

## **La carenza di Personale Sanitario e la mobilità internazionale nell'Unione Europea**

**Rapporto elaborato nell'ambito del progetto "Health Workers 4all" - Sintesi**

### ***Il personale sanitario in Europa***

La domanda per servizi sanitari aumenterà moltissimo nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. La maggior parte degli Stati membri dell'Unione Europea sta fronteggiando al momento una **mancaza critica di personale** che coinvolge alcune professioni sanitarie, aree di specializzazione medica e aree geografiche. Tutto questo potrebbe peggiorare in futuro qualora non vengano prese decisioni al più presto. Il pensionamento di una grande parte di medici sta infatti restringendo la forza lavoro europea in ambito sanitario ed è stimato che entro il 2020 la percentuale europea di medici che vanno in pensione raggiunga il 3,2%. Una situazione simile è riscontrabile anche fra il personale infermieristico dal momento che, in base ai dati raccolti da alcuni Stati membri, l'età media della categoria sia fra i 41 e 45 anni.

Le evidenze che si riscontrano in alcuni paesi mostrano un **incremento nel livello di turnover** delle professioni sanitarie e ciò è causato in parte da livelli salariali bassi, ma anche da fattori non finanziari come le condizioni di lavoro non soddisfacenti. Lo studio "*Nurse Forecasting in Europe*" sul personale infermieristico conferma che nei 12 paesi europei oggetto del rapporto vi siano problemi legati al logoramento e all'insoddisfazione degli infermieri. Il problema di bilanciamento dei ritmi vita-lavoro, in particolare, è più rilevante nei settori sanitari dal momento che la partecipazione delle donne è stata storicamente importante e ancora oggi sta aumentando.

La Commissione europea, con il suo "*Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce*", stima che, senza l'adozione di misure in grado di rispondere a queste sfide, entro il 2020 ci sarà una carenza di circa 1 milione di operatori sanitari. Un numero che nel lungo periodo potrebbe raggiungere i 2 milioni se si considerano l'assistenza a lungo termine e il personale ausiliario. Tutto questo significa che circa il 15% della domanda totale di assistenza non sarà coperto.

La mancanza di personale sanitario in alcuni Stati membri ha inoltre portato a un incremento dell'assunzione di professionisti sanitari extra-comunitari. Gli schemi di migrazione di medici provenienti dall'esterno dell'UE variano molto, con una mobilità maggiore che si riscontra da paesi con un passato coloniale, con un forte legame linguistico e storico. Un'indagine in 10 Stati membri ha mostrato come il 30% dei medici "migranti" arrivino dall'esterno dell'UE in Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Paesi Bassi e Polonia. Questo dato arriva al 60% in Francia e Italia e all'80% in Irlanda e Regno Unito.

Al momento, comunque, l'assunzione di professionisti sanitari provenienti da paesi extra Ue sembra in calo, in parte a causa dell'implementazione di una legislazione più restrittiva, in parte per il cambiamento del contesto economico: l'UE non è più una meta ambita sia a causa dei problemi all'ingresso, sia perché in molti preferiscono USA o Canada. In particolare, c'è il concreto rischio di un aumento nell'assunzione di personale europeo da parte di strutture sanitarie statunitensi, fatto che potrebbe peggiorare ancora di più le carenze già presenti in Europa.

### ***Forza lavoro in ambito sanitario in tempi di austerità***

L'attuale crisi economica e finanziaria sta avendo - e continuerà ad avere - un impatto sul modo in cui gli Stati membri dell'UE applicano il Codice di condotta OMS. Dal 2008, il debito pubblico di molti paesi europei ha raggiunto livelli che vengono percepiti come insostenibili, il deficit fiscale è diventato eccessivo e c'è stato un incremento del debito pubblico e dei relativi interessi. Nonostante la diversità delle risposte dei diversi paesi europei, la maggior parte di essi ha adottato politiche di austerità, tra cui tagli su larga scala e riforme del settore pubblico. Queste misure sono state imposte ai paesi che hanno usufruito di piani di salvataggio finanziario (Grecia, Irlanda e Portogallo), come pre-condizione, dalla cosiddetta "troika" (Commissione europea, Fondo monetario internazionale e Banca centrale europea), ma sono anche state prese come punto di riferimento da parte di altri paesi dell'UE.

Nel contesto dei pacchetti di austerità attuati nel periodo 2009-2011, **la spesa pubblica per la sanità in molti paesi è diminuita**, sia in termini assoluti, sia in percentuale rispetto alla spesa pubblica totale, nonostante gli sforzi per proteggere il bilancio sanitario. Allo stesso tempo, sono stati effettuati ampi tagli alla spesa nei settori dei servizi alle comunità, dell'istruzione e della protezione sociale, mentre i bilanci ufficiali di assistenza allo sviluppo nei paesi OCSE sono diminuiti nel 2011 di circa il 3%. Questi sviluppi incidono direttamente sul rapporto tra mobilità del personale sanitario e investimenti nello sviluppo dello stesso, temi che sono centrali nel Codice di condotta. Salari dei dipendenti, **stipendi e indennità rappresentano circa il 42,3 % della spesa pubblica in sanità** nei 18 paesi dell'Area Europea dell'OMS e le politiche di molti paesi si sono pertanto concentrate sul taglio degli stipendi.

Ci sono indicazioni che in alcuni paesi europei vi è stata una **riduzione** (Cipro, Irlanda, Lituania, Portogallo, Romania) o un **congelamento** (Regno Unito, Slovenia) **degli stipendi** dei professionisti sanitari, o una riduzione del tasso di incremento salariale (Danimarca). La Grecia ha dovuto fronteggiare riduzioni particolarmente rilevanti del suo personale sanitario. Altri approcci per abbassare gli stipendi hanno incluso: aumenti dei contributi pensionistici del settore pubblico e riduzioni di prestazioni, portando *de facto* ad una riduzione di stipendio (Regno Unito); taglio agli straordinari e ai turni di notte, allungando così i turni e coinvolgendo meno personale (Islanda); vincoli sul mantenimento del contratto a retribuzioni più basse (contratti di pulizia privata e personale IT in Serbia). Nella Repubblica Ceca i medici sono riusciti a resistere ai tagli dei loro stipendi con negoziazioni e proteste. Nel frattempo, l'Albania, in gran parte isolata dalla crisi, la Bielorussia e l'Ucraina hanno continuato ad aumentare gli stipendi degli operatori sanitari.

Per ottenere risparmi immediati riducendo i costi generali, in alcuni paesi si sono anche registrate chiusure, fusioni, centralizzazioni o tagli di personale all'interno di strutture non direttamente erogatrici di assistenza medica quali il ministero della salute e le agenzie di salute pubblica (Bulgaria, Croazia, Repubblica Ceca, Danimarca, Grecia, Islanda, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Moldavia, Portogallo, Romania, Scozia, Serbia, Slovacchia, Spagna, Tagikistan, Ucraina, Regno Unito). In alcuni paesi i cambiamenti sono stati veramente rilevanti.

Differenze salariali fra diversi paesi o all'interno dei paesi (tra il settore pubblico e quello privato) fanno prospettare un **aumento della cosiddetta "fuga dei cervelli"**. Le prime indicazioni in tal senso ci sono già. L'Italia, per esempio, considerata fino a poco tempo fa un paese di arrivo per infermieri stranieri professionisti, nei primi anni 2000 è divenuta un paese di partenza sia per infermieri sia per medici in cerca di lavoro all'estero. Allo stesso modo, quasi 1000 medici, la maggior parte dei quali specialisti, lasciano l'Ungheria ogni anno per vivere e lavorare in un altro paese europeo.

## **Conclusioni**

La libera mobilità di lavoratori e servizi all'interno del mercato UE è un imperativo economico nonché un diritto sancito nel Trattato di Lisbona. L'arena europea può quindi essere vista, sempre di più, come un mercato unico per i lavoratori sanitari. Dovrebbe anche essere vista come un mercato protetto, dal momento che la direttiva 2005/36/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali dà agli operatori sanitari dell'Area Economico Europea (EEA), un più facile accesso al mondo del lavoro rispetto alle loro controparti non-EEA.

Come suggerisce la documentazione ufficiale dell'UE, quest'approccio si basa sul presupposto che il funzionamento del mercato interno dell'Unione si basi su un meccanismo atto a distribuire operatori sanitari là dove sono più necessari. La realtà, tuttavia, indica una conclusione diversa e mostra che la libera circolazione dei lavoratori sanitari li porta a cercare migliori opportunità all'estero, creando un potenziale conflitto in cui l'etica personale e professionale si scontrano. Tutto questo può essere controproducente in termini di miglioramento della distribuzione dei lavoratori sanitari in aree e paesi.

È importante ricordare, tuttavia, che la concorrenza internazionale per attirare personale sanitario si verifica a spese dei sistemi sanitari deboli non solo nella zona EEA, ma anche oltre. Le politiche comunitarie, ancora una volta, indicano un interesse nel competere per attrarre operatori sanitari a livello globale, ad esempio attraverso la direttiva Carta Blu. Questo sistema prevede un accesso preferenziale al lavoro per i lavoratori migranti altamente qualificati, tra cui medici, infermieri, ostetriche e altri professionisti sanitari che si sono formati in paesi extra europei.

Infine, nel nome della concorrenza, i negoziati per un'area di libero scambio tra gli Stati Uniti e l'Unione europea (TTIP) potrebbero esporre l'Europa non solo ad un abbassamento delle tariffe, ma anche ad una riduzione delle regole e norme non tariffarie per il commercio dei servizi sanitari.

Complessivamente, nel contesto delle politiche di austerità che tendono ad aumentare gli spostamenti di professionisti sanitari nella regione e ad allargare le disuguaglianze in salute, l'UE ha adottato un approccio competitivo per la mobilità internazionale degli operatori sanitari che premia ulteriormente i sistemi sanitari più attrattivi servendosi delle risorse umane dei meno attraenti, sia in Europa che oltre i suoi confini. Quest'approccio è in contrasto con i principi della strategia sulla Salute dell'UE e con lo Health Programme 2014-2020, che assegna un ruolo importante alla riduzione delle disuguaglianze nell'area, ma è altresì in conflitto con il ruolo che l'UE intende svolgere per la salute globale, garantendo che le politiche migratorie non compromettano la disponibilità di operatori sanitari nei paesi terzi.

Il Codice OMS deve pertanto essere visto come uno strumento guida nel risolvere questa incoerenza poiché riporta una **prospettiva di salute pubblica nel dibattito sulla mobilità del personale sanitario**, guardando all'impatto della mobilità internazionale e della fuga di cervelli sui sistemi sanitari dei paesi d'origine. Puntando a soluzioni come una sostenibile pianificazione del personale sanitario, la gestione dei flussi migratori, incentivi capaci di orientare questa mobilità e cooperazione internazionale a livello globale, il Codice è un valido strumento per affrontare le sfide della fuga dei cervelli sia all'interno che all'esterno dell'area europea.

Dato che una sostenibile pianificazione del personale sanitario è una risposta fondamentale alla sfida della mobilità degli operatori sanitari, e giacché questo richiede importanti investimenti nei sistemi sanitari degli Stati membri, l'UE dovrebbe anche rivedere le proprie politiche di austerità legate all'attuale crisi economica, consentendo più spazio fiscale per lo sviluppo del sistema sanitario, in particolare negli Stati membri che perdano operatori sanitari. Questo dovrebbe essere fatto non solo puntando alla ripresa economica dalla crisi, ma anche al fine di aumentare l'equità della salute e conseguire un maggiore livello di coesione regionale.



Infine, l'Unione europea dovrebbe rivedere la propria politica di aiuto allo sviluppo, con particolare riguardo ai paesi di origine del personale sanitario. In questo caso, gli aiuti possono assumere il significato di risarcimento - anche se non sono presentati come tali - per la perdita d'investimenti dei paesi di origine nell'ambito di accordi più ampi. L'UE dovrebbe pertanto invertire l'attuale tendenza di stagnazione o riduzione di aiuti nella maggior parte dei paesi dell'UE27. Al tempo stesso, essa dovrebbe assicurare che il 50% dei nuovi fondi per la salute siano rivolti a rafforzare i sistemi sanitari, con il 25 % che incida direttamente sulla formazione e fidelizzazione del personale sanitario, come raccomandato dall'OMS, convogliando fondi attraverso piani sanitari nazionali e le relative strategie sul personale sanitario. Se si adotta un tale approccio di coerenza politica, l'Unione europea avrà quindi sufficienti strumenti di policy (compresi regolamenti, direttive e decisioni) per consentire di rispondere ai problemi di mobilità delle professioni sanitarie e per l'attuazione del Codice OMS in un modo che vada ben oltre la natura volontaria delle sue disposizioni



Questa attività è realizzata nell'ambito del progetto "Health Workers for all and all for Health Workers" DCI-NSAED/2011/106, con il sostegno dell'Unione europea. La responsabilità dei contenuti dell'attività è unicamente dei partner del progetto e in nessun aspetto si può considerare che riflettano la posizione dell'Unione Europea



