



# **OPPORTUNITÀ E SFIDE LEGATE ALLA MOBILITÀ E ALL'ASSUNZIONE TRANSFRONTALIERE DEL PERSONALE SANITARIO**

**Settembre 2012**

**Studio e rapporto realizzati per conto della FSESP**

Il testo integrale del rapporto è reperibile sul sito [www.epsu.org/a/8920](http://www.epsu.org/a/8920)

Prof,ssa Jane Hardy (Università di Hertfordshire)

[J.A.Hardy@herts.ac.uk](mailto:J.A.Hardy@herts.ac.uk)

Dott,ssa Moira Calveley (Università di Hertfordshire)

[M.D.Calveley@herts.ac.uk](mailto:M.D.Calveley@herts.ac.uk)

Dott. Steve Shelley (Università di Hertfordshire)

[S.M.Shelley@herts.ac.uk](mailto:S.M.Shelley@herts.ac.uk)

Dott.ssa Rebecca Zahn (Università di Stirling)

[Rebecca.Zahn@eui.eu](mailto:Rebecca.Zahn@eui.eu)

## Sintesi

### Antecedenti, finalità e metodologia

Nell'Unione europea (UE) il settore dei servizi sanitari e di cura assume una sempre maggiore rilevanza sul piano socioeconomico. L'occupazione nel settore è cresciuta e, nel 2009, rappresentava in media il 10% dell'occupazione complessiva dei paesi dell'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico). In questo settore, il cambiamento demografico caratterizzato da un invecchiamento della popolazione, unitamente alla diminuzione della popolazione in età attiva, pone una serie di sfide per il finanziamento e l'assunzione di personale. La crescente domanda di operatori sanitari e assistenziali, le previste carenze future di organico e le diverse condizioni salariali e lavorative hanno favorito una maggiore mobilità del personale sanitario oltre i confini nazionali. L'adesione di nuovi Stati membri nel 2004 (Repubblica ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Slovacchia - EU8) e nel 2007 (Bulgaria e Romania - EU2) ha ulteriormente accentuato il potenziale migratorio. Le pressioni sui bilanci per la sanità si sono intensificate con l'adozione, da parte dei governi, di misure di austerità a seguito della crisi finanziaria del 2007-2008 e in risposta alla crisi del debito sovrano che colpisce attualmente l'Europa. Un maggiore orientamento al mercato e la privatizzazione hanno portato nuove difficoltà.

Il presente studio si sofferma in particolare su tre grandi categorie: medici (personale altamente qualificato), infermieri (personale qualificato) e operatori assistenziali (personale qualificato, semi-qualificato e non qualificato). Ciascuno di questi gruppi è governato da dinamiche proprie. Lo studio ha interessato ospedali, strutture residenziali e assistenza domiciliare nei settori pubblico, a scopo di lucro e non-profit.

Finalità del rapporto:

- definire il quadro giuridico europeo e il quadro delle qualifiche con riferimento alla mobilità transfrontaliera;
- individuare i modelli di migrazione tra paesi;
- analizzare i fattori di spinta e di attrazione dei processi migratori;
- esaminare il ruolo delle organizzazioni sindacali in tale processo;
- delineare le principali sfide e formulare raccomandazioni.

La ricerca si compone di tre elementi. In primo luogo vengono presentate le conclusioni di un sondaggio condotto tra le organizzazioni affiliate alla Federazione sindacale europea dei servizi pubblici (FSESP). Secondariamente vengono ripresi i dati primari raccolti tramite interviste "faccia a faccia" realizzate in Belgio, Germania, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Polonia, Romania, Svezia e Regno Unito. Sei paesi (Germania, Italia, Polonia, Romania, Svezia e Regno Unito) sono stati scelti come casi di studio in base alla necessità di includere paesi emittenti e riceventi dal punto di vista occupazionale che corrispondessero a grandi linee ai vecchi e ai nuovi Stati membri dell'UE. In terzo luogo, il rapporto raccoglie dati secondari estrapolati da relazioni, letteratura scientifica e banche dati.

## Quadro giuridico e istituzionale

Il diritto comunitario definisce un ampio quadro normativo che consente la libera circolazione dei lavoratori tra tutti gli Stati membri. Dal 2011 garantisce inoltre la piena libertà di circolazione dei lavoratori dei paesi membri che hanno aderito all'Unione europea nel maggio del 2004. Tuttavia, la maggior parte degli Stati membri pone ancora restrizioni all'accesso dei lavoratori bulgari e rumeni. Sono previste norme speciali per i lavoratori distaccati che, occupati in uno Stato membro, vengono inviati a lavorare temporaneamente in un altro paese dell'UE mantenendo il proprio rapporto di lavoro iniziale. Il ricorso a personale distaccato è frequente nel settore della sanità. Questo fenomeno può causare problemi nel caso in cui il personale venga inviato a lavorare, ad esempio, in uno Stato membro in cui vigono retribuzioni maggiori rispetto al paese di origine. In mancanza di una regolamentazione, pertanto, i lavoratori distaccati possono essere utilizzati per abbattere i salari nel paese di accoglienza. Il diritto comunitario garantisce una certa tutela ai migranti provenienti dai paesi non comunitari. Tuttavia, la regolamentazione dei flussi migratori provenienti da paesi terzi spetta in massima parte agli Stati membri in funzione dei rispettivi ordinamenti nazionali. La *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* (dicembre 2009) conferisce alcuni diritti ai cittadini extracomunitari e si fonda sul principio secondo il quale "ogni lavoratore ha diritto a condizioni di lavoro sane, sicure e dignitose".

La mobilità dei professionisti della salute è sancita dalla Direttiva relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (CE, 2005) che stabilisce le norme per il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali tra gli Stati membri. La direttiva prevede il riconoscimento automatico delle qualifiche, sulla base di una serie di condizioni minime armonizzate in materia di formazione, per sette professioni del settore. Nel dicembre del 2011 sono state annunciate nuove proposte legislative, tra le quali la creazione di una tessera professionale europea; un migliore accesso all'informazione relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali; l'aggiornamento dei requisiti minimi di formazione; l'introduzione di un sistema di allerta per i professionisti del settore sanitario che beneficiano del regime di riconoscimento automatico; l'introduzione di quadri comuni di formazione e di verifiche professionali comuni e un esercizio di valutazione reciproca delle professioni regolamentate. Si noti, inoltre, che molti Stati membri prevedono normative specifiche, tramite criteri di iscrizione agli albi professionali, che impongono ai professionisti della salute l'abilitazione all'esercizio della professione e un aggiornamento continuo.

## Risultati

### *Modelli di mobilità*

- L'emigrazione dai nuovi Stati membri verso economie europee a maggior reddito deve essere inserita nel quadro di un significativo movimento migratorio generale che si registra dall'adesione all'UE di tali paesi nel 2004 e nel 2007. In tale contesto di mobilità generale si constata una massiccia emigrazione degli operatori sanitari provenienti dai nuovi Stati membri. In tutti i casi, Germania e Regno Unito rappresentano le due destinazioni citate più spesso. La scelta delle altre destinazioni è determinata dalla lingua e/o dalla prossimità. In linea di massima, mobilità ed emigrazione si riscontrano con maggior frequenza tra i medici e in misura minore tra il personale assistenziale.
- Per quanto riguarda la mobilità dei professionisti della salute, la situazione si presenta complessa e ambigua in quanto entrano in gioco diversi modelli di mobilità:

## OPPORTUNITÀ E SFIDE LEGATE ALLA MOBILITÀ E ALL'ASSUNZIONE TRANSFRONTALIERE DEL PERSONALE SANITARIO

---

dal pubblico al privato, dalle zone rurali alle aree urbane, emigrazione e migrazione circolare.

- Nella totalità dei nuovi Stati membri i dati indicano bassi o bassissimi tassi di immigrazione in sostituzione del personale medico o infermieristico emigrato. Gli immigrati provengono solitamente da paesi in via di sviluppo o da paesi terzi limitrofi con retribuzioni tendenzialmente inferiori.
- I paesi nordici (e i Paesi Bassi) registrano tassi di emigrazione contenuti o trascurabili. Si nota una netta continuità della tendenza alla mobilità del personale sanitario registrata prima del 2004 tra i paesi scandinavi (Danimarca, Norvegia e Svezia). Fa eccezione la Finlandia, dove si segnalano elevati livelli di emigrazione e immigrazione di medici e personale infermieristico.
- Nel Regno Unito si osserva una forte discontinuità per quanto riguarda il modello di immigrazione del personale sanitario. Vi è stata una significativa riduzione dell'immigrazione in generale, con un netto passaggio verso una prevalenza di immigrati provenienti dai paesi dell'UE.
- Il questionario ha fornito scarse informazioni sui flussi migratori del personale assistenziale. Esiste tuttavia un'ampia letteratura scientifica che mostra un trend in crescita della migrazione circolare tra i nuovi Stati membri e i paesi limitrofi che garantiscono una maggiore retribuzione: dalla Polonia verso la Germania, dalla Slovacchia in Austria e dalla Romania/Bulgaria in Italia.
- All'interno dei modelli migratori globali si delinea tuttavia un panorama molto più dettagliato e preciso delle qualifiche e dell'occupazione nel settore privato. I maggiori flussi migratori si riscontrano tra medici e infermieri in specializzazioni quali anestesia, radiologia, ostetricia, ginecologia, terapie intensive e psichiatria.
- Per quanto riguarda i modelli relativi alla durata del soggiorno (temporaneo, permanente, circolare) le risposte al questionario suggeriscono un quadro molto variegato senza dati concreti a supporto.

### ***Fattori che favoriscono o inibiscono la migrazione del personale sanitario***

- Secondo i dati raccolti nel corso delle indagini, una scarsa retribuzione rappresenta la principale motivazione a emigrare per gli operatori del settore sanitario in generale e per i nuovi Stati membri in particolare.
- Il secondo fattore è rappresentato da condizioni di lavoro insoddisfacenti, soprattutto nei nuovi Stati membri. Questi ultimi si attestano in fondo alla lista per quanto riguarda la spesa sanitaria totale pro capite e la spesa sanitaria totale in percentuale del prodotto interno lordo (PIL). Ridotti livelli di spesa e carenza di investimenti sono stati esacerbati da privatizzazioni e processi di ristrutturazioni disorganiche che hanno demotivato il personale e deteriorato le condizioni di lavoro nei nuovi Stati membri.
- Si è visto che anche il personale medico e infermieristico proveniente da paesi ad alto reddito si trasferisce in altri paesi per accedere a mercati del lavoro più vantaggiosi dal punto di vista retributivo. Migliori condizioni di lavoro e/o una maggiore possibilità di conciliare vita professionale e vita privata figurano tra gli ulteriori fattori menzionati.
- Il datore di lavoro, le agenzie per l'impiego e l'iniziativa individuale sono considerati fattori altrettanto importanti nella mediazione e nel facilitare la migrazione. Non emerge alcun modello chiaramente definito di agenti di reclutamento. Nulla indica l'esistenza di strategie di assunzione sistematica su grande scala rispetto alla

## OPPORTUNITÀ E SFIDE LEGATE ALLA MOBILITÀ E ALL'ASSUNZIONE TRANSFRONTALIERE DEL PERSONALE SANITARIO

---

migrazione dei lavoratori della salute dai paesi in via di sviluppo ai paesi industrializzati (ad eccezione del Regno Unito).

- I fattori che maggiormente ostacolano la mobilità degli operatori sanitari citati in modo specifico sono la lingua e il mancato riconoscimento delle qualifiche. La mancanza di competenze linguistiche si osserva in particolare tra il personale infermieristico e la necessità di padroneggiare la lingua del paese di destinazione costituisce un ostacolo all'impiego. È più probabile che il personale medico vanti le necessarie competenze linguistiche e, nel caso del personale di assistenza, tali competenze sono meno rilevanti.
- A tutt'oggi non esiste alcuna uniformità nell'accettazione delle qualifiche professionali tra gli Stati membri dell'Unione europea.

Dalle risposte fornite nei questionari si evince chiaramente che le differenze in termini di retribuzione e condizioni di lavoro, sia tra i nuovi e i vecchi Stati membri che tra le economie ad alto reddito, spiegano in parte la migrazione e la mobilità transfrontaliera nell'Unione europea. Tuttavia, questo tipo di mobilità è resa più complessa da fenomeni migratori interni: dalle zone rurali alle città e dal settore pubblico al privato. Alle carenze di organico nel settore sanitario, in particolare per quanto riguarda il personale infermieristico, si aggiunge la mancanza di attrattiva della professione tra i giovani.

### ***Il settore dell'assistenza***

- L'invecchiamento della popolazione, il cambiamento demografico e i nuovi modelli lavorativi e famigliari in Europa fanno sì che il mercato del lavoro nel settore assistenziale sia uno dei più dinamici dell'Unione europea, con buone prospettive di espansione anche in futuro. L'offerta di personale di cura non è sufficiente a soddisfare la domanda di servizi di assistenza continuativa (assistenza a lungo termine). La connotazione di questo settore in quanto comparto caratterizzato da bassi salari e uno scarso statuto e prestigio del personale viene percepita come un ostacolo alla costituzione di un'adeguata forza lavoro.
- Pur con sostanziali differenze tra i diversi paesi membri dell'UE, in questo settore si assiste a una significativa e sempre maggiore dipendenza dai lavoratori e dalle lavoratrici migranti. Si calcola che il personale proveniente dai nuovi Stati membri rappresenti una quota crescente della forza lavoro; nel Regno Unito, il 7% degli operatori provenienti dagli otto paesi che hanno aderito all'UE nel 2004 lavora nel settore assistenziale; in Germania, il 19% di quanti si occupano di anziani è nato all'estero; in Norvegia, i lavoratori migranti rappresentano il 7,4% degli occupati nel settore delle cure sanitarie.
- In Austria, l'assistenza domiciliare ad anziani e disabili prestata da personale migrante è stata oggetto di grandi riforme. Nel 2006 il governo ha istituito una nuova figura professionale: "l'assistente alla persona". I vantaggi di questa regolarizzazione della professione sono piuttosto mitigati: è prevista una qualche forma di tutela sociale, ma altre prestazioni sono subordinate alla residenza in Austria.
- In Italia, i lavoratori migranti soddisfano gran parte della domanda di assistenza domiciliare alla persona, sia in regime di convivenza, sia con retribuzione oraria. La legge Bossi-Fini del 2002 ha disciplinato la procedura di regolarizzazione del lavoro domestico e delle attività di assistenza. Sono stati compiuti sforzi, con esiti alterni, per favorire l'integrazione degli operatori assistenziali attraverso formazioni e corsi di lingua.

## OPPORTUNITÀ E SFIDE LEGATE ALLA MOBILITÀ E ALL'ASSUNZIONE TRANSFRONTALIERE DEL PERSONALE SANITARIO

---

- I sindacati sono confrontati a difficoltà specifiche nell'organizzare i lavoratori in questo settore tra cui: gli aspetti di genere di tale impiego; l'isolamento in casa; lo status giuridico precario di molti lavoratori migranti; la frammentazione dell'offerta tra settore privato, pubblico e caritativo; lo statuto di lavoratore autonomo di molti addetti all'assistenza.
- In diversi paesi (tra i quali, ad esempio, Germania, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito), i sindacati sono intervenuti con ottimi risultati sia con lavoratori comunitari, sia con lavoratori migranti in situazione irregolare. Tra le attività intraprese figurano iniziative in materia di affiliazione e orientamento, assistenza legale, collegamento con le comunità locali, lotta contro la xenofobia a livello del sindacato in generale, campagne per un minimo vitale (da preferirsi al salario minimo), centri di consulenza dedicati e campagne per l'introduzione di clausole sociali negli appalti pubblici al fine di prevenire situazioni di dumping.

### ***Il ruolo dei sindacati***

- Laddove esiste una consolidata tradizione di dialogo sociale e meccanismi corporativistici (ad esempio Norvegia, Svezia e Finlandia), il dibattito sulla migrazione è stato incluso in tale processo. Nei paesi in cui non sono presenti accordi corporativistici tale questione viene dibattuta con il governo o gli enti pubblici (Bulgaria, Slovacchia e Regno Unito).
- Secondo la maggior parte dei rispondenti al questionario non sono stati fatti sforzi particolari per il reclutamento di lavoratori migranti. Tuttavia, interviste condotte nel Regno Unito, in Germania, Italia e Paesi Bassi hanno messo in luce una serie di iniziative di assistenza e consulenza ai lavoratori migranti e azioni per agevolarne l'integrazione.
- Marburger Bund, l'organizzazione sindacale che rappresenta i medici in Germania, incoraggia i medici migranti a iscriversi al sindacato offrendo vari servizi quali la verifica dei contratti, oltre ad incoraggiare anche i medici che emigrano ad aderire al sindacato nel paese di accoglienza. Il Regno Unito vanta le strategie più avanzate in materia di reclutamento e integrazione dei lavoratori migranti. Il Royal College of Nursing (RCN) ha predisposto una sezione informativa sull'immigrazione.
- Vi sono alcune rare indicazioni di collaborazione transfrontaliera, limitate in particolare alla rete dei paesi nordici. Nel Regno Unito, un lavoratore polacco è stato distaccato dal sindacato Opzz per lavorare con immigrati provenienti dalla Polonia e da altri nuovi Stati membri. In Germania, Marburger Bund ha siglato un accordo di reciprocità con i sindacati di Repubblica ceca, Paesi Bassi e Svizzera.
- La Norvegia ha aderito al Codice di condotta etica FSESP-HOSPEEM ("Federazione europea sindacale dei servizi pubblici" e "Associazione europea datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario"), al Codice di condotta mondiale dell'OMS per il reclutamento internazionale di personale sanitario e l'assunzione di lavoratori migranti. Nel Regno Unito, il Ministero della salute ha pubblicato un codice di condotta per il reclutamento internazionale dei professionisti della salute (2004). In Finlandia, Svezia e Paesi Bassi, i datori di lavoro e i sindacati hanno sottoscritto il codice FSESP-HOSPEEM. In molti altri paesi, i rispondenti non hanno confermato l'effettiva applicazione del codice FSESP-HOSPEEM, né nel quadro del dialogo sociale, né nei rapporti con i ministeri e le autorità regionali o locali, e questo per tutta una serie di motivi.

## OPPORTUNITÀ E SFIDE LEGATE ALLA MOBILITÀ E ALL'ASSUNZIONE TRANSFRONTALIERE DEL PERSONALE SANITARIO

---

### ***Effetti della migrazione degli operatori sanitari***

- I lavoratori che hanno beneficiato di opportunità occupazionali potenzialmente non disponibili nel paese di origine hanno toccato con mano gli effetti della migrazione del personale sanitario. Tra gli altri vantaggi possibili: formazione ed esperienza, migliori opportunità di avanzamento di carriera; condizioni di lavoro più soddisfacenti in termini di orario, congedi e mole di lavoro.
- Il problema della fuga di personale sanitario qualificato si sta riproponendo in alcune aree d'Europa e in talune specializzazioni. Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda i nuovi Stati membri, sebbene in misura minore di quanto non si possa constatare tra i paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo.
- In linea generale, l'emigrazione riduce il bacino di manodopera potenziale a disposizione del servizio sanitario. Nei paesi di origine, gli effetti possono essere maggiormente sentiti nelle zone rurali rispetto alle città. Tuttavia, è importante tener presente che la portata del fenomeno e il relativo impatto variano tra i nuovi Stati membri. Mentre in Romania si registrano carenze di qualifiche in specifiche professioni sanitarie, questo aspetto viene menzionato in misura minore in altri paesi. I dati disponibili mostrano un'esigua percentuale di personale infermieristico polacco occupato all'estero.
- Il fatto che la formazione e l'istruzione degli operatori sanitari siano finanziate con denaro pubblico e che le competenze di questi lavoratori vengano poi "esportate" all'estero senza alcuna forma di compensazione è motivo di scontento nei paesi di origine. Per contro, i paesi di accoglienza possono colmare le carenze di organico nel settore sanitario ricorrendo a operatori immigrati, senza dover investire nella loro istruzione e formazione.

### **Sfide**

- Costo e trasparenza del riconoscimento transfrontaliero delle qualifiche.
- Scambio transfrontaliero di informazioni tra gli ordini professionali e i sindacati in materia di retribuzioni e diritti e obblighi contrattuali di medici, infermieri e personale assistenziale.
- Mancanza di competenze linguistiche che 1) costituisce una barriera alla mobilità e 2) porta a svolgere mansioni di livello inferiore alle qualifiche conseguite.
- Promozione, utilizzo e monitoraggio del Codice di condotta etica FSESP-HOSPEEM sulle assunzioni transfrontaliere e la fidelizzazione di personale sanitario (2008) e del Codice di condotta mondiale dell'OMS sul reclutamento internazionale di personale sanitario (2010)
- Monitoraggio delle procedure di reclutamento di datori di lavoro e agenzie per l'occupazione, con l'inserimento su una lista nera degli organismi che non rispettano i principi etici in materia di assunzione.
- Rappresentanza dei lavoratori migranti nelle organizzazioni di categoria e nei sindacati.
- Prevenzione del *dumping* sociale nel settore privato (sia non-profit, sia a scopo di lucro).
- Invisibilità e isolamento del personale assistenziale (migrante).

## OPPORTUNITÀ E SFIDE LEGATE ALLA MOBILITÀ E ALL'ASSUNZIONE TRANSFRONTALIERE DEL PERSONALE SANITARIO

---

- Trattamento discriminatorio dei lavoratori migranti non comunitari nel settore sanitario.
- Migliorare e facilitare l'accesso dei lavoratori in situazione irregolare al godimento dei diritti di cittadinanza.
- Problemi riscontrati nei paesi di origine per quanto riguarda i relativi sistemi sanitari e le condizioni retributive e occupazionali del personale sanitario che rimane nel paese a fronte di una massiccia emigrazione (professionale o regionale) degli altri operatori della sanità.

Inoltre, il gruppo di ricerca segnala la necessità di migliorare la raccolta e la disponibilità di dati statistici. Desideriamo altresì sottolineare l'importanza delle sfide individuate dallo studio alla luce delle misure di austerità attualmente introdotte nella maggior parte d'Europa e delle implicazioni relative alla stigmatizzazione dei lavoratori migranti e alla progressione dell'estrema destra.

### Raccomandazioni

Le raccomandazioni che seguono sono state elaborate in risposta alle sfide individuate nello studio; sono state altresì formulate congiuntamente dal gruppo di ricerca di concerto con il Segretariato della FSESP.

- Migliorare la trasparenza dei processi e l'efficacia del riconoscimento transfrontaliero delle qualifiche e fornire informazioni sulle procedure amministrative per il riconoscimento dei titoli.
- Formazione del personale assistenziale e certificazione delle relative competenze e qualifiche e loro equiparabilità in tutta Europa; integrazione degli operatori domiciliari nelle reti locali di servizio pubblico; identificare e lavorare con le associazioni delle diverse comunità e le organizzazioni non governative (ONG).
- Individuare le fonti di informazione esistenti in materia di retribuzione e diritti e obblighi contrattuali di medici, infermieri e personale assistenziale; riesaminare l'accessibilità dell'informazione (lingua, formato) e accertare se esistano iniziative per l'istituzione di un punto di raccolta di questo tipo di informazione.
- Le organizzazioni affiliate alla FSESP dovrebbero sondare la possibilità di includere nella rispettiva offerta di servizi al personale di cura migrante (di una data professione) la verifica dei contratti di lavoro e/o delle condizioni di impiego.
- Sondare la possibilità di accordi di reciprocità per un'adesione temporanea al sindacato.
- Laddove esista un considerevole numero di lavoratori migranti non sindacalizzati, studiare strategie per l'organizzazione, il reclutamento e l'integrazione di tali lavoratori e riesaminare i risultati di tutte le campagne correlate.
- Le organizzazioni sindacali dovrebbero migliorare la formazione dei rappresentanti sindacali/delegati del personale nei comitati aziendali, sensibilizzandoli inoltre sulle tematiche e le sfide correlate alle pratiche etiche in materia di assunzione, all'occupazione, alle questioni contrattuali, alle condizioni di salario e di lavoro e alla formazione preliminare all'entrata in servizio dei lavoratori migranti nel settore dell'assistenza sanitaria
- Adeguata assistenza linguistica gratuita e continuativa da parte dei datori di lavoro e/o delle autorità pubbliche nei paesi di accoglienza; tale supporto linguistico deve



## OPPORTUNITÀ E SFIDE LEGATE ALLA MOBILITÀ E ALL'ASSUNZIONE TRANSFRONTALIERE DEL PERSONALE SANITARIO

---

essere previsto sia nell'ambito della formazione professionale, sia sotto forma di corsi di lingua distinti.

- Le organizzazioni affiliate alla FSESP dovrebbero portare avanti le attività di sensibilizzazione sui contenuti e le potenzialità del Codice di condotta etica FSESP-HOSPEEM sulle assunzioni transfrontaliere e la fidelizzazione del personale sanitario e monitorarne l'applicazione, in base al Rapporto di valutazione congiunto FSESP-HOSPEEM (2012).
- I datori e le autorità del settore pubblico dovrebbero monitorare sistematicamente l'attività delle agenzie di collocamento in modo da contribuire a tutelare le pratiche etiche in materia di assunzione e prevedere sanzioni qualora venissero individuate pratiche lesive, come stabilito dal Codice di condotta etica FSESP-HOSPEEM sulle assunzioni transfrontaliere e la fidelizzazione di personale sanitario.
- I sindacati dovrebbero promuovere la convenzione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) sui lavoratori domestici
- Le affiliate alla FSESP dovrebbero intensificare la cooperazione con i governi e le autorità pubbliche a qualsiasi livello per lavorare ad una migliore tutela giuridica delle condizioni lavorative e occupazionali del personale di cura migrante impiegato presso privati, nelle piccole e medie imprese o esercente l'attività di lavoratore autonomo (compresi i falsi lavoratori autonomi) poiché di norma è difficile o addirittura impossibile raggiungere questi lavoratori o far sì che siano coperti da contratti collettivi.
- Inclusione di clausole sociali in materia di retribuzione, conformemente a quanto concordato nei contratti collettivi o per legge, e di altre condizioni salariali e lavorative nei contratti pubblici con prestatori privati (sia organizzazioni non-profit, sia a scopo di lucro/commerciali) nell'ambito delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici, in applicazione del principio di "pari retribuzione per lavoro di pari valore" in un dato territorio.
- L'UE dovrebbe incoraggiare e spingere i governi nazionali ad investire nel settore dell'assistenza per migliorare la sostenibilità delle strutture di finanziamento dei sistemi sanitari, la qualità dei servizi, l'attrattiva delle professioni legate alla salute e le condizioni di lavoro degli operatori sanitari che non migrano o restano nel paese di origine.
- Rivedere tutte le modalità di compensazione esistenti tra i paesi di origine e di destinazione e prendere in considerazione l'elaborazione di meccanismi e accordi di compensazione, coinvolgendo le associazioni dei datori di lavoro, le istituzioni preposte ai sistemi sanitari (previdenza sociale o servizi sanitari nazionali), i ministeri nazionali competenti e, se del caso, le istituzioni comunitarie.
- Promuovere un trattamento equo del personale sanitario non comunitario tramite, ad esempio, il diritto di voto alle elezioni municipali nel paese ospitante dopo quattro anni di residenza (in linea con la prassi in vigore nella maggior parte dei paesi dell'UE) e agevolare l'accesso alla naturalizzazione/cittadinanza nel paese di accoglienza.
- Fornire sostegno o aderire a organizzazioni impegnate nella promozione della lotta al razzismo e alla xenofobia e prendere in considerazione la produzione di materiali che documentino il valore dei lavoratori migranti, in particolare per i servizi sociosanitari, e intervenire per sfatare i miti della migrazione.