progettazione sociale particolarmente efficace per sostenere il sistema Cisl e per sostenere una concreta evoluzione della contrattazione sociale

4. Una rinnovata prossimità per valorizzare la contrattazione e la rappresentanza

Il focus sulla non autosufficienza ha messo in luce come la scelta della prossimità sia da rilanciare non solo come chiave culturale, ma anche come dimensione strategica. Essere un'associazione capace di costruire una presenza nella prossimità oggi è ancora più importante in una dinamica sociale in cui i solventi sembrano prevalere sui collanti e la prospettiva nichilista sembra essere una cifra distintiva di molte biografie personali e familiari. Ritornare dunque a scegliere il territorio come priorità è senza dubbio una scelta importante e forse solo il primo passo. Le sedi, gli sportelli, i servizi rappresentano una preziosa infrastruttura sociale e richiamano l'organizzazione ad un progetto di rispazializzazione a fronte delle mutate mappe della vita concreta delle comunità. Tuttavia il presidio del territorio non è più sufficiente per intercettare nuove domande sociali che hanno a che fare con il domicilio e a volte con la solitudine non scelta e l'auto-isolamento. In questa prospettiva tutti i soggetti sociali sono sfidati ad abitare il territorio e il domicilio con una particolare attenzione al tragitto che collega la casa con i servizi. La stessa strategia di moltiplicazione delle sedi risulta da ridiscutere a fronte di nuove traiettorie e nuove domande. La prossimità allora diventa uno sguardo e una presenza che aiuta a scegliere di essere “presso” la condizione di fragilità e gli operatori sociali e sindacali diventano protagonisti nel sostenere le persone e le famiglie nel fronteggiamento delle sfide. La legittimazione sociale sarà un esito di una capacità di attivare una presenza nella prossimità e sarà in questa relazione che l'organizzazione potrà essere riconosciuta come competente per il proprio intervento sul piano legislativo e politico. Nell'epoca della rabbia e del rancore non sembra più sufficiente la mobilitazione esclusiva sul fronte della rivendicazione di una legge più moderna e di un sistema più efficiente. Anche la stessa contrattazione sociale subisce un deterioramento del proprio valore sociale se sganciata da una presenza reale “dentro” le storie di fatica e di durezza. In altri termini viene rimessa in discussione una “visione tayloristica” del sociale, per cui ci sono operatori chiamati alla fatica del fronteggiamento, altri alla progettazione dei servizi e degli interventi e altri ancora alla rappresentanza politica. Viviamo in un tempo in cui occorre una “visione ricompositiva” che sappia tenere in dialogo le diverse componenti e immaginare dinamiche evolutive attraverso le connessioni e lo scambio tra le diverse funzioni. Per questo rilanciare la prossimità come chiave strategica richiama la sfida di come rilanciare una visione progettuale che qualifichi la stessa rappresentanza come una “rappresentanza di prossimità”.

5. Prossimità e sviluppo organizzativo: formare e accompagnare

La prossimità diventa uno sguardo ulteriormente prezioso per rileggere i funzionamenti organizzativi e per cogliere la necessità di alcuni salti che l'organizzazione è chiamata a fare. Ne identifichiamo tre.

5.1. Oltre i “soliti noti”: organizzare e allargare la rete dei contrattualisti di prossimità

Il primo salto richiama la necessità di mettere al centro dell'attenzione i “contrattualisti sociali”, ovvero le figure professionali che costruiscono, fanno manutenzione e rinsaldano le relazioni con le istituzioni per giungere alla sigla di accordi che hanno l'obiettivo di difendere, promuovere, qualificare, allargare il welfare locale.

La struttura dell'organizzazione con i suoi livelli (nazionale, regionale, provinciale, territoriale-comunale) rischia un disallineamento tra l'allocazione delle responsabilità politiche e l'organizzazione e il presidio della rete dei contrattualisti sociali. Occorre progettare una forma stabile di coordinamento delle attività specifiche dei negoziatori sociali, riconoscere loro un particolare status e soprattutto ripensare le forme di coinvolgimento di ulteriori figure in grado di immettere nuova linfa e di estendere la copertura territoriale. Si tratta di pensare un vero e proprio piano organico di reclutamento, attraverso percorsi di orientamento e di accompagnamento al ruolo che conducano alla proposta di sperimentare piccole e temporanee forme di responsabilità.

Inoltre è necessario rilanciare un progetto organico di presidio della comunità locali attraverso una ridiscussione ampia, profonda e articolata delle modalità di presenza per quanto riguarda i Rappresentanti Sindacali Territoriali (RLS) della Federazione Nazionale Pensionati (Fnp) e i rappresentanti locali della Cisl. In molti territori è evidente la fatica di giungere ad una mappa condivisa sulle presenze, funzioni, responsabilità e competenze. Investire in questa direzione significa anche offrire ai contrattualisti aziendali sempre più impegnati sulla frontiera del welfare integrativo e contrattuale una sponda per ri-pensare il nuovo welfare sempre più plurale. Per questo essere un "sindacato plurale" diventa sostenibile solo a fronte di mappe condivise capaci di contenere latitanze e nascondimenti e di offrire valorizzazioni e riconoscimenti. La Cisl anche sul piano della comunicazione può innovare: da una parte riprendendo il percorso di comunicazione degli esiti della contrattazione sociale nel portale "Noi-Cisl" e dall'altra istituendo la giornata nazionale della contrattazione sociale che si pone l'obiettivo di far emergere il valore della contrattazione sociale e il ruolo di coloro che si assumono tali responsabilità.

2. Oltre la solitudine del contrattualista: una organizzazione che accompagna

Un secondo salto chiede alla Cisl di creare un'alternativa alla "solitudine del contrattualista" attraverso l'allestimento di alcuni dispositivi organizzativi capaci di accompagnare i processi. La funzione dell'accompagnamento, in molti casi sconosciuta o sottovalutata, diventa strategica per evitare che i contrattualisti sociali finiscano in un cono d'ombra e lasciati a se stessi, oppure assumano la funzione in termini individualistici sganciati da un progetto organizzativo.

In questa prospettiva l'Osservatorio diventa uno strumento in grado di rispondere ad almeno tre funzioni:

1. una funzione di help-desk: il contrattualista trova una struttura in grado di offrire un sostegno e alcune indicazioni rispetto a problemi o dubbi che si possono incontrare durante l'attività;
2. una funzione di monitoraggio e di elaborazione di "casi di studio": si rendono consultabili esperienze significative sul piano dei temi o di eventuali processi; da tutto ciò si possono trarre esempi e punti di orientamento;
3. una funzione di archiviazione e di consultazione: tutti gli accordi sono disponibili alla consultazione attraverso parole-chiave e consentono di poter operare avendo un vero e proprio cruscotto di livello nazionale.

Per valorizzare al massimo le tre funzioni principali dell'Osservatorio il contrattualista sociale non deve essere lasciato solo anche rispetto alla propria inerzia e alla ripetizione seriale. Questo può avvenire anche grazie alla valorizzazione dei nuovi media che consentono di rimanere connessi anche a distanza.

3. *Oltre l'inerzia della tradizione: innovare la formazione*

Tutto ciò richiede però il terzo salto: il superamento dell'inerzia da tradizione attraverso l'irrobustimento e l'innovazione della leva formativa. In questo senso occorre una nuova alleanza tra i livelli nazionale, regionale e territoriale. Una sperimentazione su cui misurarsi è un percorso di formazione co-progettato da tutti i livelli, con una cabina di regia nazionale-regionale e con una responsabilità nella gestione regionale-territoriale. In prima battuta occorre sperimentare una forte integrazione dei livelli organizzativi per ridurre i rischi di una formazione sganciata dall'organizzazione. Tuttavia tutto questo si mostrerebbe del tutto insufficiente senza una formazione connessa alla sperimentazione. Allora la via dell'innovazione chiede il superamento tra l'aula e il territorio, tra la dimensione dell'apprendere e quella dell'operare. Infine occorre definire il sistema delle responsabilità e del coordinamento per evitare che già nel processo formativo si alimentino attese in alcuni casi da “singolo professionista” della contrattazione sociale o “piccolo padroncino” del proprio territorio, oppure in altre da “militante invisibile” o “sindacalista del sociale dimenticato”. Investire per rinnovare la formazione significa anche ridiscutere i paradigmi classici della formazione. In questa sede, in via sperimentale, si avanza la proposta del “Service Learning”. Si intende proporre una metodologia che “combina il raggiungimento di obiettivi sensibili per la comunità locale e di obiettivi formativi, impegnando i partecipanti in «compiti di servizio» dentro situazioni strutturate attraverso le quali è possibile non solo acquisire conoscenze e abilità, ma anche sviluppare capacità di apprendimento auto diretto e la disposizione alla riflessione”¹. Si intende sperimentare una “proposta pedagogica che permette [...] di sviluppare le proprie conoscenze e competenze grazie a una pratica di servizio solidale nei confronti della comunità”².

Infatti elementi caratterizzanti il “Service Learning” sono le azioni di servizio e di solidarietà; la valorizzazione degli apprendimenti disciplinari; la partecipazione attiva e il protagonismo dei partecipanti, lo sviluppo della riflessività, l'irrobustimento dei legami nel territorio, attraverso la crescita di corresponsabilità della comunità di apprendimento - comunità educante.

Una formazione caratterizzata secondo l'approccio del “Service Learning” diventa anche una piattaforma di incontro e di scambio con altri attori sociali (operatori del servizio sociale professionale, volontari, operatori della cooperazione e attori dell'impresa sociale...) utile per immaginare un sociale più evoluto e forse più interessante per tutti.

Sul piano simbolico la Cisl, il suo Centro Studi, può diventare un soggetto che facilita l'incontro e lo scambio, il riconoscimento e la valorizzazione delle diverse esperienze, senza ansie di inglobamento. In un tempo di riforma del terzo settore potrebbe essere un riferimento per molti altri. Allora dal sociale può arrivare un segnale che incoraggi la difesa e il rilancio di un welfare in cui nessuno resti solo e nessuno sia escluso.

¹ L. Mortari, *Ricerchare e riflettere. La formazione del docente professionista*, Carocci, Roma, 2009.

² M.M. Tapia, *Educazione e solidarietà. La pedagogia dell'apprendimento servizio*, Città Nuova, 2006.