



RELAZIONE FINALE DEL PROGETTO

La relazione finale è stata preparata nell'ambito del progetto comune di HOSPEEM – EPSU, "Rafforzamento del dialogo sociale del settore ospedaliero nell'Europa orientale, meridionale e centrale" (2019 e 2021). Il progetto ha ricevuto il sostegno finanziario dell'Unione europea (progetto n.: VS/2019/0008).

Redatto da



Le informazioni contenute in questa pubblicazione non riflettono necessariamente la posizione ufficiale della Commissione europea.

Sommario

1. Introduzione.....	2
2. Fatti e dati del settore ospedaliero e sanitario	3
3. Parti sociali nel settore ospedaliero e sanitario.....	5
4. Partecipazione delle parti sociali alle strutture del dialogo sociale europeo	9
5. Partecipazione delle parti sociali al semestre europeo.....	10
6. Priorità delle parti sociali da comunicare a livello UE.....	11
7. Conclusione.....	17
Allegato.....	I
A. Metodologia.....	I
B. Raccomandazioni specifiche per paese del semestre europeo.....	III
C. Partecipanti al workshop di divulgazione.....	VIII

Indice delle tabelle

Tabella 1: Spesa sanitaria (tutti i regimi finanziari, 2018)	3
Tabella 2: Personale sanitario impiegato negli ospedali (2018).....	4
Tabella 3: Motivi della non partecipazione a strutture di dialogo sociale a livello UE (% , N= 57)	10
Tabella 4: Priorità da comunicare a livello UE.....	13
Tabella 5: Priorità delle organizzazioni con la valutazione più alta (% , N = 101)	15

Indice dei grafici

Grafico 1: Partecipazione diretta alle riunioni del comitato delle strutture di dialogo sociale europeo dal 2015 (% , N = 76).....	9
Grafico 2: Modalità di coinvolgimento delle parti sociali nella procedura del semestre europeo (% , N=124)	11
Grafico 3: Soddisfazione per le opportunità di affrontare le priorità del dialogo sociale a livello europeo (% , N = 101)	16

Abbreviazioni

RSP	Raccomandazioni specifiche per paese nel quadro del semestre europeo
CESE	Comitato economico e sociale europeo
OD	Organizzazione di datori di lavoro
EPSU	Federazione europea dei sindacati del servizio pubblico
UE	Unione europea
PIL	Prodotto interno lordo
HOSPEEM	Associazione europea dei datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario
SM	Stato membro
DS	Dialogo sociale
DSS	Dialogo sociale settoriale
OS	Sindacati

Abbreviazioni dei paesi

BG	Bulgaria	HU	Ungheria
CZ	Repubblica Ceca	MT	Malta
EL	Grecia	PL	Polonia
ES	Spagna	PT	Portogallo
HR	Croazia	RO	Romania
IT	Italia	SI	Slovenia
CY	Cipro	SK	Slovacchia

1. Introduzione

L'efficacia, l'accessibilità, la buona qualità delle cure e la resilienza dei sistemi ospedalieri e sanitari sono diventate ancora più significative durante la recente crisi sanitaria. Nonostante il riconoscimento della sua sostanziale importanza, **il settore ospedaliero e sanitario deve far fronte a sfide a lungo termine** che si sono esacerbate dopo lo scoppio della pandemia. La crisi ha reso chiaro come le debolezze dei sistemi sanitari possano avere effetti profondi sulla salute pubblica e sullo sviluppo economico in tutti gli Stati membri dell'UE.

La pandemia ha altresì evidenziato la necessità di azioni più coordinate e inclusive a livello nazionale ed europeo per affrontare le sfide in modo efficace. Pertanto, la rappresentanza delle parti sociali **nel dialogo sociale settoriale europeo (DSS) e la loro partecipazione al semestre europeo e ai piani nazionali di ripresa e resilienza sono diventate strategicamente rilevanti** per garantire che le condizioni di lavoro e le riforme legate al mercato siano attuate e affrontate a livello europeo.

Tuttavia, la rappresentatività delle organizzazioni europee delle parti sociali nel settore sanitario e nel dialogo sociale settoriale è ostacolata dall'elevata segmentazione dei fornitori di servizi sanitari, che si frammentano dagli enti pubblici a diversi livelli amministrativi fino agli istituti non profit e privati¹. La frammentazione dei fornitori influisce anche sulla struttura delle parti sociali: i lavoratori e i datori di lavoro si organizzano per settore professionale, per sottosettori e per settori pubblico/privato.

Per rafforzare il ruolo delle parti sociali a livello europeo, l'Associazione europea dei datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario (HOSPEEM) e la Federazione europea dei sindacati del servizio pubblico (EPSU) hanno commissionato un progetto comune. Il progetto mira a (a) identificare e affrontare le **esigenze di sviluppo delle capacità delle parti sociali settoriali**; (b) ottenere dati quantitativi e qualitativi sull'**attuale coinvolgimento nel semestre europeo** e rafforzare il loro ruolo in questo senso. In particolare, il progetto ha esaminato le priorità delle parti sociali e come queste priorità potrebbero essere meglio articolate nelle attività future di HOSPEEM e EPSU. La relazione finale fornisce dati comparabili e informazioni specifiche per paese dai quattordici paesi interessati: Bulgaria, Ungheria, Polonia, Romania, Cipro, Grecia, Italia, Malta, Portogallo, Spagna, Croazia, Repubblica Ceca, Slovacchia e Slovenia. Tale relazione finale è una compilazione delle tre relazioni regionali per i paesi dell'Europa orientale (BG, HU, PL e RO), i paesi dell'Europa meridionale (ES, EL, CY, MT, PT, IT) e i paesi dell'Europa centrale (SK, SI, CZ e HR).²

I risultati di questa relazione **sono il frutto di una metodologia combinata**, che comprende:

- Un sondaggio online dedicato al dialogo sociale elaborato su misura per il settore ospedaliero e sanitario condotto da aprile 2019 ad agosto 2020 (in tre fasi dedicate a determinati gruppi di paesi);
- Ricerca a tavolino condotta da aprile 2019 ad agosto 2020;
- Risultati della discussione con le organizzazioni nazionali delle parti sociali e le organizzazioni pertinenti dei 14 paesi interessati, svoltasi in tre webinar regionali (giugno 2019 a Bucarest, novembre 2019 a Roma, workshop online nell'aprile 2021)

La relazione è così strutturata:

- Il primo capitolo delinea i **principali indicatori statistici** basati sui dati comparativi di Eurostat per il settore ospedaliero e sanitario nei 14 paesi;
- Il secondo capitolo elenca i **partner sociali identificati** – sindacati e organizzazioni datoriali, o altre organizzazioni dei 14 paesi interessati;
- I capitoli tre e quattro analizzano rispettivamente se e in che modo **le parti sociali sono coinvolte nelle strutture del dialogo sociale europeo e nel semestre europeo**;
- Il quinto capitolo rivela le priorità e le tematiche che le parti sociali desiderano comunicare al dialogo sociale settoriale europeo, il loro grado di soddisfazione rispetto alle opportunità di affrontare i loro problemi a livello UE e cosa si aspettano dall'UE.

La relazione è completata da informazioni metodologiche e ulteriori informazioni sulle raccomandazioni specifiche per paese (RSP) 2020 emanate per i quattordici paesi interessati nel quadro del semestre europeo.

¹ Eurofound (2020), Representativeness of the European social partner organisations: Human health sector, Sectoral social dialogue series, Dublino.

² I gruppi di paesi sono creati solo per le finalità di questo progetto e potrebbero non corrispondere ad altre classificazioni territoriali europee

2. Fatti e dati del settore ospedaliero e sanitario

Per la compilazione di questa relazione, sono stati forniti indicatori statistici sulla spesa sanitaria e l'occupazione negli ospedali dei paesi interessati. Inoltre, sono stati utilizzati indicatori standard basati sui dati più recenti disponibili di Eurostat. I dati comparativi sono inseriti nel contesto delle testimonianze di lavoro delle parti sociali e confrontati con le condizioni reali.³

Le spese sanitarie variano nei paesi interessati. La percentuale del prodotto interno lordo varia dal 5,56% in Romania al 9,45% in Portogallo. I paesi possono essere strutturati in paesi con meno di 1 000 EUR per abitante (BG, HR, HU e PL), tra 1 000 e 2 000 EUR (CZ, EL, CY, PT, SI e SK) e sopra i 2 000 EUR (IT e MT). Inserendo queste misure nel contesto di altri paesi, la spesa media in EUR per abitante in Romania è di circa 6,5 volte inferiore, lo standard di potere d'acquisto (SPA per abitante sei volte inferiore, e la percentuale del PIL è 1,5 volte inferiore a quella, per esempio, della Germania. Tutti i paesi coperti hanno in comune il fatto che la loro spesa sanitaria in SPA per abitante è inferiore alla media dell'UE-28 (3 067 euro, 80/2018) e alla media del prodotto interno lordo dell'UE-28 (9,89%/2018).⁴

Le statistiche sulla spesa e il finanziamento della sanità si riferiscono alle problematiche delle parti sociali e riguardano il dialogo sociale a livello nazionale ed europeo. Tuttavia, gli investimenti limitati e la distribuzione delle finanze nel settore inducono condizioni di lavoro sfavorevoli in alcuni paesi, soprattutto in Romania, Bulgaria, Polonia e Ungheria.⁵ Inoltre, a causa del sottoinvestimento e dei tagli alla spesa sanitaria pubblica, il settore non soddisfa la domanda, con conseguenti lunghe liste d'attesa per le procedure necessarie.

Durante la pandemia di COVID-19, il costo dei servizi sanitari è aumentato in tutti i paesi data la necessità di stabilire nuove unità COVID-19 o di riprofilare quelle esistenti. Pertanto, le parti sociali, sottolineando il ruolo cruciale del settore sanitario durante la pandemia, chiedono maggiori investimenti garantiti da una maggiore quota di finanziamenti dal piano di recupero e resilienza.⁶

Tabella 1: Spesa sanitaria (tutti i regimi finanziari, 2018)

Paese	Milioni di euro	EUR per abitante	SPA per abitante	% del PIL
BG	4 120,53	586,55	1 268,51	7,35
CZ	15 871,89	1 493,13	2 278,56	7,65
EL	14 251,47	1 327,83	1 628,35	7,72
ES	108 109,70	2 310,15	2 464,77	8,99
HR	3 524,46	861,54	1 347,75	6,83
IT	153 085,00	2 533,61	2 504,41	8,67
CY	1 430,98	1 644,67	1 843,76	6,77
HU	8 963,50	916,93	1 544,86	6,70
MT	1 109,70	2 289,79	2 754,27	8,95
PL	31 501,68	829,54	1 518,98	6,33
PT	19 303,39	1 877,06	2 225,83	9,45
RO	11 371,07	583,95	1 211,69	5,56
SI	3 797,15	1 830,93	2 186,27	8,30
SK	5 991,41	1 099,99	1 539,37	6,69

Fonte: Eurostat, Spesa sanitaria per regime di finanziamento [codice online: hlth_sha11_hf]

Altri fattori rilevanti che influiscono sulla capacità dei sistemi sanitari di fornire servizi e di soddisfare la crescente e mutevole domanda di assistenza sono la forza lavoro, la disponibilità e le competenze. Nell'Unione europea, le seguenti forze esterne e interne stanno modellando ed erodendo la resilienza del personale sanitario: modelli di migrazione, innovazione tecnologica, cambiamento della domanda di assistenza (esterna) e invecchiamento della

³ Sulla base delle discussioni dei tre workshop regionali

⁴ Eurostat, Spesa sanitaria per regime di finanziamento [codice online: hlth_sha11_hf]

⁵ Sulla base della discussione al workshop regionale del 14 giugno 2019

⁶ Sulla base della discussione al workshop regionale del 20 aprile 2021

forza lavoro, reclutamento e fidelizzazione, inadeguata distribuzione geografica e inadeguatezza delle competenze (interne).⁷

In base al personale sanitario impiegato negli ospedali nel 2018, il numero di medici per 100 000 abitanti più alto si registra in Portogallo (261) e il più basso a Cipro (96)⁸. D'altra parte, il numero di infermieri e ostetriche per 100 000 abitanti varia enormemente, da 531 nella Repubblica Ceca a 131 in Croazia.⁹

La migrazione degli operatori sanitari dai paesi target, principalmente verso i paesi occidentali e settentrionali, è un problema economico e sociale. Per esempio, 35 000 infermieri e 15 000 medici rumeni hanno lasciato la Romania tra il 2007 e il 2017. La migrazione degli operatori sanitari verso i paesi occidentali sta causando un conseguente aumento del carico di lavoro nei paesi di origine, sollevando anche preoccupazioni per i problemi di sicurezza dei pazienti e del personale.

Tabella 2: Personale sanitario impiegato negli ospedali (2018)

Paese	Occupazione ospedaliera (effettivi)	Infermieri e ostetriche (effettivi)	Infermieri e ostetriche/100 000 abitanti	Medici (effettivi)	Medici /100 000 abitanti	Posti letto ospedalieri/100 000 abitanti
BG	70 241	22 419	319,13	16 960	241,42	756,91
CZ	157 775	56 914	535,41	26 521	249,49	661,82
EL	100 662	23 789	221,65	23 354	217,59	419,77
ES	589 236	166 352	355,47	111 795	238,89	297,15
HR	47 834	5 368	131,22	8 714	213,01	561,25
IT	632 546	265 588	439,56	134 389	222,42	314,05
CY	:	4 217	484,68	842 ¹⁰	96,77	330,09 ¹¹
HU	106 238	29 834	305,19	20 180	206,43	701,29
MT	10 059	3 185	657,20	1 255	258,96	430,84
PL	:	133 453	351,42	40 387	106,35	653,69
PT	137 486	43 166	419,75	26 879	261,37	344,51
RO	177 002	11 281	57,93	29 687	152,46	696,83
SI	26 143	3 798	183,13	3 878	186,99	442,79
SK	42 287,43	21 352,19	392,02	9 309,16	170,91	569,62

Nota: I dati della Polonia risalgono al 2017; Slovacchia - disponibili solo dati relativi a equivalenti a tempo pieno (FTE)

Fonte: Eurostat 2018, Personale sanitario impiegato in ospedale [codice online: hlth_rs_prshp1]

Problemi simili si verificano in tutti i paesi interessati, con problematiche specifiche al paese che si rafforzano a vicenda. Per esempio, in Grecia, le tendenze a lungo termine nella sanità sono influenzate dall'invecchiamento della popolazione, dall'immigrazione e dall'attrattiva del settore sanitario pubblico. L'inadeguatezza della forza lavoro e l'insicurezza delle pensioni sono legate all'invecchiamento degli operatori sanitari. Per esempio, i medici di età 65-74 anni sono il 14% in Ungheria e il 13% in Bulgaria. A causa delle scarse retribuzioni e della mancanza di personale, molti medici e infermieri sono impegnati in un secondo lavoro. Inoltre, tra il 70% e l'80% del personale sanitario sono donne.

Il basso tasso di personale infermieristico per paziente pregiudica la sicurezza delle persone. I sindacati chiedono un aumento del personale per avere un organico adeguato alle necessità e per migliorare le loro condizioni di

⁷ Commissione europea, Personale sanitario, Panoramica; Disponibile su https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_en

⁸ Questa cifra è calcolata in base al numero di medici che offrono i loro servizi negli ospedali pubblici, escludendo gli ospedali privati che costituiscono una parte considerevole del sistema sanitario cipriota. Il rapporto reale tra medici e popolazione è più alto, ma non può essere calcolato con precisione a causa dell'incompletezza dei dati.

⁹ In base ai dati Eurostat, il numero più basso di infermieri per 100 000 abitanti dovrebbe essere quello della Romania (57 infermieri e ostetriche per 100 000 abitanti). I dati sull'occupazione nel settore sanitario, tuttavia, variano a seconda delle definizioni (come nel caso dell'indicatore rumeno su infermieri e ostetriche) e, per alcuni paesi, i dati non sono disponibili.

¹⁰ I dati sui medici impiegati negli ospedali coprono solo il personale ospedaliero del settore pubblico. Il settore privato costituisce una parte considerevole del sistema sanitario cipriota

¹¹ I dati si riferiscono agli ospedali del settore pubblico e al numero totale di letti del settore privato

lavoro. La mancanza di personale dà origine al lavoro precario caratterizzato da lunghi orari di lavoro e molti turni di notte e dal richiamo del personale in pensione. Inoltre, i bassi salari costringono i dipendenti a cercare altre fonti di reddito, con conseguenti difficoltà nel conciliare lavoro e vita familiare.

Nonostante la mancanza generale di operatori sanitari, divenuta ancora più urgente durante la pandemia di COVID-19, le crisi sanitarie hanno avuto anche sviluppi positivi in alcuni paesi. L'interesse a diventare un professionista sanitario è aumentato in alcuni paesi nel 2021 (p.es. CZ). Questo sviluppo è in parte dovuto ai pagamenti extra e ai benefit governativi per gli operatori sanitari durante la pandemia, negoziati e portati avanti dalle parti sociali nazionali. In Croazia sono stati effettuati pagamenti supplementari per gli operatori sanitari durante la crisi. Tuttavia, data la sfavorevole situazione economica generale a lungo termine del personale sanitario, questo non ha portato una soddisfazione finanziaria agli infermieri. In alcuni paesi, il numero di medici è relativamente sufficiente ma pregiudicato da disparità regionali (CZ, SK, HR).

3. Parti sociali nel settore ospedaliero e sanitario

Sulla base della ricerca a tavolino e di una banca dati condivisa tra HOSPEEM, EPSU e CELSI, sono state identificate le seguenti parti sociali che rappresentano i lavoratori e i datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario nei quattordici paesi. Laddove fosse rilevante per il dialogo sociale nazionale ed europeo, sono stati inclusi anche altri tipi di organizzazioni.

La frammentazione e la multipla diversificazione delle parti sociali lungo le linee occupazionali e dei settori sanitari privati/pubblici sono le caratteristiche comuni nella maggior parte dei paesi coperti. I ministeri della sanità nel settore della sanità pubblica, in quanto datori di lavoro e attori rilevanti nel dialogo sociale nazionale e nel trilatero, sono elencati alla stregua di organizzazioni di datori di lavoro nelle tabelle seguenti. In alcuni paesi, le associazioni professionali, come le camere degli infermieri, hanno assunto sempre maggiore importanza e spesso hanno sostituito o integrato il ruolo dei sindacati (per esempio, HU, PL e SK). Tuttavia, queste camere di solito non sono esponenti ufficiali del dialogo sociale bilaterale o del trilatero, pertanto non hanno diritto a partecipare ai negoziati e quindi non sono incluse nell'elenco.

I sindacati tendono a concentrarsi su particolari sottosettori e occupazioni come medici, infermieri e specialisti (per esempio, radiologi). Alcune organizzazioni di datori di lavoro sono intersettoriali, mentre altre organizzazioni coprono ambiti specifici all'interno del settore ospedaliero e sanitario, come nel caso dei sindacati. La maggior parte delle parti sociali identificate sono coinvolte nel dialogo sociale e nella contrattazione almeno a un livello (nazionale, settoriale o aziendale).

	Bulgaria	Ungheria	Polonia	Romania
Sindacati				
	Federazione dei sindacati - Servizi sanitari (CITUB) ¹²	Sindacato della sanità in Ungheria	Federazione dei sindacati dei lavoratori dell'assistenza sanitaria e sociale	Federazione sindacale rumena SANITAS
	Federazione Medica Podkrepa (MF Podkrepa) ¹²	Semmelweis Alliance ¹³	Sindacato nazionale degli infermieri e delle ostetriche in Polonia (NTUNMP)	HIPOCRAT
		Forum per la Cooperazione dei sindacati	Segretariato per la protezione della salute di NSZZ Solidarność	Sindacato di solidarietà sanitaria (FSSR)
				Sindacato nazionale centrale dell'assistenza sanitaria e sociale
Organizzazione datoriale				
	Unione nazionale degli ospedali privati (NUPH)	Associazione ungherese dei manager economici nella sanità	Datori di lavoro della Polonia ¹⁴	Associazione nazionale dei medici di famiglia ¹⁵
	Associazione bulgara dei datori di lavoro della sanità ¹⁶	Associazione ungherese degli ospedali	Business Centre Club (BCC) ¹⁷	Unione nazionale dei datori di lavoro rumeni
	Associazione degli ospedali municipali in Bulgaria	Centro nazionale di servizi sanitari	Confederazione polacca dei datori di lavoro privati "Lewiatan"	Federazione nazionale rumena dei datori di lavoro del settore sanitario e farmaceutico
			Sindacato nazionale dei datori di lavoro della sanità privata	PALMED
			Associazione polacca degli ospedali privati	Datori di lavoro di fornitori di servizi medici privati
Organizzazioni professionali / altro				
		Camera degli operatori sanitari ungheresi ¹⁸		Ministero della Salute
		Camera medica ungherese ¹⁸		Ministero del lavoro e della giustizia sociale
	Repubblica Ceca	Croazia	Slovenia	Slovacchia
Sindacati				
	Sindacato del servizio sanitario e dell'assistenza sociale in Cecenia (OSZSP ČR)	Sindacato croato degli infermieri e dei tecnici sanitari (HSSMS-MT)	Sindacato dei medici e dei dentisti della Slovenia (FIDES)	Sindacato slovacco dei servizi sanitari e sociali (SOZZASS)

¹² Rappresenta solo dipendenti del settore pubblico

¹³ Mira a proteggere gli interessi dei dipendenti

¹⁴ Rappresenta 7 000 datori di lavoro di tutti i settori, compresi 113 datori di lavoro attivi nel settore sanitario, per lo più non pubblici

¹⁵ Non partecipa alla contrattazione collettiva né al dialogo sociale nazionale

¹⁶ Filiale della Camera di commercio bulgara

¹⁷ Copre 26 aziende del settore non pubblico.

¹⁸ Iscrizione obbligatoria

Sindacato ceco dei medici (LOK-SČL)	Sindacato della sanità della Croazia (SZH)	Sindacato dei servizi sanitari e sociali della Slovenia (SINDIKAT-ZSVS)	Sindacato dei Medici (LOZ)
	Sindacato autonomo del servizio sanitario e di protezione sociale (SSZSSH)	Unione dell'assistenza sanitaria e sociale della Slovenia (SZSSS)	Sindacato degli infermieri e delle ostetriche (OZSaPA)
	Unione medica croata (HLS)	Sindacato degli operatori sanitari della Slovenia (SDZNS)	
		Confederazione dei sindacati della sanità - PERGAM (SZS PERGAM)	
		Sindacato dentale sloveno (DENS)	

Organizzazione datoriale

Associazione degli ospedali cechi e moravi (ACMN)	Associazione croata dei datori di lavoro del settore sanitario (JPUZ-HR)	Ministero della Salute e Ministero del Lavoro, della Famiglia e degli Affari Sociali	Associazione degli ospedali della Slovacchia (ASN)
Confederazione dell'industria della Repubblica Ceca (SP)	Associazione croata dei datori di lavoro - Associazione settoriale di policlinici, ospedali, strutture mediche e sanitarie (CEA)	Associazione slovena di medici e dentisti privati (ZZZZS) - nessuna partecipazione al dialogo sociale	Associazione degli ospedali statali della Repubblica Slovacca (AŠN)
			Associazione dei medici privati della Repubblica Slovacca (ASL SR)

Organizzazioni professionali / altro

		Camera medica della Slovenia (ZSS)	Camera slovacca infermieri e ostetriche (SKSaPA)
--	--	------------------------------------	--

	Cipro ¹⁹	Grecia	Italia	Malta	Portogallo	Spagna
Sindacati	Sindacato pancipriota dei dipendenti pubblici (PASDYD)	Federazione panellenica dei lavoratori degli ospedali pubblici (POEDIN)	Sindacato della funzione pubblica (FP-CGIL)	Voice of the Workers (UHM)	Unione degli infermieri portoghesi (SEP)	Federazione dei Settori sanitari e sociosanitari della Federazione sindacale della Commissione dei lavoratori e dei Settori sanitari settoriali (FSSS - COO)
	Unione pancipriota degli infermieri statali (PASYN0)	Confederazione dei dipendenti pubblici (ADEDY)	Federazione Poteri locali (FPL UIL)	Sindacato generale dei lavoratori (GWU)	Unione degli infermieri della regione autonoma di Madeira (SERAM)	Unione Generale dei Lavoratori (UGT)
	Unione pancipriota dei medici statali (PASYN0)		Federazione dei lavoratori pubblici e dei servizi (FPS-CISL)	Unione maltese ostetriche e infermieri (MUMN)	Unione degli infermieri (SE)	Federazione dei servizi pubblici dell'unione

¹⁹ I sindacati sono ordinati per numero di membri attivi nel settore (in base al rapporto Eurofound (2020) Representativeness of the European social partner organisations in hospitals and health care)

					generale dei lavoratori (FSP - UGT)
Sindacato cipriota dei lavoratori-impiegati governativi Istituzioni militari e sociali (PASYEK - PEO)		Federazione italiana autonoma lavoratori sanità (FIALS)	Unione generale dei lavoratori - Sezione governo ed enti pubblici	Sindacato indipendente infermieri professionali (SIPE)	Sindacati spagnoli infermieri professionali (SATSE)
Federazione cipriota dipendenti settore privato (OIYK-SEK)		Federazione dei sindacati indipendenti - Sanità (FSI)		Sindacato indipendente dei medici (SIM)	Centrale spagnola sindacale indipendente e dei dipendenti pubblici (CSIF)
		Associazione dei dirigenti medici e sanitari (ANAAD ASSOMED)		Unione degli infermieri portoghesi (SEP)	

Organizzazioni datoriali

Federazione degli industriali e dei datori di lavoro di Cipro (OEB) - Settore privato (intersettoriale)	Ministero della Salute: Settore pubblico:	Agenzia per la rappresentanza negoziale delle PA (ARAN)	Associazione dei datori di lavoro di Malta (MEA)	Associazione Portoghese degli ospedali privati (APHP)	Alleanza della sanità privata spagnola (ASPE)
Ministero della Salute: Principale datore di lavoro per la sanità pubblica	Unione panellenica degli ospedali privati (NUPH)	Federazione italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO)	Ministero della Salute: Settore pubblico	Confederazione dei datori di lavoro del commercio e dei servizi (CCP)	Ministero della Salute: Settore pubblico:
Organizzazione statale dei servizi sanitari: Settore pubblico				Confederazione nazionale delle istituzioni sociali (CNIS)	

4. Partecipazione delle parti sociali alle strutture del dialogo sociale europeo

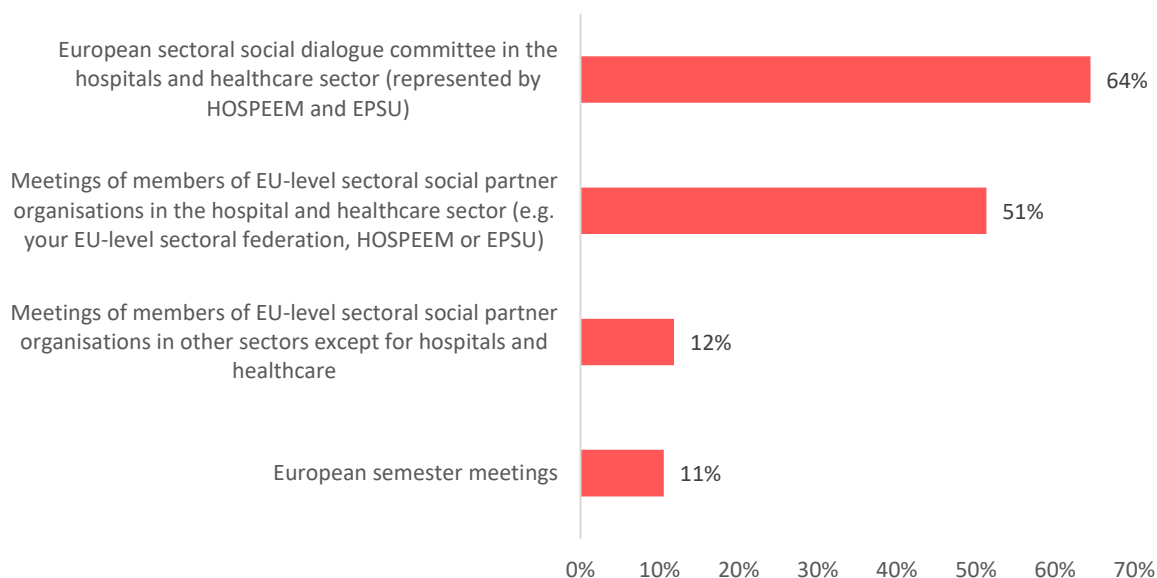
L'importanza del dialogo sociale europeo è ancorata in diversi articoli del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)²⁰. Ci sono molti casi in cui le parti sociali **hanno avuto un ruolo attivo negli accordi a livello europeo**.

I risultati relativi al coinvolgimento delle parti sociali nel dialogo sociale europeo presentati di seguito si basano sull'indagine online diffusa alle pertinenti parti sociali/organizzazioni nei quattordici paesi target tra aprile 2019 e agosto 2020. La maggioranza delle parti sociali coinvolte nel sondaggio partecipa direttamente alle riunioni delle strutture del dialogo sociale europeo. Si noti che la maggior parte degli intervistati sono rappresentanti sindacali²¹.

Sono una convinta sostenitrice del valore del dialogo sociale tra datori di lavoro e sindacati, le persone che conoscono meglio il proprio settore e la propria regione.

Tra i partecipanti, **gran parte delle organizzazioni dei paesi interessati ha partecipato alle strutture del dialogo sociale europeo, rappresentate da EPSU e HOSPEEM o da organizzazioni europee intersettoriali**. Tra i partecipanti, il 64% partecipa direttamente al Comitato di dialogo sociale settoriale europeo del settore ospedaliero e sanitario (SSDC HS) tramite EPSU o HOSPEEM, e il 51% alle riunioni dei membri delle due organizzazioni partner del DSS europeo negli ultimi quattro anni. Il 12%, in genere associazioni di datori di lavoro, ha partecipato a incontri con organizzazioni di parti sociali settoriali europee di altri settori. Solo l'11% degli intervistati ha partecipato alle riunioni del semestre europeo.

Grafico 1: Partecipazione diretta alle riunioni del comitato delle strutture di dialogo sociale europeo dal 2015 (% , N = 76)



Fonte: Sondaggio sul dialogo sociale nel settore ospedaliero e sanitario

Nota: possibilità di risposte multiple

La ragione più frequente per la mancata partecipazione a qualsiasi struttura di dialogo sociale a livello europeo è la mancanza di capacità finanziarie (30%). La mancanza di capacità in termini di personale, la mancanza di tempo per partecipare alle riunioni e le barriere all'accesso (non soddisfare i criteri di rappresentatività) sono le ragioni della non partecipazione al dialogo sociale europeo per il 26% e il 23% degli intervistati, rispettivamente. Inoltre, alcuni non vedono un valore aggiunto e un progresso nel miglioramento dello stato sociale ed economico dopo una lunga appartenenza a un'organizzazione europea (18%). Il non

²⁰Art. 152: L'Unione europea riconosce e promuove il ruolo delle parti sociali a livello dell'Unione rispettando la loro autonomia; Art. 154: Consultazione delle parti sociali europee da parte della Commissione; Art. 155: Accordi conclusi dalle parti sociali.

²¹ V. l'allegato Metodologia.

coinvolgimento delle parti sociali dei paesi interessati potrebbe anche essere **dovuto alla loro frammentazione a livello nazionale e/o alle organizzazioni indipendenti dei datori di lavoro attualmente limitate.**

Tabella 3: Motivi della non partecipazione a strutture di dialogo sociale a livello UE (% , N= 57)

Motivi di non partecipazione	Per cento
Mancanza di risorse finanziarie (spese di viaggio e quote associative elevate)	30%
Mancanza di capacità personali, mancanza di tempo per partecipare alle riunioni	26%
Barriere all'ingresso (non risponde ai criteri di rappresentatività)	23%
Scarsa importanza del dialogo sociale europeo per le attività della nostra organizzazione	18%
Difficoltà di comprensione del ruolo e del funzionamento del dialogo sociale europeo	12%
Barriera linguistica	11%

Fonte: Sondaggio sul dialogo sociale nel settore ospedaliero e sanitario

Nota: possibilità di risposte multiple

EPSU rappresenta la maggior parte dei sindacati a livello europeo ed è l'unica parte sociale riconosciuta per il settore ospedaliero. Mentre esistono altre associazioni ospedaliere europee, HOSPEEM è l'unica parte sociale settoriale europea riconosciuta che rappresenta gli interessi delle organizzazioni nazionali dei datori di lavoro ospedalieri. **La partecipazione dei datori di lavoro alle strutture del dialogo sociale europeo è attualmente limitata.** I rappresentanti dei sindacati nazionali hanno fatto appello alle organizzazioni nazionali dei datori di lavoro affinché diventino membri di HOSPEEM per stabilire un efficace dialogo sociale europeo, dato che molti sindacati nei paesi interessati della regione non hanno le loro controparti rappresentate per discutere e concordare strumenti a livello europeo⁶.

In alcuni paesi (p.es. CZ), il dialogo sociale nazionale è rallentato durante la pandemia COVID-19, e in altri paesi la comunicazione e le contrattazioni tra le parti sociali sono state ridotte al minimo. Ciò è dovuto anche ai cambiamenti relativamente frequenti di personale all'interno degli organi governativi responsabili. Tuttavia, in Croazia e Slovenia, il dialogo sociale con il ministero è proceduto con una qualità relativamente alta⁶.

5. Partecipazione delle parti sociali al semestre europeo

Il semestre europeo (SE) è un ciclo annuale di governance inteso a monitorare e imporre il rispetto di rigorose riforme di bilancio e strutturali. **L'attenzione agli aspetti sociali nel SE si è recentemente intensificata grazie all'aggancio con il Pilastro europeo dei diritti sociali.** In particolare, i principi 8 e 16 stipulano che *“le parti sociali sono consultate per l'elaborazione e l'attuazione delle politiche economiche, occupazionali e sociali nel rispetto delle prassi nazionali”*, che *“è incoraggiato il sostegno per potenziare la capacità delle parti sociali di promuovere il dialogo sociale”*, e che *“ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili.”*

Le raccomandazioni specifiche per paese (RSP) del semestre europeo riflettono la rilevanza del settore sanitario e del dialogo sociale per il consolidamento fiscale, la coesione sociale, la lotta alla povertà (dei lavoratori) e per migliorare la resilienza e il funzionamento del sistema sanitario. **Di conseguenza, il numero di Stati membri dell'UE (SM) che ricevono RSP relative all'assistenza sanitaria è in aumento:** 10 SM nel 2017, 15 SM nel 2019²². Dallo scoppio della pandemia, marzo 2020, i meccanismi del semestre europeo si sono adattati alla crisi e hanno istituito uno strumento di recupero e resilienza per guidare gli Stati membri a far fronte alle crisi sanitarie. Gli Stati membri sono stati incoraggiati a presentare i loro piani di recupero e di resilienza. Nel 2021, l'attuale procedura di valutazione con le raccomandazioni specifiche per paese sarà sostituita dalla procedura di valutazione dei piani di recupero e resilienza²³.

La crisi ha accentuato la necessità di impegnarsi per rafforzare l'Europa sociale e il Pilastro europeo dei diritti sociali mediante lo sviluppo del dialogo sociale. Il ruolo del dialogo sociale è pienamente riconosciuto quale elemento fondamentale all'interno dell'UE a vari livelli, con il coinvolgimento delle parti sociali europee e nazionali. Il sostegno alla promozione del dialogo sociale dell'UE si riflette anche nel piano d'azione del pilastro europeo dei diritti sociali, con iniziative concrete come il nuovo quadro di sostegno per gli accordi tra le parti sociali europee, un nuovo premio per le pratiche di dialogo sociale innovative e con il nuovo quadro strategico per la sicurezza e la salute sul lavoro. La Commissione europea ha proposto nuovi strumenti per misurare meglio gli ostacoli e le

²² Per le specifiche RSP si rimanda all'allegato B.

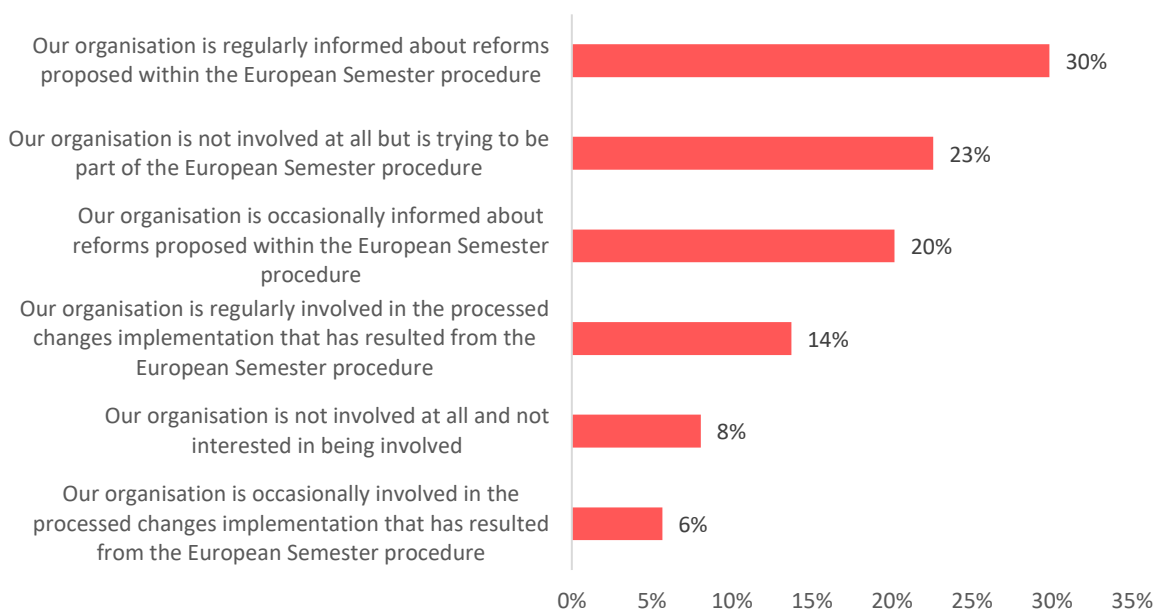
²³ Egbert Holthuis, Commissione europea, Il processo del semestre europeo: azioni per sviluppare e promuovere il coinvolgimento delle parti sociali settoriali nazionali; contributo al Webinar regionale del 20 aprile 2021.

lacune nell'accedere all'assistenza sanitaria e presentare una relazione UE sull'accesso ai servizi essenziali, incoraggiando gli Stati membri a investire nel personale sanitario, migliorando le condizioni di lavoro e l'accesso alla formazione.²⁴

L'alto impegno della Commissione europea e i principi del Pilastro europeo dei diritti sociali trasposti in molteplici iniziative forniscono alle parti sociali nazionali nuove opportunità e ispirazione per utilizzare le fonti per sviluppare strategie e rafforzare il dialogo sociale negli Stati membri, ad esempio integrare le iniziative dei Piani nelle loro attività quotidiane e articolare in modo ambizioso gli interessi, le sfide riguardanti le condizioni di lavoro, le questioni di salute e sicurezza negli ospedali, la migrazione dei professionisti sanitari e le difficoltà della contrattazione collettiva a livello europeo, per affrontarle e integrarle in ulteriori piani e rafforzare il DS europeo nel settore ospedaliero²⁵.

I meccanismi del semestre europeo sono una piattaforma dove le debolezze fattuali possono essere rivelate e comunicate ulteriormente ai pertinenti comitati europei per cercare delle soluzioni. L'impegno delle parti sociali è fondamentale in questo processo. L'assistenza finanziaria della Commissione europea sosterrà gli sforzi delle parti sociali nei loro impegni per articolare le loro priorità a livello UE²⁶. Anche se **l'attuale partecipazione delle parti sociali alla procedura del semestre europeo è limitata**, il 30% delle organizzazioni è regolarmente informato sulle riforme raccomandate. L'altro 23% è interessato o cerca di essere coinvolto nel processo del semestre europeo. Il 20% delle parti sociali è informato occasionalmente, solo il 14% è coinvolto regolarmente e solo il 6% sporadicamente. Questi risultati possono essere supportati dalla ricerca ricorrente condotta da Eurofound sulla partecipazione delle parti sociali nazionali al processo decisionale²⁷

Grafico 2: Modalità di coinvolgimento delle parti sociali nella procedura del semestre europeo (% , N= 124)



Fonte: Sondaggio sul dialogo sociale nel settore ospedaliero e sanitario

Le discussioni del webinar regionale hanno rivelato che la responsabilità principale per un buon coinvolgimento a livello nazionale ricade sullo Stato membro. Tuttavia, in alcuni paesi, le parti sociali hanno solo una possibilità limitata di intervenire nel processo del semestre europeo e lamentano di trovarsi escluse dal processo⁶. HOSPEEM ed EPSU forniscono uno spazio di condivisione e di rafforzamento delle buone pratiche; quindi, il dialogo sociale a livello nazionale ed europeo. A questo proposito, le parti sociali slovene chiedono all'EPSU un sostegno maggiore affinché le parti nazionali possano essere incluse nel processo del semestre europeo.

6. Priorità delle parti sociali da comunicare a livello UE

Le parti sociali hanno elencato le loro priorità da esprimere a livello europeo, per esempio, attraverso la loro appartenenza alla rispettiva organizzazione delle parti sociali europee per il settore ospedaliero e sanitario. Nel sondaggio, le parti sociali hanno espresso le priorità che vorrebbero comunicare a livello del dialogo sociale

²⁴ Presentazione di Jan Behrens (DG EMPL A2 Dialogo sociale): Dialogo sociale europeo, al webinar regionale 20 aprile 2021.

²⁵ Sulla base della discussione al workshop di diffusione del 16 giugno 2021.

²⁶ Jan Behrens, Policy Officer della Commissione europea, al workshop di disseminazione 16 giugno 2021.

²⁷ Eurofound (2020), Involvement of national social partners in policymaking - 2019, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

europeo. I temi spaziano dai problemi strutturali globali, come aumento degli investimenti nell'assistenza sanitaria, sicurezza e salute sul lavoro, condizioni di lavoro, fidelizzazione del personale, alla riconciliazione lavoro-vita familiare. Tuttavia, la carenza di personale nel settore sanitario, la questione di rendere più attrattivi i settori e di migliorare le politiche di assunzione e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari, sono problematiche comuni alla maggior parte delle parti sociali dei paesi oggetto del sondaggio. Per la variabilità delle risposte, elenchiamo nelle tre tabelle seguenti tutte le priorità effettivamente menzionate.

Tabella 4: Priorità da comunicare a livello UE

Paese	Priorità	
	Sindacati:	Organizzazioni datoriali
Romania	<ul style="list-style-type: none"> • Condizioni di lavoro - normative sui salari e sui bonus; • Orario di lavoro, norme sull'adeguatezza del personale; • Unificazione della formazione del personale medico; • Miglioramento dei rappresentanti delle parti sociali e dei contratti collettivi 	Nessuna informazione disponibile
Ungheria	<ul style="list-style-type: none"> • I salari, specialmente il salario minimo europeo; • Legislazione sull'orario di lavoro in relazione al sovraccarico di lavoro; • Riconciliazione tra lavoro e vita familiare 	Migrazione degli operatori e relativa carenza di personale*
Polonia*	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare il personale infermieristico negli ospedali per garantire la sicurezza dei pazienti; • Richieste finanziarie riguardanti l'aumento dei salari, specialmente per gli infermieri; • Fidelizzazione del personale nel contesto dei cambiamenti in corso nell'organizzazione del settore ospedaliero; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitigare le disparità nell'aumento delle retribuzioni tra medici e infermieri; • Maggiori investimenti nella sanità
Bulgaria	<ul style="list-style-type: none"> • Retribuzioni dei medici specialisti - sostegno al salario minimo unico europeo; • Problemi di salute e sicurezza - violenze di terzi e rischi psicosociali; • Fidelizzazione del personale, 	<ul style="list-style-type: none"> • Accesso transfrontaliero ai servizi sanitari; • Più opportunità di partecipazione a livello europeo.
Cipro	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di personale infermieristico e di risorse (soprattutto negli ospedali privati); • Riforma del settore sanitario (sistema sanitario generale e autonomia degli ospedali pubblici); • Bilancio statale ridotto per la sezione sanitaria rispetto all'UE-28; • Sviluppo professionale e apprendimento permanente; 	<ul style="list-style-type: none"> • Carenza di personale infermieristico; • Sostenibilità del sistema sanitario nazionale; • Autonomia funzionale e finanziaria degli ospedali pubblici; • Attuazione di un quadro giuridico e normativo comune per il settore sanitario pubblico e privato.
Grecia	<ul style="list-style-type: none"> • Carenza di personale e problemi di lavoro; • Interferenza delle strutture primarie con attrezzature appropriate; • Medici specializzati per la struttura centrale - attrezzatura tecnologica medica; • Interconnessione con sistemi simili all'estero; • Assistenza sanitaria nelle mansioni a rischio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Portare il finanziamento del sistema sanitario dal 5% all'8% del PIL; • Parità di trattamento da parte dello Stato tra il settore privato e il pubblico; • Minimizzare la burocrazia; • Metodo di calcolo dei costi (DRG'S, ICD 10), finanziamento degli investimenti negli ospedali privati esistenti; • Standard operativi minimi per fornire servizi sanitari sicuri.
Italia	<ul style="list-style-type: none"> • Contrattazione collettiva; • Occupazione nel settore sanitario; • Dialogo con i sindacati del settore; • Condizioni di lavoro; • Sicurezza e salute sul lavoro; • Riconciliazione tra lavoro e vita privata; • Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendimento permanente e sviluppo professionale continuo; • Organizzazione del lavoro; • Digitalizzazione del luogo di lavoro / competenze digitali; • Istruzione e formazione professionale; • Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari.
Malta	<ul style="list-style-type: none"> • Contrattazione collettiva; • Partenariato privato; • Diritti del personale in ambiente sanitario; • Burn out sul lavoro; • Riconciliazione tra lavoro e vita familiare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distacco dei lavoratori; • Attrattiva del settore per i giovani lavoratori.
Portogallo	<ul style="list-style-type: none"> • Contrattazione collettiva; • Miglioramento delle competenze degli infermieri; • Avanzamento di carriera; • Riconoscimento transfrontaliero delle qualifiche professionali. 	<ul style="list-style-type: none"> • Convergenza UE; • Sicurezza e salute sul lavoro; • Condizioni di lavoro; • Invecchiamento della forza lavoro; • Istruzione e formazione professionale;

Paese	Priorità	
	Sindacati:	Organizzazioni datoriali
		<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimento delle competenze a livello nazionale; • Sviluppo professionale continuo e apprendimento permanente;
Spagna	<ul style="list-style-type: none"> • Condizioni di lavoro e di assunzione, specialmente orari e salari; • Salute e sicurezza sul lavoro in una prospettiva di genere; • Rapporto di adeguatezza del personale sanitario, rapporto infermieri-pazienti e tasso di sicurezza dei pazienti; • Digitalizzazione; • Esposizione ad agenti tossici e biologici, prevenzione dei rischi; • Sviluppo professionale e fidelizzazione del personale; • Convalida degli studi e delle professioni; 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare la tecnologia; * • Legislazione sul riconoscimento di alcuni specialisti della salute, come gli embriologi; • Lunga lista d'attesa per gli screening.
Croazia	<ul style="list-style-type: none"> • Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari • Sicurezza e salute sul lavoro • Salari nella sanità e per gli infermieri in particolare • Condizioni di lavoro • Formazione del personale • Diritti materiali dei professionisti della salute • Diritti e obblighi • Straordinari • Contratti collettivi • Carenza di operatori sanitari 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutti gli argomenti oggetto del sondaggio; • Sinergia tra sanità pubblica e privata • Sicurezza sul lavoro
Repubblica Ceca	<ul style="list-style-type: none"> • Retribuzione dei dipendenti dei servizi sanitari e sociali • Tutela della sicurezza e della salute sul lavoro • Protezione e sicurezza del personale • Dialogo sociale con i datori di lavoro e creazione di accordi e linee guida • Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari • Condizioni di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> • Direttiva sulle condizioni di lavoro; • Salario minimo europeo; • Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari; • Attrattiva del settore per i giovani lavoratori.
Slovacchia	<ul style="list-style-type: none"> • Condizioni di lavoro e • Riconciliazione tra lavoro e vita familiare • Sviluppo professionale continuo e apprendimento permanente • Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari • Carenza di personale e maggiore valorizzazione del lavoro degli infermieri 	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere gli interessi dei membri nel quadro della distribuzione dei fondi strutturali dell'UE (ASN); • Creare condizioni dignitose per il personale (ASN); • Aumento dei pagamenti per gli assicurati statali (ASL SR)²⁸.
Slovenia	<ul style="list-style-type: none"> • Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari • Sicurezza e salute sul lavoro • Condizioni di lavoro • Attrattiva del settore per i giovani lavoratori • Garantire una sanità pubblica efficace • Norme per il personale curante nella sanità • Sistema retributivo nella sanità • Orario di lavoro 	Nessuna informazione disponibile

Fonte: Sondaggio sul dialogo sociale nel settore ospedaliero e sanitario *Basato sulla ricerca a tavolino

²⁸ Basato sulla ricerca a tavolino (a febbraio 2021)

Gli intervistati hanno avuto l'opportunità di classificare le tematiche da affrontare a livello del DSE su una scala da 1 a 5 (cinque sta per la priorità più alta). Le tematiche più votate sono le condizioni di lavoro in generale (media ponderata 4,7) e la sicurezza e la salute sul lavoro (media ponderata 4,6). Lo sviluppo professionale continuo e la formazione permanente, le politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari e la riconciliazione tra lavoro e vita familiare registrano il terzo punteggio più alto (media ponderata per 4,3). Nessuna delle priorità elencate ha ottenuto meno di 3 punti, a conferma della rilevanza di tutte le tematiche.

In alcuni paesi, le valutazioni dei datori di lavoro differiscono lievemente da quelle dei sindacati. Per esempio, i datori di lavoro intendono concentrarsi sull'istruzione e la formazione professionale (media ponderata 4,8), lo sviluppo professionale continuo e l'apprendimento permanente (4,6), e l'invecchiamento della forza lavoro nei paesi meridionali. Da parte loro, i sindacati vogliono affrontare le condizioni di lavoro (4,5), la sicurezza e la salute sul lavoro (4,5), e la riconciliazione lavoro - vita familiare (4,3).

Tabella 5: Priorità delle organizzazioni con la valutazione più alta (% , N = 101)

Priorità	Valutazione pari a 4	Valutazione pari a 5	Media ponderata
Condizioni di lavoro	12%	78%	4,7
Sicurezza e salute sul lavoro	15%	74%	4,6
Sviluppo professionale continuo e apprendimento permanente	29%	54%	4,3
Politiche di reclutamento e fidelizzazione per tutti gli operatori sanitari	22%	57%	4,3
Riconciliazione tra lavoro e vita familiare	31%	51%	4,3
Istruzione e formazione professionale	29%	49%	4,2
Riconoscimento delle competenze a livello nazionale	28%	49%	4,1
Digitalizzazione del luogo di lavoro / competenze digitali	29%	47%	4,1
Riconoscimento transfrontaliero delle qualifiche professionali	28%	42%	4,0
Attrattiva del settore per i giovani lavoratori	26%	43%	4,0
Invecchiamento della forza lavoro	24%	38%	3,9
Mobilità dei professionisti della sanità nell'UE	31%	29%	3,7

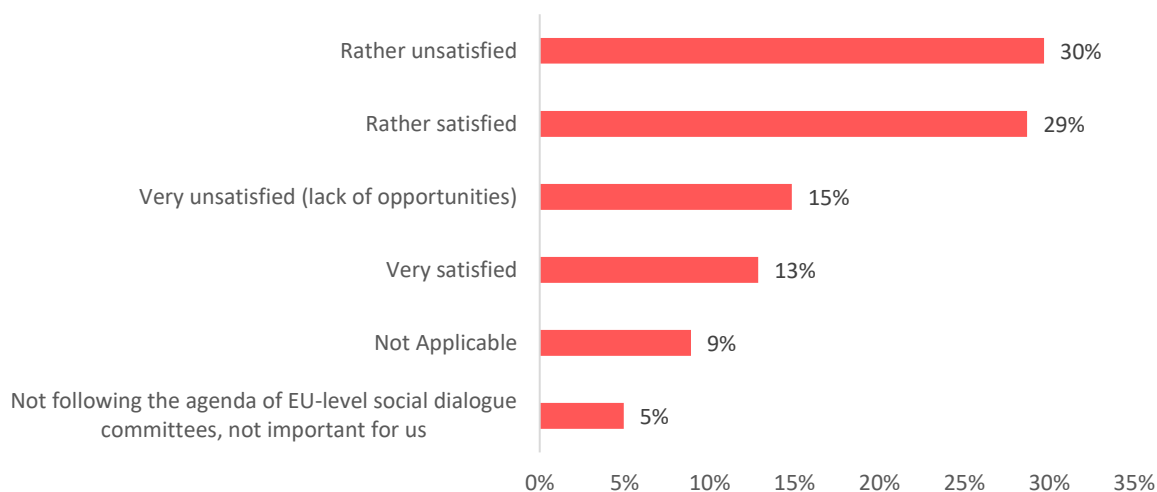
Fonte: Sondaggio sul dialogo sociale nel settore ospedaliero e sanitario

Nota: La domanda era: "Considerate alcune delle seguenti tematiche come una priorità per la vostra organizzazione? Attribuire a ciascuna opzione un punteggio da 1 a 5, dove 1 rappresenta la priorità più bassa e cinque la più alta."

Quanto alle opportunità di affrontare le priorità del dialogo sociale europeo, i risultati mostrano un margine di miglioramento per il coinvolgimento delle organizzazioni nazionali creando un ambiente più coinvolgente e partecipativo per le parti nazionali a livello europeo. Un terzo degli intervistati è piuttosto insoddisfatto delle opportunità, e il 15% vede addirittura una mancanza di opportunità di comunicare le proprie priorità a livello europeo. Il 42% degli intervistati è invece piuttosto soddisfatto o molto soddisfatto (29% e 13% rispettivamente).

Le ragioni dell'insoddisfazione per le opportunità di comunicare le priorità al dialogo sociale europeo sono la mancanza di risorse finanziarie (58%) e di risorse umane/personale (51%). Il 40% degli intervistati risponde di non avere alcuna interazione con le organizzazioni a livello europeo. Tuttavia, il 18% degli intervistati pensa che le loro priorità differiscano da quelle delle parti sociali europee del settore ospedaliero e sanitario.

Grafico 3: Soddisfazione per le opportunità di affrontare le priorità del dialogo sociale a livello europeo (% , N= 101)



Fonte: Sondaggio sul dialogo sociale nel settore ospedaliero e sanitario

Nota: La domanda era: "Siete soddisfatti delle attuali opportunità di affrontare le tematiche cui è stata attribuita la massima priorità (punteggio 4 e 5) nella domanda precedente nel comitato del dialogo sociale settoriale europeo per gli ospedali e la sanità? Selezionare un'opzione."

In base al sondaggio, le parti sociali si aspettano quanto segue dal livello UE: 1) sostegno per avere un impatto maggiore sulle politiche nazionali nel settore sanitario (78%) e 2) sostegno nella contrattazione collettiva interna (p.es. contrattazione salariale) (65%). Queste due aspettative particolarmente accentuate indicano che le parti sociali nazionali hanno la necessità di aumentare la loro influenza a livello nazionale. Ci si aspetta che le strutture di dialogo sociale a livello europeo siano di supporto in questi termini. Il 55% degli intervistati si aspetta uno sviluppo delle capacità - mediante indicazioni specifiche sul potenziamento del dialogo sociale e della contrattazione collettiva negli ospedali e nella sanità del nostro paese, e il 52% si aspetta un maggiore riconoscimento degli interessi della loro organizzazione e l'inserimento nell'agenda del dialogo sociale europeo.

Tabella 5: Aspettative delle organizzazioni dalle strutture di dialogo sociale a livello europeo (% , N= 95)

Aspettative	Per cento
Sostegno delle parti sociali europee alla nostra organizzazione per avere un impatto maggiore sulle politiche del settore sanitario nel nostro paese	78%
Sostegno nelle nostre contrattazioni collettive nazionali (p.es. contrattazione salariale)	65%
Sviluppo delle capacità - mediante indicazioni specifiche su come potenziare il dialogo sociale e la contrattazione collettiva per gli ospedali e la sanità del nostro paese	55%
Maggiore riconoscimento degli interessi della nostra organizzazione e inserimento nell'agenda del dialogo sociale europeo	52%
Fornire uno spazio per il networking e lo scambio di esperienze	47%

Fonte: Sondaggio sul dialogo sociale nel settore ospedaliero e sanitario

Nota: la domanda era - Quali sono le vostre aspettative dalle strutture di dialogo sociale europeo per il settore ospedaliero e sanitario? Selezionare le tre aspettative più rilevanti tra le opzioni sottostanti.

La pandemia di COVID-19 ha modificato le priorità delle parti sociali, intensificando ulteriormente l'urgenza di taluni problemi già identificati prima della crisi. Le parti sociali di Croazia, Slovenia, Repubblica Ceca e Slovacchia, che hanno avuto l'opportunità di discutere le loro priorità durante e dopo la seconda ondata della pandemia, hanno segnalato che le problematiche che non erano state affrontate per molto tempo sono state esasperate durante la pandemia. In particolare, la carenza di personale è diventata critica. Le questioni di salute e sicurezza hanno acquisito dimensioni aggiuntive a livello di prevenzione e controllo delle infezioni nonché di disponibilità di dispositivi di protezione personale. In Croazia e Slovenia, l'importanza della salute mentale si è intensificata durante la crisi⁶.

La discussione del workshop regionale con i paesi dell'Europa centrale ha portato alla luce una nuova tematica da comunicare a livello europeo. Entrambe le parti sociali chiedono maggiori investimenti dai piani di recupero e resilienza che sono stati comunicati a livello nazionale (HR, SK). I partecipanti al workshop hanno ritenuto

insufficiente il loro coinvolgimento nel processo di consultazione per il piano di recupero. Le opportunità di negoziare la quota equa nel dialogo sociale a livello nazionale non sono state utilizzate. Le parti sociali sono state spesso escluse dal processo. L'insoddisfazione per la percentuale di investimenti fissata a livello nazionale fornisce un campo d'azione alle parti sociali europee.

I rappresentanti dei sindacati rumeni hanno segnalato che le opportunità di influire sulle misure durante la pandemia e di affrontare le condizioni di lavoro precarie nella sanità si sono ridotte al minimo con l'attuale governo. Le rivendicazioni sindacali per un'adeguata fornitura di dispositivi di protezione individuale, accesso al vaccino e aumenti salariali sono state ignorate. Quasi tutti gli ospedali si sono trasformati in ospedali Covid, mettendo in pericolo la salute degli altri pazienti²⁴.

Anche la Spagna conferma una partecipazione limitata al dialogo sociale e un basso investimento nell'assistenza sanitaria che porta a molteplici carenze. Da parte sua, la Croazia è soddisfatta del dialogo sociale durante la pandemia, che ha portato a un aumento salariale del 10%. Anche in Italia i negoziati con le parti sociali vanno avanti nonostante la pandemia. La contrattazione collettiva non ha sofferto per il Covid-19. L'ARAN è riuscita a chiudere diversi contratti pubblici, come i CCN "Funzioni Locali" e "Sanità", e attualmente sta lavorando al CCN "Funzioni centrali"²⁵.

7. Conclusione

La relazione finale ha presentato i risultati sulla partecipazione delle parti sociali nel dialogo sociale europeo e le priorità da affrontare a livello europeo per Bulgaria, Ungheria, Polonia, Romania, Cipro, Grecia, Italia, Malta, Portogallo, Spagna, Croazia, Repubblica Ceca, Slovacchia e Slovenia.

I punti in comune tra i paesi interessati sono che la loro spesa sanitaria è inferiore alla media dell'UE-27 a lungo termine e la carenza di personale sta causando un conseguente aumento del carico di lavoro, pregiudicando la sicurezza dei pazienti e del personale. Inoltre, la migrazione degli operatori sanitari, principalmente verso i paesi occidentali e settentrionali, è una sfida economica e sociale per tutti i paesi interessati. Le carenze di personale danno adito a lavoro precario, caratterizzato da lunghi orari, da un aumento del numero di turni di notte e dal richiamo del personale in pensione. Le condizioni di lavoro durante la crisi del COVID-19 hanno altresì evidenziato la necessità di azioni più coordinate e inclusive a livello nazionale ed europeo per affrontare le sfide in modo efficace. Di conseguenza, la rappresentanza delle parti sociali nel dialogo sociale settoriale europeo e il loro coinvolgimento nel semestre europeo sono diventati essenziali.

Le parti sociali a livello nazionale sono incoraggiate a perseguire l'alto impegno della Commissione europea per un'Europa sociale e a contribuire a trovare soluzioni per le sfide pressanti nella sanità. Le iniziative a livello europeo, d'altra parte, possono essere fonte di informazione e di ispirazione per sviluppare strategie e potenziare il dialogo sociale negli Stati membri.

La rappresentanza delle parti sociali si rivela frammentata, diversificata in base alle professioni e ai settori pubblico/privato della sanità. A queste caratteristiche comuni alla maggior parte dei paesi considerati si aggiunge la mancanza di una controparte ufficiale. Gran parte delle organizzazioni dei paesi interessati ha partecipato alle strutture del dialogo sociale europeo, rappresentate da EPSU e HOSPEEM o da organizzazioni europee intersettoriali. La partecipazione dei datori di lavoro alle strutture del dialogo sociale europeo è attualmente limitata.

Anche se numerosi Stati membri ricevono raccomandazioni specifiche per paese relative all'assistenza sanitaria nell'ambito procedurale dei semestri europei, il coinvolgimento delle parti sociali è limitato. Le parti sociali hanno espresso le priorità che vorrebbero comunicare a livello del dialogo sociale europeo. Le tematiche spaziano dai problemi strutturali globali, come aumento degli investimenti nell'assistenza sanitaria in generale, sicurezza e salute sul lavoro, condizioni di lavoro, fidelizzazione del personale, conciliazione lavoro-vita familiare, al dibattito sulla direttiva sul salario minimo europeo. Le tematiche più votate sono le condizioni di lavoro e la sicurezza e la salute sul lavoro, in relazione alle sfide a lungo termine della carenza di personale sanitario e del peggioramento delle condizioni di lavoro.

C'è margine per migliorare la partecipazione delle organizzazioni nazionali, creando un ambiente europeo più coinvolgente e partecipativo per le parti nazionali. In base al sondaggio, le parti sociali hanno chiare aspettative dal dialogo sociale europeo. Le parti sociali nazionali hanno la necessità di aumentare la loro influenza a livello nazionale per avere un impatto più sostanziale sulle politiche nazionali per il settore sanitario. L'aspettativa è che le strutture del dialogo sociale a livello europeo siano di supporto.

I seguenti interventi delle parti sociali sul piano europeo porteranno a una maggiore attività nelle iniziative di reclutamento e fidelizzazione, e a esplorare maggiormente programmi di sviluppo delle capacità che aiuterebbero ad aumentare il sostegno politico al dialogo sociale.

Allegato

A. Metodologia

È stata adottata una metodologia combinata:

- a) La ricerca a tavolino si è concentrata sull'identificazione delle parti sociali nel settore ospedaliero e sanitario, sulle loro caratteristiche e sugli studi sul dialogo sociale nazionale e sul semestre europeo;
- b) Il sondaggio online dedicato al dialogo sociale nel settore sanitario consisteva in 23 domande ed era strutturato intorno a quattro aree:
 - (1) Identificazione dell'organizzazione;
 - (2) Partecipazione al dialogo sociale a livello nazionale ed europeo e semestre europeo;
 - (3) Priorità e tematiche da comunicare a livello UE;
 - (4) Soddisfazione per le opportunità di affrontare le priorità e aspettative dalle strutture del dialogo sociale europeo.

Il sondaggio è stato tradotto nelle lingue nazionali e distribuito online tramite i sistemi Survey Monkey. Circa diverse organizzazioni, sia sindacali che datoriali, sono state ripetutamente invitate a completare il sondaggio. La struttura dei partecipanti al sondaggio era la seguente:

Campione totale	Per cento	Numero
Numero totale di intervistati	100%	181
Tipo di organizzazione		
Organizzazione datoriale	6,6%	12
Sindacati	87,9%	159
Altro	5,5%	10
Posizione dell'intervistato all'interno dell'organizzazione		
Presidente	20,7%	35
Vicepresidente	4,7%	8
Segretario/a generale	4,7%	8
Membro del Presidium	29,0%	49
Membro del personale	16,0%	27
Altro	25,0%	42
Paese		
Bulgaria	1,20%	2
Croazia	5,99%	10
Cipro	1,80%	3
Repubblica Ceca	2,40%	4
Grecia	5,39%	9
Ungheria	2,99%	5
Italia	3,59%	6
Malta	2,40%	4
Polonia	2,40%	4
Portogallo	2,40%	4
Romania	59,88%	100 ²⁹
Slovacchia	4,19%	7
Slovenia	2,40%	4
Spagna	2,99%	5

²⁹L'alto numero di intervistati dalla Romania è dovuto alla distribuzione del sondaggio tra i sindacati a livello regionale

- c) Analisi della discussione ai workshop regionali: La discussione del workshop è stata facilitata dalla struttura preparata in anticipo; Sono state prese delle note, in seguito consolidate in risultati di sintesi, a complemento dei risultati del sondaggio e della ricerca a tavolino.

Periodi delle fasi di ricerca per particolari gruppi di paesi

Paesi	Ricerca a tavolino	Raccolta dei dati del sondaggio	Analisi del workshop in forma di webinar
BG, HU, PL, RO	Da aprile a luglio 2019	Da aprile a giugno 2019	Workshop regionale a Bucarest, giugno 2019
CY, EL, IT, PT, MT, ES	Da luglio a novembre 2019	Da luglio a novembre 2019	Workshop regionale a Roma, novembre 2019
HR, CZ, SK, SI	Da febbraio ad agosto 2020	Da febbraio ad agosto 2020	Workshop regionale online, aprile 2021

B. Raccomandazioni specifiche per paese del semestre europeo

La tabella che segue delinea le RSP dei quattro paesi interessati e altre raccomandazioni nel testo relative ad aree di politica sanitaria e sociale. Si noti che le informazioni che seguono sono estratti delle raccomandazioni per paese, adottate nel luglio 2020.

Aree di raccomandazione	Bulgaria	Ungheria	Polonia	Romania
Politica sanitaria				
Sistema sanitario e infrastruttura	<ul style="list-style-type: none"> • Caratterizzato dalla spesa pubblica; • Accesso limitato all'assistenza sanitaria dovuto a una distribuzione ineguale di risorse limitate e a una bassa copertura assicurativa sanitaria; • Il pagamento in termini di spesa viva (di tasca propria) è considerevole. 	<ul style="list-style-type: none"> • Screening e cure primarie inadeguati; • La spesa pubblica è inferiore alla media UE; • I cittadini fanno affidamento sul pagamento di tasca propria per accedere a servizi di qualità; • Il sistema è fortemente incentrato sugli ospedali, con un'assistenza primaria carente 	<ul style="list-style-type: none"> • La carenza di servizi medici è diminuita ma rimane alta nell'UE; • I tempi di attesa sono sostanzialmente aumentati dal 2010; • È stata sviluppata una mappa dei bisogni sanitari ma non è divenuta uno strumento di supporto alle decisioni; • Il sistema sanitario è troppo incentrato sulla fornitura di cure ospedaliere; • Le cure primarie e ambulatoriali rimangono sottosviluppate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gli scarsi finanziamenti, l'uso inefficiente delle risorse pubbliche e la mancanza di riforme limitano l'efficacia del sistema sanitario; • La prevalenza dei pagamenti informali è elevata; • L'accesso ai servizi sanitari per chi vive in zone rurali e per le fasce vulnerabili è limitato;
	RSP: Migliorare l'accesso ai servizi sanitari, tra cui la riduzione dei pagamenti di tasca propria, e ovviare alla carenza di professionisti della sanità.	RSP: Migliorare i risultati della sanità sostenendo misure sanitarie preventive e rafforzando l'assistenza primaria		
Carenza di personale sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • La scarsa disponibilità di medici sta limitando la fornitura di cure primarie; • Significativa carenza di infermieri con un dato pro capite tra i più bassi dell'UE. 	Notevole carenza di personale sanitario, in particolare medici generici e infermieri, che ostacola l'accesso alle cure nelle aree più povere	<ul style="list-style-type: none"> • L'accesso al sistema sanitario e la sua efficacia sono influenzati dalla scarsità della spesa pubblica e dalla carenza di personale; • Il rapporto tra medici e infermieri praticanti e la dimensione della popolazione è tra i più bassi dell'UE, con ¼ del personale medico oltre l'età pensionabile; 	C'è carenza di personale sanitario, in particolare a causa dell'emigrazione di medici e infermieri
	Raccomandazione: Un'attuazione più rapida ed efficace della strategia sanitaria nazionale aiuterebbe ad alleviare queste debolezze.			
Politica sociale				
Competenze	Raccomandazione: Migliorare l'occupabilità rafforzando le competenze, comprese quelle digitali.	Raccomandazione: Sviluppare le competenze digitali potrebbe aiutare a migliorare l'occupabilità	Debolezze nelle competenze digitali, nell'alfabetizzazione e nel calcolo RSP: Promuovere un'istruzione di qualità e competenze rilevanti per il mercato del lavoro, specialmente attraverso l'apprendimento degli adulti	Non evolve in linea con le esigenze dei settori economici in espansione ³⁰

³⁰ L'81% dei datori di lavoro ha difficoltà a trovare personale per i posti vacanti

Aree di raccomandazione	Repubblica Ceca	Croazia	Slovenia	Slovacchia
Politica sanitaria				
Sistema sanitario e infrastruttura	<p>La crisi attuale ha evidenziato la necessità di piani di preparazione alle crisi nel settore sanitario che include migliori strategie di acquisto, catene di approvvigionamento diversificate e riserve strategiche di forniture essenziali. Questi sono elementi chiave per sviluppare più ampi piani di preparazione alle crisi.</p> <p>Raccomandazione: Garantire la resilienza del sistema sanitario, rafforzare la disponibilità di operatori sanitari, l'assistenza primaria e l'integrazione delle cure, e la diffusione dei servizi di e-health.</p>	<p>Migliorare la resilienza del sistema sanitario. Promuovere una distribuzione geografica equilibrata degli operatori e delle strutture sanitarie, una più stretta cooperazione tra tutti i livelli dell'amministrazione e investimenti nell'e-health</p>	<p>Garantire la resilienza del sistema sanitario e di assistenza sul lungo termine, compresa una fornitura adeguata di prodotti medici critici, e affrontare la carenza di operatori sanitari.</p>	<p>Rafforzare la resilienza del sistema sanitario in termini di personale, di prodotti medici critici e di infrastruttura. Migliorare la fornitura di cure primarie e il coordinamento tra i tipi di cure.</p>
Politica sociale				
Competenze	<p>Sostenere la disponibilità di competenze, comprese le competenze digitali e l'accesso all'apprendimento digitale.</p>	<p>Migliorare l'accesso alle infrastrutture e ai servizi digitali. Promuovere l'acquisizione di competenze.</p>	<p>Promuovere le capacità digitali delle imprese e rafforzare le competenze digitali, il commercio elettronico e l'eHealth.</p>	<p>Rafforzare le competenze digitali. Garantire la parità di accesso a un'istruzione di qualità.</p>
Personale	<p>Sostenere l'occupazione attraverso politiche attive del mercato del lavoro</p>	<p>Rafforzare le misure per il mercato del lavoro e le istituzioni e migliorare l'adeguatezza dei sussidi di disoccupazione e dei regimi di reddito minimo.</p>	<p>Prevedere un reddito sostitutivo e una protezione sociale adeguati. Mitigare l'impatto della crisi sull'occupazione, anche rafforzando i regimi di lavoro a tempo ridotto e gli accordi di lavoro flessibili. Assicurarsi che queste misure forniscano una protezione adeguata ai lavoratori non standard.</p>	<p>Prevedere un reddito sostitutivo adeguato, e garantire l'accesso alla protezione sociale e ai servizi essenziali per tutti</p>

Aree di raccomandazione	Cipro	Grecia	Italia	Malta	Portogallo	Spagna
Politica sanitaria						
Sistema sanitario e infrastruttura	<p>Progressi nella sanità grazie all'adozione della legislazione per instaurare il nuovo sistema sanitario nazionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> cerca di migliorare l'accesso; introduce la copertura sanitaria universale; riduce l'alto livello della spesa viva; migliora l'efficienza della fornitura di cure nel settore pubblico; garantisce l'autonomia finanziaria e operativa degli ospedali pubblici. <p>RSP: Adottare misure per garantire che il sistema sanitario nazionale diventi operativo nel 2020, come previsto, preservando la sua sostenibilità a lungo termine.</p>	<p>Una profonda riforma del sistema sanitario primario avviata nel 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> rilevante per garantire l'accesso; investimento continuo attraverso la diffusione della necessaria sanità locale. <p>RSP: Concentrarsi su una politica economica legata agli investimenti sulla sanità sostenibile, considerando le disparità regionali e la necessità di garantire l'inclusione sociale;</p>	<p>Nel complesso, i risultati sono buoni, ma le disparità nelle disposizioni sanitarie tra le regioni hanno un impatto su:</p> <ul style="list-style-type: none"> accesso; equità; efficienza; <p>Potenziale di miglioramento mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> una migliore amministrazione; controllo degli standard dei servizi forniti. <p>Raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Più assistenza domiciliare, basata sulle comunità e a lungo termine per le persone con disabilità e altre fasce svantaggiate; Considerare le disparità geografiche nella disponibilità di servizi sanitari e di assistenza a lungo termine. <p>RSP: Migliorare l'efficacia, l'accessibilità e la sostenibilità dell'assistenza sanitaria</p>	<p>Situazione attuale:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento della spesa pubblica legata all'età nei sistemi sanitari; Rischio di aumento del debito a lungo termine; Misure in corso per decentrare i servizi dagli ospedali alle cure primarie; Ridurre i lunghi tempi d'attesa ampliando la capacità di assistenza ambulatoriale degli ospedali pubblici; Aumento della domanda di assistenza a lungo termine; Introduzione di nuovi tipi di servizi in comunità e a domicilio; Finora nessun impatto delle misure adottate sulla sostenibilità fiscale. <p>RSP: Garantire la sostenibilità fiscale del sistema sanitario, anche</p> <ul style="list-style-type: none"> limitando il pensionamento anticipato; adeguamento dell'età pensionabile legale dato l'aumento previsto dell'aspettativa di vita. 	<ul style="list-style-type: none"> Pressione continua sulle finanze pubbliche a causa delle tendenze demografiche avverse; Promozione del rapporto costo-efficacia favorendo gli acquisti centralizzati e l'uso dei farmaci generici; Pianificazione di bilancio e controllo contabile inadeguati che hanno portato ad alti arretrati ospedalieri; Introdurre un nuovo modello di governance per gli ospedali pubblici per affrontare strutturalmente gli arretrati nel 2019. <p>RSP: Migliorare la qualità delle finanze pubbliche dando la priorità alle spese che favoriscono la crescita e rafforzando al contempo il controllo generale delle spese, l'efficienza dei costi e un'adeguata elaborazione del bilancio, concentrandosi su una riduzione permanente degli arretrati negli ospedali.</p>	
Politica sociale						
Competenze	<p>Accesso a un'istruzione e a una formazione di qualità con prospettive di vita che tengano conto dei bisogni futuri.</p> <p>Raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Potenziare la capacità di istruzione e formazione professionale; 	<p>Crescenti carenze e squilibri di competenze e mondo del lavoro in evoluzione.</p> <p>Raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Potenziare la capacità di istruzione e formazione professionale Rafforzare e modernizzare i sistemi 	<p>Considerare l'acquisizione di competenze orientate al futuro, comprese misure per promuovere l'apprendimento degli adulti.</p> <p>Raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rafforzare l'attrattiva della professione di insegnante; 	<p>Ulteriori sforzi per migliorare la qualità e l'inclusività dei sistemi di istruzione e di formazione, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate.</p>	<p>I livelli di competenza rimangono bassi per diverse fasce della popolazione. Migliorare l'occupabilità e la mobilità sociale investendo in istruzione, formazione e infrastruttura.</p> <p>RSP: Migliorare il livello di competenze della popolazione, in particolare</p>	<p>Le carenze di competenze e l'inadeguatezza ostacolano lo sviluppo e l'uso di tecnologie avanzate, in particolare da parte delle piccole e medie imprese.</p> <p>Sforzi per riformare il sistema educativo congelati.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare l'impegno dei datori di lavoro e la partecipazione degli studenti all'istruzione e alla formazione professionale. <p>RSP: Migliorare l'allineamento al mercato del lavoro dei sistemi di istruzione e di formazione.</p>	<p>di istruzione e formazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lo sviluppo/aggiornamento è particolarmente necessario per le competenze digitali. <p>RSP: Migliorare i risultati dell'istruzione, anche attraverso</p> <ul style="list-style-type: none"> investimenti adeguati e mirati; promuovere l'aggiornamento delle competenze digitali. 		<p>l'alfabetizzazione digitale, anche rendendo l'apprendimento degli adulti più pertinente rispetto alle esigenze del mercato del lavoro.</p>	<p>RSP: Limitare l'abbandono scolastico e aumentare la cooperazione tra istruzione e imprese per migliorare le competenze e le qualifiche rilevanti per il mercato del lavoro, in particolare per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.</p>
Retribuzione		<p>Raccomandazione: Portare a termine riforme più complete delle prestazioni sociali.</p>	<p>La disuguaglianza di reddito e il rischio di povertà sono alti, con ampie disparità regionali e territoriali.</p> <p>Il divario occupazionale di genere rimane tra i più alti dell'Unione.</p> <p>Manca ancora una strategia globale per promuovere la partecipazione delle donne al mercato del lavoro.</p>		<p>Nonostante la diminuzione della disuguaglianza di reddito, è ancora significativamente superiore alla media dell'Unione. Regime di reddito minimo inadeguato, tra i più bassi dell'Unione.</p> <p>Raccomandazione: Migliorare la copertura, l'adeguatezza o l'efficacia della sicurezza sociale, compresi i regimi di reddito minimo</p>	<p>Disparità regionali presenti tra i regimi regionali di reddito minimo; Portabilità limitata tra le regioni che riduce gli incentivi alla mobilità del lavoro.</p> <p>Raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Integrare le strategie di sviluppo territoriale, compresi gli interventi che promuovono l'imprenditorialità, la digitalizzazione e l'economia sociale. Affrontare le lacune di copertura nei regimi regionali di reddito minimo.
Dialogo sociale		<p>Un dialogo sociale efficace e un partenariato sociale responsabile possono sostenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> un contesto favorevole all'attuazione; titolarità di riforme durature. 	<p>La riforma inizialmente prevista del quadro di contrattazione collettiva mirava a portare salari e stipendi più in linea con le condizioni economiche a livello regionale e aziendale. Un accordo quadro firmato con i tre maggiori sindacati italiani per</p> <ul style="list-style-type: none"> espandere la contrattazione di secondo livello; aumentare la certezza del diritto fissando regole più precise per la rappresentanza delle parti sociali nei negoziati; 			<p>La creazione di tavole rotonde tripartite è un buon passo verso una partecipazione più significativa delle parti sociali all'elaborazione delle politiche; tuttavia, c'è spazio per consultazioni più approfondite e più tempestive.</p>

			<ul style="list-style-type: none">• creazione di un algoritmo migliorato per la definizione dei minimi salariali.			
--	--	--	---	--	--	--

Fonte: Panoramica compilata dal team del CELSI sulla base delle raccomandazioni specifiche per paese nell'ambito del semestre europeo 2020

C. Partecipanti al workshop di divulgazione

Cognome	Nome	Organizzazione	Iscritti	Paese
Albuquerque Arenga	Margarida	Rappresentanza permanente portoghese	Altro	Belgio
Avram	Adam	EPSU	EPSU	Belgio
Barecka-Bach	Anna	NSZZ "Solidarność" Fresenius Nephrocare	EPSU:	Polonia
Bartlet	Céline	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgio
Behrens	Jan	Commissione europea	Altro	Belgio
Berislavic	Marija	Sindacato croato degli infermieri e dei tecnici sanitari	EPSU	Croazia
Bota	Ovidiu	SANITAS Cluj	EPSU	Romania
Branca	Marta	HOSPEEM	HOSPEEM	Italia:
Břeňková	Ivana	TUHSS CR/OSZSP ČR	EPSU	Repubblica Ceca
Cojocariu	Victoria	Eurofound	Altro	Irlanda
Das	Sarada	Comitato permanente dei medici europei (CPME)	Altro	Belgio
De Bruyn	Myriam	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgio
Dechorgnat	Elisa	FEHAP	HOSPEEM	Francia
Drug	Roxana	EPSU	EPSU	Belgio
Fasoli	Sara	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgio
Gae	Razvan	Federazione SANITAS	EPSU	Romania
Gil Alonso	Yolanda	FSS-CC.OO	EPSU	Spagna
Goudriaan	Jan-Willem	EPSU	EPSU	Belgio
Hnykova	Jana	OSZSP ČR	EPSU	Repubblica Ceca
Holubová	Barbora	CELSI	Altro	Slovacchia
Howe	Samantha	EPDU	EPSU	Belgio
Kahancova	Marta	CELSI	Altro	Slovacchia
Malapitan	Christopher	Artista grafico	Altro	Belgio
Michelutti	Paolo	ASL Roma 3	HOSPEEM	Italia
Mohrs	Simone	HOSPEEM	HOSPEEM	Belgio
Negru	Liliana	SANITAS Arad	EPSU	Romania
Oarna	Ana Maria	Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private - PALMED	Altro	Romania
Papp	Katalin	Camera degli operatori sanitari ungheresi, Università di Debrecen Facoltà di Sanità	Altro	Ungheria
Paun	Tanja	Associazione croata dei datori di lavoro del settore sanitario	Altro	Croazia
Pereira	Ana Carla	Commissione europea	Altro	Belgio
Petcu	Claudia	Sanitas	EPSU	Romania
Prasnjak	Anica	Sindacato croato degli infermieri e dei tecnici sanitari	EPSU	Croazia
Ptak-Bufkens	Katarzyna	Commissione europea	Altro	Belgio
Renouvel	Sylvain	Federazione dei datori di lavoro sociali europei	Altro	Belgio
Rinversi	Silvia	ARAN	HOSPEEM	Italia:

Robert	Alexandre	Federazione europea delle associazioni infermieristiche (EFN)	Altro	Belgio
Rodríguez Contreras	Ricardo	Eurofound	Altro	Irlanda
Rogalewski	Adam	EPSU:	EPSU	Belgio
Romeao	Sandra	Sanitas	EPSU	Romania
Scarparo	D'Emanuele	UIL FPL	EPSU	Italia
Schriefer	Jan	FNV Paesi Bassi	EPSU	Paesi Bassi
Slangen	Sylvie	Zorgnet-Icuro	HOSPEEM	Belgio
Vannini	Michele	FP-CGIL	EPSU	Italia
Zlatanova	Slava	Federazione dei sindacati - Servizi sanitari (FTU-HS)	EPSU	Bulgaria