

Benedetto Saraceno

Nel 2020 82 milioni di persone sono state obbligate a lasciare i loro territori per migrazione interna o esterna, nella maggior parte dei casi dovuta a conflitti armati e violenze locali.

**Di rifugiati, profughi e più in generale si parla molto ogni giorno con esclusiva enfasi sulla loro capacità invasiva** (rischio terrorismo, rischio importazione religione islamica, rischio competizione nell'accesso al lavoro, rischi trasmissione malattie infettive). Non uno di questi rischi è reale o perché è inesistente o perché è quantitativamente risibile. Ma di questo si parla e anche chi combatte questi stereotipi xenofobi e inaccettabili si limita troppo spesso a contestare la consistenza dei rischi che la propaganda enuncia, senza tuttavia riuscire a spostare il dibattito sulle vere questioni e, fra esse, certamente quella della salute. Infatti, non si parla della salute di quella categoria confusa di persone che chiamiamo a volte rifugiati, a volte profughi a volte genericamente migranti. Non se ne parla nei media nazionali e nel dibattito politico, come se la questione della salute fosse un problema che non ci riguarda e che soltanto loro dovrebbero risolvere. Tale disattenzione (a dir poco) fa parte delle crescenti manifestazioni di disumanità, di razzismo, di violenza verbale (e talvolta fisica) che si moltiplicano e lentamente ed inesorabilmente diventano accettabili e accettate.

**Sarebbe invece necessario parlare di rifugiati e profughi e della loro salute, ma con dati alla mano e tralasciando propaganda e contropropaganda.** Innanzitutto, si sarebbe potuto pensare che la pandemia di Covid 19 avesse funzionato come un freno al fenomeno della mobilità di profughi e rifugiati. Non è stato così. Secondo dati della agenzia ONU per i rifugiati (UNHCR) nel 2020 82.4 milioni di persone sono state obbligate a lasciare i loro territori o per migrazione interna o esterna, nella maggior parte dei casi dovuta a conflitti armati e violenze locali. Questa gigantesca popolazione è raddoppiata in soli dieci anni perché nel 2010 il numero di rifugiati e profughi ammontava a 40 milioni ma con crescita costante (42 milioni nel 2012, 50 nel 2013, 60 nel 2014, 65 nel 2016) è oggi arrivata a più di 82 milioni (1).

**Escludendo i movimenti migratori interni allo stesso paese, il paese che ha originato il più alto numero di persone costrette alla mobilità forzata è la Siria con quasi 7 milioni**, seguita dal Venezuela con quasi 5 milioni, l'Afghanistan con 2.8 e il Sud Sudan con 2.2. I due paesi che hanno accolto più persone sono la Turchia con 4 milioni e la Colombia con 1.7 milioni. In Europa è la Germania il paese con il più alto numero di rifugiati

e profughi: un milione e mezzo, di cui la metà provenienti dalla Siria (2). A beneficio di quanti costruiscono la propria propaganda politica sul tema dei migranti "invasori" dell'Italia, va ricordato che in Europa è la Svizzera che detiene un primato di migranti in rapporto percentuale alla propria popolazione, ossia il 30%. L'Italia è invece nella lista dei paesi europei con più bassa percentuale di migranti in rapporto alla popolazione: meno della Francia, del Regno Unito, dell'Olanda, della Spagna e della Grecia. Ma questo nessuno lo dice a voce alta perché si preferisce far credere che esista una emergenza migranti quando, ad esempio in Svezia la percentuale dei migranti rappresenta il 20% della propria popolazione: il doppio dell'Italia (3).

### **Dunque, quattro provvisorie conclusioni:**

- Il numero di rifugiati, profughi e migranti cosiddetti economici è in drammatica crescita
- Conflitti e violenze sembrano essere il primo fattore che determina la mobilità dei rifugiati e profughi mentre povertà e disoccupazione sono i fattori che determinano la mobilità dei migranti cosiddetti economici.
- Sono soprattutto paesi extraeuropei quelli che hanno il peso maggiore del fenomeno della accoglienza, con la eccezione della Germania che è uno dei grandi paesi accoglienti del mondo
- L'Italia accoglie molto poco e si lamenta molto

### **E la salute di tutte queste persone?**

**Ricordiamo che il 21% della popolazione di profughi e rifugiati è costituita da bambine e adolescenti (15% di età inferiore agli undici anni).** I bambini rappresentano il 30% della popolazione mondiale ma costituiscono il 40% della popolazione di rifugiati e profughi! Anche le donne rappresentano la frazione maggioritaria fra profughi e rifugiati (diversamente che fra i migranti economici): il 54% dei rifugiati dell'Africa Centrale e dell'Ovest è costituito da donne e bambine. Tale alto numero di popolazione femminile determina un drammatico contesto di patologie materno-infantili e anche di abuso sessuale. Malgrado la falsa convinzione (anch'essa parte della propaganda xenofoba) di una associazione fra malattie infettive e migrazione non c'è alcuna evidenza di una associazione fra migrazione e importazione di malattie infettive. Infatti, rifugiati e migranti rappresentano soltanto il 6% di tutti i casi di Tubercolosi notificati in Europa.

**Il rischio che i migranti siano responsabili della importazione di malattie esotiche gravi è bassissimo essendo la maggioranza dei casi che entrano in Europa costituita da turisti o operatori sanitari.** Al contrario, invece, rifugiati e migranti sono

esposti a un rischio aggiuntivo di resistenza antimicrobica a causa delle condizioni disastrose dei campi rifugiati e delle loro povere condizioni igienico sanitarie. Infine, anche il rischio di importazione dell'AIDS risulta basso (4). Se le malattie infettive sono assai scarsamente importate dai profughi e da rifugiati che, piuttosto sono esposti ad esse quando giungono in Europa, i radicali mutamenti degli stili di vita (alimentazione ipercalorica, sedentarietà, alcol, tabacco) espongono i rifugiati anche ad un aumento delle malattie croniche non trasmissibili quali l'obesità, il diabete, i disturbi cardiovascolari e i tumori (5).

**La prevalenza delle malattie mentali fra rifugiati e profughi non differisce molto da quella riscontrata nelle popolazioni dei paesi di accoglienza.** Fanno eccezioni le sindromi da stress post-traumatico che colpiscono rifugiati e profughi in misura decisamente superiore rispetto alla popolazione dei paesi di accoglienza: 9% rispetto all'1% prevalente nella popolazione generale del paese ospite. (6). Infine, le donne migranti, rifugiate e profughe che giungono in Europa, sono esposte a complicanze da parto e a patologie perinatali in misura decisamente superiore rispetto alle donne dei paesi di accoglienza: in Svezia, ad esempio, e migranti africane hanno un rischio di mortalità neonatale 18 volte superiori alle donne svedesi (7). Tale vulnerabilità è imputabile a fattori di rischio precedenti la migrazione. Anche i bambini sono particolarmente esposti a patologie di natura infettiva, a malattie dell'apparato dentario e anche a seri problemi di sviluppo psico-cognitivo (8).

La domanda che a questo punto viene naturale è semplice: cosa si fa in Europa per proteggere la salute dei migranti, rifugiati e profughi?

**Ossia, quali sono gli interventi che i paesi mettono in atto per garantire un accesso equo agli interventi di prevenzione e, in generale, ai servizi sanitari?** Come è ovvio la risposta non è né semplice né univoca in quanto ciascun paese europeo ha messo in atto politiche diverse e inoltre non è neppure semplice "classificare" i paesi in base alla quantità, all'articolazione, all'efficacia e equità delle risposte. Infatti, ogni paese europeo mostra contemporaneamente aree di eccellenza e aree di scarsissima qualità. L'esaustivo rapporto dell'ufficio europeo della OMS (in questo post ampiamente citato) costituisce un interessante "catalogo" di interventi e politiche che fornisce esempi dai diversi paesi europei. Viene messa in evidenza la estrema eterogeneità delle politiche e della qualità degli interventi. Per esempio, **l'Italia è citata come un esempio virtuoso per quanto attiene all'accesso ai servizi sanitari**, in quanto ne garantisce l'accesso a tutti gli stranieri e, grazie a un "codice" speciale, estende tale diritto anche agli stranieri irregolari. Simile alla politica italiana è quella del Belgio che garantisce un voucher di accesso ai servizi sanitari

anche ai migranti in posizione irregolare.

**A fronte di tale virtuosità l'Italia risulta meno attenta agli aspetti di de-stigmatizzazione dei migranti e alla educazione della popolazione generale a ridurre i sentimenti xenofobi.** Non risultano esserci programmi italiani dedicati a questo scopo, contrariamente, ad esempio, alla Repubblica Ceca ove le autorità, preoccupate dai crescenti movimenti razzisti, xenofobi e islamofobici, hanno sviluppato progetti di educazione rivolti alla popolazione generale allo scopo di promuovere la integrazione sociale degli stranieri immigrati nelle comunità locali. Austria e Spagna hanno sviluppato interventi specificamente rivolti alle donne con speciale enfasi sulle madri e i bambini: programmi di supporto alle donne esposte a violenza e abuso sessuale sono promossi dalle autorità sanitarie austriache così come, in Catalogna, si sono sviluppate sinergie pubblico e privato sociale allo scopo di garantire accesso agli interventi a tutela della salute materno infantile.

**Quello che colpisce di questa ricca ed eterogenea collezione di programmi e interventi è una apparente mancanza di coordinamento sia a livello europeo sia a livello nazionale dei singoli stati.** Sembra che le iniziative virtuose siano lasciate alle singole amministrazioni locali o regionali o, in molti casi, ad azioni promosse da organismi non governativi. Non si coglie un disegno programmatico né a livello nazionale né a livello europeo e la salute di rifugiati e profughi non sembra essere una priorità strategica dei governi. Non c'è dubbio, invece, che rifugiati, profughi e migranti economici continueranno ad affluire in Europa e la loro salute, sia in termini di prevenzione sia in termini di cura e riabilitazione, costituirà sempre più un test etico e politico per tutti i governi, nazionali e locali. Infatti, la salute dei migranti incrocia al tempo stesso questioni di natura diversa: politica, di salute pubblica, di diritti e di cultura. Tuttavia, la comprensione e accettazione della salute come un diritto fondamentale, per tutti, è probabilmente più immediata e condivisibile anche dalle fasce di popolazione più prevenute o addirittura ostili nei confronti degli stranieri. La solidarietà nei confronti delle madri, dei bambini e, in generale, verso tutte le persone fragilizzate dalla malattia, è probabilmente più "naturale" rispetto ad "altre" solidarietà nei confronti di reali o presunti competitori nell'accesso alla occupazione o alla casa.

**È probabile che, a partire dal pieno accesso alla salute, e ben oltre i soli interventi di urgenza, si possano costruire esperienze che non soltanto aumentano i diritti dei migranti ma anche cambiano la percezione degli operatori della sanità, ne elicitano le spinte morali e professionali più generose e così contribuiscono alla creazione di una importante massa critica di cittadini italiani che si convincono che l'aumento dei diritti dei più deboli non è una minaccia ma, anzi, un motivo di orgoglio collettivo.** Il Piano Nazionale

di Ripresa e Resilienza (PNRR) assegna 20 miliardi per la Missione 6 “Salute” e 13 miliardi per la Missione 5 “Inclusione e Coesione Sociale”. L’utilizzo saggio e innovativo di questi fondi sarebbe stata una occasione storica per una revisione radicale, nazionale, coordinata e visionaria delle normative e delle pratiche di assistenza sanitaria ai rifugiati, profughi e migranti, siano essi legali o clandestini.

**Non ci pare che tale occasione sia stata colta.**

Benedetto Saraceno, Segretario Generale, Lisbon Institute of Global Mental Health

## Bibliografia

1. Global Trends: Forced displacement in 2020. UNHCR, 2021, Geneva.
2. *The Global Report 2020*. UNHCR, 2021, Geneva.
3. *Health of refugees and migrants. Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. WHO European Region, 2018, Copenhagen.
4. Migration and health: key issues. In: Health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015  
(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>, accessed 12 April 2018).
5. Patel JV, Vyas A, Cruickshank JK, Prabhakaran D, Hughes E, Reddy KS et al. Impact of migration on coronary heart disease risk factors: comparison of Gujaratis in Britain and their contemporaries in villages of origin in India. 2006. 185(2):297-306).
6. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. 2005. *Lancet*. 365(9467):1309-14.
7. Essén B, Bødker B, Sjöberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? 2002. *BJOG*. 109(6) :677-82.
8. Stubbe Østergaard L, Hjerne A. Migrant children in Europe: entitlements to health care. 2016. *European Commission*.  
([http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/20160831\\_Deliverable-D3-D7.1\\_Migrant-children-in-Europe.pdf](http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/2015/09/20160831_Deliverable-D3-D7.1_Migrant-children-in-Europe.pdf), accessed 12 April 2018).