

La contrattazione collettiva nella sanità pubblica e privata. Prospettive e tecniche di tutela dei lavoratori della cura

di Samuele Renzi*

Ricevuto il 9.6.2025 - Accettato il 25.6.2025

Riassunto. Il contributo sottopone ad analisi alcuni fra i contratti collettivi più applicati in ambito sanitario, concentrandosi sulle componenti retributive di base. Constatata la diffusione del fenomeno - comune ad altri settori - del *dumping* contrattuale, l'Autore ferma l'attenzione sull'ampia libertà concessa agli enti e alle imprese private che operano in accreditamento con il servizio sanitario nazionale quanto alla scelta del contratto collettivo. Attraverso una rilettura della sentenza della Corte costituzionale n. 113/2022, l'Autore perviene a sostenere che l'introduzione dell'obbligo di applicare il contratto collettivo stipulato dalle associazioni sindacali comparativamente più rappresentative nel settore potrebbe configurare una tecnica *antidumping* efficace e compatibile con il sistema.

Parole chiave: Sanità; Lavoratori di cura; Contrattazione collettiva; Ue; Care Strategy.

Abstract. *Collective bargaining in public and private healthcare: perspectives and techniques for protecting care workers.* The contribution analyses some of the most widely applied collective agreements in the healthcare sector, focusing on the basic salary components. Having noted the spreading of the phenomenon - common to other sectors - of contractual dumping, the author focuses on the wide freedom granted to private entities and companies accredited with the national health service as regards the choice of collective agreement. Through a reinterpretation of Constitutional Court ruling no. 113/2022, the author comes to the conclusion that the obligation to apply the collective agreement stipulated by the most representative trade union associations in the sector would configure an effective anti-dumping technique compatible with the system.

Keywords: Healthcare; Care workers; EU; Collective bargaining; Care Strategy.



Copyright © FrancoAngeli. This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

* Ricercatore di Diritto del lavoro presso il Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università di Firenze, Via della Pandette 35, 50127 Firenze. E-mail: samuele.renzi@unifi.it.

L'articolo è stato redatto nell'ambito delle attività del progetto di ricerca CARE4CARE - *We Care for Those Who Care*, finanziato dall'Unione europea attraverso il programma Horizon Europe Research and Innovation (GA n. 101094603).

Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali 2025, (ISSN 1720-4321, ISSN e 1972-5507)
DOI: 10.3280/GDLoa2025001

1. Introduzione. Cura della malattia e cura della persona; 2. I profili professionali oggetto dell'indagine; 3. La contrattazione collettiva in sanità tra pubblico e privato; 3.1. Il ccnl del comparto sanità; 3.2. Il ccnl Aris/Aiop; 3.3. Il ccnl Uneba; 3.4. Il ccnl Anpit; 3.5. Il ccnl Anaste; 3.6. Il ccnl cooperative sociali; 4. Cenni sul sistema di accreditamento presso il servizio sanitario nazionale; 5. Il contrasto al *dumping* contrattuale nell'ambito della sanità privata accreditata; 6. Osservazioni conclusive.

1. La *European Care Strategy* adottata nel settembre del 2022 dalla Commissione Europea ha posto al centro dell'agenda politica il rafforzamento di iniziative volte a soddisfare la sempre più diffusa domanda di assistenza, che vede coinvolti vari e differenti attori sociali¹. Un ruolo essenziale nel prestare sostegno ai soggetti che versano in condizioni di dipendenza è svolto dalle famiglie², dai lavoratori domestici³ e dagli enti specificamente preordinati a disimpegnare attività socio-assistenziali. Esiste, d'altra parte, una salda interrelazione tra il supporto nella soddisfazione dei bisogni quotidiani e la somministrazione di terapie mediche, vista la frequenza con cui soggetti anziani, malati cronici, disabili o comunque non autosufficienti manifestano la necessità di ricevere un'assistenza integrata. E, così, anche in ambito sanitario si intrecciano due dimensioni complementari e non del tutto sovrapponibili: da un lato la gestione clinica della patologia e, dall'altro, la cura della persona malata⁴.

Il binomio non ha valenza meramente descrittiva, ma informa di sé l'organizzazione dei servizi alla salute e il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali, e dunque le condizioni di lavoro degli operatori impiegati in tali contesti.

Il sistema sanitario italiano – ma, a ben vedere, trattasi di caratteristica comune quantomeno agli altri paesi europei presi in esame all'interno del progetto interdisciplinare, condotto in sei diversi paesi dell'Unione europea, in cui si inserisce la presente ricerca⁵ – ha storicamente riservato maggiore attenzione alla “cura della malattia”⁶, rispetto alla quale la “cura della persona” è a lungo rimasta negletta⁷. Da ciò è conseguita una strutturale svalutazione dei ruoli non direttamente impegnati nei processi clinici ma adibiti a compiti di assistenza del malato e del soggetto non autosufficiente o solo in parte autosufficiente.

¹ Commissione Europea, 2022.

² D'Onghia, 2024, 82-83.

³ Prosechi, 2025.

⁴ Per una riflessione di taglio generale sul valore del lavoro di cura v. Vallauri, 2025.

⁵ Camas Roda, Barceló Rado, Juvinyà Canal, Sáez Zafra, Molina Garcia, Cano Redondo, 2024; Daugareilh, Santoro, Traore, 2024; Kocher, Podgornik-Jakil, Andres, 2024; Ludera-Ruszel, Kotarski, 2024; Rönmar, Votinius, 2024.

⁶ Ciò trova spiegazione in ragioni storico-culturali (ad esempio, la centralità del medico nel modello ospedaliero del Novecento), che non debbono essere stigmatizzate alla luce dell'attuale (e progredito) assetto del sistema sanitario. Cfr. Balduzzi, 2013.

⁷ De Matteis, 2007, 57; Coppola, 2024, 1590.

All'interno del dibattito sulla riqualificazione dei sistemi di assistenza, reso urgente non solo dalla recente crisi epidemiologica⁸ ma anche a causa dalle trasformazioni sociali e demografiche in atto – l'invecchiamento della popolazione, il crescente impatto delle malattie cronico-degenerative, etc. –, è evidenziata da più parti la stretta connessione fra la qualità dei servizi prestati e il miglioramento delle condizioni dei lavoratori della cura⁹. Da altro lato, tanto le fonti, compresa la già ricordata *Care Strategy*¹⁰, quanto la scienza medica e gli studi in tema di organizzazione e *management* dei servizi sanitari¹¹ hanno iniziato a riflettere intorno alla necessità di promuovere un approccio coordinato tra sanità, assistenza sociale e assistenza a lungo termine, che assicuri la piena valorizzazione di entrambe le dimensioni della cura. Purtuttavia – come appurato nell'ambito della già menzionata ricerca¹² – le attività non direttamente coinvolte nei percorsi clinici ancora stentano a ottenere il riconoscimento che meriterebbero a fronte del crescente valore sociale¹³ e i lavoratori adibiti allo svolgimento di mansioni di cura della persona malata o con ridotte capacità di autonomia spesso continuano a sperimentare condizioni di lavoro inadeguate¹⁴.

Le insufficienti dotazioni finanziarie stanziata a sostegno del sistema sanitario¹⁵, la compresenza dell'attore pubblico e di enti e istituzioni private all'interno del mercato dei servizi alla salute e dell'assistenza, le disuguaglianze fra i diversi contesti regionali¹⁶ configurano i principali fattori che, combinati insieme, minacciano sia la qualità delle prestazioni sia la valorizzazione delle professionalità impiegate nel settore. E ad accrescere le criticità, sul versante lavoristico, concorre anche la contrattazione collettiva, che in molti casi non sembra correggere ma anzi obliterare la sottovalutazione del lavoro di cura, legittimando la diffusione di pratiche di *dumping* retributivo e normativo¹⁷, che vedono spesso protagonisti attori sindacali sulla cui effettiva rappresentatività appare quantomeno lecito dubitare.

Muovendo da tali presupposti di contesto, l'indagine tenterà di offrire precisa evidenza delle esistenti disparità di trattamento, attraverso uno studio analitico delle componenti retributive di base previste da alcuni contratti collettivi del settore¹⁸. Per meglio contestualizzare l'esame delle fonti negoziali e dei dati da queste ricavabili,

⁸ Esposito, Gargiulo, 2021, 141 ss.

⁹ Commissione Europea, 2022; Oil, 2018.

¹⁰ Circa il contributo offerta dalla *Care Strategy* quanto alla definizione del *care sector* v. Mazzetti, 2025.

¹¹ Orsini, 2024, 141.

¹² Vallauri, Chiaromonte, Frosecchi, Renzi, Mazzetti, 2024.

¹³ Del Vecchio, 2024, 181; Buoso, Passaro, 2023.

¹⁴ OCSE, 2024. Oltre all'inadeguatezza delle condizioni di lavoro si registrano anche diffusi fenomeni di sfruttamento e di irregolarità all'interno del settore di cura. Sul punto, con specifico riferimento al lavoro delle assistenti familiari, v. Chiaromonte, 2025.

¹⁵ Spatola, 2023; Maietti, Sanmarchi, Toth, *et al.*, 2023

¹⁶ Naghavi, Zamagni, *et al.*, 2025; Bruzzi, Ivaldi, Santagata, 2022; Poggia, 2024, 721 ss.

¹⁷ Borelli, 2020, 28-30.

¹⁸ Meglio indicati e descritti *infra* § 3.

s'impone, tuttavia, una preliminare ricostruzione dell'evoluzione normativa che ha interessato le figure adibite in ambito sanitario alle attività di cura del malato o del soggetto non autosufficiente.

2. All'interno delle strutture afferenti ai settori sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, i servizi di cura alla persona sono per lo più disimpegnati da due tipologie di profili: da un lato, gli infermieri, inclusi nell'area dei professionisti della salute, e, dall'altro, gli operatori sociosanitari, che non partecipano ai processi clinici e dunque si occupano esclusivamente di "attività rivolte alla persona e al suo ambiente di vita"¹⁹.

La figura dell'infermiere è stata interessata a partire dalla metà degli anni '90 da un deciso processo di professionalizzazione. Dapprima, il D.M. Sanità 739/1994 ha elevato le competenze e accresciuto le attribuzioni dirette del ruolo, stabilendo che l'infermiere, *inter alia*, partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale di tipo infermieristico e garantisce la corretta applicazione delle terapie prescritte. Successivamente, con la l. 26 febbraio 1999, n. 42, il legislatore ha proceduto ad abrogare il c.d. mansionario infermieristico di cui al d.p.r. 225/74²⁰ e a espungere dal r.d. 1265/1934 i riferimenti testuali che qualificavano l'infermiere come lavoratore solo "ausiliario".

Se l'evoluzione della professione non ha mutato la responsabilità dell'infermiere verso la cura della persona²¹, dagli interventi appena menzionati è conseguito che alcune delle mansioni assistenziali di base, un tempo svolte dagli infermieri generici, siano state mano a mano affidate ad altre figure, nel frattempo introdotte in maniera disorganica dalle fonti collettive e dalle normative locali. Già nel ccnl Sanità pubblica del 1990 erano previste, accanto agli infermieri generici e professionali, le figure dell'ausiliario socio-sanitario e dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA). Per parte loro anche le Regioni, in quel periodo, perdurando l'assenza di un intervento normativo unificante, tentarono di colmare il vuoto attraverso la creazione di una vasta serie di profili variamente denominati, come gli "operatori tecnici socio-assistenziali", gli "operatori sanitari di base", gli "ausiliari socio-assistenziali", etc.

La frammentazione è stata superata con l'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001 che ha istituito la figura dell'operatore socio-sanitario e ne ha disciplinato il percorso formativo in maniera unitaria. L'OSS è divenuto così il profilo di riferimento per le attività di assistenza di base alla persona, che può operare sia nel contesto sanitario che in quello sociale, non solo a supporto ma anche in collaborazione con il personale sanitario. A conferma della graduale e progressiva ridefinizione delle competenze del ruolo, con la recente l. 11 gennaio 2018, n. 3, gli OSS sono

¹⁹ Così l'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001, pubblicato in G.U. il 19 aprile 2001.

²⁰ Bottari, 2020, 171.

²¹ Come altresì prescritto dagli artt. 3-4 del Codice deontologico delle professioni infermieristiche

stati inclusi nella c.d. *area delle professioni socio-sanitarie*, superando così la configurazione che attribuiva loro un ruolo eminentemente tecnico.

L'evoluzione normativa appena delineata non è stata però in grado di assicurare un pieno riconoscimento a tutti i lavoratori adibiti a mansioni di assistenza²². Accanto all'OSS, nel settore privato, permangono ulteriori profili di supporto, fra i quali merita di essere ricordato l'operatore socio-assistenziale (OSA). Trattasi di una figura generalmente formata per somministrare assistenza di base alla persona sul versante sociale, che in ogni caso può operare anche all'interno di strutture sanitarie o socio-sanitarie. L'OSA non gode di una definizione né di una disciplina uniformi in una fonte normativa primaria e trova menzione soltanto in alcuni regolamenti regionali nonché all'interno dei contratti collettivi del settore. Peraltro, in molti casi, i sistemi di inquadramento continuano a classificare il personale di supporto con qualifiche ancora diverse (e.g. "assistente di cura", "ausiliario socio-assistenziale", "ausiliario socio-sanitario", etc.), prevedendo mansioni affini o sostanzialmente coincidenti con quelle degli OSS, ma con un inquadramento e un trattamento economico deteriori.

Gli operatori e le figure professionali affini faticano a sviluppare la propria carriera e spesso soffrono la formale adibizione a mansioni diverse rispetto a quelle che sono dedotte in contratto²³. Sotto altro aspetto, si registra una carenza – ormai divenuta cronica – di personale infermieristico, che pare destinata a crescere considerata l'età media dei lavoratori del settore emersa nelle più recenti rilevazioni²⁴. In risposta a tali criticità, è stata prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 3 ottobre 2024 la creazione di una nuova qualifica intermedia, che dovrebbe assumere la denominazione di "assistente infermiere", cui potranno accedere gli operatori in possesso dell'attestato di OSS che intendano svolgere una formazione aggiuntiva. La figura, esplicitamente qualificata come *operatore di interesse sanitario* ai sensi dell'art. 1, c. 2, l. n. 43/2006, sarà adibita a mansioni di assistenza diretta di tipo sanitario e di supporto organizzativo, più avanzate di quelle attribuite attualmente agli OSS, operando su indicazione e sotto la supervisione degli infermieri, in collaborazione con gli altri operatori e professionisti della salute.

Secondo le intenzioni del legislatore, il profilo dell'assistente infermiere potrebbe essere d'ausilio nel superare alcune inefficienze organizzative e supplire alla ormai acclarata mancanza di organico, costituendo altresì un percorso di progressione di carriera per gli OSS. Trattasi senza dubbio di una innovazione significativa ma che appare incaricata di intervenire su un aspetto per così dire laterale e dunque poco rilevante nella prospettiva di condizionare in positivo i trattamenti retributivi degli infermieri, degli OSS e degli operatori analoghi, per come emergono dai vigenti contratti collettivi.

²² Vallauri, Chiaromonte, Frosacchi, Renzi, Mazzetti, 2024.

²³ Tale criticità emerge anche dalla giurisprudenza in materia. Cfr. *ex plurimis*: Cass. 18.4.2025, n. 10326; Cass. 25.7.2022, n. 23203; Cass. 11.7.2022, n. 21942; App. Roma 8.11.2018, n. 4052.

²⁴ Istat, 2021, 225.

3. Fra le molte caratteristiche del sistema sanitario incidenti sulla posizione dei lavoratori della cura ivi impiegati, il fattore che comporta le principali differenze di trattamento riguarda la natura del datore di lavoro.

Come noto, nel settore pubblico, ossia nell'ambito delle strutture gestite *direttamente* dal servizio sanitario nazionale, le condizioni di lavoro del personale non medico (infermieri e OSS, ma anche personale tecnico-amministrativo, funzionari, etc.) sono regolate da un unico contratto collettivo nazionale, il c.d. ccnl del comparto sanità. Di converso, nelle cliniche private, nelle RSA, nelle case di cura, e in genere negli istituti sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali di natura privata si registra l'applicazione un ampio novero di contratti collettivi, che spesso deducono contenuti eterogenei e livelli di tutela anche significativamente diversificati²⁵. E ciò sebbene molte delle strutture private erogino prestazioni in accreditamento con il servizio sanitario nazionale, operando in nome e per conto di questo²⁶, nel rispetto e alle condizioni di cui agli artt. 8 ss. del d.lgs. 502/1992²⁷.

In effetti, la questione relativa all'ampia discrezionalità di cui godono i soggetti accreditati nella scelta della fonte collettiva sembra centrale, dal momento che essa non solo ingenera ricadute sulle tutele lavoristiche, ma può altresì concorrere a inficiare l'equità del sistema sanitario, producendo distorsioni concorrenziali sfavorevoli. Su tale aspetto sarà necessario fermare l'attenzione nel prosieguo. Non prima, però, di avere sottoposto a un'indagine puntuale alcuni contratti collettivi nazionali del settore, selezionati sulla base del relativo tasso di copertura ovvero in quanto particolarmente efficaci nella prospettiva di offrire concreta evidenza del fenomeno di *dumping* già menzionato nelle battute introduttive, e segnatamente: *i.* il ccnl del comparto sanità 2019-2021; *ii.* il ccnl Aris/Aiop 2016-2018; *iii.* il ccnl Uneba settore socio-sanitario 2023-2025; *iv.* il ccnl Anaste 2020-2022; *v.* il ccnl Anpit 2024-2027; *vi.* il ccnl cooperative sociali 2023-2025²⁸.

Non potendo procedere, nell'economia dello scritto, a una rassegna completa degli articolati contrattuali, al fine di meglio rappresentare le sperequazioni esistenti, la disamina si concentrerà sulle clausole regolanti i trattamenti retributivi di base²⁹ e su taluni istituti che, in base al loro contenuto, indirettamente influenzano l'adeguatezza e/o la proporzionalità dei salari nonché la relativa capacità di svilupparsi nel tempo. Insieme alla retribuzione verranno, dunque, sottoposti a esame l'orario di lavoro e gli eventuali meccanismi che governano le progressioni di carriera.

²⁵ Borelli, 2020, 28-29.

²⁶ Bottari, 2020, 134.

²⁷ La disciplina è stata più volte modificata, in specie dal d.lgs. n. 229/1999. Cfr. Bottari, 2020; Ferrara, 2020.

²⁸ Per ragioni di coerenza con l'ambito di studio del progetto in cui si inserisce la presente ricerca non è stato possibile procedere anche all'esame della contrattazione decentrata, che peraltro nel settore sanitario di regola si sviluppa non a livello territoriale ma aziendale.

²⁹ Si precisa che ogni elemento retributivo analizzato nel prosieguo della trattazione sarà indicato in valore lordo.

3.1. Il vigente ccnl per il personale del comparto sanità (triennio 2019-2021) è stato sottoscritto il 2 novembre 2022, a conclusione di un negoziato che ha visto le parti ridefinire in modo significativo alcuni istituti.

Anzitutto, è stato introdotto un nuovo sistema di classificazione del personale, operativo dal 2023, che ha superato le tradizionali categorie (A, B, C, ...) in favore di aree professionali omogenee: area del personale di supporto; area degli operatori; area degli assistenti; area dei professionisti della salute e dei funzionari; area del personale di elevata qualificazione. In questo nuovo sistema di inquadramento, gli OSS sono collocati nell'area degli operatori, che comprende i profili esecutivi tecnico-sanitari con qualificazione di base, mentre gli infermieri (inclusi gli infermieri pediatrici e gli altri laureati appartenenti alle professioni sanitarie) rientrano nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, riservata ai ruoli tecnici e sanitari con contenuto professionale elevato che sono inseriti nei processi clinici.

Sul piano retributivo, il ccnl del comparto sanità fissa dei minimi tabellari omogenei per ciascuna area. Gli OSS percepiscono una retribuzione di base pari a € 20.105,34 per 12 mensilità, cui deve essere aggiunta la tredicesima mensilità, l'indennità di tutela del malato e di promozione della salute pari a €35,46 per 12 mensilità, l'indennità di qualificazione professionale pari a €9,55 per 13 mensilità, i differenziali stipendiali di professionalità, oltre a ulteriori voci che – come ben noto – possono sommarsi al salario di base anche in disparte dalle peculiari condizioni in cui viene prestata l'attività lavorativa³⁰. Agli infermieri è riconosciuto un trattamento tabellare minimo pari a €23.298,93 per 12 mensilità, cui deve essere aggiunta la tredicesima mensilità, l'indennità di specificità infermieristica pari a €72,79 per 12 mensilità, l'indennità professionale specifica pari a €36,15 per 12 mensilità, oltre alle ulteriori voci appena indicate per gli operatori. Riportando su base mensile i valori appena passati in rassegna, può indicarsi l'importo del salario minimo, calcolato considerando il tabellare e le voci aggiuntive ricorrenti, in €1.721,25, oltre alla tredicesima mensilità, per gli OSS e in €2.050,52, oltre alla tredicesima mensilità, per gli infermieri.

Quanto all'elemento temporale, che consente di cogliere l'effettivo peso specifico della retribuzione, l'art. 43 del contratto collettivo in esame fissa l'orario di lavoro in 36 ore settimanali, di regola distribuite su cinque o sei giorni.

L'ultimo aspetto sul quale concentrare l'attenzione nella prospettiva di sottoporre a comparazione le fonti collettive applicate nel settore oggetto di analisi riguarda le possibilità di progressione di carriera, dalle quali può conseguire uno sviluppo del salario di base non solo legato all'anzianità o alle particolari condizioni in cui viene resa la prestazione. Il sistema delineato dal contratto del comparto è piuttosto rigido e, in omaggio al principio della concorsualità, sia le progressioni economiche all'interno delle aree sia le progressioni fra aree diverse avvengono in forza di procedure selettive³¹.

³⁰ Ad es. l'indennità di vacanza contrattuale.

³¹ Per più ampi riferimenti si veda la approfondita disamina di Buoso, 2023, 212.

3.2. Fra i contratti diffusi nel settore della sanità privata, il ccnl siglato da Aris e Aiop, sul versante datoriale, e dai sindacati afferenti alle tre maggiori confederazioni, risulta essere uno dei più applicati, disciplinando il rapporto di lavoro di quasi 150.000 addetti sull'intero territorio nazionale³². Dopo un lungo periodo di vacanza contrattuale (il precedente accordo era scaduto da circa 14 anni) il contratto è stato rinnovato l'8 ottobre 2020, riferendosi per la parte economica e normativa al triennio 2016-2018.

Nelle linee generali, il contratto ricalca la struttura del ccnl del comparto sanità, pur presentando alcune differenze non trascurabili.

Dal punto di vista della classificazione professionale, il ccnl Aris/Aiop mantiene un sistema per categorie e livelli simile al vecchio ordinamento del pubblico impiego, all'interno del quale infermieri e professionisti sanitari non medici afferiscono alla categoria D mentre gli OSS sono collocati nella categoria B2.

Sul piano retributivo, il ccnl Aris/Aiop 2016-2018 ha provveduto a incrementare i salari con l'obiettivo di ridurre il divario con il settore pubblico, e in effetti i trattamenti in vigore appaiono pressoché allineati. Gli OSS percepiscono uno stipendio tabellare d'importo pari a €1.669,36, mentre la retribuzione di base degli infermieri si attesta sulla somma di €1.986,84³³. In entrambi i casi trattasi di importi mensili che vengono corrisposti per tredici mensilità. E, così, pur essendo la retribuzione diversamente composta rispetto al ccnl del comparto sanità, dal momento che mancano alcune indennità fisse ma il tabellare minimo deduce valori sensibilmente più alti, si registra solo un lieve *gap* a sfavore del settore privato.

Anche quanto all'orario di lavoro, il ccnl Aris/Aiop si mostra allineato al contratto del comparto sanità, prevedendo un orario settimanale pari a 36 ore.

Quanto alle progressioni di carriera, l'art. 48 disciplina in maniera non troppo vincolante un sistema di avanzamento all'interno del medesimo livello, che comporta l'inquadramento in una posizione superiore allorché il dipendente "acquisisca maggiore professionalità (...) e/o specifiche conoscenze che consentano la sua utilizzazione in attività più qualificate (...)". La norma presenta un carattere evidentemente lasco, ma in ogni caso i relativi effetti sono stati sospesi per la generalità dei lavoratori dall'ultimo rinnovo contrattuale. Solo alcuni profili, fra i quali gli OSS, sono sfuggiti alla momentanea paralisi dell'istituto e per essi è previsto "dopo tre anni di servizio nella qualifica", il passaggio dal livello B2 al livello B3, da cui il conseguente aumento retributivo.

³² I dati sui lavoratori coinvolti nella sfera di applicazione del presente contratto, così come i successivi riportati *infra* per gli altri contratti analizzati, sono stati estratti dall'Archivio del Cnel con riferimento all'anno 2022, ultimo disponibile.

³³ Valore calcolato sommando al tabellare la specifica indennità pari a €428,66 annuali, di cui all'art. 63, che la norma imporrebbe di suddividere in 12 mensilità, ma per omogeneità di calcolo (e di confronto) è stata divisa per 13 mensilità.

3.3. Passando ad analizzare i contratti diffusi nel settore socio-sanitario e assistenziale, conviene iniziare dal ccnl siglato da Uneba e dai sindacati di categoria appartenenti a Cgil, Cisl e Uil. Il contratto, che risulta applicato a circa 135.000 lavoratori, è stato da ultimo rinnovato il 24 gennaio 2025 per il triennio 2023-2025.

Quanto alla classificazione del personale, anche in tal caso il sistema è articolato su diversi livelli ordinati in senso decrescente, che vede gli OSS inquadrati al livello 4S e gli infermieri al livello 3S.

La retribuzione di base, considerando gli aggiornamenti tabellari valevoli dal 1° luglio 2025, si attesta per gli OSS sull'importo mensile di €1.517,86 e per gli infermieri sull'importo mensile di €1.662,40. Per entrambe le qualifiche, così come per ogni altro profilo disciplinato dal contratto in esame, è prevista l'erogazione del trattamento di tredicesima e di quattordicesima.

A differenza dei contratti esaminati *supra*, il ccnl Uneba prevede un orario di lavoro pari a 38 ore settimanali, il che inevitabilmente si riverbera sull'adeguatezza della retribuzione sotto il profilo della proporzionalità.

Quanto agli avanzamenti di carriera, nel testo contrattuale non sono contemplati specifici meccanismi, preordinati a garantire la progressione verso ruoli più elevati e dunque meglio retribuiti.

3.4. Fra i contratti più utilizzati nel settore socio sanitario e assistenziale privato, il ccnl firmato da Anaste e da vari sindacati non appartenenti alle tre maggiori confederazioni nazionali – quali, ad esempio, Snalv, Confsal, Cse – risulta applicato a oltre 10.000 lavoratori sull'intero territorio nazionale. L'ultimo rinnovo risale al 27 dicembre 2022 e riguarda il triennio 2020-2022.

Il relativo sistema di inquadramento, articolato in maniera affine a quelli appena descritti, colloca gli OSS al livello 4 e gli infermieri al livello 6.

La retribuzione di base mensile è pari a €1.477,10 per gli OSS e a €1.604,06 per gli infermieri. Solo a questi ultimi è poi corrisposto un ulteriore importo mensile pari a €155,00 a titolo di indennità professionale³⁴. I valori potrebbero apparire simili a quelli indicati per il ccnl Uneba, senonché il ccnl Anaste prevede l'erogazione del solo trattamento di tredicesima mensilità.

Anche per tale contratto, l'orario di lavoro settimanale è fissato in 38 ore.

Il sistema di classificazione del personale contempla una limitata possibilità di progressione di carriera sia per gli OSS sia per gli infermieri, che possono aspirare ad avanzare rispettivamente fino al livello 5 o al livello 8, ma solo in virtù dell'attribuzione di ulteriori funzioni di coordinamento e/o di supervisione di gruppi di lavoratori o di unità operative.

³⁴ Mette conto segnalare che tale indennità viene erogata soltanto per dodici mensilità.

3.5. Un ulteriore contratto – che conosce un minore tasso di diffusione ma che ugualmente appare meritevole di analisi in quanto deduce condizioni retributive significativamente distanti da quelle fissate nei contratti sottoscritti dai sindacati più rappresentativi – è il ccnl siglato da una serie abbastanza nutrita di parti datoriali (fra le quali Anpit, Cidec, Confimprenditori, Pmi Italia, etc.) e dal sindacato Cisl, rinnovato in ultima sede il 28 giugno 2024 per il periodo 1° Luglio 2024 - 30 Giugno 2027.

Il relativo sistema di inquadramento, quanto ai profili d'interesse ai fini della presente ricerca, prevede una classificazione abbastanza articolata. Per gli infermieri invero non si registrano particolari differenze rispetto a quanto osservato nelle precedenti sezioni, risultando questi collocati in un'unica area omogenea, corrispondente al livello C1, salva la possibilità di transitare al livello B2 dopo aver maturato trentasei mesi di anzianità. Quanto agli OSS, invece, il contratto in esame contempla una tripartizione, fondata sul diverso grado di autonomia del soggetto assistito, tale per cui l'operatore viene inquadrato al livello D2 se è adibito alle cure di soggetti autosufficienti, al livello D1 se si occupa di soggetti non autosufficienti e, infine, al livello C2 ove l'assistenza a soggetti non autosufficienti sia svolta "in condizioni di imprevedibilità".

Considerando sia per gli OSS sia per gli infermieri i livelli inferiori (dunque, rispettivamente, il livello D2 e il livello C1), la retribuzione al 1° gennaio 2025 si attesta quanto ai primi sul valore mensile di €1.076,93, se operanti presso "case di cura" e di €1.036,53 se impiegati nell'ambito dei "servizi assistenziali e socio sanitari". Per gli infermieri, i valori delle retribuzioni mensili, nei due diversi contesti appena menzionati, sono rispettivamente pari a €1.400,02 ed €1.347,49. Ai trattamenti tabellari comuni deve poi aggiungersi l'elemento perequativo regionale mensile, che nel contratto in esame presenta importi non trascurabili³⁵ e tali da incidere significativamente sull'importo totale della retribuzione, nonché una specifica indennità di mansione pari a €55,00 mensili per gli OSS e a €70,00 mensili per gli infermieri.

L'orario di lavoro settimanale previsto dal contratto è pari a 40 ore.

3.6. Nel mercato dei servizi di cura e assistenza alla persona, gran parte degli operatori assumono la forma dell'impresa cooperativa³⁶. Attesa la esigenza di regolare in maniera specifica le peculiarità che connotano il rapporto di lavoro dei soci lavoratori, nel settore sono tradizionalmente adoperati contratti distinti rispetto a quelli diffusi nelle altre strutture sanitarie, socio sanitarie o socio assistenziali pur

³⁵ Ad es. per la Lombardia l'importo dell'elemento perequativo regionale è pari a €110,00 per il livello D2 (OSS) e a €143,00 per il livello C1 (infermieri); per la Toscana gli importi ammontano rispettivamente a €93,00 ed €120,90; per le Regioni dell'Italia meridionale e insulare (Sicilia, Puglia, Campania, Sardegna, Calabria, Basilicata e Molise) gli importi ammontano rispettivamente a €40,00 ed €52,00.

³⁶ Pioggia, 2020, 173.

sempre private. Fra i molti, il ccnl firmato dalle associazioni datoriali Agci, Conf-cooperative e Legacoopsociali, e dai sindacati afferenti alle tre maggiori confederazioni nazionali (c.d. ccnl cooperative sociali) si distingue per il relativo tasso di copertura, risultando applicato a oltre 370.000 lavoratori. L'ultimo rinnovo è recente e risale al 26 gennaio 2024, con efficacia per il triennio 2023-2025.

Il sistema di classificazione contemplato dal contratto prevede che gli OSS siano inquadrati al livello C2 e gli infermieri al livello D2, senza che siano disciplinati particolari meccanismi volti a favorire la progressione delle carriere.

La retribuzione mensile, a gennaio 2025, si attesta per gli OSS sul valore di € 1.560,27 e per gli infermieri sul valore di €1.694,91. Solo per gli infermieri è poi prevista la corresponsione di un'indennità professionale mensile pari a €154,94. Il contratto in esame prevede la corresponsione della tredicesima mensilità e di una quattordicesima mensilità d'importo pari alla metà della retribuzione mensile relativa al mese di corresponsione.

Nel ccnl cooperative sociali l'orario di lavoro settimanale è fissato in 38 ore.

4. L'indagine condotta ha lasciato emergere alcune marcate differenze tra i contratti selezionati e, al fine di favorire la comparazione tra essi, può essere utile sintetizzare i dati estratti in due tabelle, una relativa agli OSS e l'altra agli infermieri, calcolando la retribuzione lorda di base sul periodo annuale.

OSS

ccnl	retribuzione annuale lorda di base	orario settimanale
Comparto sanità	22.376,25	36
Aris/Aiop	21.701,68	36
Uneba	21.250,04	38
Anaste	19.202,30	38
Anpit	14.715,09/14.189,89 ³⁷	40
Cooperative sociali	21.063,64	38

I valori messi a confronto restituiscono con immediata evidenza la diffusa e profonda sperequazione che esiste tra il contratto del comparto sanità o i contratti del settore privato a esso sostanzialmente allineati, come il ccnl Aris/Aiop, e alcuni fra gli altri contratti collettivi analizzati, in specie quelli non stipulati dalle maggiori associazioni sindacali nazionali.

³⁷ Come si è sottolineato nel § 3.5, il ccnl Anpit prevede numerose indennità e voci ulteriori (es. elemento perequativo regionale, premio presenza), impossibili da calcolare in termini generali attesa la variabilità degli importi e dei presupposti di erogazione.

Infermieri

ccnl	retribuzione annuale lorda di base	orario settimanale
Comparto sanità	26.656,76	36
Aris/Aiop	25.828,92	36
Uneba	23.273,60	38
Anaste	22.867,78	38
Anpit	19.110,26/18.427,37 ³⁸	40
Cooperative sociali	24.895,50	38

Potrebbe opinarsi che in un ambito dove operano sia l'attore pubblico che i soggetti privati sia del tutto fisiologico registrare simili differenze, dal momento che la pubblica amministrazione ha caratteristiche sue proprie e un sistema di contrattazione distinto. E, in ogni caso, non esiste alcun principio che impone ai privati di garantire condizioni di lavoro parificate rispetto a quelle applicate dalla pubblica amministrazione. Un siffatto ragionamento si mostrerebbe corretto solo se non sussistesse alcuna relazione tra il soggetto pubblico e gli enti e le imprese private operanti nel medesimo mercato oppure se il rapporto si limitasse alla fase autorizzatoria, durante la quale viene verificata l'idoneità dell'impresa a somministrare prestazioni dal contenuto sensibile quali sono quelle di tipo sanitario³⁹. Deve però rammentarsi che di regola i privati non si limitano a conseguire un'autorizzazione⁴⁰, ma – attraverso l'accreditamento – costruiscono «nessi funzionali di servizio pubblico con il servizio sanitario nazionale»⁴¹, al fine di poter operare in nome e per conto di esso⁴².

Il rilascio dell'accreditamento costituisce il presupposto affinché le imprese private possano entrare nella rete degli esercizi che contribuiscono a erogare, ai sensi dell'art. 8-bis, d.lgs. 502/1992, le prestazioni, i servizi e le attività rientranti nei livelli essenziali di assistenza a carico del servizio sanitario nazionale. Attraverso un *iter* amministrativo articolato, la struttura sanitaria deve dimostrare di possedere e mantenere una serie di requisiti minimi di qualità del servizio quanto alle condizioni «organizzative, strutturali e di processo»⁴³. Il quadro normativo è definito nelle sue linee generali a livello statale, mentre le regioni e le provincie autonome provvedono

³⁸ Valgono gli stessi rilievi appena esposti per il trattamento retributivo degli OSS.

³⁹ Caruso, 2023, 16.

⁴⁰ Le statistiche circa il rapporto numerico tra l'insieme delle strutture private autorizzate e il sottoinsieme delle strutture accreditate non sono di facile reperimento, soprattutto per quanto riguarda i centri residenziali e semi-residenziali. L'Annuario statistico del SSN relativo al 2023 (edito nel 2025) non riporta il dato relativo alle RSA ma solo quello inerente alle case di cura, da cui si può comunque inferire la tendenza delle strutture private ad accreditarsi. Con riferimento alle case di cure si apprende, infatti, che su un totale di 550 ben 485 posseggono l'accreditamento per operare in nome e per conto del SSN, pari all'88% del totale.

⁴¹ Ferrara, 2020, 216.

⁴² In merito alle criticità relative all'esistenza di differenti sistemi di affidamento dei servizi di rilevanza pubblica ai privati, non solo per il settore sanitario, v. Borelli, 2023, 70-84

⁴³ Pioggia, 2020, 129.

a disciplinare e a gestire le procedure, anche da un punto di vista operativo. I regolamenti regionali possono, inoltre, fissare requisiti peculiari e ulteriori rispetto a quelli “minimi” e uniformi decisi a livello nazionale, soprattutto per ciò che concerne eventuali specificità territoriali ed esigenze di programmazione locale (es. adozione di protocolli o acquisizione di dotazioni tecnologiche utili nella gestione di patologie prevalenti in una determinata area).

In generale, i sistemi mirano a verificare che gli enti e le istituzioni interessati a ottenere l’accreditamento posseggano una serie di caratteristiche ritenute necessarie per assicurare elevati *standard* nelle cure e nell’assistenza, quali ad esempio la disponibilità di dotazioni strutturali adeguate, il rispetto di precisi parametri in materia di sicurezza e igiene, l’adozione di specifici protocolli nella somministrazione delle terapie, etc. I regolamenti deducono una vasta serie di prescrizioni, anche puntuali e minute, che debbono essere rispettate al fine di conseguire l’accreditamento, e trattasi per lo più di requisiti tecnici e organizzativi strettamente legati all’esercizio dell’attività sanitaria. Per ciò che più interessa ai fini del ragionamento, è significativo constatare le discipline regionali (incluse quelle poste dalle province autonome di Trento e di Bolzano) di rado attribuiscono rilevanza alle condizioni di lavoro dei prestatori impiegati dalle strutture che aspirano a operare in nome e per conto del servizio sanitario nazionale, nel senso che, almeno di regola, le normative non vincolano il rilascio dell’accreditamento all’osservanza di determinati *standard* di trattamento retributivo e/o normativo, imponendo – come, ad esempio, avviene per gli appalti pubblici – l’applicazione dei contratti collettivi deducendo maggiori garanzie, cioè a dire quelli stipulati dai sindacati comparativamente più rappresentativi sul piano nazionale⁴⁴.

5. Il vigente quadro normativo si mostra, dunque, sprovvisto di un qualsiasi dispositivo *antidumping*, nonostante lo stretto legame che intercorre tra la pubblica amministrazione e i soggetti che erogano prestazioni in nome, per conto e a carico del servizio sanitario nazionale.

Se questo è il quadro vigente, deve però rammentarsi che nel recente passato un tentativo volto a condizionare il rilascio dell’accreditamento al rispetto di precise garanzie sul piano lavoristico era stato tentato dalla regione Lazio.

Perseguendo il dichiarato obiettivo di assicurare la «qualità delle prestazioni erogate e il corretto rapporto tra costo del lavoro e quantificazione delle tariffe», l’art. 9 della l.r. Lazio 28 dicembre 2018, n. 13, aveva previsto, fra i requisiti da soddisfare al fine di poter operare all’interno del servizio sanitario nazionale, che «il personale sanitario dedicato ai servizi alla persona, necessario a soddisfare gli standard organizzativi, [dovesse] avere con la struttura un rapporto di lavoro di dipendenza regolato dal Contratto collettivo nazionale di lavoro (ccnl) sottoscritto dalle associazioni maggiormente rappresentative nel settore sanitario». Come ricaduta implicita e in-

⁴⁴ Cfr. art. 11, d.lgs. 36/2023. In materia v. Tampieri, 2024, 212 ss.

diretta di tale intervento, volto, secondo le intenzioni espresse dalla Regione, ad innalzare il livello delle prestazioni sanitarie fornite, la norma avrebbe funzionato da argine contro la diffusione di fenomeni di *dumping* contrattuale, impedendo che il contenimento dei costi gestionali potesse ottenersi solo grazie alla compressione delle tutele lavoristiche.

La disposizione si intrecciava con una pluralità di interessi potenzialmente confliggenti, collocandosi in un'area normativa di intersezione fra la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di ordinamento civile e la competenza concorrente delle Regioni in materia di tutela della salute. Erano, insomma, presenti tutte le premesse affinché qualcuno dei soggetti toccato nei propri interessi dalla normativa regionale ponesse in dubbio l'opportunità e la legittimità dell'intervento. E, così, poco dopo la promulgazione della predetta legge regionale, nel giudizio instauratosi su ricorso di alcune cliniche private operanti a Roma e nel Lazio, il Consiglio di Stato decideva di sollevare questione di legittimità costituzionale, sospettando che la disposizione *ex art.* 9 si ponesse in contrasto con gli artt. 3, 41 e 117 Cost.

Tornare sul tema non configura un mero esercizio ricostruttivo, poiché dalla pronuncia resa dalla Corte nel 2022⁴⁵, che ha giudicato illegittima la disposizione di cui all'art. 9 a fronte del suo carattere «puntuale e rigido», che si risolveva in una fin troppo «penetrante limitazione del potere organizzativo dell'imprenditore», possono estrarsi alcuni argomenti invero utili per il dibattito attuale.

In primo luogo, la sentenza 113/2022 – dopo aver superato le questioni in merito al riparto delle competenze, ritenute infondate – non ha negato che sussista un nesso tra la tutela del lavoro e la qualità delle cure⁴⁶. È, sì, vero che la Corte ha incardinato lo sviluppo motivazionale sul principio per cui il fine di utilità sociale perseguito dalla legislazione sanitaria nel suo complesso, e dunque anche dalle regole in materia di autorizzazione e accreditamento, sia rappresentato in primo luogo dalla tutela della salute⁴⁷. La libertà dell'impresa privata che intenda svolgere attività sanitaria in nome e per conto del servizio sanitario nazionale può essere compressa nella misura utile ad assicurare il godimento di tale diritto fondamentale, *id est* al fine di garantire cure adeguate, interventi tempestivi, somministrazione di terapie per opera di professionisti qualificati, etc. Tuttavia, e fermo il valore preminente attribuito al fine sociale della tutela della salute⁴⁸, la sentenza esplicita al punto 7.2 che la tutela del lavoro «può anche essere perseguita nel contesto dell'organizzazione del servizio sanitario regionale», non venendo esclusa l'astratta legittimità di interventi del legislatore sanitario volti a promuovere migliori condizioni di lavoro.

Quanto appena evidenziato impone di mettere bene a fuoco gli specifici motivi per i quali la Corte sia pervenuta a giudicare incostituzionale la norma contenuta nella l.r. Lazio 13/2018.

⁴⁵ Corte cost. 9.5.2022 n. 113.

⁴⁶ Caruso, 2023, 37-38.

⁴⁷ Jona, 2023, 170-171.

⁴⁸ Borelli, 2023, 83-84.

Nel dettato dell'art. 9 erano in effetti contenuti due differenti precetti, in virtù dei quali: *i.* il personale sanitario, nella sua interezza, avrebbe dovuto intrattenere rapporti di lavoro subordinato con le strutture accreditate; *ii.* tali rapporti avrebbero dovuto essere regolati dal contratto collettivo sottoscritto dalle associazioni sindacali maggiormente rappresentative. E, sottoponendo a una attenta lettura gli svolgimenti argomentativi, si apprende che le censure abbiano riguardato in maniera pressoché esclusiva il primo dei due vincoli imposti dalla normativa regionale.

Facendo utilizzo della tecnica del bilanciamento⁴⁹, la Corte ha dapprima rammentato che lì dove siano in gioco più valori costituzionali, il legislatore non può attribuire un peso sproporzionato e irragionevolmente soverchiante solo a uno di essi. Sicché non è negata la compatibilità con il sistema di una scelta politico-legislativa volta a perseguire, nell'ambito della legislazione sanitaria, anche obiettivi di tutela del lavoro, ma a patto che siffatti vincoli non trasmodino in limitazioni eccessivamente restrittive della libertà di iniziativa economica privata. Nello sviluppo della motivazione è, poi, precisato che il primo dei due precetti contenuti nel censurato art. 9, cioè a dire quello in forza del quale *tutti* i rapporti di lavoro instaurati con le imprese private accreditate avrebbero dovuto assumere la forma subordinata, presentava un carattere troppo rigido e tale da determinare una irragionevole compressione del potere organizzativo dell'imprenditore, che si sarebbe così trovato nell'impossibilità di stipulare – per ogni e qualsiasi lavoratore, ivi compresi i professionisti altamente qualificati – contratti di lavoro autonomo o altre forme di collaborazione⁵⁰.

In merito alla seconda parte della norma, quella che avrebbe imposto l'applicazione dei contratti collettivi stipulati dai sindacati più rappresentativi, la Corte non ha invece segnalato alcun profilo di incostituzionalità. Da cui può desumersi che un siffatto dispositivo non integri gli estremi di un eccessivo condizionamento al potere dell'imprenditore – protetto *ex art.* 41 Cost.⁵¹ – di scegliere e organizzare liberamente i propri mezzi di produzione.

Se l'imposizione di un simile obbligo all'interno dei processi di accreditamento risulta in astratto compatibile con il dettato costituzionale, occorre allora riflettere sulle conseguenze che potrebbero derivare laddove la tecnica venisse effettivamente recuperata nel diritto posto; magari assumendo come modello le previsioni in materia di appalti scolpite nell'art. 11 del d.lgs. 36/2023, che pure lasciano aperte una serie di complesse questioni – a cominciare dall'individuazione della fonte collettiva applicabile⁵² – sulle quali nella presente sede non è consentito indugiare⁵³.

⁴⁹ In materia la letteratura è invero ampia. Si v. per tutti la ricostruzione di Nogler, 2007, 593 ss., che, pur resa nell'ambito di uno studio sui licenziamenti individuali, traccia delle coordinate generali sul tema del bilanciamento.

⁵⁰ Per note critiche sulla sentenza e in specie su tale passaggio argomentativo v. Benvenuti, 2023.

⁵¹ Galgano, 1982, 3 ss.; Niro, 2006, 86 ss.

⁵² Sul punto v. Bavaro, 2022, 16-2021; Ciucciiovino, 2022, 155; Garofalo, 2022.

⁵³ E per le quali si rimanda, fra i molti, a: Di Noia, 2023; Pigliararmi, Landi, 2024. Quanto alle criticità proprie del “vecchio” art. 30, d.lgs. 150/2016, in parte simili a quelle attuali attesa la continuità testuale fra le due norme, v. Bellavista, 2022.

È fuori dal dibattito che l'inclusione di un vincolo di selezione riguardante la necessaria adozione dei contratti collettivi stipulati dalle associazioni maggiormente rappresentative configurerebbe un efficace presidio a vantaggio di condizioni di lavoro dignitose. Può, però, ipotizzarsi che anche la promozione del diritto alla salute risulterebbe valorizzata grazie all'applicazione di standard normativi e retributivi più elevati.

In effetti, la possibilità di comprimere il costo del lavoro attraverso il ricorso a un contratto collettivo che preveda livelli retributivi inferiori, garanzie ridotte sul piano normativo, orari di lavoro più gravosi e condizioni complessivamente meno tutelanti non incide unicamente sulla posizione giuridico-economica dei lavoratori coinvolti, ma rischia altresì di nuocere alla qualità complessiva dei servizi erogati. La contrazione delle tutele si risolve frequentemente in carichi di lavoro per operatore difficilmente sostenibili, che determinano un elevato *turnover* del personale e un progressivo depauperamento delle competenze professionali all'interno delle strutture sanitarie, in specie residenziali, con evidenti ricadute sull'efficacia e sulla sicurezza dell'assistenza⁵⁴.

Le imprese e gli enti accreditati dovrebbero competere sul piano dell'efficienza gestionale o dell'innovazione clinica. Se invece il risparmio sui salari diviene un fattore concorrenziale, si genera un mercato distorto, in cui partecipano sia attori virtuosi sia soggetti che riescono a mantenersi in condizione di operare solo grazie a una riduzione dei costi dovuta in buona misura all'indebolimento delle tutele lavoristiche.

6. La disamina condotta ha lasciato emergere uno fra i principali fattori di criticità che affettano la posizione dei lavoratori in ambito sanitario. L'applicazione di contratti collettivi scarsamente tutelanti riguarda, infatti, *tutti* i lavoratori del settore, anche se gli effetti svantaggiosi del fenomeno pesano con maggiore impatto sui soggetti più deboli, cioè quelli adibiti a mansioni di cura della persona, che generalmente vantano un ridotto potere contrattuale rispetto ai professionisti di elevata qualificazione (e.g. personale medico, tecnici specializzati, etc.).

Se l'analisi puntuale delle clausole retributive contenute nei sei contratti collettivi passati in rassegna ha consentito di acquisire concreta evidenza di come le disparità esistenti configurino una minaccia *diretta* alla dignità lavorativa, nello sviluppo della disamina si è tentato di indicare quanto il fenomeno possa riverberarsi negativamente anche sulla qualità complessiva del sistema sanitario. E, constatato che la stragrande maggioranza delle imprese private presenti nel mercato dei servizi di cura risulta accreditato, il ragionamento ha tentato di individuare come il *dumping* normativo e retributivo potrebbe essere arginato *almeno* all'interno del novero degli enti e delle imprese che partecipano al circuito degli erogatori di pubblici servizi.

⁵⁴ OCSE, 2024.

A tale scopo, la strada lasciata aperta dalla Corte non appare né eccessivamente stretta né impraticabile, ma anzi, ove percorsa nel rispetto dei canoni di proporzionalità e ragionevolezza⁵⁵, consentirebbe di riottenere al sistema di contrattazione collettiva del settore l'assolvimento di una delle sue funzioni tipiche, ossia quella di evitare che la riduzione del costo del lavoro possa essere adoperata come leva concorrenziale, senza porsi in contrasto con gli obiettivi di fondo della legislazione sanitaria.

Da altro lato, sebbene meriti apprezzamento il tentativo della l.r. Lazio 13/2018 di introdurre uno specifico dispositivo *antidumping* nel sistema di accreditamento, resta però dubbio che il livello regionale configuri il contesto regolativo adeguato per promuovere misure di tale portata⁵⁶. Sarebbe infatti preferibile che ogni intervento in materia fosse adottato dal legislatore nazionale, così da non introdurre nel sistema sanitario – già segnato da profonde disuguaglianze fra le diverse aree del Paese – un ulteriore fattore di disparità competitiva.

Riferimenti bibliografici

- Bavaro V. (2022). Sul salario adeguato. *LDE*, 2: 1 ss.
- Bellavista A. (2022). Appalti e tutela dei lavoratori. In: Proia G., a cura di, *Appalti e lavoro: problemi attuali*. Torino: Giappichelli, 83 ss.
- Benvenuti M. (2023). La Corte enuncia il “principio generale di ispirazione liberista” e la Costituzione si ferma ai cancelli delle cliniche private. *GC*, 3: 1279 ss.
- Borelli S. (2020). *Who cares? Il lavoro nell'ambito dei servizi di cura alla persona*. Napoli: Jovene editore.
- Borelli S. (2023). L'interregno dei servizi di assistenza per le persone non autosufficienti. Spunti di riflessione nella prospettiva giuslavoristica. In: Buoso S., Passaro A., a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità*. Torino: Giappichelli, 55 ss.
- Borgogelli F. (2023). Il reclutamento nel lavoro pubblico e le specificità del settore sanitario: profili critici. In: Buoso S., Passaro A., a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità*. Torino: Giappichelli, 161 ss.
- Bottari C. (2020). *La tutela della salute: lavori in corso*. Torino: Giappichelli.
- Bruzzi S., Ivaldi E., Santagata M. (2022). Measuring Regional Performance in the Italian NHS: Are Disparities Decreasing? *SIR*: 1057 ss.

⁵⁵ Cfr. punti 7.1 e 7.2 della sentenza 113/2022.

⁵⁶ L'ambito regionale potrebbe, invece, rappresentare il terreno di elezione per valutare la possibilità di introdurre misure specifiche, anche in materia retributiva, finalizzate ad affrontare alcune delle criticità che caratterizzano il settore, fra le quali assume una rilevanza particolare il problema del reclutamento e del trattenimento del personale sanitario e assistenziale nei territori caratterizzati da un costo della vita più elevato. Sul punto v. anche Borgogelli, 2023, 161 ss.

- Buoso S. (2023). Il nuovo ordinamento professionale del comparto sanità: propositi riformatori e tensioni di sistema. In: Buoso S., Passaro A., a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità*. Torino: Giappichelli, 197 ss.
- Camas Roda F., Barceló Rado M.A., Juvinyà Canal D., Sáez Zafra M., Molina Garcia A.M., Cano Redondo A. (2024). *Spanish National Report on “Care Workers, Job Quality, e Inclusive Working Conditions”*. Testo disponibile al sito: https://www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D3.3_Spanish-Report.pdf (consultato il 21.5.2025)
- Caruso E. (2023). Il rapporto pubblico e privato nel servizio sanitario: tra oscillazioni e fibrillazioni. In: Buoso S., Passaro A., a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità*. Torino: Giappichelli, 9 ss.
- Chiaromonte W. (2025). «Ed io, avrò cura di te». Il lavoro delle assistenti familiari fra irregolarità e sfruttamento. *DLRI*, 187.
- Ciucciiovino S. (2022). Trasparenza dei trattamenti dei lavoratori tra nuove conquiste e fallimenti della contrattazione collettiva. In: Proia G., a cura di, *Appalti e lavoro: problemi attuali*. Torino: Giappichelli, 151 ss.
- Commissione Europea (2022). *European care strategy*. Testo disponibile al sito: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52022DC0440> (consultato il 15.5.2025).
- Coppola R. (2024). Centralità della persona e tecnica clinica. dal “curare” al “prenderci cura” del malato. *DFP*, 4: 1590 ss.
- D’Onghia M. (2024). Lavoro “informale” di cura e protezione sociale. *DRI*, 1: 82 ss.
- Daugareilh I., Santoro G., Traore H. (2024). *French National Report on “Care Workers, Job Quality, and Inclusive Working Conditions”*. Testo disponibile al sito: https://www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D3.3_French-Report.pdf (consultato il 22.5.2025).
- De Matteis R. (2007). Responsabilità e servizi sanitari. Modelli e funzioni. In: Galgano F., diretto da, *Trattato di diritto commerciale e di diritto pubblico dell’economia*, Vol. 46. Padova: Cedam.
- Del Vecchio L. (2024). Il lavoro in sanità tra regolazione giuridica e attualità emergenziale, *LPA*, 2: 180 ss.
- Di Noia F. (2023). Le clausole sociali nel “nuovo” Codice dei contratti pubblici: conferme ed evoluzioni nel modello di tutela. *LPO*, 9-10: 611 ss.
- Espósito M., Gargiulo U. (2021), La gestione dei rapporti di lavoro nella sanità pubblica: crisi e opportunità. In: Zoppoli L., a cura di, *Tutela della salute pubblica e rapporti di lavoro. QDLM n. 11*. Napoli: Editoriale Scientifica, 141 ss.
- Ferrara R. (2020). L’ordinamento della sanità. Torino: Giappichelli.
- Frosecchi G. (2025). Il lavoro domestico di cura. *DLRI*, 187.
- Galgano F. (1982). Sub art. 41. In: Galgano F., Rodotà S., *I rapporti economici*. Tomo II. In: Branca G., a cura di, *Commentario della Costituzione*. Bologna, Roma: Zanichelli, Soc. Ed. del Foro Italiano: 3 ss.
- Garofalo D. (2022). Appalti pubblici, minimo costituzionale e libertà di iniziativa economica privata nella giurisprudenza del Consiglio di Stato. *LDE*, 2: 1 ss.

- Istat (2021). Il benessere equo e sostenibile in Italia 2020. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2020-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia/> (consultato il 27.5.2025).
- Jona E. (2023). L'utilità sociale come limite all'iniziativa economica privata nell'organizzazione delle strutture private in sanità. Riflessioni a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 113 del 2022. *OC*, 3: 164 ss.
- Kocher E., Podgornik-Jakil Z., Andres D. (2024). *German National Report on "Care Workers, Job Quality, and Inclusive Working Conditions"*. Testo disponibile al sito: https://www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D3.3_German-Report.pdf (consultato il 21.5.2025).
- Ludera-Ruszel A., Kotarski H. (2024). *Polish National Report on "Care Workers, Job Quality, and Inclusive Working Conditions"*. Testo disponibile al sito: https://www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D3.3_Polish-Report.pdf (consultato il 22.5.2025).
- Maietti E., Sanmarchi F., Fantini M.P., Toth F., de Pietro C., Golinelli D. (2023). Changes in private health service utilization and access to the Italian National Health Service between 2006 and 2019: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open*, 13: 1 ss.
- Mazzetti M. (2025). Tra unità e frammentazione: approcci giuridici e di dialogo sociale al *care sector*. *DLRI*, 186.
- Naghavi M., Zamagni G. *et al.* (2025). State of health and inequalities among Italian regions from 2000 to 2021: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2021. *LPH*, 4: e309 ss.
- Niro R. (2006). Sub art. 41. In: Bifulco R., a cura di, *Commentario alla Costituzione*. Torino: Utet, 846 ss.
- Ocse (2024). *Health at a Glance: Europe 2024. State of health in the EU cycle*. Testo disponibile al sito: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2024_en (consultato il 16.5.2025).
- Oil (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Geneva: International Labour Organization. Testo disponibile al sito: <https://www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-and-care-jobs-future-decent-work> (consultato il 28.4.2025).
- Orsini D. (2024). Conclusioni. In: Orsini D., Aglianò M., a cura di, *A fianco del paziente. Educare a prendersi cura del malato (anche negli ultimi giorni di vita)*. Firenze: Firenze University Press, 141 ss.
- Pigliarmini G., Landi E.P. (2024). La contrattazione collettiva nel "nuovo" Codice dei contratti pubblici: problemi e prospettive. *DRI*, 4: 1057 ss.
- Pioggia A. (2020). *Diritto sanitario e dei servizi sociali*. Torino: Giappichelli.
- Pioggia A. (2024). Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano? *DA*, 3: 721 ss.
- Rönmar M., Votinius J.J. (2024). *Swedish National Report on "Care Workers, Job Quality, and Inclusive Working Conditions"*. Testo disponibile al sito: https://www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D3.3_Swedish-Report.pdf (consultato il 22.5.2025).

- Spatola S. (2023), Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale. *CSS*, 3: 1 ss.
- Tampieri A. (2024). Contratti collettivi e tutele salariali nell'art. 11 del codice appalti pubblici. *LPA*, 2: 212 ss.
- Vallauri M.L. (2025). Lavoro di cura, cura del lavoro. *DLRI*, 186.
- Vallauri M.L., Chiaromonte W., Proseccchi G., Renzi S., Mazzetti M. (2024). *Italian Report on Care Workers' Job Quality and Inclusive Working Conditions*. Testo disponibile al sito: <https://www.care4care.net/wp-content/uploads/2024/10/C4C-D2.3-Italian-Report.pdf> (consultato il 9.5.2025).