

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 29 MAGGIO 2015

Quando il medico italiano è costretto a migrare

La tendenza, da parte dei medici italiani, di andare a lavorare all'estero ha subito un aumento vertiginoso (nel solo 2014 ne sono stati richiesti oltre 2000). La migrazione può essere anche vista come una risorsa per l'arricchimento culturale, quello che va messo in discussione è la condizione lavorativa inappropriata che porta un giovane a migrare perché non vi è altra alternativa dignitosa ed etica al suo lavoro.

Cosa hanno in comune un medico precario in Italia ed il Codice Etico per il Reclutamento internazionale del Personale Sanitario dell'OMS? All'apparenza il solo fil rouge sembra essere che entrambi si interessino di sanità ma, dopo un'analisi attenta del codice ed una conoscenza approfondita del mondo del precariato italiano, le analogie divengono numerose ed interessanti.

Nel 2010 il "WHO Global Code of practice on the international recruitment of Health Personnel" prende forma come risposta a numerose e precedenti sollecitazioni (WHA 58.19, la Dichiarazione del Global Health Forum a Kampala nel 2008, comunicati del G8 del 2008 e 2009) e cerca di definire una condotta etica che eviti o limiti lo squilibrio e la migrazione di personale sanitario dai paesi emergenti e/o con economie in transizione, verso paesi più attrattivi per condizioni di lavoro. La consapevolezza che contraddistingue l'intero documento è che una carenza di personale sanitario, altamente e continuamente istruito, è il maggior pericolo per la performance di un sistema sanitario (Preamble, IV capoverso) e il codice deve diventare elemento centrale di qualunque risposta nazionale, regionale o locale alla sfida del fenomeno migratorio in sanità e al rafforzamento dei sistemi sanitari nazionali (Preamble, V capoverso). Già l'incipit sembra sufficiente ad evidenziare che in Italia l'eco di questo codice non sia ancora arrivato.

Partiamo dal presupposto che il nostro Paese non può essere considerato attrattivo per il personale sanitario, medici in testa; tra il 2009 e il 2012 sono stati richiesti al Ministero della Salute circa 5000 certificati di congruità per lavorare all'estero come medico. La tendenza è verso un aumento vertiginoso (nel solo 2014 ne sono stati richiesti oltre 2000) e l'età media dei richiedenti è sempre più bassa a dimostrazione che spesso sono già i semplici neolaureati a voler andar via. Vien da sé che l'Italia può essere considerata uno Stato con un'economia in transizione, basandoci sulla crescita del PIL e sulla quota di quanto viene investito in Sanità, e dunque dovrebbe mettere in atto politiche ispirate agli articoli del Codice Etico per contenere la fuga all'estero e per dare dignità ai suoi lavoratori.

È proprio su quest'ultimo tema che entra in gioco il precariato in sanità (ma potremmo parlare di qualunque altro ambito lavorativo) ed il Codice dell'OMS, sebbene parli di reclutamento internazionale, sembra rivolgersi proprio a noi, alla giungla e alla tipologia di contratti con i quali - in Italia - vengono inquadrati i medici nel mondo del lavoro. Nel Codice si cita la discriminazione tra personale sanitario di differenti nazionalità, ma può essere letto facilmente come una metafora di quello che sta accadendo nel nostro SSN, nel divario tra nord e sud Italia, nella differenza di tutele, retribuzione e diritti che hanno i medici precari rispetto ai loro colleghi stabilmente contrattualizzati. Nell' articolo 3 comma 5 del Codice viene richiesto che tutti gli aspetti dell'assunzione e del trattamento del personale sanitario debbano essere attuati senza alcuna distinzione dal punto di vista legale.

L' articolo 4 comma 4 è ancora più esaustivo: viene specificato che gli Stati Membri dell'OMS, dovrebbero assicurare che chi recluta personale sanitario straniero, osservi chiare ed appropriate pratiche contrattuali e che il personale sanitario non sia soggetto a condotta illegale o fraudolenta; il personale sanitario straniero dovrebbe essere assunto, promosso e remunerato su criteri oggettivi quali la qualifica, gli anni di esperienza, il grado di responsabilità professionale, al pari del personale nazionale già presente. Se sostituiamo alla parola "straniero" la parola "precario" non possiamo non pensare ai giovani medici che vengono assunti con contratti libero professionali, co.co.pro, ecc. mascherando sotto questo vincolo legale un impegno lavorativo pari (se non superiore, vista la condizione psicologica di sudditanza) a quella dei colleghi di ruolo ma con l'assenza di tutele e diritti basilari come ferie, congedi parentali, malattia, aggiornamento professionale.

Anche i contratti precari a tempo determinato, nonostante portino alcune garanzie, implicano una discriminazione economica non consentendo la piena progressione economica legata agli avanzamenti di carriera per anzianità di servizio. Quindi nei nostri ospedali si ritrovano a lavorare spalla a spalla, a condividere obiettivi terapeutici e responsabilità professionale, colleghi separati da uno Stato-Datore di lavoro non equo. E pensare che il Codice Civile italiano invita il datore di lavoro ad assumere politiche da "buon padre di famiglia"!

Tornando al Codice Etico dell'OMS, qualora siano rimasti dubbi da fugare, nell' articolo 4 comma 7 viene espresso chiaramente: i datori di lavoro dovrebbero capire che il codice si applica ugualmente a lavoratori a tempo indeterminato come a quelli a tempo determinato. Cosa implica prendere consapevolezza di questa discriminazione? Significa capire che i Governi hanno la responsabilità dello stato di salute dei loro cittadini e che questo può essere solo soddisfatto dalla fornitura di adeguate misure sociosanitarie (articolo 3 comma 1) e che tutte le organizzazioni professionali che si interessano di sanità devono lavorare e cooperare a tutti i livelli affinché queste buone norme vengano implementate (articolo 4 comma 1).

È per questo motivo che l'Anaaò ha deciso di firmare il manifesto per il rafforzamento del personale sanitario nell'ambito del programma europeo "HealthWorkers 4 all". L'Anaaò era presente il 5 maggio al Parlamento Europeo nell'incontro "Mobility of Health Professionals in the EU: ethical recruitment and policy coherence" per capire la cornice europea nella quale i nostri medici si stanno immergendo sempre più numerosi.

La migrazione di personale sanitario può essere anche vista come una risorsa per l'arricchimento culturale, si pensi all'Islanda dove (per evidenti ragioni legate alla numerosità della popolazione ed al contesto oro geografico) i medici nel loro percorso formativo migrano all'estero per poi tornare in patria con conoscenze e contatti che poi riporteranno nel loro percorso lavorativo – migrazione circolare – e d'altronde se fin dal IX secolo i giovani aristocratici concludevano il loro percorso di studi con il Gran Tour dell'Europa il valore della conoscenza di ciò che accade anche oltre frontiera è indiscusso. Quello che va messo in discussione è la condizione lavorativa inappropriata che porta un giovane medico a migrare perché non vi è altra alternativa dignitosa ed etica al suo lavoro.

L'Anaaò vuole offrire soluzioni per un SSN non solo efficiente ed efficace ma anche etico per chi vi lavora. In attesa che sia il Governo ad ascoltarci troviamo conforto e appoggio nel Codice Etico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Alessandra Spedicato

Vice Responsabile Nazionale Anaaò Giovani