

Medici in Europa.

Tra disuguaglianze e crisi dei sistemi sanitari

La professione del medico è un lavoro senza frontiere. Ai diversi motivi che hanno sempre spinto i medici a spostarsi, ragioni accademiche o di ricerca o di spirito umanitario, si è aggiunto ora un altro fattore: le disuguaglianze nelle condizioni di lavoro. Questo fenomeno ha raggiunto ora proporzioni allarmanti per gli equilibri dei diversi sistemi sanitari nazionali, aggravato anche dalla prospettiva della carenza trasversale in Europa, a partire dal 2020, di professionisti della salute.

Un problema che coinvolge l'intera Unione Europea deve essere necessariamente studiato a livello delle istituzioni Ue ed è per questo che la Fems (European Federation of Salaried Doctors, di cui l'Anao Assomed è membro attivo e fortemente partecipativo) ha convocato lo scorso 21 Settembre a Bruxelles, presso la European Economic and Social Committee, rappresentanti delle Istituzioni Europee, esperti di politica sanitaria, rappresentanti delle maggiori organizzazioni mediche eu-

ropee per discutere insieme dello stato attuale e di possibili soluzioni da mettere in campo.

Analizzare il fenomeno migratorio dei medici è una azione complessa. È necessario tenere in considerazione:

- Numero assoluto dei medici emigrati e numero relativo rispetto alla popolazione medica
- Numero di medici attivi nel territorio, con una ulteriore distinzione tra operanti nel settore pubblico o privato (la tendenza della Ue è sempre

a difesa di una sanità pubblica)

- Titolo di studio dei medici migranti: neo laureati (Romania, Repubblica Ceca), in formazione specialistica (Cipro) o già specialisti (Italia)
- La percentuale di quanti emigrano a scopo di studio per poi tornare (come accade in Olanda, Islanda, Irlanda)

I flussi migratori dei medici non possono essere semplificati in traiettorie unidirezionali (da est verso ovest e da sud verso nord). Ogni Stato (ad esclusione dei virtuosissimi Paesi scandinavi, Danimarca e Olanda) vede una quota di medici in partenza ed una in arrivo ed in questo continuo dare-avere (complice anche la natura umana a volte insoddisfatta e le radici della professione medica che insegnano al confronto e al dialogo) iniziano ad insinuarsi Paesi extraeuropei, quali Emirati Arabi, sud America, Israele, Canada.

Risultano così Paesi fortemente in perdita (Romania, Italia, Grecia), Paesi in discreto equilibrio (Francia, grazie alla migrazione dai Paesi africani francofoni, Spagna e Portogallo dal Sudamerica) e Paesi con un forte ingresso di



professionisti già o in parte formati. La Brexit contribuirà al turbamento di tali equilibri. Una Survey, condotta nel 2017 dalla British Medical Association, ha dimostrato che oltre il 40% dei medici non inglese, che attualmente lavorano in Uk, sta pianificando di lasciare il Paese con destinazione Germania (22%), Spagna (9%) e Paesi fuori Ue (più del 15%).

Diseguaglianze nelle condizioni di lavoro dei medici sono presenti sin dal percorso formativo, non solo tra i diversi paesi europei, ma a volte all'interno di una stessa nazione. Questo fenomeno porta più facilmente ad una migrazione di studenti perché, in linea generale, uno studente ha meno motivazioni per trovarsi radicato in un territorio. Nonostante l'evidenza di tale osservazione, non ci sono dati che dimostrino effetti sulla pratica clinica dei diversi percorsi formativi.

Ad aggravare lo squilibrio concorre anche la differente applicazione della Direttiva sull'orario di lavoro, e le diverse interpretazioni, a livello nazionale, che la Direttiva solleva a causa delle indicazioni generiche che in alcuni

punti pone. La stessa Commissione che cura l'applicazione della Direttiva, riconosce nella carenza di personale la prima causa di violazione e coglie la necessità di superare con emendamenti futuri quelle difficoltà applicative che la legge ha nel campo sanitario (continuità di servizio, contrapposizione tra benessere del lavoratore e sicurezza del paziente, ecc.).

La carenza di personale, e le suggestioni economiche di molti Paesi, stanno anche indirizzando la commissione a riflettere sulla possibilità di riconoscere il lavoro svolto in ospedale di guardia non attivo (quando si è di guardia ma non si sta effettivamente lavorando) come non orario di lavoro. Il grido di protesta dei sindacati e delle associazioni dei medici è stato immediato e l'Anaao si è fatta portavoce, tramite la FEMS, di studiare e proporre emendamenti che chiaramente arrestino questa deriva opportunistica e che tutelino gli aspetti più critici della nostra professione.

Nel corso della conferenza, sono stati presentati, da un rappresentante della Oecd, dati importanti che offrono chiavi di lettura, sia a livello nazionale che europeo.

Negli ultimi 15 anni (dati Oecd 2002-2017), il Pil di tutti gli Stati membri è andato aumentando ma l'Italia rimane vero fanalino di coda per percentuale di crescita (inferiore all'1%), partecipazione alla forza lavoro (56%) e tasso di disoccupazione (11%). Conseguenza dello scarso investimento è un debole miglioramento nella qualità della vita (misurata secondo 11 parametri statistici che combinano dati oggettivi e soggettivi).

L'Italia rimane comunque, preceduta solo dalla Spagna, il Paese con la più alta aspettativa di vita.

Tendenza comune a tutti i paesi Ue, è una spesa per il settore sanitario, intesa come percentuale del Pil, tendenzialmente stabile nel corso degli anni. Ma, come emerso nella discussione, non ha senso definire una soglia di % Pil adeguato per il settore Sanità, perché è necessario conoscere il valore assoluto dei soldi che si mettono a disposizione (per esempio il Lussemburgo investe solo il 6.1% ma ha un Pil elevatissimo), le competenze di chi decide come investirli (importanza della medical leadership e di riconoscere i medici come veri stakeholders delle politiche sanitarie) e gli eventuali sprechi. Rimane comunque il fatto che l'Italia è



ALESSANDRA SPEDICATO

Capo delegazione Anaao Assomed per la Fems

“**È necessario incoraggiare i medici ad un maggior impegno politico e ad una riflessione che esca dai confini delle proprie mura ospedaliere.**

L'Anaao dimostra di saper guardare a Bruxelles e a Roma per tutelare i diritti di chi ogni giorno lavora per il bene del paziente.

Fems. European Federation of Salaried Doctors

sotto la media europea del 9.6% di Pil dedicato alla sanità.

Evidente è la necessità di una Commissione europea per la sanità che sia forte. Tutte le politiche europee devono ambire al più alto livello di tutela della salute. Vi sono numerose aree di interesse a livello comunitario che influenzano il settore della salute e delle cure sanitarie e sono però gestite da differenti direttorati nella Commissione europea. Questa situazione determina il subentrare di diversi interessi in gioco, nei quali spesso si perde di vista l'obiettivo salute, rimpiazzato dalle agende economiche (per esempio il tentativo di applicazione di logiche industriali e commerciali per la standardizzazione dei servizi sanitari, oppure di muovere il portfolio dei farmaceutici e dei medical devices, da Dg Sante a Dg Grow). Questo causa anche l'allontanamento di stakeholder competenti (le associazioni di medici) dai processi decisionali e dalle discussioni.

Nel 2017 nel *white Paper in future of Europe*, in modo esplicito, si è dichiarato che l'area sanitaria è un'area dove l'influenza europea dovrebbe ridursi (spazio alla sussidiarietà) e nel 2018, il Presidente Juncker non ha fatto alcun riferimento al tema salute nel suo discorso sullo stato dell'Unione.

Nella proposta di budget di maggio 2018 non vi è un programma sanitario dedicato ma le risorse risultano allocate nel capitolo più generico intitolato "Investimenti in persone, coesione sociale e valori europei". Può questo passaggio determinare la perdita di un supporto politico di alto livello per le politiche sanitarie? O vi sono i presupposti (ottimistici) per pensare alla salute dei cittadini come parte di una visione più ampia e inclusiva di cura della persona? Il continuo defianziamento della sanità pubblica farebbe propendere per la prima ipotesi.

Vi è dunque la necessità di una continua attenzione sulle politiche Europee da parte dei professionisti della sanità. È necessario incoraggiare i medici ad un maggior impegno politico e ad una riflessione che esca dai confini delle proprie mura ospedaliere.

L'Anaao dimostra di saper guardare a Bruxelles e a Roma per tutelare i diritti di chi ogni giorno lavora per il bene del paziente.