

IT

IT

IT



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 10.12.2008
COM(2008) 725 definitivo

LIBRO VERDE

relativo al personale sanitario europeo

INDICE

1.	Introduzione	3
2.	LOGICA ALLA BASE DEL LIBRO VERDE.....	4
3.	Quadro giuridico e basi per l'azione a livello UE	5
4.	Fattori che incidono sulla situazione del personale sanitario nell'UE e principali temi da affrontare	5
4.1.	Demografia e promozione della sostenibilità nel campo del personale sanitario	5
4.2.	Capacità in materia di sanità pubblica	7
4.3.	Formazione.....	8
4.4.	Gestire la mobilità del personale sanitario all'interno dell'UE.....	9
4.5.	Migrazione del personale sanitario su scala globale	10
4.6.	Dati a sostegno del processo decisionale	12
5.	impatto delle nuove tecnologie: migliorare l'efficienza del personale sanitario	13
6.	Ruolo degli imprenditori del settore sanitario riguardo al personale sanitario	14
7.	Politica di coesione	15
8.	Consultazione.....	15

Promuovere la sostenibilità del personale sanitario in Europa

1. INTRODUZIONE

I sistemi sanitari dell'UE sono costretti a un difficile esercizio di equilibrio, dovendo da un lato conciliare la crescente domanda di servizi sanitari con i tagli delle risorse e dall'altro fronteggiare le necessità sanitarie dei cittadini a livello locale, senza dimenticare la necessità di essere preparati in caso di gravi crisi sanitarie pubbliche.

I sistemi sanitari europei si trovano così ad affrontare una serie di sfide.

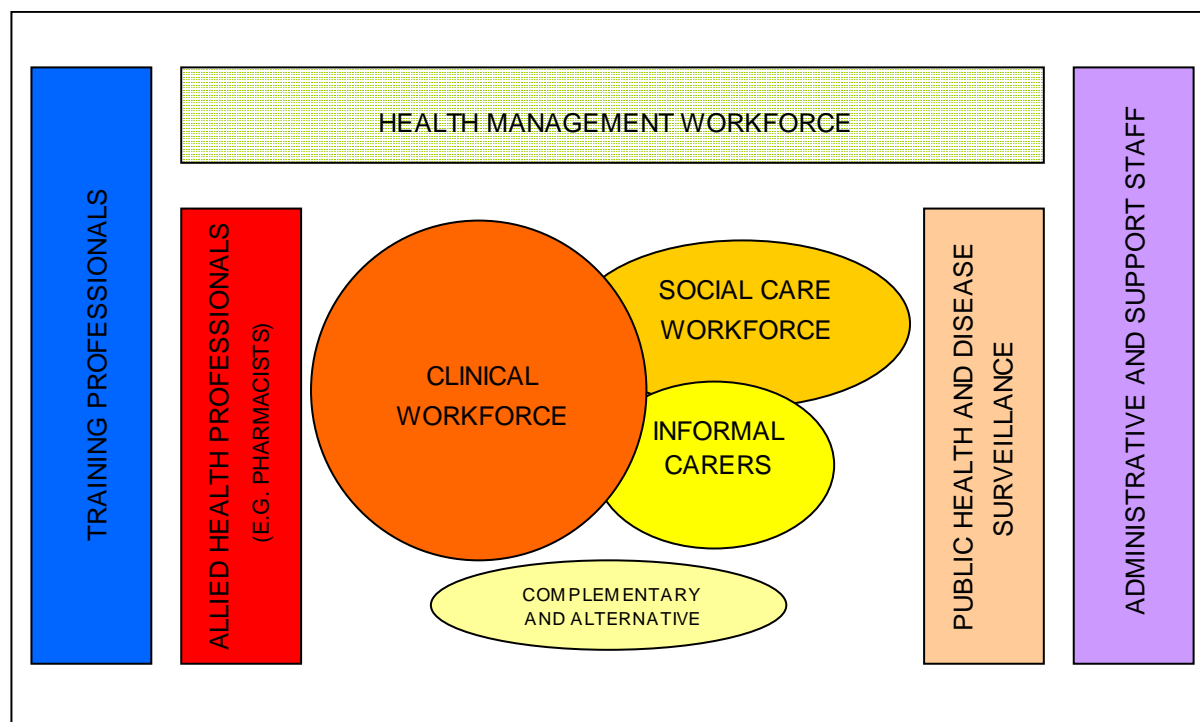
- I responsabili politici e le autorità sanitarie devono adeguare i nostri sistemi sanitari a una popolazione invecchiata. Infatti secondo le previsioni tra il 2008 e il 2060 nell'UE-27 la popolazione "over 65" crescerà di 66,9 milioni di unità, mentre il gruppo dei "molto anziani" (ultraottuagenari) rappresenterà il segmento della popolazione in più rapida crescita¹.
- Le nuove tecnologie consentono di aumentare la portata e la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di diagnosi, prevenzione e cure – ma tutto questo costa e necessita di personale espressamente addestrato.
- Dobbiamo fronteggiare le nuove minacce per la salute e le minacce di ritorno, come ad esempio le malattie trasmissibili.
- Tutti questi fattori conducono a un continuo incremento delle spese sanitarie, e a lungo termine questo rappresenta un grave problema per la sostenibilità dei sistemi sanitari di alcuni paesi.

Per reagire adeguatamente a tali sfide è dunque necessario che i sistemi sanitari dispongano di personale efficiente, efficace e di altissimo livello; infatti i sistemi sanitari sono un settore ad alta intensità di manodopera e quello dell'assistenza sanitaria costituisce uno dei settori più significativi dell'economia UE; esso fornisce lavoro a un decimo dell'intera forza lavoro comunitaria, mentre circa il 70% dei bilanci sanitari è destinato ai salari e ad altri oneri direttamente correlati all'occupazione degli operatori sanitari².

¹ Proiezioni demografiche nazionali basate sul 2008, EUROPOP2008, scenario di convergenza.

² Dubois C, Mc Kee M, Nolte E (2006) Human Resources for Health in Europe, Open University Press, England.

Grafico 1: Distribuzione del personale sanitario



2. LOGICA ALLA BASE DEL LIBRO VERDE

La strategia sanitaria della Commissione europea, adottata nell'ottobre 2007 e pubblicata nel Libro bianco "Insieme per la salute", ha introdotto un nuovo approccio per garantire il pieno impegno dell'UE sul fronte delle minacce per la salute, delle malattie legate allo stile di vita, delle disuguaglianze, dell'allargamento dell'UE e del cambiamento climatico in un'Europa che dopo l'ultimo allargamento conta ormai 27 Stati membri. Esso mira a promuovere un buono stato di salute lungo tutto l'arco della vita in un'Europa in via di invecchiamento, proteggendo i cittadini dalle minacce sanitarie tramite il sostegno a sistemi sanitari dinamici e alle nuove tecnologie.

Il presente documento mira a rafforzare la visibilità delle tematiche attinenti al personale sanitario, a gettare luce sul grado di analogia tra le sfide che devono affrontare i manager sanitari locali e/o nazionali e a fornire una migliore piattaforma per le riflessioni sulla strada da seguire a livello UE per affrontare efficacemente questi problemi senza provocare ripercussioni negative per i sistemi sanitari all'esterno dell'UE.

Il Libro verde mira a descrivere nel modo più accurato possibile le sfide cui è confrontato il personale sanitario dell'UE in tutti gli Stati membri: la questione demografica (invecchiamento generale della popolazione e invecchiamento del personale sanitario), con la conseguenza di un insufficiente numero di giovani che entrano nel sistema per rimpiazzare coloro che smettono di lavorare; la varietà del personale sanitario; la scarsa forza di attrazione sui giovani di numerosi lavori nel campo dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica; la migrazione degli operatori sanitari all'interno e verso l'esterno dell'UE; lo squilibrio nella mobilità all'interno dell'UE – in particolare il trasferimento di alcuni operatori sanitari dai paesi più poveri ai paesi più ricchi all'interno dell'UE e la fuga dei cervelli in campo sanitario dai paesi terzi.

Il secondo obiettivo del presente Libro verde è quello di contribuire all'individuazione dei settori in cui la Commissione ritiene si debba intervenire in maniera più marcata e di lanciare un dibattito al riguardo.

3. QUADRO GIURIDICO E BASI PER L'AZIONE A LIVELLO UE

L'articolo 152, del trattato CE sancisce che "l'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta appieno le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica." Ma tale articolo sottolinea anche che la Comunità dovrebbe incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri e promuovere il coordinamento delle loro politiche e programmi.

L'azione comunitaria deve quindi puntare a completare le politiche nazionali. La principale responsabilità per l'organizzazione e la prestazione dei servizi sanitari appartiene agli Stati membri, ma l'UE svolge un importante ruolo di sostegno agli Stati membri e apporta valore aggiunto grazie alla creazione di reti e alla condivisione di buone pratiche.

Inoltre il trattato CE e il diritto derivato contengono disposizioni che gli Stati membri devono rispettare all'atto di organizzare il proprio settore sanitario.

Per quanto concerne il diritto derivato, tra gli esempi più rilevanti vi sono le direttive in materia di diritto del lavoro comunitario, come la direttiva sull'orario di lavoro, che fissa limiti massimi per l'orario di lavoro e rende obbligatori periodi minimi di riposo giornaliero e settimanale al fine di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori. La direttiva contiene requisiti comuni minimi applicabili in tutti gli Stati membri, ma ciascuno Stato membro rimane libero di applicare norme più favorevoli alla protezione dei lavoratori, se lo desidera.

Le sentenze della Corte in merito ai periodi di servizio di guardia sul posto di lavoro e di riposo compensativo sollevano importanti questioni per i servizi sanitari e assistenziali³. La Commissione ha già presentato delle proposte legislative⁴ che attualmente sono in discussione presso il Consiglio e il Parlamento europeo⁵.

4. FATTORI CHE INCIDONO SULLA SITUAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO NELL'UE E PRINCIPALI TEMI DA AFFRONTARE

4.1. Demografia e promozione della sostenibilità nel campo del personale sanitario

Oggi i cittadini vivono più a lungo e godono di una salute migliore. Dagli anni 50 a oggi la nostra aspettativa di vita è infatti aumentata enormemente (di 2,5 anni per decade), e si prevede che continuerà ad aumentare.

³ Sancendo che il tempo trascorso dagli operatori sanitari in servizio di reperibilità, anche se dedicato al riposo, deve essere conteggiato come orario di lavoro, a condizione che sussista l'obbligo di rimanere sul luogo di lavoro, la Corte ha riconosciuto che i medici, ad esempio, nella maggior parte degli Stati membri lavorano per più di 48 ore settimanali. Alcuni Stati membri, per conformarsi a tale giurisprudenza avrebbero bisogno di un massiccio sforzo di assunzione, il che però non sempre è possibile.

⁴ COM(2004)607 (proposta di modifica della direttiva 2003/88/CE); COM(2005)246 (proposta modificata, tenendo conto del punto di vista del Parlamento europeo).

⁵ Posizione comune del Consiglio del 15 settembre 2008; Comunicazione sulla posizione comune della Commissione al Parlamento europeo - (COM(2008) 568 def.).

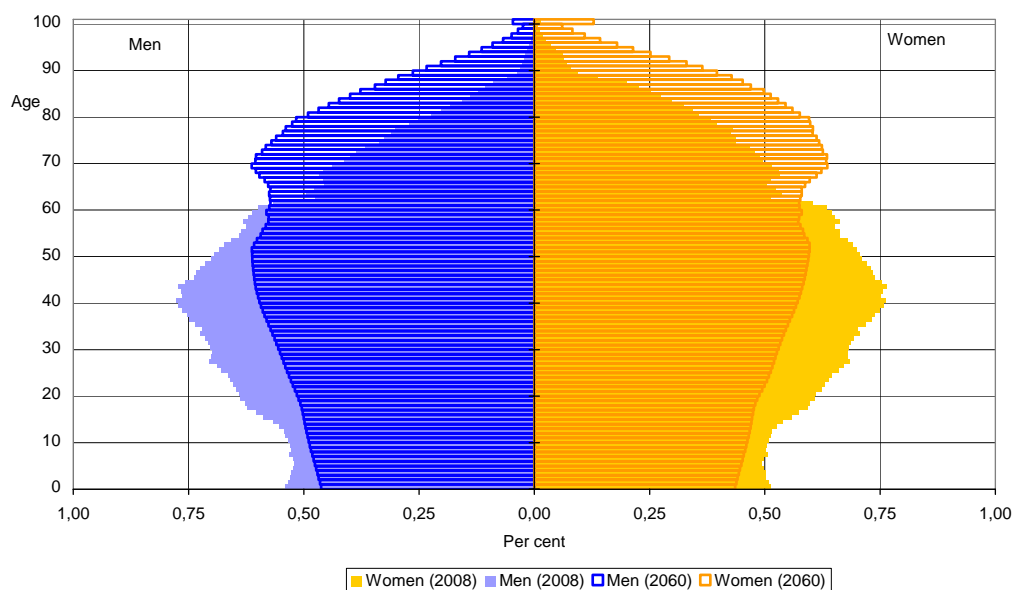


Grafico 2: Previsioni demografiche 2008 - 2060

Di fronte a una popolazione sempre più anziana è però fondamentale che le persone invecchino rimanendo in buona salute. Bisogna dunque massimizzare il numero di anni di vita trascorsi in buona salute. Ma l'allungamento della durata della vita comporta anche un aumento del numero di persone anziane con disabilità gravi e bisognose di assistenza a lungo termine⁶. Dato che le malattie croniche multiple prevalgono nell'età anziana vi sarà un impatto per l'assistenza sanitaria. Inoltre si prevede un aumento della domanda di assistenza formale, visto il probabile calo nella disponibilità di fornitori di assistenza informale in seguito alle modifiche nelle strutture familiari.

Di pari passo con l'invecchiamento della popolazione invecchia anche la forza lavoro. Tra il 1995 e il 2000 in Europa il numero dei medici di età inferiore a 45 anni è infatti diminuito del 20% mentre è aumentato di oltre il 50% il numero dei medici "over 45". Anche l'età media degli infermieri è in aumento; in cinque Stati membri, quasi la metà degli infermieri ha più di 45 anni⁷. E man mano che questo personale raggiunge l'età della pensione, diventa necessario sostituirlo con un numero sufficiente di giovani lavoratori.

La quota femminile nel personale sanitario è sempre stata elevata, e sta ulteriormente aumentando. In termini generali, tre quarti del personale sanitario nell'UE sono donne, e in alcuni Stati membri la quota di donne che si iscrive alle facoltà o alle scuole di medicina supera ormai il 50%⁸. La promozione di misure in favore della parità tra uomini e donne nelle politiche relative alle risorse umane è quindi particolarmente importante.

La Tabella di marcia per la parità tra donne e uomini 2006-2010⁹ prevede una serie di azioni miranti alla parità tra uomini e donne in materia di indipendenza economica e di partecipazione al processo decisionale, e propone alcune misure volte a migliorare la conciliazione tra vita professionale, famiglia e vita privata.

⁶ OCSE: Trends in Severe Disability among Elderly People (Tendenze relative alle disabilità gravi nelle persone anziane) DELSA/HEA/WD/HWP (2007).

⁷ Osservatorio dell'OMS "Policy series" 2006.

⁸ Osservatorio dell'OMS "Policy series" 2006.

⁹ COM(2006) 92.

Se malgrado l'imminente pensionamento della generazione dell'esplosione demografica vogliamo evitare una penuria di personale sanitario, dobbiamo istruire, assumere e mantenere al lavoro giovani operatori sanitari, ma anche reinvestire nei lavoratori maturi.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Valutare i livelli di spesa per il personale sanitario
- Garantire migliori condizioni lavorative per il personale sanitario, rafforzare la motivazione e il morale del personale
- Valutare l'opportunità di lanciare campagne di assunzione e formazione, in particolare per trarre vantaggio dalla crescita della quota di lavoratori "over 55" e di coloro che non hanno più impegni familiari
- Organizzare pratiche di gestione delle malattie croniche, e/o l'assistenza a lungo termine in luoghi possibilmente vicini al domicilio del paziente, o in strutture collettive
- Assicurare una dislocazione più efficace della forza lavoro disponibile
- Valutare l'opportunità di lanciare campagne di "ritorno all'attività" per stimolare il ritorno di chi ha scelto di non fare più parte del personale sanitario
- Promuovere una maggiore varietà sociale ed etnica nell'assunzione del personale
- Sensibilizzare gli alunni delle scuole riguardo all'ampio spettro di carriere nei settori sanitario e assistenziale

4.2. Capacità in materia di sanità pubblica

La funzione della sanità pubblica consiste in uno spettro di attività volte a tutelare e migliorare la salute della popolazione in generale, a combattere le disuguaglianze in materia di salute e a soddisfare le necessità dei gruppi più svantaggiati e particolarmente vulnerabili. Tra i suoi compiti vi sono lo svolgimento di valutazioni delle necessità sanitarie e dell'impatto sanitario ai fini della pianificazione dei servizi, la prevenzione delle malattie (programmi di vaccinazione e screening ecc.), la promozione e l'educazione sanitaria, la garanzia delle forniture di sangue, la sorveglianza epidemiologica nonché la pianificazione e le reazioni alle minacce sanitarie provenienti da focolai di malattie infettive, pandemie e catastrofi naturali o provocate dall'uomo, comprese quelle provocate dai cambiamenti climatici.

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie non sono importanti solo di per sé stesse, ma possono anche contribuire a una significativa riduzione della richiesta di terapie e servizi di assistenza. È quindi necessario che il personale sanitario pubblico in tutta l'UE sia appropriatamente qualificato e possieda sufficienti capacità per svolgere efficientemente tali attività, e questa necessità deve formare parte integrante dei piani di formazione e di reclutamento del personale.

La salute sul luogo lavoro rappresenta un fattore determinante e fondamentale per la qualità della sanità pubblica. Essa richiederà un'attenzione particolare, giacché la sicurezza e la salute sul lavoro rappresentano fattori determinanti per la valutazione della sanità pubblica in generale. Continueremo sicuramente ad occuparci di problemi come gli infortuni sul lavoro, ma dovremo dedicare un'attenzione particolare anche a fattori nuovi, come i cambiamenti dei ritmi di lavoro, le nuove tecnologie sul lavoro, il raggiungimento di un equilibrio tra lavoro e vita personale, la mobilità professionale e lo stress legato al lavoro. La strategia per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro 2007-2012 (COM (2007)62), recentemente adottata, fissa una

serie di obiettivi ambiziosi, che gli Stati membri dell'UE hanno accettato di condividere e sostenere. Ma il conseguimento di tali obiettivi dipende in larga misura dalla disponibilità del relativo personale sanitario specializzato, come medici e infermieri del lavoro o ispettori incaricati di vigilare sulla salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Rafforzare le capacità di screening, promozione della salute e prevenzione delle malattie
- Raccogliere migliori informazioni sulle attuali e future necessità sanitarie della popolazione al fine di pianificare il futuro sviluppo del personale sanitario nel settore pubblico
- Promuovere le vocazioni scientifiche nelle scuole dando risalto alle opportunità di carriera nelle professioni sanitarie pubbliche meno conosciute (biologi, epidemiologi, ecc.)
- Assicurare maggiore visibilità negli Stati membri all'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA), pubblicizzandone direttamente l'esistenza presso i luoghi di lavoro
- Promuovere il lavoro dei medici del lavoro e fornire incentivi ai medici per entrare in questo settore

4.3. Formazione

Anche l'offerta di formazione è un tema che rientra nella pianificazione del mercato del lavoro. Infatti, più saranno le necessità di medici, infermieri e altro personale, più sarà necessario creare posti nelle università e scuole professionali, e più vi sarà necessità di docenti per assicurare la loro formazione. Questo richiederà pianificazioni e investimenti.

Gli Stati membri dovranno valutare quali tipi di capacità specialistiche saranno necessarie, tenendo conto dei cambiamenti nelle terapie mediche conseguenti all'introduzione di nuove tecnologie, dell'impatto dell'invecchiamento della popolazione sull'andamento delle malattie e sull'aumento dei pazienti anziani affetti da malattie croniche multiple. Un problema specifico è rappresentato dal rafforzato rischio di diffusione di malattie finora più prevalenti nei paesi tropicali a causa dell'aumento dei viaggi e della mobilità. Questo fattore ha dato luogo a nuove necessità di formazione per i medici e per il personale addetto alla sorveglianza delle malattie trasmissibili.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Assicurare che i corsi di formazione siano progettati in modo da tener conto delle necessità speciali delle persone disabili (esse dovrebbero ricevere la stessa quantità di assistenza delle persone non disabili ed ottenere i servizi sanitari specifici di cui necessitano¹⁰).
- Concentrarsi sulla formazione professionale permanente degli operatori sanitari. L'aggiornamento delle capacità professionali contribuisce a migliorare la qualità

¹⁰ Come sancito dall'articolo 35 della convenzione ONU sulla tutela dei diritti delle persone con disabilità, firmata da tutti gli Stati membri e dalla Comunità europea.

dei risultati sanitari e a garantire la sicurezza dei pazienti.

- Sviluppare corsi di formazione per incoraggiare il ritorno al lavoro dei lavoratori anziani.
- Assicurare la formazione manageriale degli operatori sanitari
- Rafforzare la cooperazione tra gli Stati membri nella gestione dei “numeri chiusi” per il personale sanitario e consentire loro una maggiore flessibilità.
- Sviluppare opportunità per impartire una formazione linguistica di sostegno a un’eventuale mobilità
- Creare un meccanismo a livello UE, ovvero un osservatorio del personale sanitario che assista gli Stati membri nella pianificazione delle future capacità in materia di forza lavoro, delle necessità di formazione e degli sviluppi tecnologici.

4.4. Gestire la mobilità del personale sanitario all’interno dell’UE

La libera circolazione delle persone è una delle libertà fondamentali garantite dal diritto comunitario. La libera circolazione dei lavoratori è sancita dall’articolo 39 del trattato CE e ulteriormente regolamentata dal regolamento 1612/68¹¹. Essa garantisce il diritto dei cittadini dell’UE a lavorare in un altro Stato membro come lavoratori dipendenti o funzionari pubblici. Il diritto di stabilimento è disciplinato invece dall’articolo 43, che prevede il diritto di esercitare un’attività autonoma in un altro Stato membro. L’articolo 49 garantisce il diritto alla libera prestazione di servizi. Il regolamento 1408/71 e il regolamento di attuazione 574/72¹² coordinano i vari regimi di sicurezza sociale al fine di agevolare l’esercizio di questo diritto fondamentale alla libera circolazione. Inoltre i cittadini UE hanno il diritto di studiare in altri Stati membri alle stesse condizioni dei cittadini di tali paesi.

La direttiva 2005/36/CE prevede invece il riconoscimento delle qualifiche professionali in previsione dello stabilimento in un altro Stato membro e al fine di facilitare la fornitura di servizi transfrontalieri in uno Stato membro diverso da quello di stabilimento. Questa direttiva ha anche introdotto l’obbligo, per le autorità competenti degli Stati membri ospitanti e d’origine, di scambiarsi informazioni sulle sanzioni disciplinari o penali inflitte o su altre specifiche circostanze rilevanti. Al di fuori del quadro normativo, alcune iniziative legate alla mobilità dei professionisti del settore sanitario sono state prese da associazioni professionali, come l’iniziativa "Health Professionals Crossing borders" e l’iniziativa pilota per la tessera professionale; entrambe puntano a migliorare l’accesso all’informazione nei casi in cui siano stati sollevati dubbi riguardo al comportamento di una persona. È opportuno tenere sotto controllo i progressi compiuti in queste iniziative.

La libera circolazione degli studenti e dei lavoratori contribuisce a garantire che il personale sanitario possa recarsi dove vi è più bisogno di esso. Ma il personale sanitario si sposta per

¹¹ Regolamento (CEE) n. 1612/68 del Consiglio, del 15 ottobre 1968, relativo alla libera circolazione dei lavoratori all’interno della Comunità.

¹² Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all’applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all’interno della Comunità; Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all’applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all’interno della Comunità.

vari motivi – ad esempio per approfittare di migliori opportunità di carriera o di formazione, di migliori condizioni salariali o lavorative; la mobilità può influenzare le disparità all'interno dei singoli paesi o tra diversi paesi sia in senso positivo che negativo. In questo contesto alcuni Stati membri potrebbero assumere un atteggiamento riluttante riguardo agli investimenti nella formazione di un maggior numero di professionisti della sanità, specie in caso di forti emorragie di personale e della conseguente scarsa redditività di tale investimento.

Questi effetti collaterali dell'aumento nella mobilità non vanno combattuti introducendo barriere giuridiche alla libera circolazione degli studenti e dei lavoratori, bensì affrontando tali questioni tramite politiche appropriate e in maniera coordinata con le autorità dell'UE e con gli altri Stati membri. L'aumento di mobilità della forza lavoro potrebbe quindi costringere i responsabili delle risorse umane a livello locale e/o nazionale a rimettere in questione l'adeguatezza delle proprie strategie in materia di assunzione e sviluppo professionale.

Non bisogna dimenticare il diritto dei cittadini ad accedere all'assistenza sanitaria negli altri Stati membri. La proposta di direttiva per un'assistenza sanitaria transfrontaliera mira a garantire l'applicazione di principi comuni in tutta l'Unione europea. Uno dei pilastri di tale direttiva è la volontà di sfruttare il potenziale di cooperazione europea nei settori in cui questa è più preziosa, ad esempio nelle regioni frontaliere, attraverso la creazione di reti europee di riferimento volte a raggruppare i centri specializzati, nonché di una rete comunitaria di valutazione delle tecnologie sanitarie, o grazie ai servizi eHealth (sanità on-line).

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Favorire gli accordi bilaterali tra Stati membri per approfittare di eventuali eccedenze di medici e infermieri.
- Investire nella formazione e nell'assunzione di sufficiente personale sanitario per raggiungere l'autosufficienza a livello UE.
- Incoraggiare accordi transfrontalieri sulla formazione e scambi di personale, che potrebbero agevolare la gestione dell'emorragia di personale sanitario rispettando al contempo la legislazione comunitaria.
- Promuovere il movimento "circolare" del personale (ad esempio, trasferimenti di personale verso un altro paese a fini di formazione e/o di esperienza, e conseguente ritorno al proprio paese con nuove conoscenze e capacità).
- Creare un forum o una piattaforma a livello UE per lo scambio di esperienze tra quadri.

4.5. Migrazione del personale sanitario su scala globale

La penuria di professionisti del settore sanitario è un problema globale, più acuto nell'Africa subsahariana, dove ha ormai superato il livello di guardia¹³. Tale penuria è aggravata dall'aumento della richiesta e della concorrenza per il personale medico e infermieristico, un fenomeno che interessa tutto il mondo sviluppato.

¹³ Sono 57 i paesi che soffrono di una penuria critica di personale sanitario, 36 dei quali si trovano in Africa.

L'azione in materia di sanità all'interno dell'UE ha inoltre importanti implicazioni politiche per la politica estera e di sviluppo dell'UE. Se l'Unione europea non adotterà le misure necessarie per formare e conservare sul proprio territorio un numero sufficiente di operatori sanitari, difficilmente gli effetti negativi dell'emigrazione sui sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo diminuiranno¹⁴.

La Strategia d'azione comunitaria concernente la carenza di risorse umane per la sanità nei paesi in via di sviluppo¹⁵, adottata nel dicembre 2005, e il programma di azione per far fronte al problema della carenza di personale sanitario nei paesi in via di sviluppo (2007 – 2013)¹⁶ (in appresso il "piano d'azione"), adottato un anno più tardi, riconoscono che l'UE ha la responsabilità di adottare misure volte a raggiungere il proprio traguardo di fornire un'assistenza sanitaria di elevata qualità senza causare impatti negativi sulla situazione nei paesi non facenti parte dell'UE.

L'UE sta attualmente elaborando una politica d'immigrazione comune¹⁷: per scongiurare che le prospettive di sviluppo dei paesi terzi vengano minate alla base da una vertiginosa "fuga dei cervelli" essa prevede ad esempio di promuovere una migrazione circolare. Questi aspetti costituiscono una delle componenti del cosiddetto "Approccio globale in materia di migrazione"¹⁸. Inoltre, nel 2007, la Commissione ha presentato una proposta di direttiva volta ad agevolare l'ingresso nell'UE di migranti che intendano svolgere lavori altamente qualificati¹⁹. Una delle disposizioni di questa proposta prevede espressamente l'assunzione sulla base di principi etici nei settori che, come quello sanitario, soffrono di carenza di personale.

Nel corso degli ultimi dieci anni sono stati elaborati codici di condotta per l'assunzione sulla base di principi etici, volti a ridurre l'incidenza negativa dei flussi migratori sui vulnerabili sistemi sanitari dei paesi in via di sviluppo. Il Regno Unito dispone di un codice di condotta per le assunzioni internazionali²⁰, mentre sia la Norvegia²¹ che i Paesi Bassi²² hanno elaborato strategie di gestione della forza lavoro che prevedono politiche di assunzione sulla base di principi etici consistenti nella fissazione di limiti per quanto riguarda l'assunzione attiva da parte dello Stato o nell'incoraggiamento delle assunzioni sulla base di accordi bilaterali. A livello comunitario, nel 2008 il comitato per il dialogo sociale europeo nel settore ospedaliero, composto dall'HOSPEEM e dall'FSESP in qualità di parti sociali europee, ha adottato un "Codice di condotta e follow-up dell'assunzione transfrontaliera sulla base di principi etici e della conservazione"²³, volto a promuovere i comportamenti etici e a bloccare le procedure non etiche nell'assunzione transfrontaliera del personale sanitario.

¹⁴ I cittadini dei paesi in via di sviluppo non sono però i soli ad emigrare: infatti vi sono medici ed infermieri che lasciano l'Unione europea per andare a lavorare negli Stati Uniti, in Canada, in Australia e in Nuova Zelanda.

¹⁵ COM (2005) 642.

¹⁶ COM (2006) 870.

¹⁷ Cfr. COM (2008) 359 relativo a "Una politica d'immigrazione comune per l'Europa: principi, azioni e strumenti"

¹⁸ Cfr. COM (2006) 735 e COM (2007) 247.

¹⁹ COM (2007) 637 def. Allo stesso tempo è stata inoltre adottata una proposta di direttiva relativa a una procedura unica di domanda e ad un insieme comune di diritti per i cittadini di paesi terzi che soggiornano e lavorano legalmente in uno Stato membro (COM (2007) 638).

²⁰ www.nhsemployers.org

²¹ (Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity) 2007

²² Piano d'azione "Working on Care" 2007.

²³ www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPsU-

L'Unione europea si è impegnata ad elaborare un codice di condotta per l'assunzione sulla base di principi etici di operatori sanitari provenienti da paesi terzi e ad adottare altre misure volte a ridurre al minimo gli effetti negativi e a massimizzare gli effetti positivi dell'immigrazione verso l'UE di lavoratori del settore sanitario dai paesi in via di sviluppo²⁴. La necessità di soddisfare tali impegni è ripresa nella relazione sui progressi nell'attuazione del piano d'azione, adottata nel settembre 2008²⁵.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Adottare una serie di principi volti a sorvegliare l'assunzione di personale sanitario proveniente dai paesi in via di sviluppo e attuare metodi di monitoraggio.
- Sostenere il lavoro dell'OMS volto ad elaborare un codice di condotta globale per l'assunzione sulla base di principi etici.
- Favorire accordi bilaterali e multilaterali con i paesi di provenienza dei migranti (ed elaborare meccanismi di sostegno alla migrazione circolare²⁶)

4.6. Dati a sostegno del processo decisionale

Tutti gli elementi descritti pongono delle sfide a coloro che sono chiamati a pianificare, fornire e gestire i sistemi di assistenza sanitaria. La situazione è resa più difficile dalla carenza di dati e informazioni aggiornate e comparabili, ad esempio sulla quantità del personale sanitario in formazione o occupato, sulle sue specializzazioni, sulla sua distribuzione geografica e sui paesi di provenienza. Considerando che le carenze di personale in una parte d'Europa possono potenzialmente sortire effetti altrove, per tutte le autorità sanitarie dell'UE è importante poter disporre di informazioni su scala UE ai fini della pianificazione e fornitura dei servizi sanitari.

Da una relazione redatta nel 2006 per l'OMS²⁷, comprendente studi relativi a cinque paesi (Estonia, Germania, Lituania, Polonia e Regno Unito), emerge che nessuno di essi è stato in grado di fornire informazioni accurate e complete riguardo ai movimenti internazionali dei professionisti sanitari. Il metodo più comunemente usato per misurare i flussi migratori è basato sui certificati presentati alle autorità competenti ("verifiche"). Tale metodo consente una stima annuale globale del numero di professionisti che valutano l'opportunità di spostarsi in un altro paese, anche se non tutti emigrano effettivamente, e altri presentano domanda più di una volta. Dalla relazione sull'Estonia emerge ad esempio che sui 344 medici che avevano ritirato un certificato ne sono poi effettivamente emigrati solo 182.

²⁴ Parlamento europeo: Strategia d'azione comunitaria concernente la carenza di risorse umane per la sanità nei paesi in via di sviluppo, e COM(2006)870, Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio - Programma d'azione europeo per ovviare alla grave carenza di operatori sanitari nei paesi in via di sviluppo (2007–2013)

²⁵ SEC(2008) 2476

²⁶ Per migrazione circolare si intende il trasferimento di personale verso un altro paese a fini di formazione e/o per acquisire esperienze, e il ritorno nel proprio paese con nuove conoscenze e capacità. Tutto questo potrebbe essere incentivato attraverso a una pianificazione della carriera in base a cui la persona che rientra torna a ricoprire un determinato posto di lavoro e riceve uno stipendio consono all'esperienza acquisita

²⁷ Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications Buchan J, Perfilieva G

La Commissione europea raccoglie dati sulle decisioni in materia di riconoscimento prese in virtù dei regimi di riconoscimento settoriali. Tali dati sono riassunti sul sito web:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm

Essi riassumono gli spostamenti professionali (o le intenzioni di spostamento) verso un altro Stato membro. Tuttavia i dati in questione sono utilizzabili unicamente a titolo sostitutivo, in mancanza di informazioni più dettagliate, giacché non contengono informazioni che permettano di accertare se il lavoratore interessato ha poi effettivamente intrapreso un lavoro in un altro Stato membro, se si è trasferito verso un paese terzo o se è rientrato nel suo paese d'origine.

Altri dati raccolti da EUROSTAT sulla forza lavoro nel settore sanitario si basano dalle informazioni raccolte dagli Stati membri. Tali dati sono consultabili sul sito web:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

Inoltre è in preparazione un progetto OCSE sostenuto dall'UE relativo alla migrazione di medici e infermieri nei paesi OCSE/UE25; in futuro verrà analizzata anche la situazione di altri lavoratori del settore sanitario. Tale progetto fornirà informazioni utili, ma non può garantire la piena comparabilità dei dati a causa della diversità delle procedure di registrazione e delle diverse procedure di centralizzazione della raccolta dei dati negli Stati membri.

La Rete europea sulle migrazioni (REM)²⁸ ha lanciato uno studio sulla migrazione gestita nel settore sanitario, alla quale partecipano undici dei suoi punti di contatto nazionali. Dallo studio emerge che i dati disponibili, in particolare sugli operatori sanitari originari di paesi terzi che lavorano nell'UE, sono limitati e spesso distribuiti tra molte fonti, anche all'interno di uno stesso Stato membro.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Armonizzare o standardizzare gli indicatori relativi al personale sanitario
- Creare sistemi volti a sorvegliare i flussi del personale sanitario
- Assicurare la disponibilità e la comparabilità dei dati sul personale sanitario, in particolare al fine di determinare con precisione i movimenti di determinate categorie di personale sanitario

5. IMPATTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE: MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEL PERSONALE SANITARIO

Il progresso in campo sanitario dipende dall'evoluzione scientifica e tecnologica. Le nuove tecnologie influiscono sui traguardi che possiamo raggiungere e sul modo in cui viene organizzata e fornita l'assistenza sanitaria. Oggi le nuove tecnologie consentono al personale sanitario di condividere più agevolmente le informazioni e di collaborare in maniera più stretta, migliorando globalmente l'assistenza sanitaria. Per determinate malattie e determinati pazienti, grazie alla tecnologia, gran parte dell'assistenza può essere spostata dal livello ospedaliero a quello dell'assistenza comunitaria o primaria, e perfino presso il domicilio del paziente, cosa che può migliorare la qualità della vita e contribuire ad una migliore valorizzazione delle risorse.

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>

Nel futuro prossimo, nuove tecnologie come la telemedicina garantiranno un'assistenza sanitaria migliore nelle regioni decentrate o nelle zone carenti di operatori sanitari. Nell'UE vi sono già regioni in cui la telemedicina consente la fornitura di servizi di diagnosi a distanza, e il ricorso alla diagnosi a distanza per i risultati dello screening mammografico aiuta a migliorare l'accesso alle cure ed i servizi forniti alle pazienti.

L'introduzione delle nuove tecnologie richiede che il personale sanitario riceva una formazione adeguata, e se necessario acquisisca nuove specializzazioni per essere in grado di utilizzarle. Inoltre sarà necessario ottenere l'accettazione del suo utilizzo da parte del personale sanitario, tenendo presente che in alcuni casi le nuove tecnologie potrebbero interferire con metodi e strutture di lavoro collaudati. Con la comunicazione sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società la Commissione si ripromette di proporre un quadro europeo per raccogliere alcune di queste sfide.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Assicurare la formazione del caso per mettere il personale sanitario in grado di fare il migliore uso delle nuove tecnologie
- Lanciare azioni volte a incoraggiare l'uso delle nuove tecnologie dell'informazione
- Assicurare l'interoperabilità delle nuove tecnologie dell'informazione
- Assicurare una migliore distribuzione delle nuove tecnologie all'interno dell'UE.

6. RUOLO DEGLI IMPRENDITORI DEL SETTORE SANITARIO RIGUARDO AL PERSONALE SANITARIO

Alcuni operatori sanitari - medici, psicologi, odontoiatri, podologi, fisioterapisti o ergoterapeuti - sono anche imprenditori che gestiscono il proprio studio o centro medico e hanno lavoratori dipendenti. Naturalmente le politiche della Commissione miranti a migliorare il contesto imprenditoriale in Europa e ad incoraggiare lo spirito imprenditoriale si ripercuotono anche su queste attività. Una recente comunicazione della Commissione intitolata "Piccole e medie imprese, essenziali per conseguire una maggiore crescita e rafforzare l'occupazione - valutazione intermedia della politica moderna a favore delle PMI", (4 ottobre 2007), riconosce l'importanza del contributo delle PMI alla realizzazione degli obiettivi della strategia di Lisbona - stimolare la crescita economica e creare nuovi e migliori posti di lavoro. Questi imprenditori possono contribuire a rafforzare la crescita dell'Europa e fungere da volano per stimolare l'innovazione, lo sviluppo locale, la formazione e l'occupazione, nonché per contribuire a migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria.

Il cosiddetto "Small Business Act" è un elemento chiave della strategia dell'UE per la crescita e l'occupazione (Comunicazione della Commissione "Una corsia preferenziale per la piccola impresa" Alla ricerca di un nuovo quadro fondamentale per la Piccola Impresa - uno "Small Business Act" per l'Europa, COM(2008) 394). La comunicazione contiene una serie di principi comuni volti a guidare la politica per le PMI nonché le azioni volte a metterne in pratica i principi. Essa si concentra sulla promozione dello spirito imprenditoriale, facendo del principio della corsia preferenziale per le piccole imprese un caposaldo delle strategie politiche e puntando al sostegno delle PMI.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Incoraggiare un maggior numero di imprenditori a entrare nel settore sanitario al fine di migliorare la pianificazione della fornitura di assistenza sanitaria e la creazione di nuovi

posti di lavoro

- Analizzare quali barriere si frappongono all'attività imprenditoriale nel settore sanitario.

7. POLITICA DI COESIONE

Lo sviluppo del personale sanitario dell'UE è correlato anche alla politica di coesione. In base all'attuale quadro giuridico è possibile ricorrere ai fondi strutturali per sviluppare il personale sanitario. Gli orientamenti strategici comunitari per la coesione, che definiscono le priorità d'azione dei fondi strutturali per il periodo 2007-2013, contengono una sezione che descrive l'obiettivo denominato "Contribuire a mantenere in buona salute la popolazione attiva". Il regolamento relativo al Fondo sociale europeo (FSE) del luglio 2006 (regolamento (CE) n. 1081/2006), inserisce il prolungamento della vita lavorativa e una "migliore salute" tra i settori prioritari del FSE. In questo contesto alcuni Stati membri (in massima parte paesi di recente adesione all'Unione) progettano massicci investimenti nella formazione degli operatori sanitari attraverso il Fondo sociale europeo. Inoltre circa 5,2 miliardi di euro saranno investiti nelle infrastrutture sanitarie dal Fondo europeo di sviluppo regionale. Un utilizzo efficace dei fondi strutturali, mirante ad elevare il livello di qualifiche e competenze del personale sanitario e a sviluppare le infrastrutture sanitarie, può apportare un efficace contributo al miglioramento delle condizioni di lavoro e incrementare la qualità dei servizi sanitari, riducendo al contempo le disparità sul piano sanitario e consolidando la coesione tra e negli Stati membri.

Fattori influenzanti e possibili settori di azione:

- Fare un uso migliore del sostegno offerto dai fondi strutturali a fini di formazione e riqualificazione del personale sanitario
- Migliorare l'uso dei fondi strutturali per lo sviluppo del personale sanitario
- Rafforzare l'uso dei fondi strutturali per infrastrutture volte a migliorare le condizioni lavorative

8. CONSULTAZIONE

La Commissione europea invita tutte le organizzazioni interessate a presentare osservazioni sulle tematiche proposte dal presente Libro verde entro il 31 marzo 2009, preferibilmente all'indirizzo email seguente: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

o all'indirizzo postale:

Commissione europea, B-1049 Bruxelles - Belgio.

In mancanza di dichiarazioni specifiche dei rispondenti, la Commissione presume che essi acconsentano alla pubblicazione totale o parziale delle loro osservazioni sul sito web della Commissione o in relazioni che analizzano i risultati del processo di consultazione.