

La sanità in Europa ai tempi delle migrazioni

Enrico Valletta

Dipartimento Materno-Infantile, AUSL della Romagna, Forlì

“I slept in a tunnel with my three children on cardboard.
Even sleeping in a tunnel is better than being in Slovakia”.
(Monia, 25, Brussels)

“I feel there is no future for me or my children”.
(Athanasias, 78, Athens)

Medici del Mondo, 2013¹

Migranti ma non solo

I sistemi sanitari europei si stanno confrontando con il fenomeno dell'immigrazione e con la necessità di regolamentare l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura di chi, provenendo dal proprio Paese di origine, soggiorna, a vario titolo, sui territori nazionali. È un difficile equilibrio tra equità e sostenibilità, in un periodo storico nel quale la generale riduzione delle risorse rinvigorisce spinte protezionistiche e xenofobe che rischiano di riverberarsi anche sulle politiche sanitarie. Sono coinvolti a pieno titolo non solo gli immigrati da Paesi extraeuropei ma anche quella quota rilevante di migrazione interna europea che, sotto la spinta di determinanti economici e sociali che si sono rapidamente deteriorati, attraversa i confini dei singoli Stati in una condizione di precarietà e fragilità non dissimile da quella dei migranti extracomunitari. In alcuni Paesi, come la Grecia, la Spagna o il Portogallo, il rapido impoverimento sta riducendo l'accesso ai servizi sanitari anche per i cittadini residenti che si trovano in condizioni economiche più disagiate¹. Nel maggio 2014, la Gran Bretagna ha varato un discusso provvedimento legislativo (*The Immigration Act 2014*) che richiede, tra l'altro, un contributo economico per accedere alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) ai visitatori e agli immigrati temporanei che provengono da Paesi non appartenenti alla Comunità Economica Europea (CEE)².

Le attuali politiche sanitarie

La crisi economica che ha investito l'Europa dal 2007 in poi ha provocato

una generale difficoltà di finanziamento dei sistemi sanitari in un momento nel quale l'impoverimento delle popolazioni e la riduzione dei livelli di salute determinano, al contrario, un incremento nella richiesta di servizi. Di fronte alla necessità di tutelare maggiormente chi si trova in una situazione socio-sanitaria sfavorevole, la peggiore delle risposte possibili sarebbe ridimensionare gli obiettivi dei servizi garantiti, ridurre il grado di copertura della popolazione, aumentare i tempi di attesa, trasferire sugli utenti i costi per i servizi essenziali e, infine, generare insoddisfazione negli operatori sanitari sottoponendoli a una riduzione dei salari³.

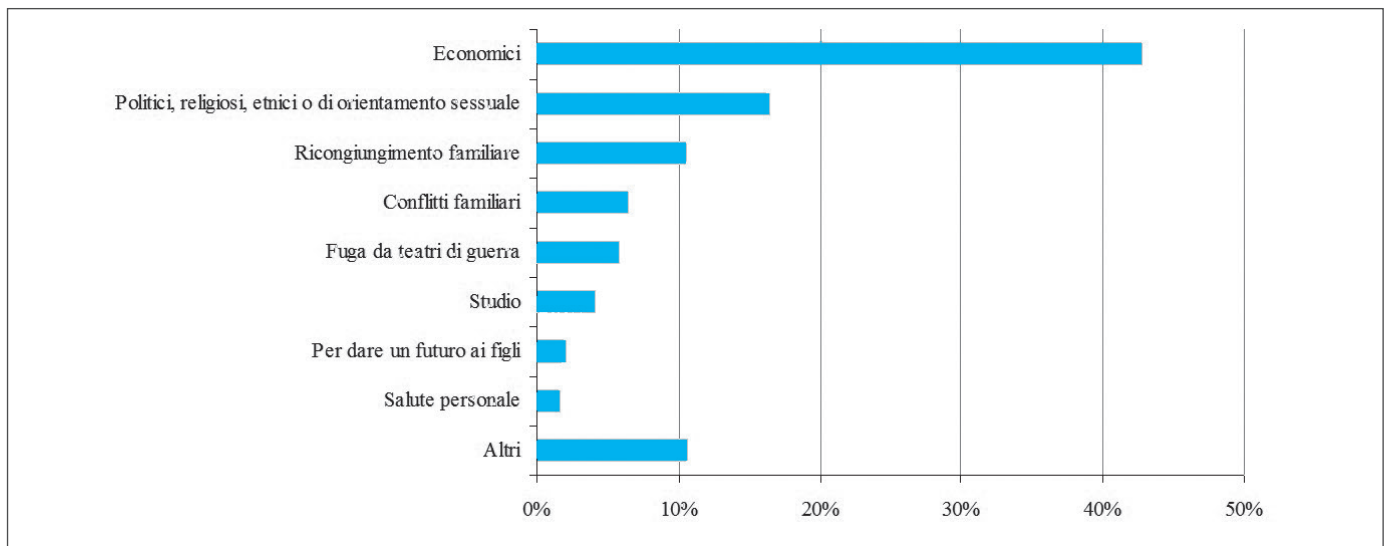
In alcuni Paesi europei si sta verificando proprio questo. Nel 2010, le cure d'emergenza risultavano effettivamente accessibili ai migranti privi di documenti in nove dei 27 Paesi dell'Unione Europea e i servizi di cure primarie e secondarie solo in cinque di questi (Olanda, Francia, Italia, Portogallo e Spagna). La Spagna che per anni ha rappresentato un punto di riferimento per le politiche sanitarie per l'immigrazione, nel settembre 2012 ha varato una legge (Decreto Legge Reale 16/2012 “*Misure urgenti per garantire la sostenibilità del servizio sanitario nazionale e migliorare la qualità e sicurezza dei suoi servizi*”) che esclude dalla copertura sanitaria pubblica, fatte salve le prestazioni di emergenza e quelle relative alla gravidanza e al parto, tutti i migranti privi di documenti. Un provvedimento che, sulla spinta di un'immediata necessità di contenimento dei costi sanitari, rischia di tramutarsi in un incremento di spesa nel lungo periodo, per l'aggravarsi delle

patologie croniche e per l'uso improprio e più oneroso dei servizi d'emergenza⁴. Quattro province spagnole (Andalusia, Asturie, Paesi Baschi e Catalogna) hanno disatteso l'applicazione della legge, continuando ad assicurare la copertura sanitaria ai migranti irregolari, e altre province hanno ritenuto di dovere adottare un comportamento più tutelante rispetto al dettato della legge. In Grecia la situazione è anche più drammatica: i migranti privi dei documenti d'asilo non hanno diritto all'accesso alle cure mediche, ampie categorie di cittadini disoccupati o senza dimora sono costretti a compartecipare alla spesa per i servizi sanitari - posto che ne abbiano la possibilità - o non sono in grado di procurarsi la tessera sanitaria che servirebbe a esentarli. Il Portogallo, pur alle prese con una crisi economica che ha portato il tasso di disoccupazione (2009-2013) dal 9% al 18% e un crescente numero di cittadini a emigrare verso le ex-colonie (Angola, Mozambico, Brasile), cerca di salvaguardare la copertura sanitaria universale ampliando le fasce economiche di esenzione. Nonostante questo, molti non sono in grado di produrre i documenti che attestano la propria posizione e sono costretti a scegliere tra l'acquisto dei farmaci e quello degli alimenti.

Anche nel Nord Europa le politiche sono diversificate: in Danimarca i migranti senza documenti hanno accesso gratuito ai soli servizi di emergenza, così come in Svezia dove viene fatta eccezione per i bambini in attesa di asilo, mentre in Olanda la copertura, pur con alcuni limiti, è assicurata per le cure di qualsiasi livello⁵. L'*Immigration Act 2014* britannico rischia di allontanare dall'NHS le frange più precarie dell'immigrazione e di creare un imprevisto problema anche per l'assistenza a un grande numero di lavoratori stranieri presenti su quel territorio⁶.

Tra le persone che risiedono in Europa prive di documenti, oltre il 90% ha incontrato difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari essenzialmente per problemi di comprensione della lingua e dei mecca-

grafico 1

Motivi che hanno indotto all'emigrazione in Europa (migranti senza documenti) . Da voce bibliografica¹

nismi burocratici, l'81% dovrebbe pagare per ottenere i servizi necessari, il 59% delle donne non ha accesso alle cure in gravidanza e il 60% non sa a chi rivolgersi per le vaccinazioni¹.

È evidente che il settore materno-infantile è quello che rischia di più in una situazione economica e sanitaria come quella descritta^{7,8}. I migranti in Europa sono a più elevato rischio di mortalità perinatale e infantile così come le donne migranti partoriscono più spesso prematuramente e sono più a rischio di complicanze legate al parto⁴.

L'effetto migrante sano

Il dubbio che la politica immagini di potere utilizzare l'esclusione dai servizi sanitari come strumento di dissuasione dei fenomeni migratori appare legittimo⁶. Se fosse così, l'obiettivo è probabilmente destinato a fallire. I motivi per i quali le persone decidono di migrare sono per lo più economici, politici, religiosi o per fuggire da situazioni di conflitto, quasi mai (1,6%) per motivi legati alla salute o alla sua tutela (grafico 1).

Generalmente chi migra non è in cattiva salute, anzi è più probabilmente in ottima salute per un fenomeno di selezione, detto anche "effetto migrante sano", per cui decide di migrare solo chi è fisicamente in condizioni di farlo^{4,9}.

Rischia di ammalarsi successivamente -

e con lui i suoi figli - nel Paese che lo ospita, lavorando in situazioni di maggiore rischio, venendo a contatto con una popolazione residente meno sana, acquisendone gli stili di vita meno salutari, essendo costretto a vivere in una condizione sociale e igienico-sanitaria svantaggiosa, partorendo e nascendo in situazioni di minore tutela.

Se a questo aggiungiamo l'esclusione dalla copertura dei servizi sanitari indispensabili, il cerchio è chiuso. Saremo riusciti a creare un problema sanitario dove prima non esisteva e probabilmente, in prospettiva, un problema economico più grande di quello che credevamo di risolvere. Per non parlare della dimensione etica sulla quale, anche qui in Italia, i pediatri hanno ritenuto di dovere richiamare l'attenzione¹⁰.

Corrispondenza

enrico.valletta@auslromagna.it

1. Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F. Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia. 9 Aprile 2013. http://b.3cdn.net/drofttheworld/d137240498b91ca33e_jhm62yjg1.pdf.

2. The Immigration Act 2014. www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/22/contents/enact-

ed/data.htm.

3. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. WHO Policy Summary 5, 2012. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf.

4. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013;381:1235-45.

5. Biswas D, Toebes B, Hjern A, et al. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Health Hum Rights* 2012; 14:49-60.

6. Steele S, Stuckler D, McKee M, Pollock AM. The Immigration Bill: extending charging regimes and scapegoating the vulnerable will pose risks to public health. *J Royal Soc Med* 2014;107:132-3.

7. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, et al. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J* 2013;17:1346-54.

8. Rada AS. Child poverty and malnutrition rise in Spain as austerity measures bite. *BMJ* 2013;347:f5261.

9. Sommers BD. Stuck between health and immigration reform - care for undocumented immigrants. *N Engl J Med* 2013; 369:593-5.

10. ACP. Immigrati irregolari: niente pediatra? Via libera a ricoveri inappropriati e addio prevenzione. Comunicato Stampa, 9 Luglio 2013. www.quaderniacp.it.