

Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema *La salute nel contesto del fenomeno migratorio*

(2007/C 256/22)

La prossima presidenza portoghese del Consiglio dell'Unione europea, con lettera del 14 febbraio 2007, ha chiesto al Comitato economico e sociale europeo di elaborare un parere esplorativo su: *La salute nel contesto del fenomeno migratorio*.

La sezione specializzata Occupazione, affari sociali e cittadinanza, incaricata di preparare i lavori del Comitato in materia, ha formulato il proprio parere in data 18 giugno 2007, sulla base del progetto predisposto dal relatore SHARMA (correlatrice: CSER).

Il Comitato economico e sociale europeo, in data 11 luglio 2007, nel corso della 437^a sessione plenaria, ha adottato il seguente parere con 109 voti favorevoli, 3 voti contrari e nessuna astensione.

1. Conclusioni

Il presente parere verte sulla relazione tra salute e migrazione e, a questo titolo, non costituisce un dibattito sul fenomeno migratorio in quanto tale. Le migrazioni incidono sensibilmente sull'economia dell'UE e costituiscono un processo ininterrotto che coinvolge una parte significativa e in costante aumento della popolazione dell'UE nonché tutta la popolazione mondiale.

È dunque essenziale che le politiche dell'UE e degli Stati membri offrano ai migranti e alle loro famiglie un livello elevato di tutela della salute. Ciò significa attivarsi in un ampio raggio di politiche tra cui l'occupazione, la salute, la sicurezza sul lavoro, l'istruzione, la protezione sociale, come pure la promozione della salute e l'assistenza sanitaria.

Il parere all'esame individua una serie di questioni relative alla salute con cui si devono confrontare i migranti, nonché le ripercussioni del fenomeno migratorio sulla salute pubblica che rendono necessario l'intervento degli Stati membri e dell'Unione europea.

1.1 Raccomandazioni

Una globalizzazione equa ⁽¹⁾ e dal volto umano ⁽²⁾ deve basarsi su valori universalmente riconosciuti, sul rispetto dei diritti umani, sulla garanzia di un livello elevato di salute e sicurezza alimentare per tutti i gruppi della popolazione, soprattutto i più vulnerabili, sul rispetto della diversità culturale e linguistica e infine sulla condivisione e la diffusione delle conoscenze tra tutti i cittadini.

Per quanto concerne i diritti umani universali, il CESE raccomanda di:

1.1.1 Creare punti d'incontro e centri d'informazione destinati agli immigrati per aiutarli ad accedere alle informazioni in materia di assistenza sociale e sanitaria, le quali sarebbero fornite da impiegati di tali centri appartenenti alla loro stessa minoranza. Questi centri costituirebbero un polo di cooperazione tra le autorità, le ONG dei paesi di origine e quelle delle comunità di accoglienza.

⁽¹⁾ Cfr. il parere del CESE del 31 maggio 2007 sul tema *Sfide e opportunità per l'Unione europea nel contesto della globalizzazione* (parere esplorativo), relatore: Henri MALOSSE, correlatore: Staffan NILSSON, GU C 175 del 27.7.2007.

⁽²⁾ Una globalizzazione equa, OIL 2004.

1.1.2 Rafforzare, sul piano nazionale e su quello comunitario, la cooperazione con le organizzazioni internazionali per quanto concerne la salute e il monitoraggio degli immigrati, nonché per effettuare un'analisi dei problemi e dei vantaggi a livello locale, regionale, nazionale ed europeo.

1.1.3 Introdurre programmi nazionali di salute pubblica nell'istruzione, tenendo conto delle culture minoritarie.

1.1.4 Creare un fondo speciale di compensazione nonché programmi per la formazione, il reinsediamento e la cooperazione tra paesi ospitanti e paesi d'origine.

1.1.5 Garantire l'accesso alle cure mediche e alle cure preventive a tutte le persone che risiedono nell'UE a prescindere dal loro status: esso rientra infatti tra i diritti umani in virtù della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea che garantisce l'accesso alla prevenzione e alle cure mediche.

1.1.6 Introdurre nei centri medici che ancora non le applicano delle clausole di riservatezza sui pazienti per impedire la divulgazione a terzi di informazioni relative allo status di un paziente migrante. In questo modo, gli immigrati, specie quelli in situazione di irregolarità, sarebbero meno timorosi di richiedere assistenza e cure mediche.

1.1.7 Favorire la cooperazione tra gli Stati membri e l'UE per migliorare la raccolta dei dati e promuovere la ricerca nell'ambito della migrazione e della salute nell'Unione europea.

1.1.8 Considerare la salute come una delle dimensioni essenziali della migrazione.

1.1.9 Stabilire, grazie alle valutazioni d'impatto sulla salute, l'incidenza potenziale delle politiche sanitarie e non sanitarie sulla salute dei migranti.

1.1.10 Assicurare che gli Stati membri che vantano una tradizione di servizi sanitari specializzati in medicina tropicale offrano le loro competenze a tutti i residenti dell'UE e continui a fornire una ricerca di qualità nelle terapie per le malattie tropicali, in particolare la malaria.

1.1.11 Mettere a punto meccanismi più efficaci per valutare e soddisfare le esigenze in materia di salute di tutte le categorie di migranti quanto più rapidamente possibile dopo il loro arrivo. È essenziale realizzare una cooperazione rafforzata tra l'UE e gli Stati membri per rispondere alle necessità immediate dei migranti che arrivano in Europa con problemi di salute urgenti, in particolare garantendo un servizio di interpretazione.

1.1.12 Attribuire alla salute dei migranti carattere prioritario. Ciò implica anche la cooperazione delle parti sociali e delle autorità competenti per garantire standard elevati di salute e sicurezza sul posto di lavoro nei settori di impiego abituale dei migranti. In cooperazione con i servizi a livello di comunità, occorre inoltre sviluppare ulteriormente i programmi di promozione della salute sul posto di lavoro, per contribuire a soddisfare i bisogni dei lavoratori migranti e delle loro famiglie.

1.1.13 Mettere a punto dei programmi di promozione della salute da attuare nel contesto scolastico per rispondere ai bisogni specifici dei figli degli immigrati. La loro salute rappresenta infatti una priorità particolare. I servizi sanitari scolari e prescolari devono rispondere ai bisogni di tutti i bambini nella loro diversità, compresi i figli degli immigrati, dedicando un'attenzione particolare a coloro che sono appena arrivati.

1.1.14 Prevedere trattamenti sanitari e servizi di prevenzione che tengano conto delle specificità e sensibilità culturali dei migranti, senza fare alcuna concessione sul divieto di infibulazione.

1.1.15 Offrire ai professionisti sanitari una formazione continua e la possibilità di compiere uno sviluppo professionale che permetta loro di seguire l'evoluzione dei bisogni sanitari delle comunità di migranti.

1.1.16 Concepire il reclutamento del personale sanitario formato nei paesi in via di sviluppo in un'ottica di co-sviluppo che agevoli il ritorno in patria dopo un soggiorno temporaneo o offra un risarcimento al paese d'origine che lo ha formato. La Commissione dovrà esaminare le migliori prassi esistenti in materia in modo da potere poi proporre un codice europeo di buone pratiche.

1.1.17 Rafforzare il ruolo delle autorità preposte al controllo della salute pubblica e incoraggiare lo scambio di buone pratiche. In tale contesto, le autorità dell'UE dovrebbero svolgere una funzione di coordinamento.

1.1.18 Promuovere il dialogo interculturale incentrandolo in particolare sullo stato di salute e sull'assistenza sanitaria ⁽³⁾.

⁽³⁾ Cfr. il parere del CESE del 20 aprile 2006 in merito alla *Proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce l'Anno europeo del dialogo interculturale (2008)* — COM(2005) 467 def. — 2005/0203 (COD), relatrice: CSER (GU C 185 dell'8.8.2006).

1.1.19 Il CESE ribadisce l'esortazione già rivolta a più riprese agli Stati membri ad attuare le convenzioni dell'OIL sui migranti ⁽⁴⁾.

2. Contesto

2.1 Il Comitato economico e sociale europeo accoglie il rinnovato interesse manifestato dalla presidenza portoghese per un esame approfondito della questione della salute nel contesto del fenomeno migratorio. Tale interesse è frutto dell'accordo della «troika» (le tre presidenze successive tedesca, portoghese e slovena) sul fatto che la politica sanitaria svolge un ruolo cruciale visto che una prevenzione e delle cure sanitarie transfrontaliere migliori vanno a diretto vantaggio dei cittadini europei ⁽⁵⁾.

Le tre presidenze si sono impegnate ad intervenire attivamente per far fronte alle disparità che attualmente colpiscono i migranti nell'accesso ai servizi sanitari. Si è inoltre convenuto di appoggiare un'ampia gamma di attività comunitarie intese a realizzare un livello elevato di tutela della salute per tutti i cittadini, concentrandosi in particolare sulla promozione della salute, sulla prevenzione delle malattie, sull'innovazione e sull'assistenza sanitaria.

2.2 Dal momento che il Comitato ha già adottato diversi pareri sul tema della migrazione, legale e illegale ⁽⁶⁾, il presente parere esplorativo si soffermerà in particolare sulle questioni relative alla salute. Si invita la presidenza portoghese e gli altri soggetti interessati a consultare i pareri elaborati dal CESE sul fenomeno migratorio.

⁽⁴⁾ La Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie, adottata nel 1990, è entrata in vigore nel luglio 2003. Essa va ad integrare la Convenzione sui lavoratori migranti dell'OIL del 1949 (n. 97) e la Convenzione sulle migrazioni (disposizioni complementari) del 1975 (n. 143). Queste tre convenzioni internazionali forniscono un quadro che regola i diritti dei migranti e le questioni relative all'immigrazione irregolare. Esse rientrano in un contesto politico più ampio che comprende diversi trattati, adottati di recente dall'ONU, in materia di tratta di esseri umani, contrabbando e sfruttamento, tra cui la Convenzione internazionale contro la criminalità organizzata internazionale (2000), il Protocollo per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare donne e bambini (2000), il Protocollo per combattere il traffico di migranti per via terrestre, aerea e marittima (2000), il Protocollo facoltativo della Convenzione sui diritti del fanciullo concernente la vendita dei fanciulli, la prostituzione infantile e la pedopornografia (2000), nonché la precedente Convenzione (1951) e il Protocollo sullo statuto dei rifugiati (1967). Mentre sono pochi i paesi e, se del caso, le organizzazioni economiche regionali ad aver ratificato queste convenzioni (ad eccezione dei trattati sui rifugiati), si tratta di strumenti che forniscono elementi importanti per un programma di carattere più globale.

⁽⁵⁾ Consiglio dell'Unione europea, Programma pluriennale delle presidenze tedesca, portoghese e slovena, Bruxelles, 21 dicembre 2006.

⁽⁶⁾ Cfr. i seguenti pareri del CESE:

— Parere del 13 settembre 2006 sul tema *L'immigrazione nell'UE e le politiche di integrazione: la collaborazione tra le amministrazioni regionali e locali e le organizzazioni della società civile*, relatore: PARIZA CASTAÑOS (GU C 318 del 23.12.2006).

— Parere del 15 dicembre 2005 in merito alla *Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo — Il programma dell'Aia: dieci priorità per i prossimi cinque anni — Partenariato per rinnovare l'Europa nel campo della libertà, sicurezza e giustizia* — COM(2005) 184 def., relatore: PARIZA CASTAÑOS (GU C 65 del 17.3.2006).

— Parere del 20 aprile 2006 in merito alla *Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie in materia di migrazioni e di protezione internazionale* — COM(2005) 375 def., relatrice: SCIBERRAS (GU C 185 dell'8.8.2006).

3. Introduzione

3.1 Molto è stato scritto riguardo ai temi della migrazione e della salute: in particolare, il presente parere si basa su un documento predisposto di recente per il Programma di analisi politiche e ricerca della Commissione globale sulla migrazione internazionale (GCIM) (Carballo & Mboup, settembre 2005). Gli altri riferimenti sono indicati nei diversi punti del parere.

3.2 L'Organizzazione mondiale della sanità dà la seguente definizione del concetto di «salute»: «la salute è uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale, e non significa solo l'assenza di malattia o di infermità». Nel presente parere si sostiene che la «salute», così come viene definita dall'OMS, rientra tra i diritti umani.

3.3 La salute degli immigrati e dei rifugiati è un elemento importante per diversi motivi, tra cui:

- il rispetto dei diritti umani universali e della dignità umana,
- l'altissimo numero dei decessi, nonché dei casi di malattia o rischi per la salute che colpiscono alcuni degli immigrati, soprattutto quelli irregolari,
- i rischi per la salute che numerose categorie di immigrati corrono quando si trasferiscono in un paese nuovo,
- il loro difficile accesso all'assistenza sanitaria e sociale,
- i rischi per le popolazioni dei paesi interessati nel loro insieme, e
- il rischio che il paese di origine subisca la perdita di professionisti sanitari.

	2006	2005	2004	2003	2002
Domande di asilo per l'UE	266 270	350 103	421 236	532 300	640 347
Numero di domande accettate	38 857	46 742	35 872	41 823	59 705
% di domande accettate	22,71	20,55	13,36	12,4	14,73

Negli ultimi anni l'immigrazione, sia legale che irregolare, è aumentata in diversi paesi dell'Europa meridionale, tra cui il Portogallo, la Spagna e l'Italia. Molti degli immigrati in questi paesi provengono dall'Africa settentrionale e subsahariana, dall'America Latina, dall'Asia e dai paesi della CSI (Comunità degli Stati Indipendenti).

4.4 Mentre gli immigrati sono in generale più sani dei loro connazionali che rimangono nel loro paese di origine, essi possono presentare un maggior numero di problemi di salute rispetto alla media della popolazione del paese di accoglienza. Ciò è dovuto a varie ragioni, tra cui:

- lo stress psicologico e sociale (provocato da una cultura nuova e sconosciuta, dalla irregolarità della loro situazione, da un ambiente differente, dalla mancata conoscenza delle lingue straniere, dalla mancanza di interlocutori di fiducia e di informazioni, da problemi di salute mentale),
- i rischi di malattia contratti nel paese di origine,
- la povertà e il fatto di lavorare in condizioni di rischio,
- l'accesso limitato all'assistenza sanitaria e all'informazione riguardo ai servizi sanitari, di promozione della salute e di prevenzione,

4. Dimensioni e portata della questione

4.1 Si calcola che oltre 200 milioni di persone si spostino ogni anno nel mondo alla ricerca di lavoro e di una vita migliore; almeno 30-40 (7) milioni di questi sono irregolari. Tutti gli immigrati esistenti a livello mondiale, messi insieme, diventerebbero il quinto paese al mondo per numero di abitanti (8). Nel 2005, le donne rappresentavano il 49,6 % di tutti gli immigrati. L'Europa conta attualmente tra 7 e 8 milioni di immigrati in situazione irregolare (9).

4.2 Ai fini dell'elaborazione del presente parere, il Comitato ha esaminato il fenomeno migratorio e le questioni relative alla salute essenzialmente in relazione ai cittadini di paesi terzi che immigrano nell'Unione europea. Attualmente vivono nell'UE circa 18 milioni di cittadini di paesi terzi. A questi si aggiunge un numero considerevole di cittadini nati all'estero e di immigrati irregolari o illegali. La stragrande maggioranza degli immigrati presenti nell'UE è entrata in Europa legalmente.

4.3 I richiedenti asilo rappresentano una proporzione relativamente limitata della popolazione migrante complessiva e il loro numero è diminuito negli ultimi anni: questo a seguito non tanto di un calo generale del numero delle persone bisognose di protezione, quanto piuttosto delle politiche attuate dall'UE.

- gli ulteriori rischi di malattia nel paese di accoglienza,
- le condizioni degli alloggi.

4.5 Gli immigrati provenienti da determinate aree geografiche hanno maggiori possibilità di essere colpiti da malattie trasmissibili e da malattie di lunga durata, come ad esempio i disturbi mentali, l'infarto cardiocoronarico, le affezioni delle vie respiratorie e il diabete.

4.6 Gli immigrati irregolari, le loro famiglie e soprattutto i loro figli, sono afflitti da problemi di salute più gravi degli immigrati legali, la qual cosa può essere dovuta ai rischi per la salute che affrontano per entrare nel paese di accoglienza, alle loro condizioni economiche e sociali più precarie e all'accesso insufficiente ai servizi.

(7) *United Nations' Trends in Total Migrant Stock: The 2003 Revision* (ONU — «Tendenze migratorie», Riesame del 2003).

(8) *US Census Bureau, IDB — Rank Countries by Population* (Ufficio censimenti americano, banca dati IDB, Classificazione dei paesi in base alla popolazione)
<http://www.census.gov/ipc/www/idbrank.html>

(9) *Migration Information Source* (Fonte di informazioni sulla migrazione), <http://www.migrationinformation.org/Feature/display.cfm?id=336>

5. Diversi tipi di immigrazione

5.1 Migrazione volontaria

5.1.1 Le motivazioni alla base della migrazione nell'UE sono prevalentemente di natura economica, ma possono in certi casi essere anche legate alla volontà di sfuggire a conflitti o persecuzioni. Da sempre, comunque, le persone emigrano per motivi diversi. Alcuni si spostano con il proposito di sistemarsi altrove e di iniziare una nuova vita, altri con l'intento di guadagnare quanto basta per ritornare nel loro paese di origine.

5.1.2 Alcuni si spostano per lavorare legalmente per un periodo determinato, altri lo fanno in maniera informale ma trovano lavoro e si fermano per un periodo di tempo indeterminato. Entrambe le categorie possono presentare dei problemi di salute: spesso questi sono legati alle politiche nazionali e agli atteggiamenti sociali nei confronti dei migranti, o anche a fattori più generali con un impatto sulla salute, quali l'istruzione, l'occupazione e l'alloggio.

5.1.3 La migrazione circolare viene sempre più spesso considerata come una forma chiave del fenomeno migratorio ⁽¹⁰⁾ che, se gestita adeguatamente, può diventare un elemento per armonizzare l'offerta e la domanda di forza lavoro sul piano internazionale, contribuendo così ad una più efficace allocazione delle risorse e alla crescita economica. Essa potrebbe rappresentare una soluzione per le necessità dell'UE, offrendo un'alternativa credibile all'immigrazione illegale.

5.2 Migrazione forzata

5.2.1 Le ripercussioni della migrazione forzata sulla salute sono non solo gravi ma anche di ampia portata. Ogni anno moltissime persone sono costrette a lasciare il loro paese di origine per assumere poi lo status di rifugiati sotto la protezione delle Nazioni Unite; vi sono poi milioni di persone costrette a lasciare le loro case pur rimanendo nel loro paese.

5.2.2 Molti devono pagare ingenti somme di denaro per farsi aiutare a varcare le frontiere, la qual cosa li costringe a una situazione di precarietà economica. I migranti vivono nella paura e sono spesso oggetto di sfruttamento da parte dei datori di lavoro. Le donne sono sovente vittime di violenze e di sfruttamento sessuale.

5.2.3 Il traffico di esseri umani è un crimine che viola i diritti umani fondamentali e distrugge vite umane. Il fenomeno è considerato una forma moderna di schiavitù e (in base alle stime dell'OIL) si calcola che ogni anno nel mondo vi siano 12 milioni di persone che vivono in condizioni di servitù forzata e che più di un milione di minori venga venduto, come se si trattasse di merce, per essere avviato alla prostituzione o al lavoro forzato. Secondo le cifre pubblicate dal Dipartimento di Stato americano, nell'80 % dei casi si tratta di donne e ragazze, e nel 50 % dei casi di minori. Secondo tali stime, la maggior parte di queste persone è vittima di traffici a scopo di sfruttamento sessuale.

5.2.4 Il traffico di esseri umani è fonte di ingenti profitti per i trafficanti: in base ad alcune stime, questi profitti ammonterebbero addirittura a 10 miliardi di dollari ⁽¹¹⁾ americani all'anno. (iii: Unicef).

⁽¹⁰⁾ Documento della Commissione sul tema della migrazione circolare del 16 maggio 2007.

⁽¹¹⁾ *The New Global Slave Trade* (Il nuovo schiavismo globale), Ethan B. Kapstein, tratto da *Foreign Affairs*, novembre/dicembre 2006.

5.3 Viaggi internazionali

5.3.1 L'Organizzazione mondiale del turismo segnala che nell'ultimo decennio del Novecento il turismo internazionale ha rappresentato il 30 % delle industrie di servizi nel mondo, e stima che entro il 2020 gli «arrivi» internazionali supereranno la cifra di 1,55 miliardi, 400 milioni dei quali saranno costituiti da viaggi a lunga distanza in aree di particolare interesse ecologico.

5.3.2 Secondo le stime disponibili, 14 milioni di persone provenienti dai paesi industrializzati si recano ogni anno nelle regioni tropicali dell'Africa, dell'Asia, dell'America Latina e delle isole del Pacifico. Un numero significativo di questi viaggiatori rientra in patria dopo aver contratto una malattia che richiede un trattamento medico. Il disturbo più frequente è costituito dalla diarrea, ma anche la malaria è ormai un problema molto diffuso in termini di diagnosi, trattamento e costi per i paesi di origine dei turisti.

5.3.3 Se non adottano le opportune misure protettive, i turisti corrono il rischio di contrarre l'epatite A e diverse malattie sessualmente trasmissibili, tra cui l'AIDS.

6. L'impatto della migrazione sulla salute e sulla salute pubblica

6.1 Politiche

6.1.1 Numerosi Stati membri dell'Unione europea hanno adottato delle politiche specifiche relative al diritto in materia di ingresso, di durata del soggiorno e di partenza degli immigrati. Complessivamente si tratta di politiche di natura restrittiva piuttosto che permissiva, che tendono a complicare la questione della migrazione. Ne possono risultare condizioni sociali ed economiche pregiudizievoli per la salute degli immigrati.

6.1.2 L'approccio alla salute pubblica e allo *screening* sanitario varia da un paese all'altro, come pure l'approccio concernente l'accesso all'assistenza sanitaria e sociale. Non risultano tuttavia disponibili informazioni complete riguardo alle pratiche adottate nei singoli paesi.

6.2 Statistiche

6.2.1 Dato che sono rari gli Stati membri dell'UE che raccolgono regolarmente dati relativi alla salute degli immigrati, è difficile fornire informazioni affidabili sull'esperienza concreta e le necessità dei migranti in materia di assistenza sanitaria. In molti paesi i registri sanitari non sono predisposti per classificare le persone in funzione del loro statuto di immigrante.

6.2.2 Mentre alcuni paesi raccolgono dati di questo genere, altri si limitano a registrare la regione di origine e il gruppo etnico al quale appartengono i migranti. Talvolta non esiste una definizione chiara del concetto di «immigrato» e di quello di «discendente di immigrato». In alcuni casi le persone vengono definite esclusivamente in base all'origine etnica, senza fare alcuna distinzione, ad esempio, tra i bambini migranti e i bambini discendenti di immigrati.

6.2.3 Esiste inoltre un numero sconosciuto di immigrati irregolari e pertanto non dichiarati, che possono essere restii a ricorrere all'assistenza sanitaria quando questa si renda necessaria.

6.2.4 Gli immigrati possono inoltre mostrarsi riluttanti a fornire alle autorità sanitarie delle informazioni sul proprio status di immigrati per timore che queste vengano usate contro di loro. Ciò contribuisce a rendere ancor meno esaurienti le informazioni disponibili.

6.2.5 Questa riluttanza da parte degli immigrati può essere dovuta anche a motivi culturali e religiosi. Per di più, le autorità e i fornitori di servizi sanitari non dispongono delle conoscenze necessarie, né sono preparati a soddisfare le necessità particolari dei migranti. Sono questi i motivi per i quali non disponiamo di informazioni sufficienti sui migranti e sul loro stato di salute.

6.3 Migrazione e benessere psicosociale

6.3.1 Per gli immigrati, siano essi legali o irregolari, le sfide già gravi rappresentate dalla lingua, dalla cultura e dalle politiche del paese di accoglienza vengono inasprite dalla paura dell'ignoto (cfr. Tizon 1983). Tra gli altri problemi che incidono sulla salute degli individui e delle comunità si possono ricordare i seguenti:

- la separazione dalla famiglia, dal coniuge e dai figli,
- lo sfruttamento da parte dei datori di lavoro,
- lo sfruttamento sessuale,
- l'ansia e la nostalgia del paese di origine,
- la mancata integrazione nella comunità locale,
- l'indebolimento della salute fisica o mentale.

6.4 Migrazione e salute mentale

6.4.1 Le ricerche ⁽¹²⁾ hanno dimostrato che in Europa alcune categorie di immigrati presentano il tasso più elevato di schizofrenia e di suicidi, un alto tasso di abuso di droghe e di alcool e un rischio marcato di depressione e ansia. In base alle stesse ricerche, queste categorie non hanno un accesso adeguato all'assistenza sanitaria e sociale.

6.4.2 Tra i fattori che contribuiscono ai problemi di salute mentale dei migranti sono state individuate le seguenti cause: i cambiamenti del regime alimentare, del sostegno sociale e della famiglia; la cultura, la lingua e il clima; l'ostilità, il razzismo e la xenofobia della popolazione di accoglienza; le recentissime esperienze della fuga dalla guerra e relativi orrori quali la tortura, la perdita della famiglia e gli abusi sessuali.

6.4.3 In base alle ricerche effettuate, due terzi dei rifugiati soffre di ansia o depressione e presenta sintomi di disturbi post-traumatici da stress, tra cui soprattutto incubi e attacchi di panico.

6.4.4 La difficoltà di accesso alle cure mediche, all'assistenza e al sostegno necessari per affrontare questi disturbi è particolarmente diffusa tra i richiedenti asilo e i migranti privi di docu-

menti, che costituiscono invece proprio le categorie più bisognose di questi servizi.

6.5 Migrazione e salute fisica

6.5.1 Tutte le persone presentano un «profilo» sanitario legato al loro luogo di provenienza e all'ambiente sociale in cui vivono. In generale, gli immigrati economici tendono a spostarsi dai paesi più poveri a quelli più ricchi, per cui una parte di essi presenta un profilo sanitario legato alla povertà.

6.6 Malattie trasmissibili

6.6.1 L'assistenza offerta agli immigrati sieropositivi e a quelli affetti da tubercolosi varia da un paese all'altro e presenta problematiche distinte in funzione della cultura, della lingua e della religione delle persone interessate, nonché del loro statuto legale e economico. L'AIDS rappresenta un rischio particolare per i giovani, le donne e le ragazze.

6.6.2 Non esistono politiche omogenee in materia di *screening* sanitario e le modalità di attuazione delle visite mediche previste prima dell'ingresso nel paese di accoglienza variano anche a livello locale. Inoltre, anche le reazioni allo *screening* variano sensibilmente. Alcuni servizi segnalano che oltre il 50 % degli immigrati non si presenta agli appuntamenti successivi allo *screening* iniziale: secondo i prestatori dei servizi, il problema è dovuto alla difficoltà di comunicazione, alla paura dell'autorità e alla scarsa conoscenza delle possibilità offerte. Il CESE è a conoscenza del fatto che il commissario Kyprianou abbia chiesto al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (CEPCM) di presentare un piano d'azione sulla tubercolosi. Questo piano dovrebbe essere pubblicato nell'autunno del 2007 e terrà conto della situazione nei diversi Stati membri.

6.6.3 Tra il 1995 e il 2005 nell'UE si è registrato un costante aumento dei casi segnalati di tubercolosi. In base all'ultimo rapporto epidemiologico del CEPCM, i «casi di origine straniera» rappresentavano il 30 % di tutti i casi segnalati nei 25 Stati membri (vi: Primo rapporto epidemiologico europeo sulle malattie trasmissibili, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, 2007). È risaputo anche che gli immigrati si concentrano spesso in zone contraddistinte da condizioni abitative pessime e dal sovraffollamento negli alloggi e nei luoghi di lavoro, con tutti i rischi di propagazione delle infezioni respiratorie che una tale situazione comporta. È inoltre verosimile che un'alta percentuale di migranti figurino tra le persone senza fissa dimora.

6.6.4 Per quanto riguarda l'HIV, la relazione dell'UE intitolata *AIDS & Mobility — HIV/AIDS Care & Supports for Migrants and Ethnic Minority Communities in Europe* (AIDS e Mobilità — HIV/AIDS Assistenza e sostegno ai migranti e alle minoranze etniche in Europa) (vii: UE — a cura di K. Clark e G. Boring) presenta un quadro della situazione in diversi paesi, approfondendo temi quali:

- le politiche nazionali,
- l'accesso all'assistenza sanitaria e sociale,
- i servizi di assistenza e sostegno.

⁽¹²⁾ M.G. Carta, M. Bernal, M.C. Harday e J.M. Abad: *Migration and mental health in Europe 2005* (La migrazione e la salute mentale in Europa).

6.6.5 Nella relazione si pone in evidenza il fatto che la situazione degli immigrati (numero, origine etnica ed epidemiologia) e le risposte fornite dalla società variano sensibilmente da un paese europeo all'altro.

6.6.6 È possibile che gli immigrati provenienti da parti del mondo in cui si registra un tasso elevato di HIV possano portare con sé la malattia. In effetti, tra il 1997 e il 2005 il 47 % dei casi complessivi di trasmissione di HIV a persone eterosessuali nell'UE è stato diagnosticato in pazienti provenienti da paesi con un'elevata prevalenza di HIV.

6.6.7 Al contrario, gli immigrati provenienti da paesi con una bassa prevalenza di sieropositività non sembrano essere maggiormente esposti al rischio (che può addirittura essere minore) rispetto ai cittadini dei paesi di accoglienza.

6.7 Malattie non infettive

6.7.1 Le malattie di lunga durata quali le cardiopatie coronariche, le malattie ostruttive croniche delle vie aeree, l'ictus e il diabete costituiscono una sfida importante per i servizi sanitari in quasi tutti i paesi del mondo e provocano il 50 % circa dei decessi che si verificano ogni anno.

6.7.2 Le cardiopatie coronariche sono la principale causa di mortalità e producono l'impatto più elevato in termini di trattamento, costi e ripercussioni sugli individui, sul personale addetto all'assistenza e sulle comunità. Nelle comunità di immigrati queste patologie possono essere legate a una predisposizione etnica, al regime alimentare e allo stress. Nel Regno Unito, gli asiatici di sesso maschile tendono ad essere maggiormente soggetti alle cardiopatie coronariche rispetto agli immigrati di origine diversa (viii: Balajaran & Raleigh, 1992; McKeigue & Sevak, 1994; British Medical Journal, 2003).

Gli uomini e le donne originari dell'Asia meridionale presentano un tasso di mortalità dovuto alle malattie cardiovascolari superiore del 30-40 % a quello del resto della popolazione (ix: Balajaran, 1991).

6.7.3 Secondo le statistiche raccolte nel Regno Unito, l'incidenza dell'ictus tra gli immigrati provenienti dai Caraibi è due volte superiore rispetto a quella registrata tra la popolazione «bianca» (x: Stewart, 1999). In Svezia tassi elevati di obesità e di malattie cardiovascolari sono stati rilevati tra gli immigrati finlandesi, a causa del loro regime alimentare e alto consumo di alcolici (xi: Jarhult et al., 1992).

6.8 Malattie ereditarie

6.8.1 La migrazione di persone provenienti da diverse parti del mondo può anche determinare la diffusione di malattie genetiche. I casi di drepanocitosi (conosciuta anche come anemia falciforme) e di talassemia hanno registrato un aumento a seguito dei flussi migratori provenienti dall'Africa, dai Caraibi e dai paesi mediterranei. L'anemia falciforme è relativamente diffusa nell'UE e, secondo le stime disponibili, nel Regno Unito colpisce ogni anno 6 000 adulti e tra 75 e 300 bambini (xii: Karmi, 1995). Un tasso elevato di prevalenza di questa malattia è stato inoltre registrato tra gli immigrati in Portogallo (xiii: Carrerio et al., 1996).

6.8.2 La talassemia è una malattia ematologica ereditaria di origine mediterranea che nel Regno Unito colpisce le minoranze etniche provenienti dal Medio Oriente e da Cipro. È inoltre dimostrato che potrebbe essere diffusa anche tra le persone originarie del Pakistan, della Cina e del Bangladesh.

6.8.3 Queste malattie richiedono la diagnosi di uno specialista e servizi di consulenza che non sempre sono disponibili.

6.9 Malattie professionali

6.9.1 Gli immigrati tendono a svolgere mansioni poco qualificate, ormai poco appetibili per la popolazione del paese di accoglienza. Il lavoro in alcuni di questi settori, come ad esempio le miniere, l'industria per la produzione di amianto, l'industria chimica o l'industria pesante, comporta spesso rischi per la salute. In agricoltura, l'esposizione a pesticidi e ad altre sostanze chimiche è stata associata ad un elevato tasso di depressione, cefalea e, tra le donne, di aborti.

6.9.2 Anche però i migranti altamente qualificati, quelli con un elevato livello di istruzione, quelli coinvolti nella «fuga dei cervelli», oppure ancora i «migranti circolari» soffrono spesso di forme di stress professionale: lavorano infatti in condizioni più precarie dei colleghi che sono cittadini del paese di accoglienza (i quali godono di diritti diversi, ecc.), ma sono costretti ad accettare la situazione a causa della loro dipendenza economica ⁽¹³⁾.

6.10 Infortuni

6.10.1 In Europa, gli infortuni sul lavoro sono quasi due volte più frequenti tra gli immigrati (xiv: Bollini & Siem, 1995). In Germania sono numerosi i casi di immigrati vittime di infortuni sul lavoro, in particolare quelli che lavorano in industrie con insufficienti misure di salute e sicurezza (xv: Huismann et al., 1997). Dai dati disponibili, risulta inoltre che i figli di immigrati di età compresa tra i 5 e i 9 anni sono più esposti agli incidenti stradali e a infortuni di altro genere dei bambini tedeschi della stessa età (xvi: Korporal & Geiger, 1990). Nei Paesi Bassi, sembra che i bambini di origine turca e marocchina siano vittime di un maggior numero di infortuni domestici, ad esempio intossicazioni e ustioni, nonché di incidenti stradali (vii: de Jong & Wesenbeek, 1997).

6.11 Salute riproduttiva

6.11.1 Alcune categorie di migranti, tra cui quella degli uomini separati dalle consorti, presentano un tasso più elevato di malattie sessualmente trasmissibili. In molti Stati membri dell'UE la morbilità legata alla gravidanza è più elevata tra le donne immigrate che tra le cittadine del paese di accoglienza. Anche il tasso di interruzione della gravidanza tende ad essere più elevato tra le donne immigrate. Nella città di Barcellona le richieste di interruzione volontaria di gravidanza sono due volte più numerose tra le donne immigrate che tra le cittadine spagnole. Analogamente, da uno studio effettuato dal Centro internazionale per la migrazione e la salute di Ginevra risulta che il tasso di interruzione della gravidanza tra le donne immigrate in situazione irregolare è tre volte più elevato rispetto a quello registrato tra le donne di nazionalità svizzera della stessa età (xviii: Carballo et al., 2004).

⁽¹³⁾ *Who cares? Women Health Workers in the Global Labour Market* (Chi se ne cura? Operatrici sanitarie sul mercato del lavoro globale), a cura di Kim Van Eyck, PhD, 2005.

6.11.2 Nel Regno Unito i neonati di madri asiatiche tendono a presentare un peso alla nascita inferiore rispetto a quelli appartenenti ad altri gruppi etnici e sono esposti a maggiori rischi di mortalità perinatale e postnatale. I neonati di madri provenienti dai Caraibi presentano anch'essi un tasso di mortalità postnatale superiore alla media. Per quanto riguarda le donne originarie del Marocco e della Turchia, in Belgio e in Germania si registrano tassi elevati di mortalità perinatale e infantile. Inoltre le donne provenienti dall'Africa subsahariana e dall'America centrale e meridionale danno alla luce neonati con un basso peso alla nascita e soffrono di problemi al parto.

6.11.3 Inoltre, il ricorso ai servizi preventivi, tra cui ad esempio la vaccinazione, è meno frequente tra i bambini degli immigrati.

6.12 *Fattori che pregiudicano l'accesso dei migranti ai sistemi sanitari e che ne impediscono una fruizione efficace*

6.12.1 Al momento di accedere ai servizi sanitari, i migranti si trovano di fronte a problemi di carattere giuridico, psicosociale ed economico. L'ostacolo rappresentato dalla lingua è evidente, come pure quello rappresentato dal costo delle cure, visto che per gli immigrati con un basso reddito un contributo, seppur minimo, a queste ultime costituisce un problema importante. In molti paesi i migranti irregolari e i richiedenti asilo in attesa di vedere trattate le loro domande si scontrano altresì con ostacoli giuridici che impediscono loro di accedere ai servizi sanitari.

6.12.2 Per di più, spesso i servizi pubblici non sono in grado di risolvere i problemi sanitari specifici dei migranti e non sono dotati della sensibilità e delle competenze necessarie per prestare cure adeguate a persone che possono avere un concetto diverso di salute, o un atteggiamento diverso nei confronti della malattia, del dolore e della morte, nonché modi diversi di descrivere i sintomi, affrontare la malattia e comunicare con il medico.

6.12.3 Inoltre, la complessità dei settori sanitari degli Stati membri, estremamente sviluppati e differenziati, può complicare ulteriormente la situazione.

6.12.4 La prevenzione delle malattie e la promozione della salute dei migranti è organizzata in maniera spesso inadeguata. Questo vale non solo per le visite prenatali, ma anche per i programmi di vaccinazione e le altre forme di prevenzione e di

individuazione precoce, tra cui lo *screening*. Solo raramente, finora, nei programmi di prevenzione si è adottato un approccio adeguato alla cultura dei migranti, per riuscire a raggiungere i vari gruppi presenti nell'UE.

6.12.5 Il prezzo elevato di determinati medicinali e servizi sanitari rappresenta un onere estremamente gravoso per gran parte dei migranti. Questo fattore può indurli a non richiedere un trattamento in tempo utile, a non seguire le cure prescritte o a non assumere i medicinali necessari. Tale situazione provoca un aumento significativo delle sofferenze individuali e del costo economico globale per la società.

6.13 *Professionisti sanitari*

6.13.1 La tendenza crescente che si registra nell'UE e in altri paesi più avanzati ad assumere professionisti sanitari provenienti dai paesi più poveri costituisce una sfida sempre più impegnativa che, se non dovesse essere affrontata in maniera adeguata, pregiudicherebbe seriamente lo sviluppo sanitario e comprometterebbe la sostenibilità della formazione del personale medico e infermieristico nei paesi di origine (che «perdono» forza lavoro). L'esodo di professionisti sanitari qualificati che si trasferiscono dai paesi dotati di scarse risorse a quelli più prosperi riduce in misura significativa il ritorno degli investimenti nella formazione di professionisti sanitari⁽¹⁴⁾. È necessario trovare soluzioni nuove per far fronte a questo problema, ad esempio un fondo speciale di compensazione per la formazione e il reinsediamento. I casi del Regno Unito e dell'Irlanda, in cui il servizio sanitario nazionale è tenuto ad adottare pratiche di assunzione «etiche», sono ampiamente riconosciuti come esempi da seguire. Gli Stati membri devono impegnarsi a favore dell'adozione di queste pratiche e della loro applicazione alle agenzie per l'assunzione di personale sanitario nonché alle strutture sanitarie, siano esse pubbliche o private.

6.13.2 I professionisti sanitari (in particolare gli infermieri e i medici) svolgono un ruolo fondamentale nelle iniziative volte a mantenere e a migliorare le cure sanitarie destinate ai migranti. Gli Stati membri devono garantire che questa importante categoria sia in grado di soddisfare le esigenze dei migranti in termini di cure e di comprendere i fattori culturali, religiosi e legati allo stile di vita che incidono sulle loro abitudini sanitarie. Tutto questo è indispensabile per garantire ai migranti un accesso adeguato ai servizi sanitari, in particolare sul piano culturale.

Bruxelles, 11 luglio 2007

Il presidente

del Comitato economico e sociale europeo

Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹⁴⁾ *Who cares?* (Chi se ne cura?), a cura di Kim Van Eyck, 2005. UNISON UK: PSI.

ALLEGATO

al parere del Comitato economico e sociale europeo

Qui di seguito si riporta l'emendamento che, pur essendo stato respinto durante il dibattito, ha ottenuto un numero di voti favorevoli pari ad almeno un quarto dei voti espressi (articolo 54, paragrafo 3, del Regolamento interno).

Punto 1.1.8

L'intero punto è soppresso.

~~«1.1.8 Introdurre programmi nazionali di salute pubblica nell'istruzione, tenendo conto delle culture minoritarie.»~~

Esito della votazione

Voti favorevoli: 44

Voti contrari: 51

Astensioni: 11
