



MANUALE DI GESTIONE DEL CAMBIAMENTO

PER I RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI

Piano d'azione

settoriale per i servizi sanitari

Autore: Esperto della Federazione dei Sindacati dei Lavoratori della Sanità e dell'Assistenza Sociale FZZPOZ i PS (PL), con la partecipazione di esperti dei paesi partner:

- Sindikat Zaposlenih U Zdravstvu I Socijalnoj Zast SZSZS (Sindacato dei Lavoratori della Sanità e dell'Assistenza Sociale della Serbia) (RS)
- Federazione Medica Podkrepa MEF (BG)
- Sindacato dei Lavoratori Sanitari del Montenegro TUHM (ME)
- Federatia SanITs Din Romania (RO)
- Ogólny Związek Zawodowy GWU (MT)
- Federazione dei Lavoratori del Servizio Pubblico CGIL (IT)

Indice

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1

1. Standard per una ristrutturazione responsabile nel settore sanitario

1. 1. Norme europee e dell'OIL
1. 2. Standard settoriali nell'assistenza sanitaria

CAPITOLO 2

2. Attuazione della Strategia di preparazione dei sindacati alla ristrutturazione del settore sanitario – istruzioni pratiche e raccomandazioni

2. 1. Contesto europeo
2. 2. Livello dei singoli paesi - partner del progetto

CAPITOLO 3

3. Modello di gestione del cambiamento nell'assistenza sanitaria

- 3.1. Principi guida e fasi del processo di cambiamento (diagnosi e segnali precoci, analisi degli effetti e dei rischi, progettazione di varianti di cambiamento, negoziazioni e consultazioni, implementazione e monitoraggio, valutazione e correzioni)
- 3.2. Strumenti e metodi di lavoro - strumenti analitici, di comunicazione e di negoziazione

CAPITOLO 4

4. Procedure operative dei rappresentanti dei lavoratori

- 4.1. Rilevamento precoce dei cambiamenti
- 4.2. Accesso alle informazioni
- 4.3. Valutazione degli effetti della ristrutturazione
- 4.4. Negoziazione dei cambiamenti
- 4.5. Sostegno ai lavoratori

CAPITOLO 5

Scenari ed esempi pratici nei singoli paesi

- 5.1. Fusioni / consolidamenti di ospedali - analisi dei rischi, varianti, negoziazioni, comunicazione
- 5.2. Esternalizzazione dei servizi ausiliari – valutazione dell'impatto sulla qualità, sulla sicurezza e sulle condizioni di lavoro

5. 3. Digitalizzazione e implementazione dell'IA – cambiamento dei ruoli, formazione, protezione dei dati, monitoraggio

5.4. Riduzione dell'occupazione – alternative, pacchetti di protezione, diritto alla riqualificazione

SINTESI E OSSERVAZIONI FINALI

CONCLUSIONE

Introduzione

Il settore sanitario europeo si trova ad affrontare sfide strutturali di portata storica: la digitalizzazione accelerata dei servizi, l'eredità organizzativa e umana della pandemia di COVID-19, le pressioni demografiche derivanti dall'invecchiamento della popolazione, la carenza cronica di personale qualificato, le conseguenze economiche dei conflitti globali, in particolare in Medio Oriente e in Ucraina, e la continua pressione per razionalizzare la spesa pubblica. Questi fenomeni alimentano continui processi di riorganizzazione, fusione, esternalizzazione e riduzione del personale, che hanno un profondo impatto sui lavoratori e sulla qualità dei servizi.

Nel settore sanitario, i cambiamenti hanno una dimensione particolare, perché interessano anche i pazienti e la società. La ristrutturazione del settore sanitario non è un evento isolato, ma uno stato permanente; questi processi avvengono quasi ininterrottamente, causando incertezza organizzativa e ansia tra i lavoratori.

In tali condizioni, il ruolo dei rappresentanti dei lavoratori non è solo protettivo, ma anche strategico: sono loro i primi a percepire i segnali di cambiamento, a comprendere le realtà del lavoro e a essere in grado di indicare soluzioni che combinino gli interessi dei lavoratori con quelli dei pazienti. I rappresentanti sindacali sono i rappresentanti più vicini ai lavoratori: conoscono la realtà del luogo di lavoro, notano i segnali di cambiamento e dispongono del mandato e degli strumenti legali per intervenire.

Il manuale che hai in mano è pensato per supportarti proprio in questo ruolo: rafforzare le competenze, facilitare l'azione e aiutare a costruire un dialogo sociale forte e costruttivo. Il manuale è il risultato dello sforzo congiunto di molti esperti e professionisti del dialogo sociale, è destinato ai rappresentanti sindacali del settore sanitario e ha lo scopo di fornire ai rappresentanti dei lavoratori (delegati sindacali, consigli aziendali, commissioni dei lavoratori, consigli dei lavoratori) indicazioni pratiche e strumenti basati sul diritto per prevenire gli effetti negativi della ristrutturazione nel settore sanitario, gestirla e influenzarla, proteggendo al contempo l'occupazione, la qualità dei servizi e la sicurezza dei pazienti.

Il manuale è stato sviluppato nell'ambito del progetto SERP ("Processi di ristrutturazione socialmente responsabili – rafforzamento del ruolo e del potenziale delle organizzazioni dei lavoratori"), cofinanziato dall'Unione Europea. Il manuale è inteso come

guida operativa, non solo per rispondere alle crisi, ma anche per orientare la ristrutturazione in modo da tutelare l'occupazione, la qualità dei servizi e il benessere dei lavoratori, difendendo al contempo l'interesse pubblico. I modelli, le procedure e le raccomandazioni qui raccolti hanno lo scopo di aiutare a condurre i processi di ristrutturazione in modo responsabile, prevedibile e basato sul partenariato. Il manuale ha lo scopo di fornire ai sindacati un quadro operativo completo che consenta la ristrutturazione del settore sanitario con competenza, tempestività e visione strategica.

**Insieme stiamo costruendo le basi per un futuro più
un futuro più equo, sicuro e sostenibile per i sistemi sanitari.**

CAPITOLO 1

1. Standard per una ristrutturazione responsabile nel settore sanitario

1.1. Standard europei e dell'OIL

Gli standard per una ristrutturazione responsabile basati sul quadro dell'OIL e su quello europeo comprendono:

a. Definizioni di base e ambito di applicazione

Le norme dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) sottolineano che l'assistenza sanitaria è un segmento chiave dell'economia che comprende le attività relative all'assistenza sanitaria delle persone, all'assistenza residenziale, al lavoro sociale e alla fornitura di servizi medici. L'Unione europea (UE) pone particolare enfasi sulla continuità operativa transfrontaliera, sulla sicurezza delle infrastrutture e sullo scambio sicuro e interoperabile dei dati sanitari. L'inclusività dei lavoratori adotta la definizione dell'OIL, secondo la quale i "lavoratori sanitari" comprendono sia i fornitori diretti di servizi (medici, infermieri) sia tutto il personale dirigente/di supporto (addetti alle pulizie, amministratori). In pratica, ciò significa che la ristrutturazione deve tenere conto dell'intera gamma di professioni che operano nel sistema sanitario, non solo quelle relative alle attività cliniche, ma anche quelle tecniche, amministrative, di supporto e logistiche. Ciascuno di questi gruppi ha un impatto sulla sicurezza dei pazienti, sulla continuità operativa delle strutture e sulla qualità dei servizi.

Le norme europee richiedono inoltre che tutte le forme di occupazione — a tempo pieno, a contratto, in outsourcing o cooperativa — siano trattate in modo equo e trasparente nei processi di cambiamento. La frammentazione dell'occupazione non deve portare a differenze nell'accesso alle informazioni, alla consultazione o alla tutela giuridica. Il coinvolgimento di tutte le categorie di lavoratori nel dialogo sociale è una condizione per una ristrutturazione responsabile. I rappresentanti sindacali dovrebbero insistere affinché gli standard internazionali siano utilizzati come quadro minimo per tutte le riforme dell'assistenza sanitaria.

b. Salute e benessere sul posto di lavoro

- Standard ambientali di prevenzione: le linee guida dell'OIL consigliano ai datori di lavoro di mantenere un ambiente di lavoro fisico e mentale sicuro e ottimale.
- Olistico, benessere: la politica dell'UE è in linea con l'OIL per tenere esplicitamente conto della sicurezza tecnica e dell'impatto diretto dell'ambiente di lavoro sul benessere sociale e mentale.
- Riorganizzazione incentrata sulle persone: la ristrutturazione deve combinare i cambiamenti organizzativi con il rispetto delle competenze dei lavoratori, delle condizioni di lavoro e del benessere generale.

Le norme dell'OIL e dell'UE indicano che il benessere dei lavoratori è il fondamento della stabilità del sistema sanitario. Ciò include sia la sicurezza fisica che quella psicosociale.

I processi di ristrutturazione devono tenere conto dei rischi legati al sovraccarico di lavoro, allo stress, al burnout, al lavoro a turni e alla pressione derivante dalla carenza di personale. Nel contesto della digitalizzazione, la sicurezza tecnica e digitale assume un'importanza particolare: ergonomia delle postazioni di lavoro, protezione dei dati, trasparenza dei sistemi di monitoraggio e diritto alla disconnessione. La trasformazione tecnologica non deve portare a un aumento incontrollato del carico di lavoro o a una violazione dei confini tra vita professionale e vita privata.

c. Dialogo sociale e "transizione giusta"

- Partecipazione preventiva: i sindacati stanno passando da un approccio reattivo a un modello di coinvolgimento attivo e precoce, partecipando alla fase iniziale della diagnosi del problema.
- Ancore della politica giuridica: la protezione della ristrutturazione è rafforzata dalle direttive sociali vincolanti dell'UE (che includono salari equi, trasparenza salariale, salute e sicurezza sul lavoro, lavoro su piattaforma) accanto al Pilastro europeo dei diritti sociali.
- Principio di equità: basata sul concetto di "transizione giusta" dell'OIL e sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite, la ristrutturazione è considerata non solo come un esercizio tecnico o quantitativo, ma come una questione fondamentale di giustizia sociale, in cui i costi non possono essere sostenuti dai lavoratori esposti a rischi.

I principi di cui sopra implicano che i sindacati debbano essere coinvolti nella fase iniziale, prima che venga elaborato il progetto di modifica. Le consultazioni anticipate consentono di identificare congiuntamente i rischi, di progettare opzioni di intervento e di valutare l'impatto sui lavoratori e sui pazienti.

Le norme europee richiedono la piena trasparenza dei dati: i datori di lavoro devono fornire ai sindacati informazioni sull'onere di lavoro, sulla sicurezza dei pazienti, sul rischio di migrazione del personale e sulle conseguenze economiche dei cambiamenti previsti.

Il principio della transizione giusta implica che i costi della ristrutturazione non possano essere trasferiti ai lavoratori più vulnerabili. I cambiamenti devono essere concepiti in modo da proteggere l'occupazione, le competenze e le condizioni di lavoro, sostenendo al contempo gli obiettivi del sistema.

1.2. Standard di settore nell'assistenza sanitaria

Gli standard di settore nel settore sanitario richiedono che le decisioni di ristrutturazione si basino su indicatori oggettivi, come il turnover, il numero di posti vacanti, gli straordinari o il carico di lavoro misurato in termini di tempo per paziente. Questi dati consentono di valutare

i rischi sistemici reali e di prevenire tagli irresponsabili al personale. Il controllo del burnout professionale è un elemento chiave di una ristrutturazione responsabile. Ciò significa che è necessario introdurre limiti al carico di lavoro, monitorare gli straordinari e fornire supporto psicologico e organizzativo.

Le norme europee sottolineano anche la necessità di eliminare il dumping contrattuale, una situazione in cui i dipendenti svolgono lo stesso lavoro a condizioni estremamente diverse. L'insourcing è indicato come la direzione preferita della riorganizzazione, in quanto rafforza la stabilità dell'occupazione e la qualità dei servizi. Un elemento importante è anche la costruzione di alleanze tra dipendente e paziente: il collegamento delle condizioni di lavoro con la sicurezza dei pazienti rafforza le argomentazioni dei sindacati e contrasta le narrazioni antisindacali.

Standard di settore per la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria:

- Occupazione basata sui dati: le soglie di occupazione e di sicurezza devono basarsi su indicatori oggettivi presenti su una dashboard (come la rotazione, la libertà e il numero di minuti lavorati per paziente) e non su arbitrari tagli ai costi.
- Controllo del burnout: la ristrutturazione deve imporre rigorosi limiti al carico di lavoro e garantire il "diritto alla disconnessione" durante l'implementazione della telemedicina e degli strumenti digitali.
- Tutela contrattuale uniforme: gli standard richiedono la fine del dumping e della frammentazione contrattuale, garantendo una tutela uguale per i dipendenti pubblici, privati e cooperativi che lavorano negli stessi reparti.
- Insourcing invece di outsourcing: riorganizzazioni che favoriscono l'insourcing e l'occupazione permanente e stabile invece di contratti esterni a basso costo.
- Alleanze tra lavoratori e pazienti: Collegamento strutturale con i risultati della salute pubblica, la sicurezza dei pazienti e le alleanze sociali per contrastare le narrazioni antisindacali.
- La previsione strategica dello sviluppo del sistema sanitario dovrebbe tenere conto delle tendenze demografiche e migratorie.
- Principi chiave: continuità delle cure, sicurezza dei pazienti, mantenimento delle competenze chiave, dialogo sociale, transizione equa e miglioramento delle competenze.
- Riferimenti giuridici: diritti di informazione/consultazione, contrattazione collettiva, norme del settore sanitario (regole di gestione ospedaliera, accreditamento), contratti collettivi nazionali, se applicabili.
- Obiettivi della politica settoriale: mantenere l'accesso ai servizi, ottimizzare le risorse senza peggiorare le condizioni di lavoro, investire nello sviluppo del personale.

PRINCIPI fondamentali che guidano l'approccio alla
una ristrutturazione socialmente responsabile:

- Aspettativa: il sindacato deve essere informato prima che le decisioni diventino irreversibili.
- Partecipazione: il sindacato non si oppone ai cambiamenti, ma chiede di avere voce in capitolo nella loro gestione.
- Tutela dell'occupazione: ogni processo di ristrutturazione deve preservare e, ove possibile, migliorare le condizioni di lavoro.
- Qualità dei servizi: la ristrutturazione deve essere valutata anche in termini di impatto sulla qualità dell'assistenza ai pazienti.
- Equità: i costi della ristrutturazione non possono essere trasferiti ai lavoratori più vulnerabili.

CAPITOLO 2

Attuazione della Strategia di preparazione dei sindacati alla ristrutturazione del settore sanitario – istruzioni pratiche e raccomandazioni

La ristrutturazione di ogni settore, in particolare di quelli di particolare importanza per lo Stato e i cittadini, come l'assistenza sanitaria, dovrebbe tenere conto del ruolo delle parti sociali, delle varie parti interessate del sistema e, in particolare, dei rappresentanti dei lavoratori e dei sindacati. Lo sviluppo e l'attuazione di strategie per i cambiamenti relativi alla ristrutturazione del settore dovrebbero essere effettuati a più livelli, da quello europeo a quello nazionale, tenendo conto delle specificità dei sistemi sanitari.

2.1. Contesto europeo

A causa della carenza di personale sanitario, delle sfide della trasformazione digitale, delle innovazioni tecnologiche, dei vincoli di bilancio e delle mutevoli esigenze dei pazienti derivanti dai cambiamenti demografici, i sistemi sanitari di tutto il mondo, Europa compresa, stanno subendo significativi processi di ristrutturazione. I sindacati devono essere partecipanti attivi in questi processi affinché le riforme necessarie siano socialmente responsabili, con la partecipazione attiva dei lavoratori del settore sanitario. L'attuazione della Strategia nel contesto europeo richiede un approccio a più livelli che combini il quadro politico europeo, il benchmarking dei dati e azioni nazionali e regionali mirate.

Nel contesto europeo, la ristrutturazione non è un processo lasciato esclusivamente alle decisioni nazionali. È inserita in un'ampia serie di direttive, raccomandazioni e strumenti di politica sociale dell'UE. Ciò significa che i sindacati dovrebbero utilizzare attivamente le direttive europee in materia di condizioni di lavoro, equilibrio tra vita professionale e vita privata, trasparenza salariale, salari minimi o gestione digitale. Questi strumenti non sono solo uno sfondo: sono veri e propri strumenti di negoziazione che consentono di difendere i lavoratori dagli effetti negativi della riorganizzazione.

a. Azioni di ancoraggio nel quadro della politica sociale dell'UE

L'attuazione si basa sull'adozione, durante le trattative, di un ampio quadro legislativo stabilito a livello dell'UE per proteggere i lavoratori dalle conseguenze negative durante i cambiamenti strutturali.

Ciò include le seguenti direttive:

- Condizioni di lavoro ed equilibrio tra vita professionale e vita privata: utilizzo della *Direttiva relativa a condizioni di lavoro trasparenti e prevedibili (2019/1152/UE)* e della *Direttiva sull'equilibrio tra vita professionale e vita privata (2019/1158/UE)* per definire i ruoli riorganizzati.

- Retribuzione equa e parità: *la Direttiva sulla retribuzione minima adeguata (2022/2041/UE)* e *la Direttiva sulla trasparenza salariale (2023/970/UE)* per contrastare la compressione salariale e il dumping contrattuale.
- Gestione digitale: incorporazione della trasformazione dei compiti digitali e del monitoraggio automatico nei contenuti relativi al lavoro e alla società nella *legge sull'intelligenza artificiale (COM/2021/206 final)*.
- Quadro per una transizione giusta: *il pilastro dei diritti sociali dell'UE* e strumenti non vincolanti, come *la Raccomandazione del Consiglio sull'accesso alla protezione sociale* e *la Raccomandazione sulla transizione giusta*, adottati per adeguare la ristrutturazione locale al fine di garantire che i lavoratori non sostengano costi ingiustificati per i cambiamenti sistemici.
- Utilizzo dei fondi dell'UE per l'aggiornamento delle competenze, la trasformazione digitale e i progetti di sanità pubblica; i sindacati dovrebbero seguire i bandi per i finanziamenti e influenzare la forma dei progetti in modo che tengano conto della protezione dei lavoratori.
- Condivisione delle migliori pratiche attraverso le reti sindacali europee e le piattaforme di dialogo sociale nel settore sanitario.
- Sostegno alle reti di sicurezza sostenute dall'UE (riqualificazione, sostegno alla mobilità) in caso di ristrutturazione a livello nazionale.

In pratica, ciò significa che i sindacati devono utilizzare i dati di Eurostat, le analisi del Cedefop e i pannelli di allarme rapido. Il benchmarking consente di confrontare i tassi nazionali di occupazione, il carico di lavoro, la disponibilità dei servizi o i risultati in materia di salute con le medie dell'UE. In questo modo i sindacati possono dimostrare che i problemi locali non sono casuali, ma fanno parte di tendenze europee più ampie, il che rafforza la loro argomentazione nei confronti dei governi e dei datori di lavoro.

b. Utilizzo del benchmarking dei dati a livello dell'UE

I sindacati devono abbandonare le iniziative puramente reattive e progettare dati europei credibili e autorevoli per rafforzare la propria posizione negoziale:

- Eurostat ed ECHI: utilizza *i fatti e i dati di Eurostat Salute nell'Unione europea* e *degli Indicatori chiave europei sulla salute (ECHI)* per confrontare il finanziamento nazionale dell'assistenza sanitaria, le capacità del personale e i risultati del trattamento dei pazienti con le medie dell'UE. Ciò collega direttamente le condizioni di lavoro in prima linea alle più ampie priorità di salute pubblica agli occhi dei governi.
- Pannello di allarme rapido: implementazione di un pannello standardizzato modellato sui benchmark dell'UE per identificare la fragilità del sistema prima dell'avvio della ristrutturazione. Ad esempio, se il numero di infermieri in una regione scende al di sotto

della media UE o i tassi di posti vacanti superano la media UE, la strategia impone di sospendere la ristrutturazione fino a quando non saranno negoziati piani di mitigazione.

- Kit di strumenti di previsione (anticipazione): implementare strumenti europei per il mercato del lavoro, come i metodi di previsione utilizzati nelle *previsioni delle competenze del Cedefop* e le analisi di vulnerabilità basate sui compiti, per prevedere in che modo i cambiamenti tecnologici modificheranno i posti di lavoro nel settore sanitario.

c. Muoversi nelle realtà degli Stati membri

Allontanandosi dalla prospettiva europea, l'attuazione deve adattarsi alle dinamiche contrastanti tra i diversi Stati membri dell'UE e i paesi candidati:

- Affrontare la dinamica "push and pull": le soluzioni devono tenere conto del fatto che alcuni paesi (come Malta) attirano attivamente operatori sanitari stranieri per alleviare le crisi di personale, mentre altri paesi (come la Serbia o la Bulgaria) stanno affrontando un'emigrazione di massa a causa dei bassi salari, lasciando una forza lavoro che invecchia a occupare molte posizioni. L'attuazione implica priorità di integrazione e mantenimento nei paesi "pull", competitività salariale nei paesi "push".
- Colmare il divario digitale: nei paesi che sono in ritardo rispetto agli obiettivi dell'UE nell'ambito del Decennio Digitale, dove le competenze digitali di base sono scarse, l'attuazione richiede che i sindacati negozino fondi specifici per la formazione digitale pratica a livello locale durante il normale orario di lavoro, al fine di colmare il divario.

L'Europa non è omogenea: alcuni paesi sono alle prese con l'emigrazione di massa degli operatori sanitari, altri attirano attivamente personale dall'estero. In alcuni paesi mancano le competenze digitali di base, in altri l'implementazione dell'e-health è avanzata. I sindacati devono quindi adottare tattiche diverse, dalla negoziazione di programmi di formazione all'azione per la competitività salariale o per contrastare le disuguaglianze territoriali.

d. Attuazione di un periodo di attuazione graduale

L'Unione europea deve gestire il processo di ristrutturazione attraverso un rigoroso programma pluriennale, in modo che i cambiamenti siano controllati e non spontanei.

PROGRAMMA PLURIENNALE DI RISTRUTTURAZIONE

è il seguente:

- A breve termine (0-12 mesi):

Fase di identificazione e formazione – i sindacati sviluppano le capacità interne e mappano la forza lavoro / il personale esistente, le capacità tecniche regionali e la reale portata dell'outsourcing locale.

- A medio termine (12-24 mesi):

Fase di negoziazione offensiva – i sindacati avviano trattative regionali per gestire l'assegnazione dei fondi, lanciano campagne nazionali per l'assunzione straordinaria e spingono con forza per l'internalizzazione dei servizi.

- A lungo termine (36+ mesi):

Fase di stabilizzazione sistemica – i sindacati valutano i risultati decentralizzati per sviluppare le future richieste nazionali di contrattazione collettiva, adeguare l'occupazione alle tendenze demografiche e istituzionalizzare il monitoraggio continuo della sicurezza dei pazienti.

e. Passaggio dal confronto al partenariato sociale

L'obiettivo operativo primario ed egemonico in Europa è l'istituzione tempestiva di un dialogo sociale tripartito istituzionalizzato.

- Intervento precoce: i sindacati devono essere coinvolti nel lavoro in fase di diagnosi *del problema*, prima che venga elaborata la bozza finale della modifica, garantendo parità di accesso ai dati e alle analisi degli scenari.
- Tutela giuridica contro l'unilateralismo: i sindacati europei dovrebbero cercare di adottare il modello italiano di utilizzo del quadro giuridico per bloccare o modificare i piani di riorganizzazione aziendale attuati senza consultazione sindacale, eludendo il dialogo.

I principali STRUMENTI per l'attuazione della Strategia a livello europeo dovrebbero includere:

- **il rafforzamento del dialogo sociale europeo** attraverso la partecipazione attiva ai comitati settoriali di dialogo sociale e la cooperazione con le federazioni sindacali settoriali europee,
- **monitoraggio delle politiche e delle iniziative dell'Unione europea** relative allo sviluppo del personale sanitario, alla digitalizzazione, alla salute e sicurezza sul lavoro, allo sviluppo delle competenze, alla protezione sociale e all'assistenza sociale,
- **scambio di buone pratiche** tra i sindacati di diversi paesi in materia di processi di ristrutturazione, contrattazione collettiva, mantenimento dei lavoratori e pianificazione del mercato del lavoro,
- **promuovere un approccio preventivo** che consenta ai sindacati di identificare tempestivamente i rischi di ristrutturazione e di proporre soluzioni prima che si manifestino conseguenze negative,
- **sfruttare le opportunità di finanziamento** dell'UE per la formazione finalizzata allo sviluppo delle capacità e promuovere progetti nel campo del dialogo sociale e dello sviluppo del personale,
- **sostenere il concetto di apprendimento permanente e di riqualificazione** in modo che gli operatori sanitari possano adattarsi ai cambiamenti tecnologici e organizzativi,

- **sostenere standard occupazionali di alta qualità** e condizioni di lavoro dignitose nei sistemi sanitari di tutta Europa.

RACCOMANDAZIONE pratica per l'attuazione!

I sindacati nazionali del settore sanitario dovrebbero stabilire canali di comunicazione regolari con le organizzazioni sindacali europee e nominare rappresentanti incaricati di monitorare le tendenze europee e di fornire informazioni pertinenti ai membri dei sindacati e ai lavoratori.

2. 2. Livello dei singoli paesi – partner del progetto

a. Gestione istituzionale multilivello

A livello nazionale, l'attuazione richiede un coordinamento strutturato tra i diversi livelli istituzionali per evitare ristrutturazioni dannose.

Esempi selezionati dai partner del progetto sono:

- **Modello a tre livelli (Serbia - RS):**
 - *livello strategico:* il Ministero della Salute definisce le priorità nazionali, il quadro normativo e gli obiettivi strategici generali della riforma.
 - *livello operativo:* l'istituzione finanziatrice gestisce i flussi finanziari, si occupa dei contratti di servizio e monitora le prestazioni delle strutture sanitarie.
 - *livello istituzionale:* i singoli centri sanitari, le cliniche e gli ospedali attuano le attività operative, promuovono il miglioramento della qualità e garantiscono un uso razionale delle risorse.
- **Modello del Gruppo di lavoro (Italia - IT):** l'attuazione si basa sull'istituzione di un "*Gruppo di lavoro per la ristrutturazione permanente nazionale/regionale la ristrutturazione*". Questo organismo monitora l'evoluzione dei piani sanitari regionali e fornisce linee guida uniformi e coerenti ai rappresentanti locali dei luoghi di lavoro (RSU), garantendo che i singoli ospedali non possano violare gli standard collettivi nazionali.
- **Modello di consultazione tripartita (Malta - MT):** attuazione nazionale attraverso organi centrali, tra cui il *Malta Council for Economic and Social Development (MCESD)*. Ciò facilita una cooperazione tripartita strutturata tra sindacati, associazioni dei datori di lavoro e ministeri governativi per influenzare le politiche economiche e sociali nazionali. Sposta il paese da relazioni conflittuali tra capitale e lavoro a un partenariato sociale silenzioso.

b. Esempi di tattiche pratiche di attuazione per paese

Le diverse realtà nazionali impongono diverse tattiche politiche e organizzative che i sindacati devono adottare:

POLONIA (PL): Diagnosi multivariata e coinvolgimento precoce

- Co-progettazione delle riforme: le buone pratiche nazionali impongono che il Ministero della Salute, il Fondo Sanitario Nazionale, gli enti locali e i sindacati siano coinvolti come parti sociali nella fase iniziale di diagnosi del problema.
- Prerequisiti basati sui dati: la ristrutturazione non può iniziare con un progetto "pronto", ma le autorità nazionali devono invece garantire ai sindacati il pieno accesso ai dati e alle analisi d'impatto riguardanti il carico di lavoro, la sicurezza dei pazienti e il rischio di migrazione del personale.
- Rifiuto delle proposte "prendere o lasciare": il consiglio di amministrazione e le autorità locali devono presentare *diverse varianti del* piano di ristrutturazione, non un'unica proposta finale, consentendo ai team di co-creare soluzioni più sicure.

ITALIA (IT): Tutela giuridica e lotta al dumping contrattuale

- Azione legale contro le "elusioni": quando le amministrazioni sanitarie nazionali o regionali tentano di attuare unilateralmente azioni aziendali o piani di riorganizzazione senza previa consultazione sindacale, i sindacati intraprendono un'azione legale immediata a livello nazionale ai sensi dell'articolo 28 dello Statuto dei lavoratori per bloccare o modificare i piani.
- Lotta all'outsourcing: i sindacati concentrano le trattative nazionali sulla creazione di un piano di assunzioni unico e su un aggressivo "insourcing". Ciò contrasta direttamente il "dumping contrattuale" e la "guerra tra poveri", causata dalla coesistenza di operatori sanitari pubblici e di dipendenti di cooperative private che lavorano negli stessi reparti con contratti peggiori.

BULGARIA (BG) e MONTENEGRO (ME):

Contrastare le lacune nelle competenze e l'ingiustizia territoriale

- Lotta al divario digitale: la Bulgaria è al livello più basso nell'UE per quanto riguarda le competenze digitali di base medie e l'attuazione nazionale richiede che i sindacati negozino un finanziamento specifico per la formazione pratica locale, interamente durante l'orario di lavoro e a carico del datore di lavoro.
- Lotta alle disuguaglianze territoriali: in paesi come la Serbia, dove esistono differenze nella distribuzione dei medici, la strategia nazionale impone l'implementazione di squadre mobili e programmi di incentivazione mirati per attrarre e trattenere il personale nelle aree rurali e meno sviluppate.

- Creazione di banche dati nazionali dei lavoratori: in Montenegro, l'attuazione si concentra sulla creazione di un'efficace banca dati nazionale quantitativa che tenga traccia delle qualifiche dei lavoratori, dei profili di età, dei profili sanitari e delle esigenze di formazione in relazione alla popolazione, al fine di mappare correttamente i requisiti.
- Alleanze pubbliche: per combattere le narrazioni antisinacali scatenate dal malcontento pubblico nei confronti dei sistemi sanitari, i sindacati devono costruire ampie coalizioni della società civile con le organizzazioni dei pazienti, le ONG locali e i comitati di cittadini. Collegando direttamente il benessere dei lavoratori alla sicurezza dei pazienti e alla qualità dell'assistenza, presentano le loro richieste dei lavoratori come difesa di un più ampio interesse pubblico.

IN BULGARIA (BG) I compiti sono organizzati in sei aree di azione:

- Capacità organizzative – costruire la forza interna del Sindacato attraverso la formazione, i contatti con gli ospedali privati e la partecipazione internazionale.
- Dialogo sociale e contrattazione collettiva – con la massima urgenza, rinnovo del CLA settoriale scaduto (scaduto nell'aprile 2024), formalizzazione delle regole procedurali del Consiglio delle Sezioni e negoziazione di un meccanismo di indicizzazione automatica dei percorsi clinici.
- Risorse umane, salari e condizioni di lavoro – mappatura delle carenze di personale per regione, negoziazione dell'aumento salariale raccomandato dalla relazione al 4-5% al di sopra della media e lotta per standard chiari di proporzione occupazionale nella legislazione.
- Azioni legislative e regolamentari – impegno per l'eliminazione dei limiti dei percorsi clinici, l'aggiornamento delle normative sanitarie precedenti al 2000 e la garanzia di una corretta attuazione nazionale della Direttiva europea sulle retribuzioni minime adeguate 2022/2041.
- Monitoraggio e misurazione – creazione di un quadro di indicatori espressamente raccomandati nel rapporto (tassi di occupazione, costo del lavoro, densità sindacale) e pubblicazione di un monitoraggio annuale.
- Digitalizzazione e preparazione per il futuro – aggiunta di competenze digitali alla formazione sindacale, partecipazione alla gestione della salute e avvio della preparazione di regolamenti in materia di intelligenza artificiale e telemedicina.

IN ROMANIA (RO) Partner del progetto, ruoli e coordinamento

- Identificazione delle parti interessate: Ministero della Salute, direzione ospedaliera, autorità sanitarie provinciali, Ministero del Lavoro, agenzie per l'impiego, ordini professionali, sindacati, rappresentanti dei pazienti.

- Ruoli dei rappresentanti: allerta precoce, raccolta di informazioni, negoziazione, sviluppo di misure di protezione, monitoraggio.
- Meccanismi di coordinamento: gruppi di lavoro congiunti, comitati direttivi tripartiti, memorandum d'intesa con datori di lavoro/autorità, utilizzo dei canali del piano d'azione settoriale per accedere all'assistenza tecnica e ai fondi.

c. Costruire alleanze pubbliche e contro-narrazioni

Poiché il malcontento pubblico nei confronti dei sistemi sanitari nazionali può essere facilmente utilizzato come arma nella retorica anti-sindacale, l'attuazione a livello nazionale richiede una comunicazione sociale strategica:

- Collegamento delle condizioni con l'assistenza: i sindacati devono sviluppare una narrazione comune a livello nazionale che colleghi direttamente le cattive condizioni di lavoro degli operatori sanitari (burnout, bassi salari, doppio impiego) con la limitata sicurezza dei pazienti e le lunghe liste d'attesa.
- Sfruttamento dell'elevata credibilità del personale: sull'esempio della Polonia, i pazienti percepiscono negativamente il sistema sanitario, ma allo stesso tempo apprezzano molto le competenze dei medici e ne riconoscono l'impegno. La strategia sindacale nazionale deve sfruttare questo elevato livello di fiducia personale per costruire alleanze strategiche con le organizzazioni dei pazienti, i comitati dei cittadini e le ONG locali. Ciò presenta le richieste sindacali non come singole questioni, ma come uno sforzo nazionale congiunto per difendere i diritti costituzionali all'assistenza sanitaria.

Vale anche la pena sottolineare che un'efficace attuazione della strategia richiede una forte cooperazione tra gli attori nazionali coinvolti nella formulazione della politica sanitaria, nei rapporti di lavoro, nell'istruzione e nello sviluppo delle risorse umane. I sindacati dovrebbero collaborare con i partner di progetto per garantire che i processi di ristrutturazione siano trasparenti, inclusivi e socialmente sostenibili. I partner chiave del progetto dovrebbero essere:

- i ministeri responsabili per la salute, il lavoro, gli affari sociali, l'istruzione e le finanze,
- istituzioni sanitarie e organizzazioni dei datori di lavoro operanti nel settore sanitario,
- le associazioni nazionali dei datori di lavoro nel settore sanitario, nonché le associazioni professionali e le camere dei professionisti sanitari,
- istituti di istruzione e di ricerca, facoltà e scuole,
- organi di dialogo sociale, vari tipi di consigli socio-economici,
- organizzazioni della società civile attive nel campo dell'assistenza sanitaria e dei diritti dei lavoratori e associazioni di pazienti,
- organizzazioni partner internazionali ed europee coinvolte nel dialogo sociale e nello sviluppo del personale sanitario.

Passi pratici per l'ATTUAZIONE DELLA STRATEGIA
comuni ai paesi partner - dovrebbero includere:

- la creazione di un gruppo di coordinamento nazionale che riunisca tutti i partner di progetto pertinenti,
- far conoscere a tutti la situazione attuale nel campo della sanità pubblica,
- consultazioni regolari sulle riforme pianificate e sulle misure di ristrutturazione,
- sviluppo di piani d'azione comuni con priorità, responsabilità, scadenze e risultati attesi chiaramente definiti,
- istituzione di meccanismi di scambio di informazioni tra istituzioni, datori di lavoro e sindacati,
- organizzare programmi di formazione per rappresentanti sindacali, dipendenti e dirigenti nei settori della gestione del cambiamento e del dialogo sociale,
- monitorare il processo di ristrutturazione utilizzando indicatori definiti relativi all'occupazione, alle condizioni di lavoro, alla fidelizzazione del personale e alla qualità dei servizi medici,
- valutazione dei risultati e scambio delle esperienze acquisite al fine di migliorare i futuri processi di ristrutturazione.

RACCOMANDAZIONE pratica per l'attuazione!

I sindacati dovrebbero chiedere di essere formalmente coinvolti
in tutte le fasi della ristrutturazione del sistema sanitario —
dalla pianificazione e consultazione all'attuazione e valutazione, in modo che gli interessi dei
dipendenti e la qualità dell'assistenza sanitaria rimangano al centro dei processi di riforma

CAPITOLO 3

3. Modello di gestione del cambiamento nell'assistenza sanitaria

3.1. Principi guida e fasi del processo di cambiamento (diagnostica e segnali di allarme precoci, analisi dell'impatto e del rischio, progettazione delle opzioni di cambiamento, negoziazione e consultazione, attuazione e monitoraggio, valutazione e adeguamenti)

PRINCIPI GUIDA:

La ristrutturazione deve essere una questione di "transizione equa" e di giustizia sociale, in cui i cambiamenti siano prevedibili, trasparenti ed evitino di imporre costi ai lavoratori particolarmente vulnerabili. Deve combinare i cambiamenti organizzativi con il rigoroso rispetto del benessere dei dipendenti, delle competenze e della sicurezza dei pazienti.

Principi: trasparenza, tempestività, decisioni basate sull'evidenza, partecipazione, protezione dei lavoratori vulnerabili, garanzia della sicurezza dei pazienti e della qualità dell'assistenza.

FASI DEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

- *Diagnosi e segnali di allarme precoci:*

Le parti sociali devono essere coinvolte già nella fase della diagnosi iniziale, prima che vengano prese le decisioni finali. I sindacati utilizzano l'"Allarme precoce" basato sui dati per rilevare i rischi sistemici e avviare piani congiunti di mitigazione dei progressi. Segnali di allarme precoci: mancato raggiungimento degli obiettivi, tagli di bilancio, utilizzo di fornitori esterni, congelamento delle assunzioni, cambiamenti nelle posizioni dirigenziali.

- *Analisi dell'impatto e del rischio:*

Ogni potenziale cambiamento deve essere preceduto da un'analisi oggettiva dello scenario che ne valuti l'impatto specifico sul carico di lavoro effettivo, sulla sicurezza dei pazienti, sulla disponibilità dei servizi e sul rischio di migrazione del personale. Analisi degli effetti e dei rischi: profili del personale, sicurezza dei pazienti, continuità del servizio, rischio finanziario/legale.

- *Progettazione delle opzioni di cambiamento:*

Il consiglio di amministrazione e le autorità pubbliche devono presentare molte varianti e diverse opzioni operative di ristrutturazione, invece di presentare un'unica proposta. Si tratta di soluzioni che causano il minor disturbo possibile (trasferimenti di personale, qualifiche versatili, opzioni di lavoro a tempo parziale, riorganizzazione interna).

- *Trattative e consultazioni:*

Si tratta di procedure formali di informazione e consultazione, forum di dialogo sociale, contrattazione collettiva. Le vere consultazioni non possono essere limitate da scadenze di legge e devono durare tutto il tempo necessario. I sindacati partecipano alla creazione attraverso gruppi di lavoro congiunti, negoziando pacchetti sociali, assicurando garanzie di occupazione e rispondendo alle opinioni dei lavoratori.

- *Attuazione e monitoraggio:*

Progetti a fasi controllati da team di monitoraggio dedicati che redigono relazioni periodiche sull'attuazione, prevenendo ristrutturazioni spontanee o incontrollate. L'attuazione e il monitoraggio comprendono, ad esempio, calendari concordati, progetti pilota, indicatori chiave di prestazione relativi alla qualità e all'impatto sull'occupazione.

- *Valutazione e adeguamenti:*

Gli accordi firmati e il loro impatto attuale sulle condizioni di lavoro vengono sistematicamente valutati in date concordate, consentendo un adeguamento del processo basato sui dati. Valutazione

e gli adeguamenti includono revisione post-implementazione, azioni correttive, meccanismi di gestione dei reclami.

3.2. Strumenti e metodi di lavoro - strumenti analitici, di comunicazione e di negoziazione

a. Analitici:

- *"Dashboard di avviso":*

Sono utilizzati per monitorare le soglie di occupazione (come i tassi di posti vacanti, la rotazione e le ore di straordinario) rispetto alle medie dell'UE al fine di identificare i rischi sistemici.

- *Modelli di previsione:*

Utilizzo di metodi statistici ed econometrici per prevedere le tendenze del mercato del lavoro a breve, medio o lungo termine e le esigenze di competenze.

- *Analisi basata sui compiti:*

Analisi di compiti specifici nell'ambito dei ruoli sanitari utilizzando dati quantitativi e qualitativi per stimare la suscettibilità di una determinata posizione ai cambiamenti tecnologici o organizzativi.

- *Monitoraggio:*

Un modello di tracciamento interno per aggregare i dati regionali sulle carenze effettive di personale, sugli straordinari e sulle ferie non godute al fine di produrre rapporti completi a livello nazionale e aziendale.

- *Analisi preventive di impatto e di scenario:*

Analisi analitiche effettuate prima di prendere una decisione finale per valutare l'impatto della riforma sul carico di lavoro, sulla sicurezza dei pazienti e sul mantenimento del personale. Ad esempio, l'analisi del discorso: come metodo analitico per studiare come vengono create e mantenute le narrazioni pubbliche, consentendo ai sindacati di comprendere e contrastare i sentimenti anti-sindacali.

- *Estrazione di documenti e costi:*

Audit rigorosi dei bilanci pubblici, delle retribuzioni delle autorità sanitarie locali e dei contratti per dimostrare l'inefficienza economica della privatizzazione.

b. Strumenti e metodi di comunicazione:

- *Alleanze pubbliche strategiche:*

Costruire mobilitazioni locali congiunte, campagne mediatiche e relazioni strutturate con le associazioni dei pazienti, i comitati di cittadini e le ONG locali per promuovere le proposte sindacali come soluzioni sanitarie a livello nazionale.

- *Ampie campagne di ascolto:*

Attività di comunicazione interna mirate, volte a raccogliere opinioni in prima linea e ad aumentare i tassi sindacali nei reparti interessati.

- *Bollettini di comunicazione in caso di crisi:*

Newsletter regolari e trasparenti in formato cartaceo o stampato per i dipendenti, che descrivono le modifiche esatte e le ragioni delle modifiche, nonché lo stato di avanzamento delle trattative per eliminare le dicerie.

- *Campagne mediatiche e stampa:*

Strategie mirate di pubbliche relazioni per rompere l'isolamento professionale del personale medico e adeguare direttamente la protezione dei lavoratori alla sicurezza pubblica.

c. Strumenti e metodi di negoziazione

- *Trattative preventive e accordi di avanzamento:*

Passaggio a un modello proattivo in cui i sindacati negoziano pacchetti sociali e limiti di personale prima dell'inizio della ristrutturazione.

- *Gruppi di lavoro congiunti:*

Gruppi di coordinamento tripartiti e multilivello che riuniscono rappresentanti sindacali, direzione, governo locale ed esperti indipendenti nella fase iniziale di diagnosi del problema.

- *Provvedimenti ingiuntivi:*

Utilizzo dei diritti legali per avviare procedimenti contro i datori di lavoro che effettuano riorganizzazioni senza previa consultazione sindacale.

- *Mediazione indipendente:*

Coinvolgimento di esperti esterni neutrali e creazione di team di crisi dedicati per facilitare la risoluzione delle controversie e prevenire la paralisi sul posto di lavoro.

- *Piani nazionali di formazione:*

Implementazione di programmi formativi specialistici volti a certificare i delegati nel processo di licenziamento collettivo, finanza aziendale e gestione, affinché possano negoziare in autonomia.

CAPITOLO 4

4. Procedure operative per i rappresentanti dei lavoratori

4.1. Rilevamento/identificazione precoce dei cambiamenti

Una rappresentanza efficace inizia molto prima che vengano prese decisioni formali di ristrutturazione. La capacità dei rappresentanti dei lavoratori di individuare precocemente i segnali di cambiamenti imminenti è fondamentale per garantire che i lavoratori non si trovino di fronte a situazioni di fatto compiuto e che la loro partecipazione effettiva rimanga possibile. I rappresentanti dei lavoratori e i sindacati dovrebbero sviluppare meccanismi per identificare rapidamente i cambiamenti organizzativi, tecnologici e finanziari che possono portare alla ristrutturazione delle istituzioni sanitarie. L'identificazione precoce consente ai sindacati di reagire in tempo e di partecipare al processo decisionale. Il vantaggio competitivo del sindacato nella gestione della ristrutturazione non dipende solo dal potere negoziale, ma anche dalla capacità di leggere i primi segnali di allarme prima che le decisioni delle aziende diventino irreversibili.

a. Passaggio a un ruolo preventivo:

L'individuazione precoce consente ai sindacati di passare da un approccio reattivo a un ruolo preventivo, che permette loro di influenzare e plasmare la ristrutturazione dell'assistenza sanitaria prima che venga ufficialmente finalizzata.

b. Kit di strumenti predittivi:

I sindacati utilizzano metodi di previsione del mercato del lavoro e di analisi delle mansioni (in linea con gli strumenti dell'OIL, del FMI e dell'OCSE) per calcolare il livello di vulnerabilità di specifiche professioni sanitarie ai futuri cambiamenti tecnologici o organizzativi.

c. Dashboard di allarme precoce:

Un sistema di monitoraggio continuo che controlla gli indicatori chiave come i tassi di posti vacanti, la rotazione del personale e gli straordinari. Se questi indicatori segnalano soglie critiche "rosse", la strategia impone di sospendere la ristrutturazione fino a quando i piani di mitigazione non saranno negoziati congiuntamente.

d. Utilizzo delle conoscenze pratiche:

I sindacati fungono da principale linea di rilevamento, monitorando attivamente in tempo reale i fattori di stress sul posto di lavoro, come i gravi prolungamenti della durata dei turni dei medici junior o l'accumulo di ferie non godute, che sono segnali precoci di burnout e fragilità del sistema.

e. Integrazione del problema e della diagnosi:

Implementazione di molteplici analisi di scenario per valutare l'impatto delle modifiche proposte sul carico di lavoro del personale, sulla sicurezza dei pazienti e sulla fidelizzazione del personale.

f. Introduzione del monitoraggio:

Revisione periodica di bilanci, bandi di appalti pubblici, verbali di riunioni dirigenziali, bandi di gara, appalti informatici, dati sulla forza lavoro.

g. Creazione di una lista di controllo di allarme precoce:

Fattori che richiedono un'escalation (ad esempio, proposta di trasferimento di servizi, contratti con fornitori esterni, congelamento delle assunzioni).

h. Costruzione di reti di informazione:

Reti interne (collaboratori, dirigenti) ed esterne (autorità locali, federazioni sindacali).

Le principali attività di identificazione precoce comprendono:

- monitoraggio dei piani strategici e delle politiche delle istituzioni sanitarie e degli organi competenti,
- analisi dei cambiamenti nelle finanze, nell'organizzazione del lavoro e nella politica occupazionale,
- monitoraggio delle modifiche legislative che possono influire sulla posizione dei dipendenti,
- stabilire una comunicazione regolare con la direzione e i dipendenti,
- identificazione di potenziali minacce all'occupazione, alle condizioni di lavoro e alla qualità dei servizi medici.

Cosa può segnalare una imminente ristrutturazione: SEGNALI DI AVVERTENZA	
→	comparsa improvvisa e inaspettata di consulenti organizzativi o revisori dei conti
→	riunioni riservate tra la direzione e i responsabili delle unità operative
→	improvvisa sospensione degli acquisti, della sostituzione del personale o delle assunzioni
→	cambiamenti inspiegabili nel flusso dei pazienti o nel livello di attività
→	annunci di una "revisione organizzativa" o di un "piano di efficienza" nella comunicazione aziendale
→	avvisi di gare d'appalto per l'outsourcing di servizi tradizionalmente forniti internamente
→	deterioramento degli indicatori di occupazione

→ cambiamenti legislativi o politici

RACCOMANDAZIONE pratica da attuare!

Creare gruppi sindacali per monitorare i cambiamenti e preparare relazioni periodiche sui potenziali rischi legati alla ristrutturazione

4.2 Accesso alle informazioni

La partecipazione effettiva dei rappresentanti dei lavoratori ai processi di ristrutturazione è possibile solo con un accesso tempestivo alle informazioni, in conformità con i diritti derivanti dalla legislazione applicabile o dai contratti collettivi, se applicabili nel settore sanitario. Il diritto dei rappresentanti dei lavoratori a ricevere informazioni tempestive, accurate e complete è la base per una reale partecipazione ai processi di ristrutturazione.

I rappresentanti dei lavoratori hanno il diritto di richiedere:

- informazioni sulle modifiche organizzative previste,
- indicatori finanziari che incidono sul funzionamento dell'istituzione,
- dati sulle modifiche alla struttura occupazionale,
- valutazioni dell'impatto della ristrutturazione sulla qualità dell'assistenza sanitaria, sui pazienti e sui dipendenti,
- informazioni sui piani di digitalizzazione, automazione e riorganizzazione del lavoro,
- accesso a dati statistici e comparativi,
- l'utilizzo di indicatori misurabili nel dialogo sociale

La Strategia di attuazione indica:

a. Eliminazione dell'asimmetria informativa:

L'accesso ai dati è una condizione fondamentale per la trasformazione dei sindacati da un approccio reattivo a un ruolo attivo, garantendo che non vengano invitati al tavolo dopo che sono state prese le decisioni di ristrutturazione.

b. Integrazione precoce della diagnosi:

Una vera trasparenza richiede che i sindacati abbiano pieno accesso alle ipotesi operative, ai dati e alle analisi già nella fase di diagnosi iniziale del problema, prima ancora che venga elaborato il progetto definitivo.

c. Valutazioni d'impatto obbligatorie:

L'accesso alle informazioni deve includere chiaramente analisi preventive di impatto e scenari che valutino in che modo le modifiche proposte influenzeranno il carico di lavoro del personale, la sicurezza dei pazienti, l'accesso ai servizi e il rischio di migrazione del personale.

d. Acquisizione di dati finanziari e aziendali:

I sindacati devono disporre di meccanismi legali e strutturali per estrarre documenti interni, come i costi effettivi dei contratti privati e delle retribuzioni, al fine di analizzare in modo indipendente le affermazioni dei datori di lavoro in merito ai problemi finanziari e dimostrare l'inefficacia della privatizzazione.

e. Aggregazione e monitoraggio dei dati:

La strategia richiede la creazione di organismi permanenti per monitorare la raccolta dei dati (ad es. Osservatorio Permanente in Italia) e di banche dati nazionali per monitorare le effettive carenze di personale, i livelli di qualificazione, i profili di età e le capacità istituzionali regionali.

f. Attenuazione delle voci interne:

I sindacati devono stabilire una comunicazione costante con i membri attraverso bollettini periodici per condividere i progressi nell'accesso a documenti e verbali, altrimenti la mancanza di informazioni crea ansia e diffonde dicerie.

I dipendenti spesso notano i cambiamenti organizzativi prima che vengano resi noti: riorganizzazioni informali, nuove procedure IT, comparsa di consulenti esterni.

Il rappresentante sindacale deve stabilire canali per la raccolta di queste segnalazioni:

- riunioni periodiche delle unità dipartimentali o operative (almeno trimestrali),
- canali diretti (messaggistica WhatsApp, posta elettronica dedicata) per segnalazioni individuali riservate,
- sondaggi anonimi sulla percezione del clima organizzativo e sulle aspettative relative ai cambiamenti,
- colloqui regolari con i rappresentanti delle regioni aperti al dialogo.

operativa in materia di Come esercitare in pratica il diritto all'informazione? fornitura di informazioni

• **SPECIFICARE L'OGGETTO:**

Specificare con precisione i documenti o le informazioni richieste (ad esempio, il piano di riorganizzazione dell'unità di radiologia, il piano triennale del fabbisogno di personale per il periodo 2025-2027, la bozza del capitolato d'appalto per l'esternalizzazione dei servizi di mensa)

- **PRESENTARE UNA RICHIESTA SCRITTA:**

Utilizza una e-mail raccomandata o una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata al Consiglio di Amministrazione dell'azienda e, per ottenere informazioni, al Dipartimento delle Risorse Umane. Conserva sempre la ricevuta di ritorno.

- **INDICARE LA BASE GIURIDICA:**

Fare riferimento a un articolo specifico, ad esempio del Contratto Collettivo di Lavoro o della legge pertinente che disciplina l'accesso ai documenti.

- **FISSARE UNA SCADENZA:**

Chiedi una risposta entro, ad esempio, 15 giorni o entro il termine specificato nelle normative pertinenti.

- **IN CASO DI MANCATA RISPOSTA O RIFIUTO:**

Valuta la possibilità di presentare una richiesta di accesso ai documenti amministrativi (per le istituzioni pubbliche), di rivolgerti al Mediatore o di avviare una controversia sindacale.

RACCOMANDAZIONE pratica da attuare!

Rispettare l'applicazione delle procedure formali di informazione e consultazione, in conformità con la legge, i contratti collettivi e i principi del dialogo sociale

4.3. Valutazione dell'impatto della ristrutturazione

Prima e durante i processi di ristrutturazione, i rappresentanti dei lavoratori dovrebbero valutare le potenziali conseguenze per i lavoratori, i servizi e l'intero sistema. Questa funzione analitica sta diventando sempre più importante a causa della natura multidimensionale della ristrutturazione nell'assistenza sanitaria. È quindi necessario effettuare una valutazione completa delle possibili conseguenze.

In generale, la valutazione dovrebbe includere, tra l'altro,

- **l'impatto sul numero di dipendenti**

Considerando il già critico deficit di personale, qualsiasi ristrutturazione che non tenga conto delle carenze esistenti rischia di accelerare il crollo del sistema. I rappresentanti valutano se le modifiche proposte presuppongano scenari occupazionali realistici.

- **cambiamenti nell'organizzazione del lavoro, nei luoghi di lavoro e nelle descrizioni delle mansioni**

La pratica comune di compensare la carenza di personale con gli straordinari e i turni di guardia retribuiti è documentata come causa di esaurimento precoce e di abbandono anticipato della professione. I rappresentanti monitorano e valutano le misure di ristrutturazione che potrebbero peggiorare questa dinamica.

- **impatto sulla salute e sicurezza sul lavoro**

Ciò include il monitoraggio del rispetto degli standard medici, la segnalazione degli incidenti, il rispetto del diritto del lavoro e delle norme in materia di salute e sicurezza, lo svolgimento del lavoro in modo da migliorare l'assistenza o semplicemente aumentare l'onere amministrativo senza un adeguato supporto del personale.

- **impatto finanziario e sociale sui pazienti – qualità e disponibilità dei servizi medici**

Tenendo conto delle differenze geografiche nella distribuzione del personale e delle strutture mediche, con gli specialisti concentrati nelle grandi città e una grave carenza nelle aree rurali e remote, i rappresentanti valutano le misure di ristrutturazione in termini di impatto regionale differenziato. Chiusure, fusioni o modifiche alla classificazione delle strutture in aree insufficientemente servite possono avere conseguenze sproporzionate per le comunità servite da queste strutture. La ristrutturazione che trasferisce maggiormente i costi ai pazienti viene valutata in termini di impatto sull'accesso equo e sull'utilizzo a lungo termine dei sistemi.

- **la necessità di ulteriore formazione e sviluppo professionale**

La mancanza di continuità intergenerazionale è considerata un rischio strutturale fondamentale. Le proposte di ristrutturazione sono valutate in termini di capacità di attrarre e trattenere professionisti più giovani, anche attraverso adeguate strutture di tutoraggio, investimenti in formazione e retribuzioni aggiuntive.

Raccomandazione pratica per l'attuazione

Tenere conto, per la valutazione degli effetti della ristrutturazione, delle opinioni e del ruolo degli esperti nei settori del lavoro, dell'assistenza sanitaria, dell'economia e della sicurezza sul lavoro, nonché dei rappresentanti dei lavoratori -
per il più ampio contesto possibile delle modifiche introdotte

Quando gli effetti sono gestiti attraverso un dialogo sociale precoce, questo processo fornisce garanzie di occupazione stabili, percorsi di carriera protetti, una riduzione misurabile dello stress legato al lavoro e il mantenimento delle conoscenze cliniche.

La strategia in questo settore sottolinea:

a. Analisi preventive obbligatorie:

I piani di ristrutturazione non possono mai essere finalizzati senza una valutazione preliminare effettuata nella fase iniziale di diagnosi del problema per misurare l'impatto sul carico di lavoro, sulla sicurezza dei pazienti, sull'accesso ai servizi e sulla fidelizzazione del personale.

b. Conseguenze negative documentate:

Le ristrutturazioni incontrollate e di austerità devono essere collegate al burnout dei dipendenti e al "dumping contrattuale", che divide i diritti dei lavoratori e separa i dipendenti pubblici dai dipendenti a basso contratto nelle cooperative.

c. Stratificazione sociale dell'assistenza:

Quando la ristrutturazione indirizza i pazienti verso il settore privato, si creano evidenti disuguaglianze sociali, limitando l'accesso all'assistenza sanitaria per i gruppi vulnerabili che non possono permettersi tali costi.

d. Strumenti di monitoraggio quantitativo:

La strategia utilizza strumenti come l'Allarme Rapido e gli Osservatori Permanenti per monitorare continuamente i punti di guasto del sistema in tempo reale, come un aumento critico del turnover del personale o un eccesso di straordinari.

BUONE PRATICHE

PASSAGGI NELL'AMBITO DI UNA VALUTAZIONE RAPIDA DELL'IMPATTO

- Identificare le posizioni e i servizi interessati dalla ristrutturazione
- Identificare le lacune nelle competenze e le posizioni chiave
- Lista di controllo per la sicurezza dei pazienti e la continuità delle cure
- Effetti economici sul personale (perdita di reddito, spostamenti per recarsi al lavoro)
- Conseguenze legali e relative ai contratti collettivi

Risultato: una breve relazione sui rischi e sulle misure di mitigazione con opzioni (trasferimento ad altre posizioni, formazione, riduzione dell'orario di lavoro, trasferimenti volontari, prepensionamento, esternalizzazione con garanzie).

4.4. Negoziazione dei cambiamenti

Le trattative sono il meccanismo operativo centrale attraverso il quale i rappresentanti dei lavoratori trasformano le loro informazioni e analisi in garanzie e miglioramenti concreti per i lavoratori interessati dalla ristrutturazione. Nel settore sanitario, ciò avviene a molti livelli: settoriale, aziendale, legislativo e persino politico o europeo.

Quando la ristrutturazione è inevitabile, i rappresentanti dei lavoratori dovrebbero partecipare

alle trattative volte a tutelare i diritti e gli interessi dei lavoratori. Le trattative sindacali nella ristrutturazione dell'assistenza sanitaria non possono essere esclusivamente difensive. Un sindacato che partecipa attivamente alla gestione del cambiamento attraverso le proprie proposte e concessioni ottiene risultati migliori di un sindacato che si limita a opporsi.

Le trattative possono riguardare:

- il mantenimento dei posti di lavoro, ove possibile
- misure per prevenire i licenziamenti forzati
- trasferimento dei dipendenti in posizioni adeguate
- programmi di formazione aggiuntivi e possibilità di riqualificazione
- trattamento di fine rapporto e retribuzione per i dipendenti interessati dagli effetti dei cambiamenti
- misure / strumenti volti a mantenere la qualità dell'assistenza sanitaria

Tra gli strumenti chiave presentati nella Strategia figurano:

a. Intervento in fase di diagnosi:

Le trattative devono iniziare dalla fase iniziale di diagnosi del problema, prima che i progetti di ristrutturazione pronti vengano finalizzati, rifiutando le proposte del management del tipo "prendere o lasciare".

b. Co-progettazione attraverso molteplici opzioni:

I sindacati devono richiedere ai datori di lavoro di presentare molteplici opzioni organizzative e scenari invece di un unico piano, consentendo ai team di collaborazione di affrontare il cambiamento.

c. Leva basata sui dati:

Potere negoziale rafforzato dall'accesso ai documenti aziendali interni (ad esempio i costi effettivi dei contratti privati) e dall'utilizzo dei benchmark dell'Early Warning Dashboard per fermare la ristrutturazione se le soglie del sistema entrano nella zona "rossa".

d. Protezione obbligatoria sul posto di lavoro:

Le trattative devono prevedere pacchetti sociali, comprese garanzie di lavoro a tempo determinato, regole chiare per i trasferimenti dei lavoratori, un "diritto di disconnessione" applicato contrattualmente e una formazione finanziata dal datore di lavoro durante l'orario di lavoro.

e. Tutela giuridica contro l'unilateralità:

Se i datori di lavoro cercano di eludere il dialogo sociale, i sindacati dovrebbero ricorrere a meccanismi legali nazionali per bloccare o modificare i piani di riorganizzazione unilaterali.

f. Coalizioni pubbliche strategiche:

I sindacati devono contrastare le narrazioni antisindacali costruendo ampie alleanze con le associazioni dei pazienti e le ONG locali, presentando efficacemente le richieste dei lavoratori come un pacchetto collettivo per la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti.

RACCOMANDAZIONE pratica per l'attuazione!

Le trattative dovrebbero basarsi su prove, analisi e argomentazioni che mostrino le conseguenze delle modifiche proposte per i dipendenti, i pazienti e il sistema sanitario

Negoziazione dei cambiamenti – le regole più importanti:

- **PREPARAZIONE:** definizione di obiettivi, alternative, basi giuridiche, limiti che non possono essere superati e misure compensative auspicabili.
- **TATTICA:** insistere su valutazioni d'impatto congiunte, attuazione graduale, progetti pilota, impegni vincolanti per la riqualificazione e il trasferimento, pacchetti di liquidazione o di compensazione.
- **ESEMPI DI CLAUSOLE** da richiedere: offerta garantita di occupare per prima una posizione vacante, piani di formazione con congedo di formazione retribuito, tutela delle condizioni di lavoro in caso di outsourcing, misure sensibili al genere, calendario con punti di revisione.

- Se le trattative si bloccano in una SITUAZIONE DI STALLO: ricorrere alla mediazione, alle campagne pubbliche, all'azione legale e all'impegno politico attraverso gli organismi di settore.

Negoziazioni decentrate a livello aziendale – l'esempio italiano

In caso di ristrutturazione, può disciplinare:

- Gestione dell'eccedenza di personale: percorsi interni di ricollocazione prioritari prima dei licenziamenti, con garanzia di mantenimento delle qualifiche
- Indennità di turno: garanzia di una retribuzione aggiuntiva per i dipendenti soggetti a una riorganizzazione significativa di un'unità operativa
- Formazione e riqualificazione: programmi di formazione obbligatori finanziati dall'azienda per i dipendenti interessati da un cambiamento di ruolo o dall'introduzione di nuovi sistemi
- Orario di lavoro e turni: revisione dei criteri di programmazione durante la riorganizzazione, con garanzia di consultazione
- Lavoro flessibile / lavoro intelligente: norme che disciplinano l'accesso del personale amministrativo e tecnico, con criteri trasparenti e non discriminatori
- Rafforzamento dei diritti sindacali: ore di congedo supplementari per le attività sindacali durante i periodi di ristrutturazione attiva

Trattative a livello aziendale – l'esempio bulgaro

Nelle singole strutture sanitarie, le sezioni sindacali negoziano disposizioni aggiuntive, tra cui, ad esempio:

- Rimborso delle spese di trasporto: almeno il 90% delle spese di viaggio per i dipendenti il cui luogo di residenza è diverso dal luogo di lavoro
- Assistenza finanziaria in situazioni difficili: sostegno finanziato dal datore di lavoro in caso di malattia grave, intervento chirurgico importante o decesso del coniuge, di un figlio o di un genitore
- Assicurazione di responsabilità professionale: assicurazione obbligatoria di "Responsabilità professionale dei medici e del personale medico" finanziata dal datore di lavoro
- Norme di sicurezza sul lavoro: elaborazione congiunta con i sindacati e i servizi di medicina del lavoro di norme e istruzioni in materia di sicurezza sul luogo di lavoro
- Diritto al trattamento di fine rapporto: trattamento di fine rapporto obbligatorio al momento del pensionamento (2 mesi di retribuzione lorda o 7 mesi se il dipendente ha lavorato per lo stesso datore di lavoro negli ultimi 10 anni) sancito dai contratti collettivi

4.5. Sostegno ai lavoratori

Il compito principale dei rappresentanti dei lavoratori è quello di fornire un sostegno pratico ai lavoratori colpiti dalla ristrutturazione, sia che si tratti di perdita del posto di lavoro, trasferimento a un'altra posizione, modifica delle condizioni di lavoro o trasformazione istituzionale. Durante il processo di ristrutturazione, i sindacati dovrebbero fornire ai lavoratori un sostegno continuo in varie forme.

Il sostegno può essere individuale (consulenza, consulenza legale, assistenza nella ricerca di lavoro, workshop sul CV, sostegno alla salute mentale) o di gruppo: programmi collettivi di riqualificazione, negoziazione di indennità transitorie, fiere del lavoro, sostegno alla mobilità professionale. È importante cercare di utilizzare i fondi pubblici, ad esempio quelli provenienti da misure attive del mercato del lavoro e le sovvenzioni dell'UE per la riqualificazione, e incoraggiare i datori di lavoro a cofinanziare la formazione. È inoltre fondamentale monitorare l'attuazione delle misure di sostegno e garantire impegni vincolanti.

RACCOMANDAZIONE pratica per l'attuazione!

Sviluppo del potenziale della base di attivisti sindacali

L'elemento fondamentale per un efficace sostegno ai lavoratori durante la ristrutturazione è la competenza degli stessi rappresentanti sindacali. È necessario sottolineare la necessità di migliorare costantemente la leadership, la comunicazione, le conoscenze e le competenze specialistiche dei rappresentanti sindacali, nonché di approfondire la loro comprensione dei processi di gestione del cambiamento e degli aspetti socio-psicologici della trasformazione organizzativa.

Questo programma di sviluppo delle capacità comprende:

- a)** programmi di apprendimento permanente per i rappresentanti sindacali
- b)** lo sviluppo di standard di qualità per il dialogo sociale a livello aziendale, nazionale e transnazionale
- c)** creazione di un algoritmo di monitoraggio dei dati in tempo reale, utilizzando indicatori misurabili come strumento di negoziazione e decisione
- d)** avvio di un dibattito su un sistema integrato di gestione della qualità per il dialogo sociale a livello transnazionale

L'obiettivo di queste attività è garantire che i rappresentanti sindacali non solo reagiscano alle decisioni di ristrutturazione, ma siano anche partecipanti proattivi, ben informati e tecnicamente preparati nel plasmare il futuro del settore sanitario in una direzione socialmente responsabile.

Principali meccanismi di sostegno (esempi) inclusi nella Strategia:

a. Formazione sul posto di lavoro interamente finanziata:

I corsi obbligatori di aggiornamento delle conoscenze e la formazione sulle applicazioni digitali dovrebbero svolgersi durante il normale orario di lavoro; i costi sono a carico del datore di lavoro.

b. Garanzie contrattuali digitali:

Per proteggere i lavoratori dall'intensificazione del lavoro e dall'eliminazione dei confini nella telemedicina o nel lavoro intelligente, i sindacati devono assicurarsi un "diritto di disconnessione" garantito contrattualmente.

c. Pacchetti sociali completi:

Il sostegno deve includere garanzie di lavoro a tempo determinato, regole chiare per i trasferimenti dei lavoratori e una riqualificazione strutturata per garantire una continuità professionale sicura durante il trasferimento.

d. Assistenza psicologica e al benessere:

Poiché i cambiamenti organizzativi causano molto stress ed esaurimento, il quadro di ristrutturazione deve includere un supporto psicologico diretto per aiutare i lavoratori ad affrontare le ansie legate ai cambiamenti sul posto di lavoro.

e. Tutela di gruppi e regioni per le persone vulnerabili:

I sindacati devono impegnarsi a difendere i settori altamente vulnerabili (donne, giovani, migranti, lavoratori atipici) e attuare programmi di incentivazione decentralizzati e squadre mobili a sostegno del personale che affronta disuguaglianze territoriali.

f. Riduzione dell'ansia e rafforzamento locale:

Il mantenimento di canali di comunicazione interna costanti e trasparenti che eliminino le dicerie e l'ansia e la formazione intensiva dei dipendenti del dipartimento del lavoro in materia di diritto del lavoro e finanza garantiscono una forte protezione locale dei lavoratori.

CAPITOLO 5

Scenari ed esempi pratici nei singoli paesi

5.1. Fusioni / consolidamenti ospedalieri - analisi dei rischi, varianti, negoziazioni, comunicazione

La fusione di istituzioni / strutture sanitarie viene spesso effettuata al fine di razionalizzare i costi, organizzare meglio il lavoro e garantire un uso più efficiente delle risorse. Questa misura è particolarmente utile laddove la distanza tra gli ospedali è breve. Tuttavia, è necessario prestare attenzione, tenendo conto dell'infrastruttura stradale e dell'accessibilità per tutti gli utenti della comunità locale.

È importante tenere conto di:

- analisi dei rischi: perdita del posto di lavoro, aumento del carico di lavoro, trasferimento dei dipendenti in altre sedi, riduzione della disponibilità dei servizi medici, diminuzione della motivazione dei dipendenti.
- possibili opzioni / varianti: trasferimenti volontari di dipendenti, deflusso naturale di dipendenti senza la possibilità di intraprendere un nuovo lavoro, ridistribuzione interna dei dipendenti, programmi di formazione aggiuntiva e sviluppo professionale.
- negoziazioni - i rappresentanti dei lavoratori dovrebbero richiedere, ad esempio, criteri chiari di riorganizzazione, garanzie di mantenimento dell'occupazione, procedure trasparenti per l'inserimento dei lavoratori, tenendo conto della distanza tra il luogo di lavoro e il luogo di residenza, delle esigenze familiari e della disponibilità di altri servizi pubblici, ad esempio per i membri più giovani della famiglia, e misure per proteggere le condizioni di lavoro. I punti di negoziazione possono riguardare elementi quali: tutela dei diritti dei lavoratori, riconoscimento dell'anzianità di servizio, regole per il cambio di grado, politica che garantisca l'assunzione in via prioritaria per i posti vacanti, un calendario chiaro, consulenza al personale.
- comunicazione: informare regolarmente i dipendenti riduce l'incertezza e la resistenza al cambiamento. Queste possono essere comunicazioni pubbliche coordinate che sottolineano la sicurezza dei pazienti e la protezione del personale, oppure incontri con i dipendenti.

Esistono esempi di buone pratiche in diversi paesi europei, dove i sindacati hanno partecipato allo sviluppo di piani sociali che consentono la ridistribuzione dei lavoratori senza licenziamenti forzati.

a. Rischi e scenari specifici per paese - esempi selezionati

In Polonia (PL) le fusioni / i consolidamenti ospedalieri sono il risultato di un grave indebitamento sistemico del settore ospedaliero e di una crisi di liquidità finanziaria, che rende il sistema pubblico inefficiente. Ciò crea situazioni in cui le procedure sono finanziate al di sotto dei costi, con il rischio di un peggioramento della qualità dei servizi e di una sottovalutazione dei servizi sanitari.

I sindacati del settore sanitario operano a due livelli nei processi di cambio di proprietà e di ristrutturazione: a livello locale – negoziano pacchetti sociali, si oppongono alla privatizzazione, collaborano con gli enti locali e a livello nazionale – influenzano la legislazione, formulano richieste al Consiglio per il Dialogo Sociale, tutelano il carattere pubblico del sistema e i pazienti.

In Italia (IT), invece, la ristrutturazione si basa sul personale che si trova ad affrontare limiti di spesa per il personale. I consolidamenti rischiano che i professionisti abbandonino il lavoro nel National Health Service (sistema pubblico) per essere nuovamente assunti come liberi professionisti, con contratti a contratto, con un significativo aumento dei costi per il sistema.

Serbia (RS) e Montenegro (ME) - i consolidamenti affrontano un grave rischio geografico. In Serbia la distribuzione dei medici è molto disomogenea e le fusioni ospedaliere possono tagliare l'accesso della popolazione rurale o in diminuzione.

Malta (MT) affronta le conseguenze di fallimentari consolidamenti di ospedali pubblici e privati. Ad esempio, una grande concessione trentennale di tre grandi ospedali pubblici è fallita dopo soli 7 anni, il che evidenzia il rischio di esternalizzazione delle infrastrutture di base.

La Bulgaria sottolinea rischi molto importanti per i dipendenti, i pazienti e l'intero sistema.

I rischi per i dipendenti includono:

- Perdita di posti di lavoro: la fusione di solito comporta la razionalizzazione di doppie funzioni amministrative e di supporto, il che comporta un rischio diretto di licenziamenti per il personale non clinico.
- Declassamento: i dipendenti possono essere trasferiti a posizioni inferiori o a reparti con un carico di lavoro maggiore senza un adeguato adeguamento della retribuzione.
- Perdita della tutela derivante dal contratto collettivo: se l'ente operativo ha un contratto collettivo diverso o non ne ha affatto, i dipendenti coinvolti nella fusione possono perdere i diritti negoziati (indennità di anzianità, ferie aggiuntive, rimborso delle spese di trasporto).
- Trasferimento geografico: il consolidamento dei servizi in un'unica area può richiedere ulteriori spostamenti da parte dei dipendenti, con particolare impatto sul personale rurale e suburbano.

- Aumento del carico di lavoro: il personale rimanente si fa carico del numero di pazienti della struttura accorpata senza un aumento proporzionale del personale, il che aggrava la già critica dinamica della carenza.

Rischi per i pazienti e i servizi:

- Accesso geografico limitato: la chiusura o il declassamento di una struttura in un'area con servizi insufficienti elimina una rete di sicurezza fondamentale, soprattutto per le cure di emergenza.
- Perturbazioni della qualità: i periodi di transizione comportano il rischio di incomprensioni, incompatibilità dei sistemi e perdita di conoscenze istituzionali.
- Rischio di concentrazione: l'eccessiva centralizzazione dei servizi nei grandi ospedali urbani senza un'adeguata infrastruttura di invio dei pazienti aggrava la disuguaglianza di accesso.

Rischi sistemici:

- Instabilità finanziaria durante la transizione: i processi di fusione generano costi una tantum (integrazione IT, ristrutturazione legale, adeguamento fisico) che raramente vengono completamente compensati nell'ambito del sistema sanitario pubblico.
- Interferenza politica: nel contesto bulgaro, la gestione ospedaliera è spesso soggetta a pressioni politiche e a controversie sulla proprietà, il che può distorcere la giustificazione del consolidamento.

b. Opzioni pratiche e negoziazioni

In Polonia (PL), durante la consultazione sulle proposte di riorganizzazione / consolidamento degli ospedali, i sindacati sono obbligati per legge a esprimere un parere, soprattutto nella fase iniziale della diagnosi del problema. Negli ultimi anni, tuttavia, sono stati spesso ignorati nelle consultazioni, il che costituisce una violazione del dialogo sociale.

Veto legale italiano: I sindacati italiani (FP CGIL) utilizzano i meccanismi di blocco legale esistenti per fermare o modificare le riorganizzazioni ospedaliere unilaterali effettuate senza consultazione sindacale. Inoltre, impongono che la formazione digitale/AI si svolga durante l'orario di lavoro retribuito.

Adattamento serbo-montenegrino: invece della completa chiusura delle strutture durante la fusione, le proposte pratiche prevedono la trasformazione delle strutture nelle regioni in declino in centri di assistenza primaria più piccoli, supportati da équipe mediche mobili decentralizzate.

La Bulgaria sottolinea le opzioni a disposizione dei rappresentanti dei lavoratori:

→ Opzione A — Piena opposizione (rifiuto di partecipare)

La posizione di opposizione di principio è giustificata quando: la fusione non ha una giustificazione clinica o finanziaria coerente. Il processo di consultazione è insufficiente o il

fattore principale sembra essere il trasferimento di beni motivato politicamente piuttosto che il miglioramento dei servizi.

Rischio: l'opposizione senza alternative costruttive può portare a una perdita di influenza sulle condizioni di attuazione.

→ Opzione B — Coinvolgimento condizionale

Questo è l'approccio più comune e più produttivo. I rappresentanti si impegnano nel processo di fusione a condizione che:

- una valutazione d'impatto formale che copra l'occupazione, l'accesso ai servizi e le condizioni di lavoro sia commissionata e resa disponibile prima di prendere qualsiasi decisione;
- venga negoziato un piano sociale vincolante (piano per le conseguenze sociali della ristrutturazione), che includa le condizioni per i licenziamenti, le priorità per la riqualificazione e i diritti alla riqualificazione;
- le condizioni del contratto collettivo esistenti siano mantenute o migliorate nelle entità risultanti dalla fusione;
- i termini siano prorogati per consentire una vera consultazione e non solo un'approvazione formale.

→ Opzione C — Proposte di ristrutturazione alternativa

I rappresentanti possono proporre alternative alla fusione completa, tra cui:

- Integrazione funzionale senza fusione legale: specializzazioni congiunte, acquisti congiunti o gestione unificata, pur mantenendo l'esistenza legale e il personale di entrambe le strutture;
- Modelli hub-and-spoke (hub-and-spoke): un ospedale principale che fornisce servizi ad alta complessità, con strutture satellite che forniscono funzioni di base e di emergenza in aree insufficientemente servite;
- Co-investimenti comunali: coinvolgimento degli enti locali nella sovvenzione dei servizi e nell'assunzione di specialisti non coperti dal quadro del sistema pubblico.

c. Comunicazione strategica

È importante la Strategia di negoziazione per i rappresentanti dei lavoratori e la preparazione prima delle trattative.

RACCOMANDAZIONE pratica per l'attuazione i

Scenario di consolidamento di un ospedale municipale - buona pratica in Bulgaria

STRATEGIA DI COMUNICAZIONE

Comunicazione interna (con i membri):

- Comunicazione tempestiva e onesta su ciò che è noto e ciò che è incerto: il silenzio genera ansia e pettegolezzi
- Aggiornamenti regolari tramite la newsletter sindacale, i canali digitali e le riunioni a livello distrettuale
- Una chiara spiegazione del processo di negoziazione e di ciò che i rappresentanti si aspettano per conto dei membri;
- Supporto individuale per i membri che hanno preoccupazioni specifiche in merito al trasferimento o al cambio di ruolo

Comunicazione esterna (con il pubblico e le autorità):

- Comunicati stampa congiunti con le organizzazioni dei datori di lavoro, se possibile, che presentino la ristrutturazione come un processo gestito e responsabile, non come una crisi
- Collaborazione con il consiglio comunale e l'ispettorato sanitario regionale sulle implicazioni dell'accesso
- Utilizzo di indicatori di accesso misurabili (tempo di percorrenza per raggiungere la struttura di emergenza più vicina, rapporto infermieri-pazienti) per rendere visibili i costi umani di un consolidamento mal gestito
- Partecipazione a consultazioni pubbliche sulla revisione delle mappe sanitarie

Bollettini interni di crisi: La mancanza di una comunicazione costante durante le fusioni ospedaliere genera disinformazione e incomprensioni. I sindacati devono informare regolarmente i lavoratori inviando o distribuendo newsletter cartacee che descrivano in dettaglio cosa sta cambiando e perché.

Narrazione pubblica polacco-italiana: il malcontento pubblico nei confronti dei sistemi sanitari è elevato in Polonia, ma la fiducia nel personale di prima linea rimane alta. I sindacati italiani e polacchi sfruttano efficacemente questo aspetto, costruendo alleanze strategiche con le ONG per i pazienti e i gruppi sociali, comunicando chiaramente che la tutela degli standard dei lavoratori e il miglioramento delle condizioni di lavoro hanno un impatto diretto sulla qualità dei servizi e sulla sicurezza sanitaria dei pazienti.

5.2. Esternalizzazione dei servizi di supporto – valutazione dell'impatto sulla qualità, sulla sicurezza e sulle condizioni di lavoro.

I servizi di supporto, come la manutenzione, la pulizia, la lavanderia ospedaliera, il catering o il supporto tecnico, sono spesso esternalizzati. La valutazione dell'impatto dovrebbe includere: la qualità dei servizi forniti, la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, i costi e la sostenibilità a lungo termine, le condizioni di lavoro dei lavoratori che passano a un nuovo datore di lavoro, il rispetto dei contratti collettivi (se presenti) e dei diritti dei lavoratori.

I sindacati possono e devono avanzare richieste, tra le altre: la tutela dei diritti dei lavoratori esistenti, la garanzia della stabilità occupazionale, il mantenimento e il controllo della qualità dei servizi o obblighi contrattuali definiti in modo preciso e trasparente per i fornitori di servizi. In alcuni paesi, i contratti di esternalizzazione consentono il trasferimento dei dipendenti, mantenendo i diritti fondamentali e la continuità del lavoro pluriennale. Ad esempio, in Serbia l'outsourcing di questi posti di lavoro è avvenuto in grandi ospedali, mantenendo al contempo i posti di lavoro dei dipendenti e, in alcuni casi, addirittura aumentando i loro stipendi.

a. Impatto sulla qualità dei servizi

I problemi più comuni riscontrati nelle organizzazioni mediche dopo l'outsourcing riguardano:

- Servizi di mensa e catering: riduzione delle porzioni, qualità degli ingredienti, rispetto delle diete terapeutiche e personalizzazione per i pazienti con patologie specifiche (diabete, celiachia, allergie).
- Pulizia e disinfezione: riduzione della frequenza di disinfezione, utilizzo di prodotti non conformi alle normative e insufficiente formazione del personale a contratto nell'esecuzione delle procedure e nel controllo delle infezioni nosocomiali; impatto diretto sulla sicurezza del paziente.
- Personale ausiliario: riduzione del livello complessivo di occupazione, con conseguente aumento del carico di lavoro per il restante personale ausiliario, coordinamento frammentario con il personale medico permanente e interruzioni nelle relazioni con i pazienti.
- Servizi IT e infrastrutture: affidamento a fornitori esterni per la manutenzione dei sistemi clinici, con il rischio di tempi di inattività, perdita di conoscenze interne e difficoltà nella gestione degli incidenti di sicurezza informatica.
- Frammentazione delle responsabilità: quando un'impresa di pulizie gestisce su commissione i protocolli di controllo delle infezioni, la responsabilità della conformità può essere poco chiara o contestata durante le ispezioni o gli incidenti.
- Mancanza di conoscenza del personale: i dipendenti in outsourcing che ruotano in molte strutture hanno una minore conoscenza istituzionale e una minore conoscenza dei pazienti rispetto ai dipendenti a tempo indeterminato.
- Riduzione degli investimenti nella formazione: gli appaltatori che operano con margini ridotti tendono a investire meno nella formazione continua e nella gestione della qualità rispetto ai dipartimenti interni.

- Rischio di interruzioni del servizio: controversie di lavoro o l'insolvenza dell'appaltatore possono causare improvvise interruzioni nella fornitura di servizi senza un rischio equivalente quando i servizi sono forniti internamente.

L'outsourcing incontrollato attraverso i contratti più economici frammenta la forza lavoro. Vengono introdotti lavoratori a contratto esterni con contratti ingiusti, in peggioramento o peggiori negli stessi reparti dei dipendenti pubblici. Ciò crea una "guerra tra poveri", mina la sicurezza generale dei lavoratori e porta all'indebolimento dei sindacati.

b. Impatto sulle condizioni di lavoro

I lavoratori a contratto nei servizi medici sono tra i gruppi più vulnerabili nel mercato del lavoro:

- La retribuzione è diversa, spesso inferiore a quella di un dipendente a tempo indeterminato in un'organizzazione sanitaria per posizioni equivalenti; perdita di benefici a livello settoriale o aziendale previsti dal contratto collettivo (indennità di anzianità, ferie aggiuntive, sussidi per il trasporto, bonus per le ferie).
- Instabilità dei contratti: alta frequenza di lavoro part-time forzato, contratti a tempo determinato e lavoro interinale.
- Esclusione dai benefit aziendali: asili nido aziendali, mense per i dipendenti, bonus di produttività
- Rischio di perdere il lavoro a ogni modifica del contratto, nonostante la clausola sociale.
- Esposizione a rischi professionali che a volte non sono adeguatamente valutati nel documento di valutazione del rischio dell'appaltatore.
- Difficoltà di accesso allo sviluppo professionale continuo e allo sviluppo della carriera.
- Il lavoro di supporto medico comporta il contatto con materiali infettivi, prodotti per la pulizia pericolosi, il rischio di movimentazione manuale e il lavoro autonomo in ambienti ad alto rischio.
- I lavoratori in outsourcing sono spesso esclusi dai comitati di sicurezza ospedalieri e dai sistemi di segnalazione degli incidenti.
- Una minore sicurezza delle misure di protezione e un monitoraggio meno rigoroso dell'esposizione sono rischi documentati nei servizi di supporto medico in appalto.
- Fragilità dei contratti: i lavoratori in outsourcing sono solitamente assunti con contratti a breve termine o a tempo parziale con minore tutela.
- Isolamento sociale: i lavoratori esterni sono esclusi dalla vita organizzativa dell'ospedale, dallo sviluppo professionale e dai servizi di medicina del lavoro.
- Divario nella rappresentanza sindacale: i tassi di sindacalizzazione tra i lavoratori esterni sono bassi e l'accesso dei sindacati ai luoghi di lavoro degli appaltatori può essere limitato.

La strategia collega direttamente la frammentazione dei contratti e la destrutturazione dell'organizzazione del lavoro a una riduzione della qualità dell'assistenza e della sicurezza dei pazienti. Si osserva inoltre che i sindacati sono spesso i primi a segnalare che queste misure

di ristrutturazione minacciano attivamente la sicurezza dei pazienti e la stabilità delle équipe mediche.

c. Negoziazione delle garanzie

Laddove l'outsourcing non possa essere escluso, i rappresentanti dei lavoratori dovrebbero negoziare il quadro dell'accordo sul livello di servizio contenuto nel contratto di outsourcing, che comprende:

- Livelli salariali minimi per i lavoratori trasferiti non inferiori a quelli previsti dal contratto collettivo applicabile dell'azienda o del settore.
- Mantenimento dell'anzianità e del diritto alle ferie legali per i lavoratori trasferiti.
- Diritti di accesso per i rappresentanti sindacali ai lavoratori a contratto all'interno dell'ospedale.
- Inclusione obbligatoria dei dipendenti esterni nel Comitato per le Condizioni di Lavoro dell'ospedale.
- Clausola di reinternalizzazione: se le prestazioni dell'appaltatore scendono al di sotto di determinate soglie, l'ospedale è tenuto a ripristinare il servizio all'azienda entro un determinato periodo di tempo.

RACCOMANDAZIONE pratica per l'implementazione i
Quadro di valutazione per i rappresentanti dei lavoratori
Prima di decidere sull'outsourcing — Valutazione preventiva

- Richiesta di divulgazione completa dell'analisi dei costi alla base della proposta di esternalizzazione, compresi i costi nascosti (costi di gestione, costi di transizione, monitoraggio della qualità, margine dell'appaltatore), che sono spesso trascurati nelle previsioni iniziali
- Commissionare un benchmark di qualità indipendente che confronti gli standard dei servizi interni e contrattuali in strutture bulgare comparabili
- Valutazione della storia del controllo delle infezioni del contraente proposto in altri contratti per strutture sanitarie
- Revisione dello stato del contratto collettivo dell'appaltatore — se è valido e quali sono le sue retribuzioni minime

d. Priorità di comunicazione

- Presentare l'argomentazione della qualità e della sicurezza del paziente: questo ha un impatto sia sulla direzione e sul personale ospedaliero, sia sulle comunità locali e sui pazienti.

- Costruire alleanze con il personale medico e non medico.

5. 3. Digitalizzazione e implementazione dell'IA – cambiamento dei ruoli, formazione, protezione dei dati, monitoraggio

La digitalizzazione dei sistemi sanitari e l'introduzione della tecnologia dell'intelligenza artificiale rappresentano la forma più comune di ristrutturazione organizzativa nel prossimo decennio. Sistemi di supporto alla diagnosi clinica, cartelle cliniche elettroniche di nuova generazione, robot di supporto in sala operatoria, sistemi di triage automatizzati e chatbot per le funzioni amministrative nell'ufficio amministrativo: queste tecnologie ridefiniscono profondamente i compiti, i processi e l'organizzazione del lavoro. A differenza della ristrutturazione tradizionale, la digitalizzazione è spesso graduale e silenziosa, il che rende difficile riconoscere il momento in cui il sindacato deve intervenire. La digitalizzazione viene utilizzata da molti anni nelle strutture sanitarie, in particolare nei settori dell'imaging e della diagnostica di laboratorio, fino alle procedure di chirurgia interventistica.

Grazie a una buona gestione, ciò ha portato all'ottimizzazione del personale e alla possibilità di fornire servizi sanitari in condizioni di ridotto interesse per i posti di lavoro negli ospedali, compensando così la carenza di personale. In questo ambito vale la pena di evidenziare le questioni chiave: i cambiamenti nelle descrizioni delle mansioni e nei processi di lavoro, la necessità di nuove competenze digitali, la protezione dei dati personali e sanitari, la trasparenza degli algoritmi, l'impatto dell'automazione sull'occupazione o l'utilizzo di sistemi digitali per il monitoraggio dei lavoratori.

Le priorità dei sindacati dovrebbero concentrarsi in particolare su: coinvolgimento dei lavoratori nella pianificazione dei cambiamenti digitali, erogazione di una formazione adeguata e adattata alle capacità dei lavoratori, protezione della privacy dei lavoratori e dei pazienti, regole chiare e informazioni fornite ai lavoratori sull'uso dell'intelligenza artificiale, nonché mantenimento del controllo umano sulle decisioni chiave derivanti dall'uso dell'intelligenza artificiale.

a. Formazione e rafforzamento delle competenze professionali

Per evitare licenziamenti, i sindacati devono negoziare accordi che garantiscano corsi di formazione digitale obbligatori e corsi di aggiornamento durante l'orario di lavoro, i cui costi sono a carico del datore di lavoro. Il sostegno all'adeguamento alle nuove tecnologie deve rendere l'adozione della tecnologia un motore di crescita salariale e di sviluppo professionale. I rappresentanti dei lavoratori dovrebbero negoziare i seguenti standard minimi in ogni accordo di digitalizzazione:

- Obbligo del datore di lavoro di finanziare e fornire formazione prima del lancio di un nuovo sistema digitale — e non dopo,

- Il tempo di formazione retribuito è conteggiato come tempo di lavoro e non come volontariato di sviluppo,
- Percorsi di formazione differenziati in base al ruolo e alle competenze digitali esistenti, senza un approccio universale,
- Riqualificazione dei dipendenti i cui ruoli sono stati significativamente trasformati dall'automazione,
- Formazione continua di aggiornamento man mano che i sistemi vengono modernizzati,
- Il diritto a un adeguato periodo di transizione, durante il quale i sistemi vecchi e nuovi operano in parallelo.

b. Protezione dei dati e fiducia

Nelle regioni fortemente digitalizzate, le piattaforme di scambio transfrontaliero dei dati e di "e-health" dipendono strettamente da una solida sicurezza delle informazioni. La protezione contro le fughe di dati è considerata fondamentale per mantenere la fiducia del pubblico, in particolare tra le persone vulnerabili o anziane che già affrontano lacune nelle competenze digitali.

I rappresentanti dei lavoratori devono negoziare accordi chiari che disciplinino:

- quali dati dei dipendenti vengono raccolti, conservati e per quanto tempo,
- chi ha accesso ai dati sull'attività dei dipendenti nella gerarchia gestionale,
- il divieto di utilizzare il monitoraggio automatico delle prestazioni come base per azioni disciplinari senza controllo umano,
- il diritto del lavoratore ai propri registri di attività digitale,
- disposizioni del contratto collettivo che riguardano esplicitamente il monitoraggio elettronico

La formazione sul trattamento dei dati dei pazienti dovrebbe essere un prerequisito per l'accesso a qualsiasi nuovo sistema digitale. I contratti con i fornitori di IA devono includere accordi

sul trattamento dei dati conformi al RGPD, con chiare restrizioni al riutilizzo dei dati dei pazienti bulgari.

L'implementazione di sistemi digitali nell'assistenza sanitaria crea nuove categorie di dati dei dipendenti che in precedenza non esistevano:

- Registri delle attività: i sistemi elettronici registrano ogni attività intrapresa da un dipendente — tempi di accesso, accesso ai registri, esecuzione delle attività. Questi dati possono essere utilizzati per monitorare la produttività in un modo che prima non era possibile;
- Dati di localizzazione: i dispositivi mobili e i sistemi di accesso elettronico generano dati di localizzazione continui all'interno della struttura;

→ Metriche delle prestazioni: i sistemi di IA possono generare valutazioni automatiche o segnalazioni delle prestazioni in base ai modelli di comportamento dei dipendenti.

c. Monitoraggio e gestione

I sindacati devono richiedere attivamente un quadro normativo ed etico per i diritti sui dati, la trasparenza e la supervisione umana. La strategia prevede un approccio interdisciplinare in cui i lavoratori abbiano una voce collettiva nel definire il modo in cui i sistemi di IA vengono implementati e monitorati, al fine di tutelare i diritti fondamentali dei lavoratori e il lavoro dignitoso.

Ad esempio, in Bulgaria i fattori aggravanti sono il basso livello di infrastrutture digitali in alcuni ospedali pubblici, il profilo di età della forza lavoro (una parte significativa si avvicina all'età pensionabile con un'esperienza digitale limitata) e la mancanza di un quadro dedicato per lo sviluppo delle competenze digitali per gli operatori sanitari.

Gli elementi chiave del panorama attuale sono:

- Cartelle cliniche elettroniche: sebbene sia stato introdotto un sistema di tessera sanitaria elettronica, i progressi verso cartelle cliniche dei pazienti completamente digitali in tutte le istituzioni sono lenti e instabili,
- Telemedicina: l'utilizzo è disomogeneo, permangono differenze significative tra i grandi ospedali urbani e le strutture rurali,
- Cartelle cliniche dei pazienti vs. rapporti infermieristici: l'introduzione della documentazione dei pazienti in sostituzione dei tradizionali rapporti infermieristici è una questione attuale e controversa — il personale clinico teme che gli ulteriori requisiti amministrativi riducano il tempo disponibile per l'assistenza diretta ai pazienti,
- Intelligenza artificiale: le applicazioni dell'AI nella diagnostica per immagini, nel supporto alle decisioni cliniche e nella gestione del flusso dei pazienti stanno emergendo negli ospedali privati e universitari tecnologicamente più avanzati, sollevando interrogativi sui cambiamenti di ruoli, responsabilità e monitoraggio che il quadro normativo non ha ancora sufficientemente affrontato.

In Italia è stata sviluppata una strategia di gestione sindacale per l'innovazione tecnologica, basata su quattro pilastri: informazione, formazione, negoziazione e monitoraggio – esempio.

Profilo professionale	Impatto della digitalizzazione e reazioni dei sindacati
Personale amministrativo	Automazione dei processi di prenotazione, fatturazione e gestione dei documenti. Riduzione del numero di mansioni ripetitive, ma rischio di licenziamenti se non accompagnata da una riqualificazione per

Profilo professionale	Impatto della digitalizzazione e reazioni dei sindacati
	ruoli di supervisione, gestione delle eccezioni e pubbliche relazioni.
Infermieri e assistenti sanitari	Introduzione di sistemi di monitoraggio a distanza, dispositivi per la raccolta di dati sui parametri vitali e robot a supporto dell'assistenza ai pazienti. Nuove responsabilità nella gestione e nell'interpretazione dei dati, necessità di formazione specialistica.
Tecnici sanitari (radiologia, laboratori)	I sistemi di IA per la reportistica automatica (ad esempio letture automatiche dei raggi X, analisi istopatologica digitale) modificano significativamente la natura del lavoro.
Medici e dirigenti sanitari	I sistemi di supporto alle decisioni cliniche integrano le conoscenze cliniche con l'analisi di grandi database. Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro deve disciplinare la responsabilità per le decisioni supportate dall'IA.
Personale ausiliario (mensa, pulizie)	La robotica di servizio e l'automazione degli ordini riducono la necessità di personale in alcune aree. La reazione dei sindacati è la riqualificazione del personale in ruoli di supervisione e di contatto con i pazienti.

5.4 Riduzione dell'occupazione – alternative, pacchetti di protezione, diritto alla riqualificazione.

Prima di pianificare una riduzione del personale, è necessario considerare tutte le soluzioni possibili, condurre un sondaggio e scegliere le soluzioni più ottimali per i dipendenti. La riduzione dell'organico dovrebbe essere l'ultima risorsa, dopo aver esaurito tutte le opzioni per mantenere l'occupazione e lo sviluppo professionale, ma vale la pena sottolineare che, in un contesto di ridotto interesse per i posti di lavoro negli ospedali, la trasformazione digitale ha portato un effetto positivo. Con il ricambio naturale, se il processo di ristrutturazione viene condotto in modo pianificato e sistematico, non ci saranno licenziamenti. Alcuni dipendenti opteranno per il trattamento di fine rapporto e per l'orario di lavoro ridotto. I dipendenti di solito non vogliono lasciare un ambiente familiare in cui si sentono accettati e supportati. La

rotazione regolare del personale dovrebbe essere una pratica consolidata nelle circostanze precedenti alla ristrutturazione, che porti a una pratica accettabile di cambio di posto di lavoro.

Prima di accettare la riduzione del personale come risultato, i rappresentanti dei lavoratori dovrebbero esaminare sistematicamente e proporre formalmente delle alternative.

Cosa dovrebbero negoziare i rappresentanti dei lavoratori – esempi:

- Riqualificazione finanziata dal datore di lavoro come prerequisito — e non come alternativa — ai licenziamenti: i lavoratori non dovrebbero dover scegliere tra la riqualificazione e il pacchetto di licenziamento,
- Congedo retribuito per la riqualificazione: il tempo trascorso in programmi di riqualificazione finanziati dal datore di lavoro o concordati dai datori di lavoro dovrebbe essere retribuito almeno con la retribuzione media del lavoratore,
- Accesso a programmi finanziati dagli uffici nazionali del lavoro o dalle agenzie per l'impiego.
- Riconoscimento delle qualifiche: la riqualificazione dovrebbe portare all'ottenimento di qualifiche riconosciute (certificati formali),
- Riqualificazione mirata per le specialità in carenza: data l'enorme carenza di infermieri, assistenti medici, assistenti geriatrici e tecnici di emergenza, i programmi di riqualificazione in questi settori servono sia gli interessi individuali che quelli sistemici.

In materia di ristrutturazione delle alternative, tutela e diritti alla riqualificazione, la Strategia suggerisce:

a. Alternative alla riduzione del personale - Il principio dell'"ultima risorsa"

Attenersi al principio che i licenziamenti collettivi e le riduzioni del personale devono essere l'ultima risorsa, a cui ricorrere solo dopo aver esaurito tutte le alternative disponibili. Questa posizione non è ideologica, ma si basa su considerazioni pratiche: la perdita di competenze professionali nel settore sanitario è difficile e costosa da ricostruire e le crisi cicliche in questo settore possono portare a gravi carenze di personale qualificato nel medio termine.

- Trasferimento e ricollocazione: trasferimento dei dipendenti a nuovi ruoli equi o riconfigurazione dei modelli di servizio anziché riduzione dei posti di lavoro, rotazione naturale del personale, limitazione delle nuove assunzioni, uscita volontaria con garanzia finanziaria, riduzione dell'orario di lavoro, redistribuzione interna del personale.
- Insourcing: lancio di campagne strategiche per invertire l'outsourcing a favore di posti di lavoro stabili.
- Il ruolo dell'IA: l'utilizzo dell'automazione per gestire le attività di routine, che può ridurre il carico di lavoro del personale ed eliminare il burnout senza ridurre l'occupazione.

b. Pacchetti di licenziamento e tutela dei dipendenti

Prima di procedere ai licenziamenti forzati, vengono negoziati pacchetti di licenziamento volontario che offrono condizioni interessanti ai dipendenti che scelgono di andarsene volontariamente.

Esempi:

- Trattamento di fine rapporto: un importo una tantum negoziato nell'ambito di un contratto sindacale, di solito calcolato come retribuzione mensile aggiuntiva rispetto al trattamento di fine rapporto previsto dalla legge. I sindacati dovrebbero negoziare: criteri equi per la determinazione dei lavoratori licenziati, importi di TFR superiori alle condizioni minime, risorse finanziarie aggiuntive o previdenza sociale per i gruppi di lavoratori vulnerabili.
- Mantenimento dell'assicurazione sanitaria complementare: proroga per un periodo determinato (6-12 mesi) dell'assicurazione sanitaria complementare settoriale per il lavoratore in uscita e la sua famiglia.
- Outplacement: (preparazione del CV, coaching, accesso alle reti aziendali) a carico dell'azienda per un periodo di 6-12 mesi.
- Pensionamento anticipato: per i lavoratori che si avvicinano al pensionamento, adeguate preferenze pensionistiche concordate con l'assicuratore statale.
- Pacchetti sociali: negoziazione di programmi sociali e di tutela completi volti a proteggere le condizioni di lavoro e i percorsi di carriera esistenti.
- Garanzie a tempo determinato: attuazione di garanzie di lavoro a tempo determinato per garantire l'occupazione durante i cambiamenti organizzativi.
- Regole chiare per i trasferimenti: applicazione di regole rigorose e trasparenti per i trasferimenti dei dipendenti al fine di prevenire contratti iniqui e la frammentazione dei diritti dei lavoratori.
- Supporto psicologico: fornitura di un quadro dedicato per la salute mentale e la consulenza per sostenere i dipendenti che affrontano lo stress legato alla ristrutturazione.
- Prosecuzione della tutela della salute sul lavoro: estensione dell'accesso ai servizi di medicina del lavoro per un periodo limitato dopo l'occupazione

c. Diritto alla riqualificazione

La riqualificazione professionale è uno strumento fondamentale per mantenere l'occupazione adeguando il profilo delle competenze dei lavoratori interessati dalla ristrutturazione.

Ciò significa:

- Formazione durante l'orario di lavoro: corsi obbligatori di aggiornamento e perfezionamento e formazione sulle applicazioni digitali si svolgono durante l'orario di lavoro.
- Nessun costo per i dipendenti: tutti i costi di formazione devono essere interamente a carico del datore di lavoro, garantiti dai fondi aziendali.

- Assistenza nel passaggio a una nuova carriera: istituzione di una consulenza professionale strutturata e di sistemi di formazione continua a lungo termine per garantire la stabilità dell'occupazione.
- Diritto alla riqualificazione professionale: i dipendenti dovrebbero ricevere, ad esempio, programmi di formazione gratuiti, consulenza professionale, l'opportunità di acquisire nuove qualifiche o essere trattati in via prioritaria quando vengono assunti per nuove posizioni.
- Riconoscimento contrattuale del diritto alla riqualificazione come alternativa al licenziamento
- Obbligo per l'azienda di presentare, contestualmente alla comunicazione di licenziamento, un piano di riqualificazione che specifichi i ruoli target.
- Accesso prioritario ai programmi di riqualificazione per i dipendenti licenziati rispetto alle assunzioni esterne.
- Garanzia di continuazione della retribuzione durante i periodi di formazione.
- Valutazione delle nuove competenze acquisite ai fini della classificazione nell'ambito del nuovo profilo professionale.

d. Riduzione volontaria dell'orario di lavoro (ore di solidarietà)

Una delle alternative più efficaci alla riduzione dell'occupazione è la riduzione concordata dell'orario di lavoro applicata a tutta la forza lavoro o all'interno di specifiche unità organizzative. Un accordo sindacale sulla solidarietà dell'orario di lavoro può prevedere:

- riduzione temporanea dell'orario di lavoro con contratti con integrazione parziale della retribuzione.
- la trasformazione volontaria dei contratti a tempo pieno in contratti orizzontali a tempo parziale, con il diritto di tornare al lavoro a tempo pieno al termine dello stato di emergenza.
- l'utilizzo di fondi per la formazione (a livello nazionale o aziendale) per finanziare la riduzione dell'orario di lavoro attraverso programmi di formazione.
- incentivi aziendali per i dipendenti che accettano restrizioni volontarie (premio per la partecipazione, ulteriore flessibilità).

e. Alternative finanziarie e strutturali

- Ottimizzazione dei ricavi: vengono segnalati tutti i percorsi clinici disponibili? Vengono utilizzate le domande ammissibili per i programmi nazionali?
- Consolidamento degli ordini: gli ordini congiunti con le strutture vicine possono ridurre i costi operativi senza incidere sul numero di dipendenti.
- Ristrutturazione del debito: collaborazione con il Ministero della Salute o con il proprietario comunale per ristrutturare il debito al fine di ridurre le passività in scadenza

- Programmi per l'occupazione: le sovvenzioni ai datori di lavoro per il mantenimento dei posti di lavoro a rischio sono disponibili nell'ambito delle politiche attive del mercato del lavoro o dei Piani d'azione nazionali per l'occupazione.

f. Comunicazione in situazioni di riduzione del personale

Interna - supporto per i dipendenti interessati:

- comunicazione immediata e individuale con ogni dipendente interessato — non lasciare che la direzione sia l'unica fonte di informazioni,
- spiegare chiaramente cosa significa il processo di consultazione e cosa può ottenere: i dipendenti devono capire che il risultato non è ancora definito,
- organizzare sessioni di consulenza individuale sui diritti individuali, sulle opzioni e sui passi successivi,
- mettere in contatto i dipendenti interessati con l'ufficio competente dell'Agenzia per l'Impiego per una consulenza professionale individuale il prima possibile.

Esterno — gestione di una narrazione più ampia:

- presentare la situazione come un fallimento sistemico della politica (percorsi clinici sottofinanziati, instabilità politica nella gestione ospedaliera) e non come un fallimento dei singoli dipendenti o di una struttura locale.
- coinvolgere i media locali in storie umane specifiche, ma solo con l'esplicito consenso dei dipendenti;
- informare le strutture comunali locali delle conseguenze della riduzione dell'accesso ai pazienti, soprattutto se sono compromesse le funzioni di emergenza.

Riepilogo e osservazioni finali:

OSSERVAZIONI SULL'ATTUAZIONE per i RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI

- Sviluppo delle capacità: formazione in materia di diritti, negoziazione, conoscenze finanziarie di base, risorse umane e analisi del cambiamento.
- Rete di contatti: coordinamento delle attività con le federazioni, con gli altri rappresentanti ospedalieri, con i gruppi di pazienti e con le autorità locali.
- Utilizzo delle prove: basare le posizioni sui dati (mappe della forza lavoro, indicatori di qualità) e proporre alternative pratiche.
- Schema di escalation: negoziati interni → dialogo settoriale → ispezione del lavoro/mediazione → responsabilità pubblica → azioni legali.
- Tenuta della documentazione: documentazione di tutte le richieste, risposte, protocolli e accordi ai fini della loro applicazione.

AZIONI IMMEDIATE RACCOMANDATE per i RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI

- Istituire o rafforzare i sistemi di monitoraggio di allarme rapido e i canali interni di segnalazione delle irregolarità.
- Preparare kit di strumenti per una risposta rapida e per la negoziazione (modelli, liste di controllo per le questioni legali).
- Istituire o aderire a un gruppo di lavoro tripartito per affrontare ogni proposta di ristrutturazione pianificata.
- Cercare supporto tecnico (legale, HR, finanziario) e iscriversi a corsi di formazione in materia di negoziazione, analisi finanziaria e impatto della digitalizzazione.

PRIORITÀ STRATEGICHE

- È necessario richiedere informazioni e consultazioni tempestive e sostanziali per definire le opzioni prima di prendere decisioni finali.
- Occorre dare priorità alle alternative ai licenziamenti (trasferimento in un'altra posizione, riqualificazione, cambiamenti gradualmente) e chiedere misure per proteggere le competenze chiave e la continuità dei servizi.
- Garantire tutele esecutive in qualsiasi piano di esternalizzazione, fusione, digitalizzazione o riduzione dei costi: clausole di protezione dell'occupazione, garanzie di formazione, meccanismi di monitoraggio e misure correttive.

LINEE GUIDA PRATICHE

- Le azioni dovrebbero essere basate su prove: mappe dell'occupazione, dati finanziari, valutazioni dell'impatto sulla sicurezza dei pazienti e indicatori chiave di prestazione (KPI). I dati sono la base della credibilità nelle trattative.
- Utilizzare processi chiari e graduali: individuazione precoce, analisi dell'impatto, proposta di alternative, negoziazione di misure vincolanti, monitoraggio dell'attuazione e valutazione dei risultati.
- Combinare il sostegno individuale e collettivo: assistenza legale e psicosociale per i lavoratori interessati dal cambiamento, nonché programmi settoriali di riqualificazione e mobilità.

GESTIONE e RESPONSABILITÀ

- Occorre adoperarsi per creare strutture formali di coordinamento (comitati tripartiti, gruppi direttivi congiunti, monitoraggio settoriale) con un mandato chiaro e calendari pubblicati.
- Fornire argomentazioni e giustificazioni in caso di fallimento delle trattative: reclami formali alle autorità del lavoro, ricorso alla mediazione e coinvolgimento strategico dell'opinione pubblica per tutelare gli interessi dei pazienti.

POTENZIALE e RISORSE

- Investire nel potenziale umano: conoscenze in materia di diritto, risorse umane, analisi finanziaria, capacità di negoziazione e competenze digitali e di intelligenza artificiale. Le partnership con sindacati, federazioni ed esperti esterni sono fondamentali.
- Ricerca proattiva e influenza sull'ottenimento di fondi (nazionali e dell'UE) per le attività di transizione: riqualificazione, progetti pilota e implementazione di tecnologie, mantenendo al contempo le garanzie per i lavoratori.

INDICATORI DI SUCCESSO

- Accesso tempestivo a informazioni complete e processi di consultazione autentici.
- Adozione di soluzioni alternative negoziate che riducano o eliminino i licenziamenti forzati.
- Garanzie vincolanti negli accordi di esternalizzazione/fusione (mantenimento delle condizioni di lavoro, obblighi di riqualificazione, monitoraggio).
- Indicatori chiave stabili o migliori per la sicurezza dei pazienti e la qualità del servizio dopo l'introduzione dei cambiamenti.
- Efficace attuazione delle misure di riqualificazione e trasferimento dei dipendenti, con un basso livello di disoccupazione forzata tra il personale interessato dai cambiamenti.

RISCHIO e MISURE DI MITIGAZIONE

- Rischio: informazioni ritardate o insufficienti → Misura di mitigazione del rischio: sistemi formali di allarme rapido, rapida escalation delle questioni alle autorità di regolamentazione.
- Rischio: prendere decisioni basate esclusivamente su aspetti finanziari, ignorando il rischio clinico → Misura di mitigazione del rischio: insistere sulla valutazione del rischio clinico e coinvolgere i gruppi di pazienti nel processo decisionale.
- Rischio: scarsa applicazione degli accordi → Misura di mitigazione: richiesta di clausole vincolanti, istituzione di comitati di monitoraggio e sanzioni per il mancato rispetto delle disposizioni.

CONCLUSIONE

I rappresentanti dei lavoratori svolgono un ruolo chiave nel garantire che la ristrutturazione avvenga nel rispetto dei diritti dei lavoratori e della sicurezza dei pazienti.

Utilizzare le fasi, gli strumenti e i modelli contenuti in questa guida per richiedere informazioni tempestive, alternative credibili, garanzie applicabili e misure di monitoraggio. Il dialogo sociale e le negoziazioni basate sulle prove riducono gli effetti negativi sul personale e sui pazienti. I rappresentanti dei lavoratori ben preparati e dotati di risorse adeguate, che agiscono in una fase iniziale, si basano sui fatti e richiedono garanzie applicabili, possono ridurre significativamente gli effetti sociali e sanitari della ristrutturazione. I metodi e i modelli contenuti in questo manuale devono essere considerati come strumenti in continua evoluzione: devono essere adattati, testati in casi reali e migliorati attraverso un dialogo costante con il settore.

Desideriamo ringraziare di cuore tutti i partner del progetto SERP - istituzioni europee e nazionali, organizzazioni sindacali, partner di progetto, esperti in materia e rappresentanti dei lavoratori - per il loro impegno, la loro conoscenza e la loro collaborazione, senza i quali questo Manuale non avrebbe potuto essere realizzato. Grazie al vostro contributo, questo documento combina una prospettiva pratica con il quadro giuridico e gli standard internazionali, offrendo uno strumento utile nel lavoro sindacale quotidiano. Incoraggiamo tutti i partner a continuare a collaborare: ad attuare le raccomandazioni, a condividere le esperienze e a monitorare congiuntamente gli effetti dei cambiamenti. Solo attraverso un dialogo costante, lo scambio di buone pratiche e un'azione comune è possibile raggiungere soluzioni sostenibili, eque e sicure per l'intero settore sanitario.

Insieme possiamo garantire che i processi di ristrutturazione siano trasparenti, socialmente responsabili e orientati al benessere sia dei lavoratori che dei pazienti.



Co-funded by
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only, and do not necessarily reflect those of the European Union or European Commission. Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them."