



I QUADERNI del CNEL

**Operatori sanitari stranieri
e COVID-19 nell'UE:
gli 'invisibili' diventano 'visibili'?**

Senyo Dotsey

Operatori sanitari stranieri e COVID-19 nell'UE: gli 'invisibili' diventano 'visibili'?

di Senyo Dotsey

Senyo Dotsey

E' un ricercatore post-dottorato e tutor del programma post-laurea in Global Politics & Society nel Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche presso l'Università di Milano.

I suoi principali interessi di ricerca accademica sono in generale nell'area delle città, dello sviluppo e delle dinamiche migratorie in Africa e in Europa.

In passato, ha condotto ricerche in aree quali politiche pubbliche, istituzioni, housing, diaspora africana, migrazione e sviluppo, conducendo ricerche sul campo in Ghana, Turchia e Italia. La ricerca recente si concentra sull'integrazione socio-economica dei migranti in Europa, sulla precarietà, l'housing e la ricostruzione dei dibattiti relativi alla questione cittadinanza.

QUADERNI del CNEL - n. 16
ottobre 2021

QUADERNI del CNEL
Pubblicazione periodica
ISSN 2611-5948

Abstract

Questo breve rapporto fornisce una panoramica della forza lavoro sanitaria dei migranti, infermieri e medici, e del loro contributo ai sistemi sanitari dei paesi dell'UE, in particolare alla luce della pandemia COVID-19. I lavoratori migranti, a tutti i livelli di competenza, hanno lavorato in settori chiave durante la pandemia. Qui si dimostra che la forza lavoro sanitaria dei migranti costituisce una parte significativa del personale sanitario in prima linea, ed è essenziale per consentire il funzionamento di molti dei sistemi sanitari dei paesi sviluppati. Inoltre, il rapporto evidenzia il ruolo chiave della forza lavoro sanitaria 'invisibile' – ad esempio, gli assistenti domestici – che sono spesso considerati migranti poco qualificati e non voluti all'interno di un sistema migratorio con una predilezione per le migrazioni altamente qualificate. Il rapporto offre poi alcune raccomandazioni 'politiche' pratiche per migliorare l'inserimento degli operatori sanitari migranti nel sistema socio-sanitario, in particolare la forza lavoro assistenziale dei migranti poco qualificati, nel contesto della pandemia COVID-19.

Migrazione internazionale e forza lavoro sanitaria

La carenza di personale è una delle problematiche dei sistemi sanitari globali nel corso degli anni, e la pandemia COVID-19 ha reso la situazione ancora più acuta e visibile. La pandemia ha messo a nudo i problemi sistemici e le condizioni di fragilità che caratterizzano i sistemi sanitari di tutto il mondo, anche se su basi diverse. Lo Stato, come attore principale nella fornitura di servizi pubblici e assistenziali, negli ultimi decenni si è trovato sempre più in difficoltà a far fronte alle necessità della popolazione. Ciò è causato da uno spostamento verso politiche economiche neo-liberali, guidate dal mercato, sia nei paesi

sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Queste politiche sono state accompagnate da decenni di politiche di austerità, come il sotto-finanziamento, la contrazione o il ridimensionamento nella fornitura di servizi pubblici. Il risultato di queste politiche, nel contesto del settore sanitario, è un sistema sanitario pubblico debole e sottosviluppato: personale inadeguato e sovraccarico, corruzione, scarsa remunerazione del lavoro, strutture e attrezzature sanitarie fatiscenti e costi crescenti della copertura sanitaria. Queste condizioni hanno costretto molti operatori sanitari a lasciare la professione (sia nei paesi in via di sviluppo che in quelli sviluppati) o ad emigrare in altri paesi, in particolare in quelli a reddito più elevato, per ottenere migliori condizioni di lavoro.

Nel corso degli anni quasi tutte le nazioni occidentali hanno formato meno operatori sanitari di quelli necessari o non sono state in grado di mantenere la forza lavoro sanitaria. Così, in tutto il mondo, i sistemi sanitari dipendono dalla forza lavoro dei migranti per sostenerli. La forza lavoro sanitaria dei migranti non è un fenomeno nuovo, in quanto i sistemi sanitari di Regno Unito, Stati Uniti e Australia dipendono in maniera significativa dalla forza lavoro straniera fin dagli anni '70.¹ La maggior parte dei paesi occidentali reclutano buona parte della loro forza lavoro sanitaria dall'estero, tacitamente o apertamente, da paesi con reddito medio-alto, medio o basso.²

L'Europa si trova ad affrontare diversi problemi nel mercato del lavoro, che sono determinati da molti fattori correlati, tra cui una società che invecchia. La popolazione degli ultraottantenni

¹ http://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++58c1371324ac060320d3390b/download/dpgg_paper_brain-drain_ENG_3.pdf.

² <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries-2f7bace2/#boxsection-d1e1936>.

aumenterà dal 6,1 per cento del 2020, al 9,4 per cento del 2040, e raggiungerà il 12,5 per cento nel 2060 nell'area UE 27.³ Paesi come Italia e Germania hanno sperimentato un iper-invecchiamento demografico con tassi di fertilità che scendono al di sotto dei livelli di 'sostituzione'. L'invecchiamento della popolazione europea porta ad un'alta domanda di assistenza sanitaria, richiedendo così la necessità di attrarre e mantenere i professionisti sanitari per far fronte all'attuale e previsto aumento futuro della domanda di assistenza geriatrica. L'UE deve pertanto affrontare una carenza di personale, che coinvolge alcune professioni sanitarie e aree di specializzazione medica. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la carenza complessiva di operatori sanitari nell'UE 28 è stata stimata a 1,6 milioni nel 2013, carenza che richiederebbe una crescita media annua superiore al 2 per cento per essere compensata. Dato che questo tasso di crescita non è stato raggiunto, si prevede che la carenza prevista nell'UE 28 raggiungerà 4,1 milioni nel 2030: 0,6 milioni di medici, 2,3 milioni di infermieri e 1,2 milioni di altri operatori sanitari (Michel & Ecartot 2020).

L'Europa comprende paesi ad alto reddito che sono stati per molti anni la destinazione di migranti provenienti da tutto il mondo, attirando soprattutto migranti da paesi a basso e medio reddito. I legami coloniali e le lingue comuni sembrano in qualche modo contribuire a questi flussi. Gli operatori sanitari non fanno eccezione a questo modello generale (Dussault, Fronteira & Cabral 2009). Questo è in un certo senso evidente in casi come il Regno Unito e la Francia nel reclutamento di professionisti sanitari. Non è però sempre così perché paesi con un breve contatto o senza tracce coloniali e linguistiche sono diventati destinazioni chiave per i professionisti sanitari migranti (si veda

³. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing.

Tabella 2). Alcuni paesi, come Cuba e le Filippine, hanno una lunga storia di formazione di operatori sanitari preparati per l'estero, e mandano lavoratori in altri paesi con i quali hanno firmato accordi bilaterali. Un'importante iniziativa a livello europeo per promuovere l'afflusso di lavoratori qualificati stranieri è la cosiddetta Carta Blu UE (Direttiva 2009/50/CE), una direttiva che vincola tutti gli Stati membri dell'Unione, tranne Danimarca e Irlanda. Questa direttiva prevede un accesso preferenziale al lavoro per i lavoratori migranti altamente qualificati, tra cui medici, infermieri, ostetrici e altri professionisti sanitari che si sono formati in paesi extra europei.

Il reclutamento di operatori sanitari dall'estero in Europa avviene principalmente tramite accordi bilaterali e multilaterali. E diversi paesi hanno adottato metodi per reclutare i lavoratori sanitari dall'estero. La Germania, per esempio, ha stretto diversi accordi bilaterali per il reclutamento di operatori sanitari. A causa della carenza di infermieri qualificati, sono stati sviluppati due progetti speciali di reclutamento: uno con il Vietnam e l'altro con Serbia, Bosnia-Erzegovina, Filippine e Tunisia. Il progetto prevede il trasferimento di conoscenze, la formazione linguistica e i tirocini (OECD 2020:49). Nel Regno Unito, il reclutamento internazionale di operatori sanitari avviene in tre modi principali:⁴

1. Reclutamento attivo: da parte dei datori di lavoro o delle agenzie di reclutamento. Di solito si tratta di pubblicizzare le opportunità di lavoro in Inghilterra nel paese di destinazione, di organizzare colloqui in loco e di elaborare le candidature per i candidati prescelti;
2. Assunzione passiva: nel caso in cui i lavoratori stranieri o europei perseguono individualmente delle opzioni di

⁴ <https://app.croneri.co.uk/topics/international-recruitment-nhs/indepth>.

carriera, spesso dopo essersi trasferiti volontariamente nel Regno Unito;

3. Afflusso di rifugiati: si stanno avviando iniziative per facilitare l'impiego di medici e infermieri rifugiati.

I dati dell'OCSE mostrano che molti paesi sviluppati dipendono dalla migrazione per i loro lavoratori sanitari, in particolare per i medici e gli infermieri. La tabella 1 mostra i medici e gli infermieri formati all'estero (*stock*) che lavorano in alcuni paesi dell'UE.⁵ Nel corso degli anni, questi numeri sono tendenzialmente in crescita in alcuni paesi come Belgio, Francia, Italia e Germania. Da una parte, i dati dell'OCSE mostrano che il numero di laureati in medicina e scienze infermieristiche è notevolmente aumentato nella maggior parte dei paesi dell'UE nel corso degli anni; dall'altra parte, anche le quote di medici e infermieri formati all'estero continuano ad aumentare. Tuttavia, non tutti questi medici formati all'estero sono stranieri, nel senso che comprendono anche persone nate nel paese di destinazione che sono andate a studiare all'estero prima di tornare. Lo stesso vale per gli infermieri formati all'estero. La quota di forza lavoro sanitaria migrante è eterogenea tra i paesi dell'Unione europea: la quota di medici e infermieri nati all'estero è insignificante in alcuni paesi mentre è significativa in altri.⁶

⁵. È da notare che la copertura dei dati sia limitata. Non tutti i paesi riportano dati sul numero di medici o infermieri formati all'estero ma nati nel loro paese. E, cosa più importante, i dati sono basati su stime e si riferiscono solo ai professionisti sanitari registrati.

⁶. Mentre dal 2005 c'è il riconoscimento delle sole qualifiche mediche

Tabella 1. Lavoratori sanitari: Medici e infermieri con formazione all'estero 2000-2019 (Stock) nei alcuni paesi dell'UE

Anno	Medici formati all'estero - Stock (di cui nativi)*									Infermieri formati all'estero - Stock (di cui nativi)*								
	Belgio	Spagna	Repubblica Ceca	Danimarca	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Olanda	Belgio	Spagna	Danimarca	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Olanda	
2000	1934	..	579	595	7795	9971	1350 (942)	..	..	679	..	821	6937	..	1701 (268)	..	..
2001	2048	..	651	612	8767	10806	1442 (994)	..	706	768	..	808	7682	..	2206 (281)	..	1495	
2002	2126	..	870	737	9849	11848	1540 (1027)	..	773	841	..	817	8598	..	3369 (300)	39912	1722	
2003	2200	..	1221	828	10739	12804	1665 (1068)	..	832	921	..	786	9666	..	5627 (322)	53134	1862	
2004	2290	..	1455	994	11520	13430	2148 (1103)	..	828	1021	..	805	10561	..	8390 (351)	64459	1974	
2005	2441	..	1642	1169	11824	13746	2357 (1157)	..	908	1142	..	793	11211	..	11708 (375)	73280	2075	
2006	2636	..	1744	1293	12261	14703	2488 (1195)	..	941	1290	..	825	11658	..	15304 (403)	77012	2149	
2007	3042	..	1805	1398	13450	15456	2587 (1218)	..	993	1505	..	842	11411	..	18227 (443)	75199	2156	
2008	3490	..	1816	1545	14364	16741	2692 (1236)	44050	1077	1767	..	970	11921	..	20143 (463)	71204	2256	
2009	3885	..	1841	1685	14781	18339	2848 (1282)	46343	1186	2064	..	1100	12627	..	21684 (467)	69884	2301	
2010	4380	..	1874	1808	15903	20029	2985 (1321)	46276	1287	2419	..	1092	13395	..	22774 (463)	70750	2223	
2011	5033	19462	1984	1856	17857 (542)	22829	3088 (1339)	46399	1352	2843	5247	1081	14495	..	23621 (488)	72586	1358	
2012	5708	..	2116	1871	19048 (559)	26034	3175 (1357)	46518	1134 (468)	3725	..	1073	15797	50000	23915 (479)	74334	(B) 63.25	
2013	6184	..	1967	1886	20326 (588)	28901	3226 (1353)	48980	1142 (409)	4629	..	1039	16754	54000	24074 (481)	77090	68 (22)	
2014	6732	..	2036	1953	21840 (613)	31857	3227 (1360)	49160	1229 (443)	5411	..	1031	17682	59000	23953 (468)	82060	153(47)	
2015	6889	..	2556	2039	23207 (636)	34850	3250 (1354)	45732	1288 (522)	6128	..	1010	18647	63000	24246 (509)	90157	962 (261)	
2016	7370	..	2799	2111	24420 (660)	38247	3262 (1369)	47905	1336 (483)	6752	..	1034	19405	61000	23308 (493)	96687	978 (249)	
2017	7801	..	3058	2184	25366 (693)	41934	3250 (1387)	49164	1694 (585)	7215	..	1047	20053	70000	22121 (449)	95194	2439 (492)	
2018	8062	..	3232	2273	26048 (713)	44931	3378 (1443)	51115	..	7889	..	1084	20757	80000	21561 (458)	97222	..	
2019	8533	..	3245	..	..	..	3594 (1562)	58053 (789)	..	8420	..	..	..	..	21432 (455)	101510	..

Fonte: OCSE

 Note:
 .. N/A | (B) Break

in tutti i paesi dell'UE/ Associazione europea di libero scambio (AELS), uno degli ostacoli critici alla mobilità degli operatori sanitari migranti in generale e dei medici in particolare è la mancanza di riconoscimento dei titoli.

La Tabella 2 mostra i numeri dei medici e degli infermieri formati all'estero per paese d'origine nel 2018*/2019 da alcuni paesi selezionati. È importante sottolineare qui che c'è un'importante mobilità di personale sanitario medico e infermieristico all'interno dell'UE. Lo stesso vale per il reclutamento di operatori sanitari di assistenza anche prima della pandemia. Per esempio, fino a 300.000 europei dell'Est lavorano nel settore dell'assistenza domiciliare in Germania.⁷ I dati sulla mobilità della manodopera sanitaria sono sfaccettati, e i modelli di flusso per medici e infermieri sono un po' difficili da distinguere chiaramente. Il flusso migratorio di medici e infermieri in Belgio mostra che il paese recluta la maggior parte della sua forza lavoro all'interno della UE. Lo stesso vale per la Francia, fatta eccezione per il fatto che essa ha reclutato un alto numero di infermieri da cittadini di paesi terzi. In Italia, un numero significativo di medici migranti proviene dall'UE, mentre un alto numero di infermieri proviene sia dall'interno sia dall'esterno dell'UE. La Germania e il Regno Unito hanno reclutato un numero significativo di professionisti della salute dall'UE e allo stesso tempo hanno importato un numero notevole di professionisti da paesi extra UE. Nel Regno Unito, la maggior parte dei medici immigrati proviene dall'Asia meridionale (India e Pakistan), e anche i paesi dell'Africa sub-sahariana, del Nord Africa e del Medio Oriente danno un contributo significativo. D'altra parte, questo poi ha reclutato un'alta percentuale di infermieri immigrati dalle Filippine, dall'India e dai paesi dell'Africa sub-sahariana.

⁷ Si veda <https://www.migrationpolicy.org/article/covid19-europe-feels-pinch-slowed-intra-eu-labor-mobility>.

Tabella 2. Medici e infermieri formati all'estero per paese d'origine nel 2018*/2019 - Stock

Alcuni paesi selezionati	Medici formati all'estero - Stock			Infermieri formati all'estero - Stock				
	Paesi	Dall'UE	Paesi terzi	Paesi	Dall'UE	Paesi terzi	Paesi terzi	Paesi terzi
Belgio	Francia	1448	Sud Africa	63	Francia	1975	Tunisia	158
	Olanda	1376	Cuba	37	Romania	1713	India	137
	Romania	1371	Algeria	37	Olanda	853	Libano	96
	Italia	982	Turchia	25	Portogallo	728	Filippine	74
	Germania	457	Colombia	23	Italia	485	Repubblica Democratica del Congo	12
*Francia	Romania	4764	Algeria	3824	Belgio	11311	Andorra	18
	Belgio	1821	Siria	1000	Spagna	1827	-	-
	Italia	1620	Marocco	916	Portogallo	1361	-	-
	Germania	769	Tunisia	834	Germania	637	-	-
	Spagna	713	Madagascar	370	Regno Unito	582	-	-
Italia	Austria	1391	Argentina	76	Romania	10635	India	1393
	Germania	306	Egitto	63	Polonia	2204	Albania	1016
	Romania	266	Albania	35	Germania	363	Perù	980
	Spagna	145	Brasile	32	Spagna	339	Serbia	375
	Francia	96	Repubblica di Moldavia	31	Bulgaria	268	Filippine	308
*Germania	Romania	3978	Federazione Russa	2091	Polonia	18000	Federazione Russa	7000
	Grecia	2580	Egitto	1221	-	-	-	-
	Austria	2012	Iran	1003	-	-	-	-
	Poland	1781	Libya	815	-	-	-	-
	Bulgaria	1497	India	576	-	-	-	-
Regno Unito	Irlanda	1838	India	17737	Romania	7407	Filippine	30653
	Grecia	1449	Pakistan	6833	Portogallo	4534	India	21029
	Romania	1274	Nigeria	3580	Spagna	4473	Nigeria	3190
	Italia	1203	Egitto	3022	Italia	3575	Sud Africa	3007
	Germania	1196	Iraq	1341	Polonia	2554	Zimbabwe	2383

Fonte: OCSE

Un breve quadro sull'Italia: carenza di manodopera nel settore sanitario e reclutamento del personale sanitario migrante

L'Italia, come altri Stati membri dell'UE indicati in precedenza, sta vivendo una demografia di invecchiamento. L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) mostra che le persone di 65 anni o più sono circa 14 milioni (ISTAT 2020). Si prevede che ciò metterà sotto pressione la spesa pubblica per la sanità e l'assistenza a lungo termine nei prossimi anni e decenni.

L'Italia affronta una carenza di personale in alcuni segmenti del settore sanitario. Il paese ha un alto numero di medici rispetto alla media dell'UE, 4,0 rispetto a 3,6 per 1.000 abitanti nel 2017. Tuttavia, è degno di nota il fatto che il numero di medici che lavorano negli ospedali pubblici e come medici generici, è in calo, e più della metà dei medici aveva, nel 2017, più di 55 anni; solleva questo serie preoccupazioni per le carenze future, dato che la maggior parte di essi dovrebbe andare in pensione nel prossimo decennio. Mentre il numero di laureati in medicina dalle scuole di medicina italiane è aumentato nel corso degli anni – ad esempio, da 6.700 a più di 8.000 tra il 2010-2016 – molti di questi nuovi laureati non sono riusciti a trovare posti di tirocinio e di specializzazione per terminare il loro programma di formazione, in quanto i posti disponibili a tale scopo sono spesso limitati e al di sotto del numero di medici laureati. Inoltre, i medici all'inizio della loro carriera spesso ricevono bassi salari con contratti di lavoro precari. Queste situazioni hanno spinto molti di loro a emigrare per la loro formazione speciale e per approfittare di migliori opportunità di lavoro con stipendi competitivi, mettendo a dura prova il sistema sanitario italiano. Di conseguenza, tra il 2010 e il 2018, oltre 8.800 neolaureati in medicina o medici pienamente formati, sono espatriati per trovare stage o posizioni regolari altrove in Europa. Questo fenomeno è stato compensato solo in misura limitata da un afflusso di 1.100 medici formati all'estero in quel

periodo (OECD 2019:17).

Per quanto riguarda gli infermieri, ad eccezione della Spagna, l'Italia assume meno infermieri di tutti i paesi dell'Europa occidentale; il numero è notevolmente inferiore alla media dell'UE: 5,8 infermieri per 1.000 abitanti contro gli 8,5 dell'UE (OECD 2019). Le strutture sanitarie, pubbliche e private, si trovano da anni in uno stato di forte fabbisogno di personale infermieristico. Data la notevole carenza di infermieri professionali, dalla fine degli anni '90, il reclutamento di forza lavoro extracomunitaria è stato adottato come parte della risposta alla carenza di manodopera in quest'area del settore sanitario. Pertanto, canali di ingresso preferenziali per gli infermieri professionali sono stati introdotti nei primi anni 2000 per facilitare il loro reclutamento internazionale, come conseguenza della legge sull'immigrazione del 1998 e della riforma dell'immigrazione del 2002. L'ammissione degli infermieri professionali rimane subordinata alla richiesta del permesso di lavoro da parte di uno specifico datore di lavoro. Le agenzie di lavoro temporaneo hanno ricoperto un ruolo fondamentale e spesso controverso nella gestione delle procedure di reclutamento dall'estero, e nell'impiego di infermieri stranieri. Com'era prevedibile, dato il divieto di impiego pubblico per i lavoratori extracomunitari, in vigore fino al 2013, il reclutamento diretto dalle strutture sanitarie pubbliche non era un'opzione praticabile. L'Italia ha adottato negli ultimi anni una esplicita e attiva strategia di reclutamento per i soli infermieri professionali stranieri, mentre non risulta esserci alcuna strategia di reclutamento diretto attivo per le altre categorie di operatori sanitari: i medici stranieri e altri professionisti della salute entrano solitamente in Italia per motivi di studio o per altri motivi (familiari o umanitari), ma non per motivi di lavoro (Castagnone & Salis 2015).

C'è quindi una crescente presenza visibile di migranti nel

settore sanitario nell'ultimo decennio. Essi sono altamente concentrati, in particolare, tra gli operatori infermieristici e le professioni ausiliarie sanitarie di livello inferiore, Operatore Socio-Sanitario (OSS), con il numero di medici stranieri impiegati che rimane comunque basso (si veda Tabella 2; Castagnone & Salis 2015). La tabella 3 mostra che gli infermieri registrati in Italia nel 2018 sono complessivamente 444.814, di cui il 94 per cento italiani, mentre gli infermieri di formazione straniera rappresentano il 6 per cento: il 3,7 per cento è stato formato nei paesi dell'UE mentre il 2,3 per cento è stato formato extra UE. Le donne rappresentano la maggior parte degli infermieri registrati in Italia. Come è indicato nella tabella 2, gli infermieri provenienti dall'UE che lavorano in Italia provengono principalmente dalla Romania, seguita da Polonia, Germania, Spagna, Bulgaria. D'altra parte, gli infermieri extracomunitari formati all'estero provengono principalmente dall'India, seguita da Albania, Perù, Serbia, Filippine.

Tabella 3. Infermieri registrati in Italia (2018)

	Numeri	Percentuale
Infermieri registrati italiani	418462	94
Infermieri formati all'estero (UE)	16316	3.7
Infermieri formati all'estero (extra-UE)	10036	2.3
Totale	444814	100

Fonte: Caruso et al. (2019) basato sul database FNOPI 2018

A questi, possiamo aggiungere il cospicuo numero di lavoratori immigrati nel settore dell'assistenza domiciliare agli anziani. Nel 2018, le stime parlano di 2 milioni di lavoratori di assistenza e domestici, di cui 859.000 (41,7 per cento) regolari

(secondo i dati INPS) – il 75,4 per cento delle assistenti familiari e il 67,8 per cento delle colf sono stranieri – mentre si stima che 1,2 milioni siano in condizioni irregolari (58,3 per cento). Provengono principalmente da: Europa dell’Est (42,2 per cento), Italia (28,6 per cento), Filippine (8,0 per cento), Sud America (6,8 per cento).⁸

L’accesso alla professione sanitaria in Italia per i professionisti stranieri di medicina e infermieristica, in particolare per coloro che sono in possesso di una laurea in medicina non comunitaria, è un processo lungo e complesso, indipendentemente dal fatto che si vada a lavorare in una struttura sanitaria pubblica, privata o come lavoratori autonomi. Una delle principali barriere istituzionali ad una piena integrazione della forza lavoro sanitaria straniera nel settore sanitario in Italia è stato il divieto di impiego pubblico per i cittadini extracomunitari. Questo non impedisce comunque al personale sanitario straniero di lavorare nel settore, in quanto molti entrano, ad esempio attraverso l’assunzione in strutture sanitarie private, il lavoro autonomo, il lavoro all’interno di strutture sanitarie pubbliche attraverso organizzazione esterne come le cooperative o le agenzie di lavoro subappaltate dalle strutture sanitarie pubbliche (Castagnone & Salis 2015:14-15). Questo è un po’ cambiato dal 2013, quando la legge 6 agosto 2013, n. 97 per l’adempimento degli obblighi derivanti dalla partecipazione dell’Italia all’Unione Europea, secondo la legge Comunitaria 6 agosto 2013 n. 97 ha disposto le modalità di accesso agli impieghi nella pubblica amministrazione. Tale legge stabilisce che alcune categorie di cittadini stranieri extra-comunitari, ed in particolare soggiornanti di lungo periodo o titolari dello status di rifugiato o

⁸ https://associazionedomina.it/wp-content/uploads/2020/07/Annual-Report-DOMINA-2019_compressed.pdf.

di protezione sussidiaria, sono ammessi a partecipare ai concorsi pubblici e ad accedere all'impiego pubblico.⁹ In pratica, però, questo tuttora avviene raramente, come è risultato evidente durante la pandemia in corso. Tra le misure per contenere gli assalti della pandemia COVID-19, il governo ha emanato il decreto-legge 17 marzo 2020, n.18 'Cura Italia', convertito in legge n. 27/2020. Tra le altre misure, al fine di sostenere il personale sanitario ridotto e sovraccarico, l'art. 13 del Decreto Cura Italia ha introdotto alcune modifiche temporanee alle assunzioni nel settore sanitario. Grazie all'art. 13 del Decreto Cura Italia "le assunzioni alle dipendenze della pubblica amministrazione per l'esercizio di professioni sanitarie e per la qualifica di operatore socio-sanitario sono consentite [...] a tutti i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea, titolari di un permesso di soggiorno che consente di lavorare, fermo ogni altro limite di legge".¹⁰ Inoltre, il processo burocratico di riconoscimento delle qualifiche è stato temporaneamente sospeso per gli operatori sanitari. Malgrado ciò, le amministrazioni di Ospedali e Aziende sanitarie e regioni continuano a bandire concorsi che, quanto ai medici, richiedono la "cittadinanza italiana o comunitaria" e, per il resto del personale sanitario (infermieri, OSS, ASA ecc.) prevedono i requisiti dall'art. 38 del Testo Unico per il pubblico impiego, escludendo quindi i cittadini extracomunitari che non hanno il permesso di lunga durata.¹¹ Secondo i dati dell'Amsi

⁹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/08/20/13G00138/sg>.

¹⁰ https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=1&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=20A02357&art.idArticolo=13&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2020-04-29&art.progressivo=0.

¹¹ <https://www.asgi.it/cittadinanza-apolidia/esclusi-medici-stranieri-concorso/#easy-footnote-bottom-2-42095>.

(Associazione medici stranieri in Italia), ci sono circa 77.500 operatori sanitari di origine straniera che lavorano in Italia, tra cui 22.000 medici e 38.000 infermieri, ma solo il 10 per cento è riuscito a ottenere un lavoro nella sanità pubblica.

Peraltro, gli operatori sanitari formati all'estero, in particolare i lavoratori extracomunitari, hanno incontrato difficoltà nel far riconoscere le loro qualifiche ed esperienze professionali. Il progetto *Tuning* e le direttive sul riconoscimento delle qualifiche professionali hanno affrontato le sfide degli infermieri formati all'estero nell'UE. Il progetto *Tuning* si propone di offrire un approccio concreto per realizzare gli obiettivi politici del Processo di Bologna nel settore dell'istruzione superiore nell'UE, compresa l'assistenza infermieristica. Inoltre, le direttive dell'UE (cioè la direttiva 2005/36/CE, modificata nel 2013 dalla direttiva 2013/55/CE) sono state emanate nel tentativo di riformare il sistema di riconoscimento delle qualifiche professionali nell'UE e di semplificare le relative procedure amministrative. In questo quadro, la comparabilità dei curricula dell'UE è stata facilitata da raccomandazioni comuni, che affrontano direttamente le diverse normative nazionali (Caruso et al. 2019:28). In questo contesto, i cittadini dell'Unione Europea, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Elvetica che possiedono un titolo professionale conseguito in un Paese comunitario, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) o della Confederazione Elvetica ed intendono svolgere stabilmente la loro professione in Italia, possono presentare domanda per il riconoscimento del loro titolo ai fini dell'esercizio del diritto di stabilimento. Per esempio, per le professioni di alcune categorie di *medici e infermieri*, la normativa comunitaria ha fissato regole di armonizzazione tra i Paesi dell'UE, dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Elvetica per effetto delle quali la procedura di riconoscimento consiste in una verifica documentale della

sussistenza dei requisiti minimi di formazione, previsti dalla norma a fondamento del riconoscimento.¹² Nella realtà, però, le cose sono complicate anche per i cittadini comunitari nell'UE. Per esempio, è più facile per un cittadino italiano praticare la sua professione infermieristica in Svizzera che in Germania.

In generale, le procedure di riconoscimento dei titoli ottenuti in un altro paese dell'UE sono molto più semplici e meno lunghe di quelle per i titoli extracomunitari. Gli operatori sanitari comunitari formati all'estero devono far riconoscere la loro qualifica professionale attraverso il Ministero della Salute italiano, superare un esame per testare le loro conoscenze relative alla lingua italiana e alla legislazione infermieristica italiana, e poi iscriversi presso gli appositi Ordini delle Professioni Infermieristiche (OPI).

Gli infermieri extracomunitari formati all'estero hanno affrontato diverse sfide, in particolare per la loro diversa formazione infermieristica. Mentre il percorso di registrazione è simile per gli infermieri non comunitari, le procedure burocratiche per la loro formazione e il riconoscimento delle qualifiche possono diventare un processo più lungo, costoso e complesso. Una Commissione del Ministero della Salute italiano si occupa di questo; può, ad esempio, richiedere al candidato di completare alcune esperienze cliniche o superare esami compensativi in strutture sanitarie pubbliche o in un'università italiana (Caruso et al. 2019; Castagnone & Salis 2015).

Reclutamento di operatori sanitari dall'estero in tempi di COVID-19

La pandemia da COVID-19 ha condizionato in modo critico

¹² http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2602&area=riconoscimento%20titoli&menu=vuoto.

il reclutamento di manodopera all'estero da parte dei paesi dell'UE e dell'OCSE, in particolare con riferimento ai lavoratori temporanei che occupavano posti di lavoro in settori chiave quali l'alimentazione, la salute e l'informatica. La maggior parte dei paesi dell'OCSE ha messo in atto accordi speciali per far entrare i lavoratori chiave, in particolare i lavoratori stagionali e i professionisti della salute (OECD 2020). Gli operatori sanitari stranieri sono una risorsa fondamentale per i paesi dell'UE, sui cui servizi facevano affidamento per mantenere in funzione i loro sistemi sanitari anche prima del COVID-19. La pandemia ha ulteriormente sottolineato il ruolo essenziale degli operatori sanitari migranti, nella fornitura di servizi sanitari e nella mobilità del lavoro sanitario all'interno dell'UE, con i paesi dell'UE che hanno attuato misure politiche di emergenza per colmare le carenze di personale sanitario nei sistemi sanitari.¹³ Queste includono, tra le altre:

Facilitazione del riconoscimento delle qualifiche straniere: diversi governi come il Regno Unito e la Germania, stanno rinunciando ai requisiti di accreditamento locale per consentire ai medici migranti e rifugiati di esercitare la professione medica con le loro attuali certificazioni estere. Inoltre, alcuni paesi dell'UE hanno accelerato le attuali domande di riconoscimento delle qualifiche estere dei professionisti sanitari (ad esempio, Belgio, Germania, Irlanda, Lussemburgo), o hanno alleggerito le procedure (ad esempio, test di lingua ridotto in Germania, nessun incontro di persona in Lituania, esenzioni dalle tasse in Irlanda). L'Italia ha adottato un decreto che permette l'assunzione temporanea

¹³. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries-2f7bace2/#boxsection-d1e1936>.

di professionisti sanitari formati all'estero, sebbene limitato nell'applicazione pratica da ostacoli burocratici, come già detto. In alcune regioni della Germania, ai medici stranieri può essere offerto il permesso di lavorare come assistenti per un anno, come nel caso della Baviera.

Rilascio flessibile dei visti, accelerazione dell'accesso ai contratti di lavoro e riduzione dei rigorosi requisiti burocratici: è stata introdotta una corsia preferenziale per il permesso di lavoro rapido per gli operatori sanitari stranieri che si trovano già nel paese ospitante e sono in attesa del loro certificato d'iscrizione, come ad esempio in Germania. In Francia, gli operatori sanitari stranieri senza licenza possono lavorare come personale di supporto in occupazioni non mediche. E' stato introdotto, inoltre, un prolungamento dei visti per alcuni operatori sanitari: in alcuni paesi, come per esempio il Regno Unito, medici, infermieri e paramedici con visti che scadranno prima del primo ottobre 2020 avranno una proroga automatica di un anno.

Facilitazione della mobilità internazionale e del reclutamento degli operatori sanitari: la Commissione Europea, nell'aprile 2020, ha invitato gli Stati membri, tra l'altro, a promuovere l'attraversamento agevole delle frontiere per gli operatori sanitari e l'accesso senza ostacoli al lavoro in una struttura sanitaria in un altro Stato membro (CE(2020) 2153).¹⁴

I lavoratori migranti dell'assistenza in tempo di COVID-19: la forza lavoro 'invisibile'

¹⁴ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/guidelines_on_eu_emergency_assistance_in_cross-bordercooperationin_healthcare_related_to_the_covid-19_crisis.pdf.

A differenza della migrazione altamente qualificata, la migrazione poco qualificata è oggetto di intensi dibattiti. Buona parte dell'opinione pubblica esprime resistenza verso questi migranti, rappresentati in termini negativi, come invasori, minaccia alla sicurezza, approfittatori del *welfare* e 'usurpatori' dei posti di lavoro già limitati a disposizione dei nativi, ignorando i loro contributi positivi al mercato del lavoro e all'economia nazionale. Lo sviluppo della pandemia da COVID-19 ha messo in luce il ruolo dei migranti, compresi i migranti poco qualificati, come lavoratori in prima linea in settori di servizi essenziali – es., lavoratori in agricoltura, commessi/impiegati, addetti alle consegne, e assistenza sanitaria e personale nell'UE. Recenti lavori di ricerca e documenti politici mostrano che il pubblico riconosce il ruolo significativo dei migranti durante la pandemia nel mantenere in funzione i settori dei servizi essenziali (si veda, es., Fernández-Reino et al. 2020). Resta comunque da vedere se questa percezione positiva andrà oltre la crisi sanitaria globale e porterà alla formulazione di politiche di immigrazione più favorevoli nei loro confronti.

L'invecchiamento della popolazione di molti paesi europei ha aumentato la domanda di servizi di cura a lungo termine per fornire un'assistenza sufficiente e qualificata ai cittadini anziani (Ambrosini 2013). Come illustrato in precedenza, il *'welfare state'* si sta sempre più riducendo a causa di una crescente preoccupazione per la sostenibilità finanziaria a partire dai primi anni '80, portando la maggior parte dei paesi dell'UE a trasferire l'onere della gestione dell'assistenza alle famiglie e ai singoli consumatori. Nel contesto della commercializzazione e delle logiche neoliberali della fornitura di assistenza, i governi hanno introdotto schemi di *'cash-for-care'* che mirano a spingere il lavoro di assistenza fuori dagli ospedali (Degiuli 2016). Pertanto, con la mancanza di soluzioni istituzionali adeguate ed efficaci (ad esempio, case di cura), di letti ospedalieri per l'assistenza

riabilitativa e a lungo termine, l'avversione culturale degli anziani alle istituzioni di assistenza, e l'assistenza agli anziani è ora concepita come un servizio da fruire a casa, formalmente o informalmente. In molti paesi, quasi sette anziani su dieci ricevono assistenza a casa. Una buona parte degli anziani, quindi, è sempre più assistita nelle loro case da lavoratori esterni, di solito da una migrante donna, che vengono dall'estero, sia come fornitori di assistenza diurna o assistenti familiari conviventi, il cosiddetto modello 'migrante-nella-famiglia'. Tuttavia, alcuni paesi, come la Francia, hanno quote molto più alte di anziani che vivono negli istituti, circa il 41 per cento.¹⁵ In una ricerca dell'*European Institute for Gender Equality* (EIGE) di prossima pubblicazione, è stato scoperto che circa il 76 per cento dei 49 milioni¹⁶ di lavoratori dell'assistenza nell'UE è costituito da donne. Queste cifre sono probabilmente sottostimate perché non catturano coloro che lavorano nell'economia sommersa, specialmente nel settore dell'assistenza domestica.¹⁷

L'attuale continua e crescente domanda di forza lavoro migrante nell'assistenza agli anziani è uno dei risultati dell'invecchiamento e delle dinamiche migratorie. I lavoratori domestici migranti sono diventati significativi fornitori di assistenza nei 'welfare state' (Degiuli 2016). Mentre il settore dell'assistenza domestica è essenziale per le economie dell'UE, questa categoria di migranti è rimasta al di fuori dalle iniziative politiche dell'UE per la gestione della migrazione del lavoro nel corso degli anni. Il settore dell'assistenza dipende in gran parte

¹⁵ <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/workforce-and-safety-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic-43fc5d50/>.

¹⁶ Questo include i lavoratori dell'assistenza all'infanzia, i lavoratori dell'assistenza personale nei servizi sanitari e gli addetti alle pulizie domestiche.

¹⁷ <https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/frontline-workers>.

dalla forza lavoro intra-UE ed extra-UE. L'Austria, per esempio, recluta assistenti socio-sanitari dai paesi vicini, come Bulgaria, Repubblica Ceca, Ungheria, Romania o Slovacchia, di cui circa 65.000 sono assistenti personali che lavorano in case private. A questo scopo, durante la pandemia, il governo regionale della Bassa Austria (*Burgenland*) ha organizzato lo spostamento aereo di 250 assistenti migranti da Romania e Bulgaria.¹⁸

La pandemia ha devastato molte case di cura in tutta Europa, anche se alcune sono state in grado di evitare un grave aumento dei tassi di mortalità. In Francia, Italia, Spagna e Stati Uniti, alcuni dei paesi più colpiti, si è registrato un alto tasso di mortalità tra i pazienti delle case di cura. In Francia e Belgio si stima che circa il 50 per cento dei decessi totali da COVID-19 abbiano coinvolto i residenti in case di cura e in strutture di assistenza a lungo termine.¹⁹ La pandemia ha evidenziato i problemi strutturali dell'assistenza in termini di disinvestimento. Il settore dell'assistenza manca quindi di fondi, sicurezza, personale e riconoscimento del lavoro, nonostante il suo ruolo nell'alleviare le pressioni sui sistemi sanitari dei paesi dell'UE.

I lavoratori dell'assistenza si sono dimostrati essenziali per il contenimento della pandemia, svolgendo un ruolo fondamentale nell'assistere le popolazioni ad alto rischio come gli anziani, i disabili ed i malati. Sono stati in prima linea durante la crisi in corso, mantenendo sé stessi e i loro pazienti al sicuro dall'infezione da COVID-19. Tuttavia, come gli altri operatori sanitari negli ospedali all'inizio della pandemia, gli operatori sanitari negli istituti e nelle case private lavoravano senza dispositivi di protezione individuale con pazienti che

¹⁸ <https://ltccovid.org/2020/04/16/the-impact-of-covid-19-on-users-and-providers-of-long-term-care-services-in-austria/>.

¹⁹ <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/workforce-and-safety-in-long-term-care-during-the-covid-19-pandemic-43fc5d50/>.

potavano essere positivi al COVID-19, mentre si trovavano per varie ragioni a comunicare con attori esterni, mettendo a rischio le loro vite, quelle di coloro a cui fornivano servizi e il pubblico più vasto; gli anziani e i malati difficilmente si sottoponevano a test regolari di qualsiasi tipo, uno dei metodi indispensabili per contenere il virus. A differenza degli operatori sanitari negli ospedali e nelle istituzioni di assistenza riconosciute e consolidate, una parte cospicua, forse maggioritaria, degli assistenti domiciliari privati lavora in luoghi senza regole e in condizioni irregolari, non potendo quindi cercare un supporto ufficiale di fornitura medica nel momento del bisogno. Gli operatori dell'assistenza domiciliare privi di documenti e/o irregolari, lavorano in condizioni vulnerabili, poiché la precarietà della posizione giuridica è strettamente associata alla precarietà del lavoro e di altri mezzi di sostentamento. E il lavoro precario, incerto e insicuro (temporaneo e marginale) produce posizioni soggettive che si riverberano negativamente su tutti gli altri aspetti della vita sociale; per esempio, non sono in grado di cercare un supporto legale (Dotsey 2018). Tuttavia, è importante notare che avere uno *status* legale non garantisce la protezione dallo sfruttamento (o dalle condizioni precarie), poiché anche tante persone con documenti legali lavorano in questo settore senza contratti.

La pandemia ha avuto un grande impatto sulla vita degli operatori sanitari nelle istituzioni e nelle case private (sia in condizioni formali che informali, in diversi modi, anche se questi ultimi sono i più colpiti). Questo gruppo di migranti spesso sperimenta molteplici forme di vulnerabilità: lavoro precario, sottopagato, di bassa qualità, insicuro e irregolare, senza protezione sociale e lavorativa. La pandemia ha avuto un ulteriore impatto sui loro mezzi di sostentamento: orari di lavoro e salari ridotti, periodi di inattività e/o un aumento della disoccupazione come risultato della diminuzione dell'attività

economica. Alcuni lavoratori domestici conviventi sono stati licenziati e di conseguenza hanno perso le loro case.²⁰ Inoltre, alcuni lavoratori hanno sperimentato problemi psicologici e crolli emotivi, in quanto hanno visto aumentare il loro carico di lavoro senza ricompense aggiuntive: hanno dovuto passare l'isolamento con i loro pazienti che spesso soffrono di demenza e mancano di indipendenza. Quindi, evidenziare l'opera di questi lavoratori è opportuno, dato il loro ruolo nelle economie dell'UE e la pandemia in corso. Politiche nuove sono quindi necessarie per garantire il benessere e la protezione dei lavoratori dell'assistenza, che sono diventati una componente chiave della politica e della pratica dell'assistenza a lungo termine in Europa.

Riflessioni conclusive e proposte politiche

La lotta contro il COVID-19 ha messo sotto i riflettori l'importanza dei lavoratori migranti di tutti i livelli di qualificazione (migranti a bassa, media e alta qualificazione) nell'alleviare i problemi di carenza di manodopera e nello sviluppo delle economie dell'UE in molti settori vitali. La maggior parte dei paesi che sono stati colpiti duramente hanno cercato di mobilitare personale extra per poter affrontare l'impennata della domanda di cure durante il picco della pandemia. Abbiamo visto professionisti sanitari migranti di tutti i livelli – es., medici, infermieri, assistenti familiari, operatori sanitari e personali – impegnati in prima linea a fronteggiare l'epidemia nei vari settori del servizio sanitario. Tuttavia, i migranti poco qualificati sono spesso trascurati nel dibattito sulla migrazione e nelle iniziative politiche, poiché le politiche migratorie nell'UE si sono concentrate principalmente

²⁰ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--travail/documents/publication/wcms_747961.pdf.

sull'attrazione di migranti altamente qualificati. La pandemia ha ribadito il ruolo essenziale dei migranti con scarsa qualificazione come assistenti familiari nelle economie dell'UE. Ciò dimostra che non possiamo escludere questi gruppi di migranti dalla definizione delle politiche migratorie e dai dibattiti. Proponiamo quindi le seguenti raccomandazioni politiche nell'affrontare la *governance* della migrazione del lavoro sanitario, in particolare alla luce della crisi pandemica.

1. *Trasformazione strutturale*: la gravità delle situazioni sistemiche del sistema sanitario richiede una trasformazione strutturale olistica, graduale e dell'intera architettura del settore. L'attuale rapido approccio per affrontare le carenze di competenze in alcuni paesi attraverso l'importazione di manodopera durante la crisi da COVID-19 è lodevole. Tuttavia, non possiamo ridurre la crisi del sistema sanitario globale all'importazione di manodopera, poiché questa non può essere considerata una soluzione a lungo termine, equa, efficace e sostenibile. *In primis*, serve un investimento nel settore sanitario, perché l'inserimento di personale sanitario migrante in sistemi sanitari nazionali disfunzionali – che non sono in grado di investire nel loro sistema sanitario, attrarre e trattenere il proprio personale interno – non risolverà la carenza di forza lavoro sanitaria. In secondo luogo, questo fenomeno priva i paesi di origine, spesso caratterizzati da sistemi sanitari deboli, di operatori sanitari essenziali e di qualità quando si trovano ad affrontare una grande epidemia o comuni malattie. In questo contesto, è importante quindi operare all'interno del quadro del codice globale di condotta per il reclutamento internazionale di personale sanitario stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I principi della salute globale e dell'equità nella salute per tutti devono essere in primo piano nello

sviluppo di politiche migratorie del lavoro sanitario globale.

2. *Aprire canali legali di migrazione del lavoro per personale sanitario e assistenziale:* l'iper-invecchiamento della popolazione porta con sé l'aumento delle esigenze di assistenza a lungo termine. Con l'enorme richiesta di personale sanitario e di assistenza – e la conseguente mancanza di strutture e istituzioni di qualità per l'assistenza agli anziani – i migranti hanno esercitato un ruolo fondamentale nel colmare questo vuoto. La migrazione di manodopera ben gestita è una leva politica chiave per mitigare questa carenza. Un piano ben ponderato di apertura di rotte di migrazione del lavoro, sempre monitorando le condizioni di mercato dei paesi ospitanti e la situazione del settore sanitario nei paesi d'origine, può contribuire ad affrontare le carenze di manodopera nell'UE. Questo approccio è importante perché l'offerta di tali competenze provenienti dalla libera mobilità all'interno dell'Europa è destinata a diminuire a lungo termine. In questo quadro, c'è la necessità di considerare schemi di immigrazione su misura per il reclutamento delle donne, dato che esse costituiscono una parte significativa della forza lavoro migrante nel settore sanitario e domestico. Questa proposta ridurrà in qualche modo la migrazione irregolare, che caratterizza in particolare la migrazione dei lavoratori domestici e le condizioni giuridiche e socio-economiche precarie che ne derivano.
3. *Facilitazione del riconoscimento delle qualifiche e delle competenze:* i lavoratori sanitari stranieri non riescono facilmente ad ottenere il riconoscimento delle credenziali formative straniere e di esperienze precedenti nel paese di destinazione. Queste barriere comprimono effettivamente i diritti del lavoratore migrante, con una limitazione del pieno accesso

al mercato del lavoro, ai diritti sociali e a un lavoro dignitoso. In Europa vive un buon numero di migranti che non riesce a praticare la loro professione nel settore sanitario a causa dei problemi di riconoscimento dei loro titoli. Affinché i professionisti della salute possano contribuire efficacemente ai sistemi sanitari, è necessario rendere operativo anche in Italia l'approccio rapido di riconoscimento delle qualifiche e la flessibilità burocratica, adottato durante la pandemia in altri paesi dell'UE, come la Germania. La mancanza di riconoscimento delle competenze e delle qualifiche spesso porta a significativi squilibri e inefficienze tra i livelli di competenze e i fabbisogni dei sistemi sanitari.

Bibliografia

Ambrosini M. (2013). Immigrazione irregolare e welfare invisibile. Il lavoro di cura attraverso le frontiere, il Mulino.

Bonizzoni, P. & Dotsey, S. (2021). Migration and Legal Precarity in the Time of Pandemic: Qualitative Research on the Italian Case. *Dve Domovini / Two Homelands*, 54:117-130.

Caruso R., Rocco G., Shaffer F.A., Stievano A. (2019). Current Data of Foreign-Educated Nurses in Italy and the Recognition of Their Professional Qualifications. *Nurs Adm Q.*, 43(1):26-31.

Castagnone, E., & Salis, E. (2015). Migrant Workers in the Italian Healthcare Sector. Background Report. FIERI.

Degiuli F. (2016). *Caring for a living*. Oxford University Press.

Dotsey S. (2018). International migration and livelihood dynamics during the recent economic crisis: a study of Ghanaian migrants in the Como Province. *Migration and Development*, 7 (1):104-123.

Dussault G., Fronteira, I. & Cabral, J. (2009). Migration of health personnel in the WHO European Region. World Health Organization.

Fernández-Reino M., Sumption M., & Vargas-Silva C. (2020). From low-skilled to key workers: the implications of emergencies for immigration policy. *Oxford Review of Economic Policy*, 36, (Issue Supplement_1):S382-S396.

ISTAT (2020). Statistiche Istat, available at <http://dati.istat.it/Index.aspx>.

Michel J-P. & Ecartot F. (2020). The shortage of skilled workers in Europe: its impact on geriatric medicine. *European Geriatric Medicine*, 11:345-347.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/cef1e5cb-en>.

OECD (2020). International Migration Outlook 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ec98f531-en>.

World Health Organisation (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030, Geneva, available at: https://www.who.int/hrh/resources/pub_globals_trath_rh-2030/en/.

