

8. La crisi globale delle risorse umane in sanità e il Codice di condotta dell'OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario

Giulia De Ponte, Carlo Resti

La carenza di personale sanitario è un fenomeno globale, di lunga durata e non facile soluzione, che si manifesta in forme drammatiche in molti Paesi, ad alto e a basso reddito. Mancano all'appello nel mondo circa 4,3 milioni di medici, infermieri e operatori sanitari, con una carenza particolarmente marcata in Africa Subsahariana dove si registra il 24 per cento del carico di malattia mondiale, con solo il 3 per cento della forza lavoro in sanità.¹ Il bisogno di operatori sanitari, tuttavia, è in aumento anche nei Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), a causa dell'invecchiamento della popolazione, di un aumentato bisogno di cure per patologie croniche e del prossimo pensionamento di un gran numero di operatori sanitari.² Questa carenza di operatori rappresenta uno dei maggiori ostacoli in tutto il mondo all'erogazione di servizi essenziali come le vaccinazioni nell'infanzia e come la prevenzione e il trattamento dell'HIV/AIDS.

In questo contesto, il reclutamento di operatori sanitari qualificati all'estero, in particolare dal cosiddetto Sud del mondo, praticato da molti Paesi europei inclusa l'Italia, non può essere una soluzione. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha riconosciuto l'importanza e la gravità della situazione, adottando con i 193 Stati membri della 63^a Assemblea mondiale della salute (AMS), nel maggio 2010, un Codice di condotta sul reclutamento internazionale di personale sanitario (box) che affronta i nodi della crisi del personale sanitario in una prospettiva di salute globale, indicando percorsi di coerenza tra gli interventi di cooperazione sanitaria internazionale dedicati al rafforzamento del personale sanitario; la gestione delle migrazioni internazionali di personale sanitario verso i Paesi a reddito alto (tra cui l'Italia), che deve assicurare condizioni eque per i migranti stessi; e la programmazione del fabbisogno di personale sanitario interna ai sistemi sanitari dei Paesi ad alto reddito, che deve essere orientata all'autosufficienza per evitare di creare fattori di attrazione per il personale sanitario formato all'estero.³ In particolare, il Codice di condotta dell'OMS richiede di:

- migliorare il monitoraggio delle migrazioni di personale sanitario straniero;

- sostenere la cosiddetta “migrazione circolare” del personale sanitario emigrato, così che le competenze acquisite possano circolare e beneficiare anche i Paesi a basso reddito;
- porre un freno alle pratiche di reclutamento attivo di personale sanitario da Paesi a basso reddito;
- contribuire, attraverso la cooperazione internazionale, alla formazione del personale sanitario nei Paesi partner dello sviluppo;
- formare in Italia, e nei Paesi ad alto reddito in generale, il numero di operatori sanitari che effettivamente servono.

Box. Il Codice di condotta in sintesi

Il Codice di condotta sul Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario dell'OMS mira ad evitare che la concorrenza internazionale in materia di attrazione di personale sanitario si faccia a spese dei Paesi a risorse più scarse. Nel maggio 2012 l'OMS ha avviato il monitoraggio dell'applicazione del Codice di condotta da parte dei paesi firmatari. Aderendo al Codice di condotta, l'Italia ha assunto un impegno che coinvolge non solo il Governo, ma anche il sistema sanitario, le Regioni, gli ordini delle professioni sanitarie, i datori di lavoro, le agenzie per il lavoro, i soggetti di cooperazione internazionale e la società civile. La traduzione ufficiale del Codice di condotta dall'inglese, curata da AMREF Italia, è scaricabile dal sito internet dedicato.^a

Il Codice di condotta non è uno strumento in grado, di per sé, di fermare la fuga di operatori sanitari da Paesi che già hanno gravi carenze; offre tuttavia un'indicazione su come si possa migliorare in modo significativo la gestione dei flussi migratori e l'integrazione di quest'ultima con le attività di cooperazione internazionale, puntando a trasformare il brain drain in brain gain. In quest'ottica, è importante mettere a fuoco alcuni punti di forza e di debolezza di questo strumento.

1. A più di due anni dall'adozione del Codice di condotta da parte dell'OMS, la società civile – in particolare le Organizzazioni non governative (ONG) di sviluppo – sta compiendo uno sforzo considerevole per mantenere alta l'attenzione dei decisori sulle migrazioni internazionali di personale sanitario, sia a livello nazionale sia a livello internazionale.^{4,5} Portare allo stesso tavolo attori diversi quali i ministeri rilevanti, gli ordini e i sindacati delle professioni sanitarie, le ONG, le istituzioni formative, le

^a www.manifestopersonalesanitario.it/wp-content/uploads/2012/12/CodiceVersITAL.pdf

autorità sanitarie, le agenzie di reclutamento, le organizzazioni dei pazienti, tuttavia, non si rivela compito facile. Esperienze di processi di dialogo multistakeholder tuttavia esistono in vari Paesi europei, inclusa l'Italia.^b Esse hanno messo in luce il fatto che le politiche di formazione e gestione del personale sanitario non possono essere gestite in isolamento dalle rilevanti autorità sanitarie, ma devono nascere da un confronto intersettoriale con i decisori che hanno mandato sulle politiche migratorie, di formazione e di cooperazione internazionale, e in consultazione con la società civile.

2. A fronte di questo impegno della società civile in numerosi Paesi europei, l'ufficio dell'OMS che lavora sul personale sanitario, e che ha il compito di monitorare l'applicazione del Codice di condotta, ha recentemente subito riduzioni di organico, che ne ridimensionano l'incisività; le ragioni possono essere ricercate nel fatto che, in tempi di crisi economica, le migrazioni di operatori sanitari non sono più centrali nell'agenda dell'OMS, a seguito del cambiamento di priorità degli Stati membri, e delle conseguenti minori risorse a disposizione dell'organizzazione.⁶
3. Il Codice di condotta considera lo sviluppo del personale e dei sistemi sanitari in un'ottica globale, ma non prende in considerazione alcuni determinanti cruciali che hanno un impatto sulle migrazioni di personale sanitario: tra essi per esempio, oltre alla carenza di opportunità di formazione, le diminuite possibilità di investimenti pubblici nella spesa sanitaria, nel Sud del mondo come in Europa.
4. Il Codice di condotta guarda principalmente alle migrazioni internazionali. Tuttavia, ci si muove verso uno scenario in cui le disuguaglianze in salute sono sempre più interne ai Paesi. È necessario che l'OMS e gli stessi Stati membri si attrezzino per essere in grado di guardare anche alle migrazioni di personale sanitario interne ai Paesi: da una regione all'altra, dalle campagne alle città, dal settore pubblico a quello privato, e dalla cura delle malattie acute alla cura di quelle croniche.

Con un fabbisogno previsto di due milioni di operatori sanitari in più da qui al 2020, l'Europa potrebbe divenire più dipendente da risorse umane migranti di quanto si immagini. Dunque è fondamentale equipaggiare l'OMS con strumenti, risorse e mandato per regolare i flussi in un'ottica di tutela dei diritti dei migranti e del diritto alla salute, e

^b www.manifestopersonalesanitario.it

per ripensare le attuali politiche sanitarie, di cooperazione allo sviluppo e sui diritti umani in un'ottica di solidarietà globale. Servono, infine, misure di sviluppo della formazione e dell'accesso alle professioni sanitarie nei Paesi con maggiori risorse e incentivi al personale sanitario a prestare le proprie competenze per determinati periodi in aree svantaggiate, in Paesi a basso reddito. Nel contesto sociale delle professioni sanitarie ausiliarie e nella più ampia adozione di quadri intermedi sostitutivi in carenza di medici e specialisti, sarebbe auspicabile puntare, sia nei Paesi a basso reddito sia in quelli a reddito più alto, sulla formazione, la valorizzazione e l'impiego di figure non professionali quali i volontari, i familiari caregivers e i "badanti" nell'assistenza e accompagnamento di pazienti cronici e anziani.

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Working together for Health, The World Health Report 2006. WHO, Geneva, 2006 www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
2. European Observatory on health systems and policies. Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European Countries. Observatory studies series 2011; No. 23 www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf
3. World Health Organization. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. WHO, Geneva, 2010 www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf
4. World Health Organization, Regional Office for Europe. Implementing the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in the European region. A Policy Brief. WHO, Copenhagen, 2012
5. Mans L, Van de Pas R, De Ponte G. Civil society contribution and advocacy for implementing the WHO Global Code in the European Region. Bulletin von Medicus Mundi Schweiz Nr. 126, 2012 www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/gesundheitspersonal-mangel-in-der-schweiz-und-weltweit/strategien-gegen-den-gesundheitspersonal-mangel/civil-society-contribution-and-advocacy.html
6. Van de Pas R. Negotiating global health at the WHO: the case of the Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel <http://getinvolvedinglobalhealth.blogspot.it/2012/04/negotiating-global-health-at-world.html>