



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO



DIPARTIMENTO JONICO IN SISTEMI  
GIURIDICI ED ECONOMICI DEL MEDITERRANEO  
SOCIETÀ, AMBIENTE, CULTURE  
IONIAN DEPARTMENT OF LAW, ECONOMICS  
AND ENVIRONMENT

14  
2020

# QUADERNI DEL DIPARTIMENTO JONICO

ESTRATTO da  
POPOLAZIONE MIGRANTE  
Atti del convegno multidisciplinare  
Taranto, 24 maggio 2019  
A cura di Giuseppe Losappio

RÉMI PELLET

Medici migranti dall'Africa all'Europa: problemi legali  
e di sanità pubblica



ISBN: 978-88-945030-0-5



## DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Riccardo Pagano

## DIRETTORI DEI QUADERNI

Claudia Capozza – Adriana Schiedi – Stefano Vinci

## COMITATO SCIENTIFICO

Cesare Amatulli, Massimo Bilancia, Annamaria Bonomo, Maria Teresa Paola Caputi Jambrenghi, Carnimeo Nicolò, Daniela Caterino, Nicola Fortunato, Pamela Martino, Maria Concetta Nanna, Fabrizio Panza, Pietro Alexander Renzulli, Umberto Salinas, Paolo Stefani, Laura Tafaro, Giuseppe Tassielli.

## COMITATO DIRETTIVO

Aurelio Arnese, Danila Certosino, Luigi Iacobellis, Ivan Ingravallo, Ignazio Lagrotta, Francesco Moliterni, Paolo Pardolesi, Angela Riccardi, Claudio Sciancalepore, Nicola Triggiani, Antonio Felice Uricchio\* (in aspettativa per incarico assunto presso l'ANVUR), Umberto Violante.

## COMITATO DI REDAZIONE

Patrizia Montefusco (Responsabile di redazione)  
Federica Monteleone, Danila Certosino,  
Dottorandi di ricerca (Francesca Altamura, Michele Calabria, Marco Del Vecchio, Francesca Nardelli, Francesco Scialpi, Andrea Sestino, Pierluca Turnone)

### Contatti:

Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici  
del Mediterraneo: Società, Ambiente, Culture  
Convento San Francesco Via Duomo, 259 - 74123 Taranto, Italy  
e-mail:

quaderni.dipartimentojonico@uniba.it telefono: + 39 099 372382

• fax: + 39 0997340595

<https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali>



14  
2020 QUADERNI  
DEL DIPARTIMENTO JONICO

POPOLAZIONE MIGRANTE  
Atti del convegno multidisciplinare  
Taranto, 24 maggio 2019

a cura di

Giuseppe Losappio



Il presente volume è stato chiuso per la pubblicazione in data 1 luglio 2020 dall'editore "Dipartimento Jonico in Sistemi giuridici ed economici del Mediterraneo: società, ambiente, culture" dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro e messo in linea sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali> ed è composto di 120 pagine.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione  
la dott.ssa Filomena Pisconti e la studentessa Maria Di Maggio  
ISBN 978-88-9450-305-0

REGOLAMENTO DELLE PUBBLICAZIONI DEL DIPARTIMENTO JONICO  
IN SISTEMI GIURIDICI ED ECONOMICI DEL MEDITERRANEO:  
SOCIETÀ, AMBIENTE, CULTURE – EDJSGE

**Art. 1. Collane di pubblicazioni del Dipartimento Jonico**

Il Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici del Mediterraneo: società, ambiente, culture dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro ha tre distinte collane:

- **Collana del Dipartimento Jonico** (d'ora in poi Collana Cartacea), cartacea, affidata alla pubblicazione di una Casa Editrice individuata con Bando del Dipartimento, ospita lavori monografici, atti congressuali, volumi collettanei.
- **Annali del Dipartimento Jonico**, collana di volumi pubblicata on line dal 2013 sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, ospita saggi, ricerche, brevi interventi e recensioni collegati alle attività scientifiche del Dipartimento Jonico. Gli Annali del Dipartimento Jonico hanno cadenza annuale.
- **Quaderni del Dipartimento Jonico**, collana di volumi pubblicata on line sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, ospita lavori monografici, atti congressuali, volumi collettanei monotematici.

**Art. 2. Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico**

È istituito un Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico formato dai Direttori delle tre collane che dura in carica per un triennio.

Il Coordinamento è diretto dal Direttore del Dipartimento in qualità di Direttore della Collana cartacea, ed è convocato, secondo le necessità, anche su richiesta dei Direttori delle Collane.

La riunione del Coordinamento a discrezione del Coordinatore può essere allargata anche ai componenti dei Comitati Direttivi delle tre collane dipartimentali.

Il Coordinamento approva o rigetta le proposte di pubblicazione dei volumi delle Collane, dopo l'espletamento delle procedure di referaggio da parte dei Direttori e dei Comitati Direttivi. In caso di referaggi con esito contrastante, il Coordinamento decide sulla pubblicazione del contributo, sentito il parere del Comitato Direttivo della collana interessata. Il Coordinamento provvede alla formazione dei Comitati scientifici e dei Comitati Direttivi secondo le modalità stabilite dagli articoli successivi.

**Art. 3. Direttori delle Collane**

La Collana Cartacea è diretta d'ufficio dal Direttore del Dipartimento Jonico che può nominare uno o più condirettori scelti tra i membri del Consiglio di Dipartimento che siano in possesso degli stessi requisiti di seguito elencati per i Direttori degli Annali e i dei Quaderni.

Il/i Direttore/i degli Annali del Dipartimento Jonico è/sono eletto/i dal Consiglio di Dipartimento.

Il/i Direttore/i dei Quaderni del Dipartimento Jonico è/sono eletto/i dal Consiglio di Dipartimento.

L'accesso alle cariche di Direttore degli Annali e dei Quaderni è riservato ai docenti in servizio presso il Dipartimento Jonico ed in possesso dei seguenti requisiti:

- professori ordinari in possesso delle mediane ASN richieste per la partecipazione alle commissioni per le abilitazioni nazionali;
- professori associati in possesso delle mediane ASN per il ruolo di professore ordinario;

- RTI in possesso dell'abilitazione per la II o la I fascia, o in possesso delle mediane ASN per partecipare alle abilitazioni per la II fascia;
- RTB in possesso di abilitazione alla II o alla I fascia.

I Direttori ricevono le istanze di pubblicazione secondo le modalità prescritte dagli articoli seguenti, valutano preliminarmente la scientificità della proposta tenendo conto del *curriculum* del proponente e dei contenuti del lavoro e procedono, nel caso di valutazione positiva, ad avviare le procedure di referaggio.

I Direttori presiedono i lavori dei Comitati Scientifici e Direttivi e relazionano periodicamente al Coordinamento.

I Direttori curano che si mantenga l'anonimato dei revisori, conservano tutti gli atti delle procedure di referaggio, informano sull'esito delle stesse gli autori invitandoli, ove richiesto, ad apportare modifiche/integrazioni, decidono, d'intesa con il Coordinamento, la pubblicazione o meno in caso di pareri contrastanti dei *referees*.

#### **Art. 4. Comitati scientifici**

Ogni collana ha un proprio comitato scientifico composto dai professori ordinari e associati del Dipartimento Jonico.

Il Consiglio di Dipartimento può deliberare l'inserimento nel Comitato Scientifico di studiosi italiani o esteri non appartenenti al Dipartimento Jonico.

#### **Art. 5. Comitati Direttivi**

Ciascuna delle tre Collane ha un Comitato Direttivo formato da professori e ricercatori, afferenti al Dipartimento Jonico, in possesso, per il rispettivo settore disciplinare, delle mediane richieste dall'ASN per il ruolo successivo a quello ricoperto o, se ordinari, per la carica di commissario alle abilitazioni nazionali.

A seguito di invito del Coordinatore delle Collane del Dipartimento Jonico gli interessati presenteranno istanza scritta al Coordinamento che, in base alle indicazioni del Consiglio di Dipartimento, provvederà alla scelta dei componenti e alla loro distribuzione nei tre Comitati Direttivi.

I Comitati Direttivi collaborano con il Direttore in tutte le funzioni indicate nell'art. 3 ed esprimono al Coordinamento il parere sulla pubblicazione nella loro Collana di contributi che hanno avuto referaggi con esiti contrastanti.

#### **Art. 6. Comitato di Redazione**

Le tre Collane sono dotate di un Comitato di Redazione unico, composto da ricercatori, dottori di ricerca e dottorandi, afferenti al Dipartimento Jonico e individuati dai Comitati Direttivi, che, sotto la direzione di un Responsabile di Redazione (professore ordinario, associato o ricercatore), nominato dal Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico, cura la fase di controllo *editing*, preliminare all'espletamento della procedura di referaggio.

#### **Art. 7. Procedura di referaggio**

Tutte le Collane del Dipartimento Jonico adottano il sistema di revisione tra pari (*peer review*) con le valutazioni affidate a due esperti della disciplina cui attiene la pubblicazione individuati all'interno dei Comitati Scientifici o Direttivi, oppure, ove ritenuto necessario, all'esterno dei predetti Comitati.



La procedura di referaggio è curata dal Direttore della Collana con l'ausilio dei rispettivi Comitati Direttivi.

### **Art. 8. Proposta di pubblicazione**

La proposta di pubblicazione deve essere indirizzata al Direttore della Collana su modulo scaricabile dal sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, nel quale il proponente dovrà indicare le proprie generalità e sottoscrivere le liberatorie per il trattamento dei dati personali e per l'eventuale circolazione e pubblicazione on-line o cartacea del lavoro.

Se il proponente è uno studioso "non strutturato" presso una università o centro di ricerca italiano o estero, la proposta di pubblicazione dovrà essere accompagnata da una lettera di presentazione del lavoro da parte di un professore ordinario della disciplina cui attiene la pubblicazione proposta.

Alla proposta di pubblicazione il proponente deve allegare il proprio *curriculum vitae et studiorum* (ovvero rinviare a quello già consegnato in occasione di una precedente pubblicazione) e il file del lavoro in due formati, word e pdf.

Per la pubblicazione sulla Collana Cartacea il proponente dovrà indicare i fondi cui attingere per le spese editoriali.

Le proposte di pubblicazione dovranno attenersi scrupolosamente ai criteri editoriali pubblicati sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali/come-pubblicare/criteri-redazionali-1>

Nel caso di non corrispondenza, o di corrispondenza parziale, il Responsabile di Redazione, coadiuvato dal Comitato di Redazione, invierà agli autori le indicazioni cui attenersi per la fase di *editing*.

Nel caso siano previste scadenze, pubblicate sul sito, la proposta dovrà tassativamente entro la data indicata, pena la non ammissibilità della stessa.



# INDICE

## PRESENTAZIONE

GIUSEPPE LOSAPPIO <i>Insicurezza marginale e diritto penale dell'immigrazione</i>	14
--	----

## I<sup>a</sup> SESSIONE

FILIPPO BOTTALICO <i>Introduzione</i>	22
--	----

Relazioni

RÉMI PELLET <i>Medici migranti dall'Africa all'Europa: problemi legali e di sanità pubblica</i>	24
--	----

BRUNO NOTARNICOLA, ROSA DI CAPUA, SERENA MASINI, PIETRO A. RENZULLI <i>Flussi migratori e risorse naturali dei paesi del nord Africa</i>	42
--	----

RAFFAELE LAGRAVINESE <i>L'impatto economico delle migrazioni</i>	58
---	----

RICCARDO PAGANO <i>Pedagogia dell'inclusione. Prospettive scientifiche e linee educative</i>	70
---	----

## II<sup>a</sup> SESSIONE

MAURIZIO CARBONE <i>Introduzione</i>	78
---	----

### Relazioni

PAOLO STEFANI <i>Aspetti religiosi e culturali dell'integrazione. integrazione o inclusione? Il ruolo della religione, il ruolo della cultura, il ruolo del diritto</i>	82
--	----

ANTONELLA DE LUCA <i>Il favoreggiamento dell'immigrazione illegale</i>	94
---	----

### Interventi

VALERIO DIOMAIUTO <i>HIV e condizione giuridica dello straniero "irregolare"</i>	102
---	-----

IACOPO IACOBELLIS <i>Occupazione degli immigrati irregolari</i>	108
--	-----

ELEONORA MESSINESE <i>Il reato di mancata ottemperanza all'ordine di esibizione dei documenti da parte dello straniero irregolare</i>	114
--	-----

FILOMENA PISCONTI <i>Profili penalistici del soccorso in mare</i>	116
--	-----

Rémi Pellet

MEDICI MIGRANTI DALL'AFRICA ALL'EUROPA: PROBLEMI LEGALI E DI  
SANITÀ PUBBLICA

ABSTRACT	
<p>La migrazione “medica” dal Sud al Nord del pianeta pone domande di difficile soluzione e di vario ordine: politico, etico, giuridico e medico. Il presente articolo cerca di affrontare obiettivamente questo delicato argomento, richiamando anzitutto i dati demografici di base; prova quindi a valutare le cause e gli effetti della migrazione dei medici africani verso l'Europa, prima di esporre le condizioni giuridiche e istituzionali a questi necessarie per l'esercizio della professione negli Stati europei. Sono indicate numerose fonti scientifiche per incoraggiare il lettore ad approfondire la ricerca sull'argomento. La situazione in Francia è tenuta in particolare considerazione, poiché questo Paese è uno di quelli più preoccupati dal fenomeno delle migrazioni mediche.</p>	<p>The "medical" migration from the South to the North of the planet poses questions of difficult solution and political, ethical, legal and medical order. This article tries to objectively address this delicate topic, recalling first of all the basic demographic data; it tries to value the causes and effects of the migration of African doctors to Europe, before exposing the legal and institutional conditions necessary for their exercise of the profession in European States. Numerous scientific sources are indicated to encourage the reader to deepen research on the topic. The situation in France is held in particular consideration, because this country is one of the most concerned by the phenomenon of medical migration.</p>
Migrazione medica – cause – Europa	Medical migration – causes - Europe

SOMMARIO: I. Il contesto demografico della migrazione dei medici dall'Africa verso l'Europa. – II. Le cause e gli effetti della migrazione medica verso l'Europa. – III. Le condizioni legali e istituzionali per i medici praticanti negli stati europei.

Premessa. Il presente seminario si svolge nel contesto delle ondate di migranti che partono dall'Africa per tentare di essere ammessi in Europa. Le regioni dell'Italia meridionale risultano essere le più preoccupate dai suddetti arrivi. I migranti che sbarcano in Sicilia, Calabria e Puglia, potrebbero non essere le persone più indigenti del loro paese d'origine, in quanto hanno dovuto raccogliere denaro sufficiente per finanziare

la loro traversata, destinato soprattutto al pagamento dei trafficanti. Ma se questi migranti africani corrono simili rischi, significa che non dispongono di alcun mezzo materiale, giuridico e relazionale che consentirebbe loro l'utilizzo di canali legali.

È necessario sottolineare, tuttavia, che la migrazione africana non si limita a questo fenomeno, perché «gran parte di coloro che lasciano l'Africa sub-sahariana appartengono oggi a diverse frazioni delle classi medie locali, e viaggiano principalmente con visti». Tra questi migranti<sup>1</sup> «regolari» figurano gli studenti che vanno a studiare medicina nei «Paesi ricchi» e dottori africani laureati nel loro paese di origine<sup>2</sup>.

Queste migrazioni «mediche» da sud a nord pongono domande specifiche, di ogni genere: politico, etico, legale e sanitario.

Per provare a trattare «obiettivamente» questa tema così sensibile, nei limiti delle nostre competenze specialistiche in diritto sanitario, incentreremo la nostra comunicazione sulla rievocazione dei dati demografici fondamentali. Su questa base, proveremo a valutare le cause e gli effetti della migrazione dei medici africani verso l'Europa, prima di esporre le condizioni giuridiche e istituzionali per l'esercizio dell'attività dei medici negli Stati europei. Naturalmente, nel complesso di questo articolo, potremo trattare l'argomento solo superficialmente, ma indicheremo molte fonti al fine di incoraggiare il lettore ad estendere la ricerca a riguardo dello stesso. D'altronde, poiché la Francia risulta essere uno dei paesi europei più interessati da questo fenomeno concernente la migrazione medica, ci riferiremo in particolar modo alla situazione che sussiste all'interno dei nostri confini.

### **I.1. La parte della popolazione africana nella demografia mondiale**

**Il prosieguo dell'aumento della demografia mondiale.** Nel 2004, il grande antropologo Claude Lévi Strauss (1908-2009) constatò con rammarico che nel tempo della vita di un uomo (la sua) la popolazione mondiale era quadruplicata, passando da 1,5 miliardi di persone a 6 miliardi<sup>3</sup>. Il ventesimo secolo fu caratterizzato infatti da un tasso di crescita della popolazione mondiale «dell'1,4% annuo, in confronto allo 0,4%

---

<sup>1</sup> A. Giardinelli, *Classes sociale set migrations. La re production sociale des familles par les mobiliés, Revenue «Politique africaine»,* 3 luglio 2019, in <https://calenda.org/646538>. L'autrice rinvia al recente articolo di François Héran (2018), che citeremo di seguito, e a quello ancora più remoto di D. Lessault, C. Beauchemin, *Ni invasion, ni exode. Regards statistiques sur les migrations d'Afrique subsaharienne. Revue européenne des migrations internationales*, vol. 25, n°1 2009, pp. 163–194, in <https://journals.openedition.org/remi/4889>.

<sup>2</sup> Per quel che concerne l'America del Nord, v. M.J. Blain, J.C. Suárez-Herrera, S. Fortina, *L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale, Anthropologie et Santé, dossier En quête de soins : soignants et malades dans la globalisation* 2012, n°5, in <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/973>.

<sup>3</sup> C. Lévi-Strauss, *Le coucher de soleil. Entretien avec Boris Wiseman, Les Temps Modernes*, n° 628, 4 août-sept. 2004, pp. 2-18 citato in R. Pellet, A. Skrzyerbak, *Droit de la protection sociale*, PUF, Paris 2017, p. 31.

-0,6% riscontrati rispettivamente nel diciottesimo e nel diciannovesimo secolo»<sup>4</sup>. In futuro, secondo le proiezioni di giugno 2019 da parte della Divisione della Popolazione delle Nazioni Unite<sup>5</sup>, la popolazione mondiale, che oggi ammonta a 7,7 miliardi, crescerà fino a raggiungere i 9,7 miliardi nel 2050, fino a 11 miliardi entro la fine del ventunesimo secolo. Più della metà della crescita prevista entro il 2050 si concentrerà in nove paesi<sup>6</sup>, considerando che verso il 2027 l'India dovrebbe superare la Cina come paese più popoloso del mondo. Ma è in Africa che la crescita dovrebbe essere più forte...

**La crescita della popolazione africana.** Il numero di africani che attualmente ammonta a 1,3 miliardi, comprendente il 17% della popolazione mondiale, dovrà raggiungere un po' più di 2,5 miliardi nel 2050, raddoppiando, e 5 miliardi da qui al 2100 per arrivare a rappresentare il 40% dell'umanità, considerando il declino della mortalità, il miglioramento delle condizioni di vita, e il mantenimento di un alto tasso di fertilità<sup>7</sup>. Ovviamente questa evoluzione entra fortemente in contrasto con quella della popolazione europea, secondo ciò che anticipano i demografi.

## I.2. L'invecchiamento demografico in Europa

**Un processo generale ma non uniforme.** Nel 2016, oltre il 19,2% degli europei (UE 28) avevano 65 anni o più, ma la situazione non è uniforme: se i paesi scandinavi e baltici, così come la Francia (18,8%), risultano essere vicino alla media europea, il tasso è particolarmente alto in alcuni paesi del sud come Italia (22%), Grecia (21,3%) e Portogallo (20,7%), ma anche in Germania (21,1%), mentre è inferiore in Irlanda (13,2 %) e nella maggior parte degli altri paesi dell'Europa dell'Est, con l'eccezione di Bulgaria e Croazia<sup>8</sup>.

L'invecchiamento è spiegato dalla diminuzione dei tassi di fertilità e dall'aumento della durata della vita. Nel 2015, uno studio de *La Direction du Trésor du ministère de*

---

<sup>4</sup> T. Piketty, *Le capital au XXI<sup>e</sup> siècle*, Seuil, Paris 2013, p. 133.

<sup>5</sup> Rapporto *Perspectives de la population dans le monde 2019: Principaux résultats*, Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies / United Nations, World Population Prospects 2019, in <https://population.un.org/wpp/>.

<sup>6</sup> India, Nigeria, Pakistan, Repubblica democratica del Congo, Etiopia, Repubblica Unita di Tanzania, Indonesia, Egitto e Stati Uniti d'America (in ordine decrescente dell'aumento previsto).

<sup>7</sup> A. Brahmi, C. Cossu, M. Nedjam, *La transition démographique en Afrique subsaharienne*, Trésor-Éco, n° 242, agosto 2019, Direzione generale del Trésor, ministère de l'économie et des finances, in <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2e322859-9862-459d-a9a7-b60248de66a0/files/81ca4d64-7028-4613-a1ab-e7871b0dce41>.

<sup>8</sup> Commissariato generale per l'uguaglianza dei territori (CGET), *Le vieillissement de la population et ses enjeux* 2018, in [https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/Fiche-OT-vieillissement\\_population\\_0.pdf](https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/Fiche-OT-vieillissement_population_0.pdf).

*l'Économie et des Finances français* ha evidenziato che, nel 2013, la Germania aveva una popolazione di oltre 81 milioni di abitanti, già 500.000 in meno rispetto al 2003<sup>9</sup>.

Secondo le proiezioni, il declino della popolazione tedesca in età lavorativa sarebbe del 30% entro il 2060. Entro il 2050, la popolazione totale della Germania passerebbe da 81 a 75 milioni, mentre quella della Francia aumenterebbe da 65,7 a 75 milioni. In 35 anni circa, il numero dei francesi e dei tedeschi dovrebbe quindi risultare identico<sup>10</sup>. Tra il 1991 e il 2016, «la quota degli under 25 è decisamente diminuita in Germania per rappresentare un po' meno di un quarto della popolazione nel 2016 (24%)» mentre la quota dei giovani «è diminuita un po' più in Francia che nel Regno Unito per convergere al 30% della popolazione di entrambi i paesi al primo gennaio 2016»<sup>11</sup>. In generale, entro il 2040, «contrariamente all'America del Nord che vedrà aumentare la sua popolazione fino a 75 milioni di abitanti (corrispondenti alla metà del Sud America), l'Europa potrebbe stagnarsi intorno ai 500 milioni di abitanti e perdere 49 milioni di persone in età lavorativa nel giro di 20- 64 anni, di cui 11 milioni per quanto riguarda la Germania. Anche la Spagna e l'Italia dovrebbero perdere dai 7 agli 8 milioni di potenziali attivi. La Francia potrebbe rallegrarsi di mettersi quasi al passo della Germania, cosa che il Regno Unito dovrebbe realizzare quanto prima»<sup>12</sup>.

In questo contesto, la decisione del cancelliere tedesco Angela Merkel di accogliere un milione di persone nel 2015 forse non è stata motivata solo da preoccupazioni umanitarie...

### **I.3. Il dibattito in Francia sull'evoluzione generale della migrazione sub-sahariana in Europa**

**La tesi della «corsa verso l'Europa».** In una recente opera, M. Stephen Smith, oggi professore alla Duke University negli Stati Uniti, ma ex collaboratore di giornali «progressivi»<sup>13</sup> (ovvero «non ostili» all'immigrazione in Europa) scrive: «la giovane Africa si precipiterà verso il Vecchio Continente, è iscritto nell'ordine delle cose, come è avvenuto alla fine del diciannovesimo secolo, la “corsa verso l'Africa”

---

<sup>9</sup> L. Baquero, F. Gomez, L.E. Rambert, N. Studer, *La démographie de taille à 10 bouleverser le modèle économique in allemand?*, *Trésor-Éco*, n°149, 2015. Articolo in <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/98e091118-f788-4138-9257-0085b1e183df/files/90bfcfb2-cda5-4258-ba25-4781861439a2>.

<sup>10</sup> R. Pellet, *Les entreprises et la protection sociale face au défi du vieillissement démographique*, *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n°18, 2018, pp. 6-8. Articolo in <http://www.institutdroitsante.fr/download/jdsam-n18-janvier-2018/?wpdmdl=4326&masterkey=5a65abf072b8f>.

<sup>11</sup> V. Bellamy, *Un vieillissement plus marqué en Allemagne qu'en France ou au Royaume-Uni*, *INSEE FOCUS*, nr. 88, 22/06/2017, in <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867604>.

<sup>12</sup> J.M. Boussemart, M. Godet, *Europe 2050: suicide démographique*, *Fondation Robert Schuman*, *Question d'Europe*, n°462, 12 febbraio 2018, in <https://www.robert-schuman.eu/fr/doc/questions-d-europe/qe-462-fr.pdf>.

<sup>13</sup> Responsabile della «rubrica africana» del giornale *Libération* dal 1988 al 2000 e del giornale *Le Monde* dal 2000 al 2005.



dell'Europa», con la differenza che «questa volta l'iniziativa proviene dal popolo, il demo in arrivo per ridisegnare la mappa del mondo mentre l'imperialismo europeo fu il progetto di una minoranza influente» e che, infine, «il colonialismo europeo in Africa fu un fallimento, anche nelle rare colonie di popolamento», il che spiega perché gli europei non rappresentino che «meno dell'1% di della popolazione africana al momento», quindi «un quarto degli abitanti dell'Europa - più della metà degli under trenta - sarà “africano” entro il 2050»<sup>14</sup>.

Questa presentazione è stata criticata da alcuni esperti francesi.

**La controversia.** Secondo M. François Héran, professore al Collège de France, la «profezia» di Smith «si basa su un modello di vasi comunicanti che ignora tre dati fondamentali: 1 / rispetto ad altre regioni, l'Africa sub-sahariana emigra poco, a causa della sua povertà; 2 / quando emigra, al 70% si dirige in un altro paese sub-sahariano<sup>15</sup>; 3 / se integriamo le proiezioni demografiche a cura delle Nazioni Unite, i migranti sub-sahariani occuperanno un posto in crescendo nelle società del nord, ma rimarranno decisamente minoritari: circa il 4% della popolazione entro il 2050 - molto lontano dal 25% annunciato da alcuni»<sup>16</sup>. Stephen Smith ha risposto che M. Héran utilizza una fonte statistica, «la matrice bilaterale delle migrazioni», che è «un database internazionale progettato originariamente al fine di rintracciare i trasferimenti di denaro dei migranti» e che «non include la possibilità di un decollo economico dell'Africa sub-sahariana nei prossimi trent'anni».

D'altra parte, se non contesta che l'Africa sub-sahariana emigri poco in confronto ad altre regioni del mondo, Stephen Smith ritiene che M. Heran sottovaluti la partenza dei migranti africani verso l'Europa perché «la migrazione intra-africana sta perdendo di slancio in rapporto alle uscite dal continente: secondo uno studio del FMI effettuato nel 2016, la migrazione intra-africana è triplicata tra il 1990 e il 2013, mentre la migrazione intercontinentale è aumentata di sei volte»<sup>17</sup>.

#### I.4. Medici africani in Africa e in Europa

---

<sup>14</sup> S. Smith, *La Ruée vers l'Europe. La jeune Afrique en route pour le Vieux Continent*, Paris, Grasset 2018, pp. 15 e 180.

<sup>15</sup> Sulla circolazione dei medici in Africa, v. nota J. Sakoyan, S. Musso, S. Mulo, *Quand la santé et les médecines circulent. Introduction au dossier thématique Médecines, mobilités et globalisation*, *Anthropologie & Santé*, 3, 2011, in <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/819> [nota di Rémi Pellet].

<sup>16</sup> F. Héran, *L'Europe et le spectre des migrations subsahariennes*, *Population & Sociétés*, Istituto nazionale di studi demografici (INED), nr. 558, settembre 2018, in [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/28441/558.population.societes.migration.subsaharienne.europe.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/28441/558.population.societes.migration.subsaharienne.europe.fr.pdf).

<sup>17</sup> S. Smith, *L'anathème a étouffé le débat contradictoire sur l'immigration*, *Le Figaro*, 14 settembre 2018, in <http://premium.lefigaro.fr/vox/monde/2018/09/14/31002-20180914ARTFIG00347-stephen-smith-l-anatheme-a-etouffe-le-debat-contradictoire-sur-l-immigration.php>.

Nel 2006, l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS / Organizzazione mondiale della sanità, OMS) ha stimato che mancavano oltre 4 milioni di operatori sanitari nel mondo<sup>18</sup> e, nel 2007, l'*Organisation de coopération et de développement économiques* (OCSE, Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, OCSE), ha stimato che in Africa ci fosse una carenza di circa 2,4 milioni di medici, infermieri e ostetriche<sup>19</sup>. Secondo i dati dell'OMS del 2015, «i paesi ricchi del pianeta sono tutti caratterizzati da un gran numero di medici, superiore ai 25 per 10.000 abitanti: 44 in Norvegia, 42 in Germania, 40 in Russia o ancora 39 in Italia e Spagna. In Francia è possibile riscontrare 32 medici per 10.000 abitanti. In fondo alla classifica, i paesi dell'Africa, e più in particolare dell'Africa orientale, si distinguono per una forza lavoro sanitaria molto debole, generalmente pari ad un medico per 10.000 abitanti»<sup>20</sup>. Un altro studio ha indicato che «l'Africa sub-sahariana ha la più bassa densità medica nel mondo e un tasso d'emigrazione relativamente elevata, con una media del 19% nel 2004»<sup>21</sup>. Il numero e la percentuale di medici di origine straniera sono aumentati in quasi tutti i paesi dell'OCDE tra il 1980 e il 2005<sup>22</sup>.

Il summenzionato studio dell'OMS del 2006 indicava che il 23% dei medici africani viveva in paesi ricchi e che l'emigrazione in Europa continuava ad aumentare: nella succitata opera del 2017, Stephen Smith constata che «un buon terzo dei medici africani esercita nei paesi dell'OCDE, il club dei ricchi, mentre il rapporto tra medici e pazienti a sud del Sahara è di uno per 9000, o anche uno per 90.000 in casi estremi come quello del Sud Sudan, è proporzionalmente trenta, o addirittura trecento volte inferiore alla rete medica in Francia»<sup>23</sup>. Questa affermazione è correlata ai dati del

---

<sup>18</sup> World Health Organization, *Human Resources for Health in the WHO European Region, WHO Regional 19 Office for Europe*. 2006, in [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/98403/E87923.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf); World Health Organization, *Working Together for Health, The World Health Report 2006*, in <https://www.who.int/whr/2006/en/>.

<sup>19</sup> OCDE (2007), *Recent Trends in Official Development Assistance to Health*, OECD Development 20 Assistance Committee, in <https://www.oecd.org/development/stats/37461859.pdf>.

<sup>20</sup> Osservatorio sulle ineguaglianze, *L'accès à la médecine inégalement réparti dans le monde*, 13 dicembre 2018, in [https://www.inegalites.fr/L-acces-a-la-medecine-inegalement-reparti-dans-le-monde? id\\_theme=26](https://www.inegalites.fr/L-acces-a-la-medecine-inegalement-reparti-dans-le-monde? id_theme=26).

<sup>21</sup> Y. Moullan, Y. Bourgueil, *Les migrations internationales de médecins: impacts et implications politiques, Questions d'économie de la santé*, IRDES, nr. 203, novembre 2014, in <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/203-les-migrations-internationales-de-medecins-impacts-et-implications-politiques.pdf>.

<sup>22</sup> J.C. Dumont, P. Zurn, *PARTIE III. Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés, Perspectives des migrations internationales 2007*. SOPEMI, OCDE, 2007, pp. 171-244, in [https://www.who.int/hrh/migration/2007\\_rapport\\_annuel\\_mmigrations\\_internationales.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/migration/2007_rapport_annuel_mmigrations_internationales.pdf?ua=1); v. anche le altre pubblicazioni dell'OCDE : *Recent Trends in Official Development Assistance to Health*, OECD Development Assistance Committee, 2007, <https://www.oecd.org/development/stats/37461859.pdf> ; W. Bartlett, J. Bozikov, B. Rechel, *Health Reforms in South- East Europe*, in D. Ognyanova, R. Busse, eds. *Health workforce mobility and policy response in south east Europe*, London, New York and Shanghai, Palgrave macmillan, 2012.

<sup>23</sup> Stephen Smith, *La ruée vers l'Europe*, cit. p. 216.

*Conseil national de l'Ordre des médecins français* (Cnomf), secondo quale «tra il 2007 e il 2017, il numero di medici laureati in Algeria che esercitano in Francia è aumentato del 56%. I medici laureati in Siria occupano la seconda posizione con l'11% degli effettivi laureati extraeuropei nel ruolo iscritti all'Ordine»<sup>24</sup>. Tuttavia, nel suo rapporto del 2017 concernente la Francia, l'OCSE era preoccupato per «un'immigrazione qualificata che avrebbe compensato le carenze di un sistema di formazione iniziale e continuo»<sup>25</sup>. Ma l'emigrazione dei medici africani nei paesi europei pone ancora ben altri problemi e domande.

**II.** In tema di «fuga di cervelli» da sud a nord, la posizione delle organizzazioni internazionali sono cambiate significativamente, essendo a loro ben noto che il bilancio di questo fenomeno non è certamente positivo ma che così tanti fattori rendono difficile la «resistenza»

### **II.1. L'evoluzione della posizione delle organizzazioni internazionali in tema delle migrazioni mediche**

**La primitiva visione positiva.** Tra il 1945 e il 1980, la fuga di cervelli medica fu criticata ma i benefici sembravano superare gli svantaggi: il bilancio pareva positivo in quanto le migrazioni potevano consentire l'acquisizione e il trasferimento di competenze tra sud e nord. Durante gli anni '90, le migrazioni mediche sono state considerate ancora più favorevolmente perché facevano parte di un generale movimento di "globalizzazione" degli scambi: il principio della libera circolazione delle persone doveva applicarsi a tutti i "lavoratori", ivi compresi anche i professionisti della salute<sup>26</sup>. Questo

---

<sup>24</sup> Consiglio nazionale dell'Ordine dei medici, *Études longitudinales (2007- 2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France. Perspectives des flux migratoires et trajectoire au 1er janvier 2017*. [per una ragione sconosciuta, il Cnomf non rende più accessibile questo documento nel momento in cui scriviamo questo articolo, ma mettiamo a disposizione il rapporto per mail ai lettori che ce lo chiederanno: rpellet@club-internet.fr].

<sup>25</sup> OCDE, *Le recrutement des travailleurs immigrés: France 2017*, Éditions OCDE 2017, p. 55.

Articolo in [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lerecrutementdestravailleur-simmigresfrance2017\\_9789264276741fr#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lerecrutementdestravailleur-simmigresfrance2017_9789264276741fr#page1).

V. Il rapporto di France stratégie, *L'impact de l'immigration sur le marché du travail, les finances publiques et la croissance*, luglio 2019.

Articolo in <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-2019-immigration-juillet-2019.pdf>.

<sup>26</sup> V. il rapporto della Banca mondiale (World Bank), *Workers in an Integrating World*, 1995, Rapport sur le développement dans le monde 1995: le monde du travail dans une économie sans frontières 1995, articolo in <http://documents.banquemondiale.org/crated/fr/739011468169743467/pdf/148660WDR0FRENCH0Box107552B00PUBLC0.pdf> e l'articolo di D. Dollar, *Is globalization good for your health?*, *Bulletin of the World Health Organization* 2001, 79 (9), pp. 827-833, in [https://www.who.int/bulletin/archives/79\(9\)827.pdf](https://www.who.int/bulletin/archives/79(9)827.pdf). V. anche, D. Dollar, *Globalization, Inequality, and Poverty since 1980*, Development Research Group, World Bank, 2001, in <http://www.gdsnet.org/DollarGlobalizationInequality.pdf>.

spiega «che la migrazione dei talenti verso gli Stati Uniti progredì ad un “tasso esponenziale” alla fine degli anni ‘50 e che, intorno al 1965, «i dirigenti dei paesi in via di sviluppo sono stati più numerosi rispetto al numero dei dirigenti europei»<sup>27</sup>. Nel 1970, circa il 60% dei 60.000 medici stranieri che esercitano negli Stati Uniti è nato nei paesi in via di sviluppo (PED)» sapendo, tuttavia, che «anche molti paesi europei soffrivano la fuga di cervelli negli Stati Uniti e in Canada»<sup>28</sup>.

**Il brusco cambiamento dei primi anni 2000.** A cavallo del secolo, le migrazioni di professionisti della salute furono presentate come una delle cause di sottosviluppo dei paesi poveri. Questo spaccato è stato contrassegnato dalla pubblicazione, avvenuta nel 2000, da parte della *Lancet*, la principale rivista medica del Regno Unito, di un articolo che ha accusato i paesi sviluppati di saccheggiare le élite del Terzo Mondo nel campo della sanità<sup>29</sup>. Questa tesi è stata progressivamente ripresa dalle varie organizzazioni internazionali.

Nella sua relazione del 2007, l’OCSE ha constatato che le migrazioni «non sono la principale causa» dei problemi sanitari dei paesi poveri, ma hanno aggravato questi problemi<sup>30</sup>.

La *Banque internationale pour la reconstruction et le développement* (BIRD) /*Banque mondiale*, hanno giudicato parallelamente, nello stesso anno, che «la perdita di competenze derivante dall’emigrazione pone un problema serio, in particolar modo nei paesi poveri in Africa o nei Caraibi, dove si stima che sono emigrati quasi i due terzi dei medici e degli insegnanti formati [...] l’aiuto dei paesi donatori in materia di sanità e istruzione è ridotto a nulla se i paesi ricchi reclutano per se stessi insegnanti, medici e infermieri nei paesi poveri. [...] In questo gioco, i perdenti perdono i loro medici, fino al 60-80% nel caso del Ghana e della Giamaica, per esempio [...]. Il Sudafrica ha risposto alla carenza “prendendo in prestito” 450 medici da Cuba. Ma in altri paesi, la partenza degli operatori sanitari ha messo in pericolo il sistema sanitario pubblico. Inoltre, negli ultimi quattro anni, più della metà degli infermieri del Malawi è emigrata, lasciando solo 336 infermieri qualificati per una popolazione comprendente 12 milioni di abitanti. Allo stesso tempo, i posti vacanti sono dell’85% per chirurghi e 92% per i pediatri. I servizi sanitari del Malawi hanno faticato a far fronte ad una pandemia di HIV/AIDS. Tra il 1992 e il 2000 il tasso di mortalità prenatale è raddoppiato

---

<sup>27</sup> A.B. Zahlan, *The Brain Drain Controversy*, *International Population Conference*, Mexico, (UIESP), Vol. 28 2. 1977.

<sup>28</sup> Reginald Appleyard (dir.), *L’incidence des migrations internationales sur les pays en développement*, Centre de Développement de l’Organisation de Coopération et de Développement Économiques 1989, p. 25-26, in <http://www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/c-a5.pdf>.

<sup>29</sup> Bundred & Levitt, *Médical Migration : Who Are the Real Losers ?*, *Lancet* 2000, in [https://30www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(00\)02492-2.pdf](https://30www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(00)02492-2.pdf).

<sup>30</sup> V. nota. F. Docquier e H. Rapoport, *Globalization, Brain Drain, and Development*, *Journal of Economic Literature* 2012, 50:3, 681–730 in [https://perso.uclouvain.be/frederic.docquier/filePDF/DR\\_JEL.pdf](https://perso.uclouvain.be/frederic.docquier/filePDF/DR_JEL.pdf).

e questo aumento è attribuito alla qualità delle cure mediche»<sup>31</sup>. Questa situazione non è migliorata: infatti, uno studio del 2018 ha indicato che il tasso di mortalità durante le operazioni chirurgiche risulta essere due volte più elevato in Africa rispetto alla media nel mondo<sup>32</sup>.

Nel 2010, L'OMS/WHO ha adottato il *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*, il cui scopo è limitare migrazione dal sud al nord<sup>33</sup>. Più specificamente, in questo codice gli Stati sono incoraggiati a stabilire programmi di ricerca sulla migrazione di personale sanitario; l'OMS invita i paesi sviluppati a fornire assistenza tecnica e finanziaria ai paesi in via di sviluppo; chiede ai paesi di destinazione di limitare il reclutamento di medici migranti, in virtù del fatto che gli Stati dovrebbero facilitare la «migrazione circolare» del personale sanitario e dovrebbero incoraggiare i migranti a mettere l'esperienza che hanno acquisito all'estero al servizio dal loro paese di origine. È doveroso sottolineare «il Codice non è vincolante» e che gli Stati sono solo «fortemente incoraggiati ad osservarlo».

**Il Fondo monetario internazionale (FMI)** nel 2016 ha scritto che «la fuga di cervelli è particolarmente pronunciata nell'Africa sub-sahariana. La migrazione dei giovani e dei lavoratori istruiti penalizza grandemente una regione il cui capitale umano è già scarso. La concentrazione di migranti tra coloro che sono istruiti è più forte che negli altri paesi in via di sviluppo. La migrazione di lavoratori altamente qualificati comporta un costo sociale elevato, come testimonia la partenza di medici e infermieri dal Malawi e dallo Zimbabwe, che può essere sinonimo di perdita di benessere, oltre a quelli puramente economici»<sup>34</sup>.

Tuttavia, questo studio del FMI ha apportato una sfumatura, osservando che «i migranti di ritorno nel loro paese d'origine portano nuove qualifiche, e le prospettive di migrazione motivano l'accumulo di capitale umano, il quale può essere sostenuto dall'invio di fondi considerevoli di migranti e dalla conoscenza e l'esperienza dei migranti di ritorno». Un recente scritto permette di fare il bilancio costi-benefici del fenomeno delle migrazioni mediche.

---

<sup>31</sup> I. & K. Reinert, *La Mondialisation au service du développement, Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) /Banque mondiale*, 2007, pubblicata nel 2009 da éditions ESKA, p. 25, 203, 242 in <http://documents.worldbank.org/curated/en/110301468332982540/pdf/526760PUBOFREN1r0Development1French.pdf>.

<sup>32</sup> M.B. Biccard e Alii, *Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study*, *The Lancet*, vol. 391, issue 10130, pp. 1589-1598, april 21, 2018, in [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30001-1/fulltext?elsca1=tlpr](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30001-1/fulltext?elsca1=tlpr).

<sup>33</sup> World health organisation (WHO). *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* 2010, in <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> ou <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/fr/>.

<sup>34</sup> FMI, *Perspectives de l'économie mondiale*, ottobre 2016, p. 201, in <https://www.imf.org/external/35/french/pubs/weo/2016/02/pdf/textf>.

## II.2. La valutazione degli effetti positivi e negativi della migrazione secondo il Pr. Paul Collier

Paul Collier è professore di economia all'Università di Oxford ed ex direttore di ricerca sullo sviluppo presso la Banca mondiale. Il suo punto di vista in merito alla "fuga di cervelli" medica non è sospettato di essere motivato da considerazioni politiche faziose. Nella «letteratura» scientifica, ci sembra autorevole. Ecco perché scegliamo di riassumere le conclusioni del suo ultimo libro<sup>35</sup>, che ha ricevuto in Francia critiche positive da parte dei giornali «progressisti»<sup>36</sup>.

**Gli effetti positivi della migrazione.** I migranti inviano fondi economici al loro paese d'origine; possono tornare nel loro paese d'origine portando la loro esperienza; coloro i quali riescono, diventano modelli da emulare nel loro paese d'origine; maggiori sono le possibilità di emigrazione, maggiore è l'interesse delle famiglie a spingere i loro figli a formarsi: siccome solo una parte dell'élite emigra, il numero di persone formate aumenta nel paese.

**Gli effetti negativi della migrazione.** Gli Stati poveri non hanno interesse a finanziare la formazione dei medici che andranno via: più aumenta il numero di migranti, meno il paese investe nel sistema di formazione dei dottori e meno i migranti sono interessati a tornare. In questo senso, in virtù del fatto che «la formazione di un medico ammontava a 184.000 di dollari (pari a 155.000 euro) in media nel 2005»<sup>37</sup>, Stephen Smith ha senza dubbio qualche motivo per scrivere che «ci sarebbe bisogno che il migrante sia dotato di eccezionale generosità per restituire una somma del genere, senza menzionare il fatto che il denaro gioverebbe ai suoi genitori e non al tesoro pubblico»<sup>38</sup>.

Più il paese d'origine è indigente, minore è la probabilità che, un giorno, i migranti sceglieranno di tornare. Le famiglie esercitano pressioni sui migranti affinché non tornino in quanti essi rappresentano una vera e propria fonte di reddito per loro. Per molti africani, la migrazione di ritorno è assimilata al fallimento in Occidente. Quando i buoni professori sono emigrati, quelli che rimangono sono coloro i quali hanno un rendimento minore poveri e che formano i giovani. Questi adottano le norme di coloro che rimangono: ad esempio, uno studio dedicato alle infermiere etiopi ha dimostrato che

---

<sup>35</sup> Riassumiamo il punto di vista di P. Collier, *Exodus: Immigration and Multiculturalism in the 21st Century*, London, Penguin 2014.

<sup>36</sup> U. Gadessaud, «'Exodus', di Paul Collier: come parlare serenamente di immigrazione. Nel suo nuovo saggio, il professore di economia a Oxford ed ex direttore della ricerca sullo sviluppo alla Banca mondiale analizza le politiche migratorie senza mai arrendersi alle semplificazioni cui spesso il dibattito si presta », in *Le Monde*, 19 marzo 2019, in [https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/03/19/exodus-de-paul-collier-comment-parler-serenement-d-immigration\\_5438059\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/03/19/exodus-de-paul-collier-comment-parler-serenement-d-immigration_5438059_3232.html).

<sup>37</sup>D. Kohner, *Afrikanische Migranten vor der "Festung Europa"*, GIGA Focus, n°12, 2006, in <https://pdfs.semanticscholar.org/bade/2d457ce90c7c5aa8e5f349966df5038fe8da.pdf>.

<sup>38</sup> S. Smith, *La ruée vers l'Europe*, op. cit. p. 217.

erano idealiste durante la loro formazione, ma sono diventate ciniche e corrotte dopo tre anni di attività esercitate in un ambiente professionale che presentava tali difetti<sup>39</sup>.

Quando il meglio emigra, la produttività e la qualificazione di coloro che rimangono diminuiscono. I trasferimenti finanziari dei migranti nel loro paese d'origine sono sovrastimati e non compensano le perdite dovute all'emigrazione. Più risulta facile l'accesso ai paesi ricchi, meno i migranti sono tentati di inviare denaro al loro paese d'origine perché ritengono che non sia necessario; inversamente, più l'accesso ai paesi ricchi risulta essere difficile, più i migranti che sono riusciti ad entrare inviano denaro al loro paese d'origine, soprattutto se non possono portare al seguito le loro famiglie. Quando i migranti qualificati ritornano al loro paese d'origine, chiedono alti livelli salariali che aumentano le disuguaglianze nel paese.

### **II.3. Le cause della migrazione dei medici africani in Europa**

Per comprendere il ruolo dei medici africani nei sistemi sanitari europei occorre tener conto di molteplici fattori che non sono necessariamente quelli menzionati più spesso e spontaneamente nel dibattito pubblico.

**La situazione economica e politica dei paesi africani.** La povertà nei paesi di questo continente è certamente una delle cause dell'immigrazione medica ma non è sempre quella decisiva. Ad esempio, L'Algeria è il 18° produttore di petrolio, il 10° produttore di gas naturale, la 7° riserva di riserva di petrolio di scisto e il 6° esportatore di gas naturale nel mondo, ma il paese è male amministrato (corruzione...) ed è stato vessato da una guerra civile-religiosa. Anche molti medici algerini vogliono andare a lavorare in Francia per ragioni tanto "politiche" quanto "economiche". In effetti, in generale, i vecchi studi hanno messo in dubbio l'idea secondo cui lo sviluppo economico abbatte l'effetto meccanico di ridurre il flusso migratorio. Nel 1971 il geografo Wilbur Zelinsky<sup>40</sup> aveva avanzato l'ipotesi di una «transizione nella mobilità», con diversi tipi di migrazione. Certamente questo modello è stato criticato<sup>41</sup>, ma la storia recente ha confermato il fatto che la crescita economica può favorire l'immigrazione. Di conseguenza, quando aiutano i paesi poveri a svilupparsi, i paesi ricchi favoriscono anche la migrazione da sud verso il nord, mentre la loro intenzione potrebbe essere contraria.

**La storia coloniale.** Logicamente, le ex potenze coloniali attraggono i dottori dai loro precedenti possedimenti: «La linea di dipendenza dalle vecchie potenze coloniali

---

<sup>39</sup> D. Serra, P. Serneels, A. Barr, *Intrinsic Motivations and the Non-Profit Health Sector: Evidence from Ethiopia*, Discussion Paper No. 4746, febbraio 2010, in <http://ftp.iza.org/dp4746.pdf>.

<sup>40</sup> W. Zelinsky, *The hypothesis of the mobility transition*, *Geographical Review*, vol. 61, n°2 1971, p. 219-249, in [https://www.jstor.org/stable/213996?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/213996?seq=1#page_scan_tab_contents).

<sup>41</sup> R. Skeldon, *Migration and Development : A Global Perspective*, Harlow (G.-B.), A. Weley Longman, 1997 e 2008, in [https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/14/P04\\_Skelton.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/14/P04_Skelton.pdf).

(Francia) o dalle nuove potenze economiche (Cina, India, Brasile) contribuisce ad alimentare gli assi di circolazione degli operatori sanitari che, dal nord, partono tentando l'avventura della medicina ai tropici, o dal sud, cercano una promozione sociale verso l'altro sud o verso il nord. Quanto ai malati provenienti da contesti, regioni o paesi più poveri, si dirigono in questi territori francesi per trovare la migliore assistenza garantita»<sup>42</sup>. Comunque, non tutti i paesi europei sono stati potenze coloniali: come è noto, la Germania perse le sue colonie africane alla fine della Prima guerra mondiale. D'altra parte, la Grecia e alcuni paesi dell'Europa orientale come la Bulgaria sono stati colonizzati per quattro secoli dall'impero ottomano. Dobbiamo quindi tener conto di queste differenze storiche per comprendere il basso numero di africani in Europa centrale e le diverse reazioni delle responsabilità politiche europee occidentali e orientali di fronte alla migrazione<sup>43</sup>. La riluttanza e la stessa resistenza di alcuni governi di fronte alle ondate di migranti non dovrebbero dunque essere necessariamente interpretate come l'espressione di una forma di xenofobia o persino di razzismo.

**La situazione demografica dei paesi europei come richiamo d'aria.** Come abbiamo ricordato, la popolazione dei paesi dell'Europa occidentale sta invecchiando e con essa i medici europei<sup>44</sup>. Quindi, ad esempio, nel caso della Francia, uno studio indica che «l'età media dei medici attivi è di 51,2 anni: il 47% degli stessi ha almeno 55 anni, mentre questo è il caso del 18% di dirigenti e professioni intellettuali superiori, e il 30% di almeno 60 anni», sapendo che tra questi medici che esercitano in Francia «l'11% si è laureato all'estero»<sup>45</sup>. Per ringiovanire la professione medica, le autorità pubbliche possono avere tentazione di rivolgersi a medici africani, soprattutto nel caso della Francia, poiché la lingua non rappresenta una barriera come potrebbe essere il caso della Germania. Tutti i rapporti concordano sul fatto che «negli ultimi trent'anni il numero di medici formati all'estero che praticano in Europa è fortemente aumentato»<sup>46</sup>. In Francia, su 8.600 medici che si sono iscritti all'Ordine dei medici nel 2017, «il 15% si era laureato all'estero», trattasi quindi di una percentuale addirittura superiore rispetto al passato. Quasi il 20% dei medici iscritti all'Ordine è nato in un paese straniero, europeo o extraeuropeo, mentre il 75% fuori dall'Unione Europea. Alcuni medici stranieri possiedono una laurea francese perché si sono formati

---

<sup>42</sup> S. Musso, J. Sakoyan, S. Mulot, *Migrations et circulations thérapeutiques: Odyssées et espaces*, *Anthropologie & Santé* 2012, n°5, in <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1040>.

<sup>43</sup> V. R. Pellet, *Nationalité et exclusion de la citoyenneté: l'indigène et le dhimmi*, in Brunessen Bertrand, Sarah Cassella, Cécile Rapaport (dir.), *La Nationalité au carrefour des droits*, Presses universitaires de Rennes (PUR) 2019, pp. 69-88.

<sup>44</sup> A. Jourdain, T. Pham, *Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins*, S.F.S.P., *Santé Publique* 2017/1, vol. 29, pp. 81-87, in <https://www.cairn.info/revue-santepublique-2017-1-page-81.htm>.

<sup>45</sup> M. Anguis, H. Chaput, C. Marbot, C. Millien, N. Vergier, *10 000 médecins de plus depuis 2012*, Études et résultats, DREES, maggio 2018, n°1061, in [https://drees.solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1061.pdf](https://drees.solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf).

<sup>46</sup> J. F. Nys, *Les nouveaux flux de migrations médicales*, *Revue internationale et stratégique*, Armand Colin 2010/1 n° 77, pp. 24-35.



professionalmente in Francia. Più di un medico straniero su due è originario dell'Algeria, del Marocco e della Tunisia, il che è ovviamente dovuto ai legami storici che uniscono la Francia a queste zone del mondo (vedi sopra).

**III.** Gli Stati membri dell'UE hanno adottato politiche nazionali che variano in base al loro sistema di protezione sociale, ma devono anche tener conto delle esigenze del diritto europeo.

### **III.1. L'effetto dei sistemi nazionali in merito all'accoglienza di medici non europei, soprattutto africani**

**L'organizzazione dei sistemi sanitari europei.** L'effetto dei sistemi sanitari in merito all'accoglienza di medici non europei, soprattutto africano<sup>47</sup>. L'organizzazione dei sistemi sanitari europei.

Le condizioni per esercitare la professione medica nei paesi europei possono essere più o meno favorevoli all'integrazione dei medici stranieri.

Ricorderemo per dovere informativo che è possibile distinguere quattro «modelli» differenti<sup>48</sup>:

- I modelli «beveridgiani» (Regno Unito, Portogallo): la medicina è retribuita, finanziata dallo stato, con libero accesso all'assistenza pubblica; accanto a questo sistema esiste una rete completamente privata, finanziata esclusivamente da pazienti o dalla loro assicurazione privata;
- I modelli «bismarckiani» (Germania, Francia): la medicina rimane liberale ma i sindacati dei dottori stipulano accordi con i fondi assicurativi delle malattie, e negli ospedali pubblici i medici sono retribuiti;
- I modelli «liberali» (Svizzera): la medicina è liberale, le assicurazioni sanitarie sono private e lo Stato stabilisce esclusivamente le minime regole di gestione; il paziente ha l'obbligo di assicurarsi, ma è libero di scegliere l'assicuratore;
- I modelli «misti»: ad esempio, in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato dalle regioni; il paziente ha la libertà di scegliere il medico di famiglia, il quale viene retribuito in base ad un'imposta di capitazione; parallelo a questo sistema «pubblico», esiste un sistema completamente privato.

**Nel Regno Unito**, la creazione del National Health Service (NHS) nel 1947 ha provocato la partenza di molti medici britannici che non accettarono di diventare impiegati statali; sono emigrati negli Stati Uniti, in Canada e in Australia. Al fine di colmare il vuoto creatosi, il paese ha fatto appello ad un gran numero di medici provenienti

---

<sup>47</sup> Sul tema, vedere una tesi di «riferimento» in cui sintetizziamo molto succintamente alcuni passaggi: A. F. Mendy, *Être médecin africain en Europe*, Paris, Karthala 2016.

<sup>48</sup> Per ulteriori approfondimenti, v. R. Pellet, A. Skrzyrbak, *Droit de la protection sociale*, Paris, PUF, coll. Thémis 2017.

dalle ex colonie britanniche (Commonwealth): India, Pakistan, Giamaica. Questa la politica è proseguita fino agli inizi degli anni 2000 per compensare l'invecchiamento della popolazione e della professione medica: dal 1985 al 2005, mentre la popolazione è aumentata di meno di 3,4 milioni di persone (da 47 a 50,4 milioni), il numero di i medici è aumentato da 72.101 a 122.345, con un aumento di quasi il 59%. Sono arrivati così tanti medici dal Sud Africa, dalla Nigeria e dal Ghana. Poi, mentre i medici provenienti dall'Europa orientale (Polonia, Paesi baltici, ecc.) sono iniziati ad arrivare in seguito all'allargamento dell'UE, il Regno Unito ha cambiato la sua politica cercando di aumentare il numero di studenti di medicina formati nel paese (2006). In totale, secondo alcune fonti, nel Regno Unito il 38,6% dei medici lo è possessore di una laurea straniera<sup>49</sup>.

**In Francia**, la creazione della *Libération de la Sécurité* sociale è stata fatta nel rispetto della medicina liberale: l'assicurazione sanitaria rimborsa gli atti dei dottori che rimangono indipendenti e organizzati in potenti sindacati corporativi. Non ci sono partenze all'estero come nel Regno Unito e quindi non è stato possibile fare appello ai migranti; ancora oggi, i dottori liberali rimangono liberi di stabilirsi dove vogliono sul territorio nazionale.

Nel 1971 fu creato un *numerus clausus*: poiché «l'aumento dell'offerta provoca l'aumento del consumo», per limitare il consumo, è stato limitato il numero di studenti di medicina: il numero degli ammessi alla fine del primo anno è passato da 8 588 nel 1972 a 3500 nel 1993 prima di incrementare progressivamente a 9314 nel 2019. Di conseguenza, in proporzione alla popolazione, il numero di medici in Francia è sufficiente ma è mal ripartito sul territorio nazionale: ci sono «deserti medici» in tutte le regioni. Per ovviare a queste carenze, i medici d'origine straniera sono stati prima di tutto utilizzati negli ospedali, in particolare nei servizi di emergenza: la maggior parte di questi praticanti proveniva da ex colonie francesi. Quindi, sono arrivati medici dall'Europa orientale: essi furono collocati non solo negli ospedali ma, in applicazione del diritto europeo, possono anche trasferirsi in città, in quanto dottori liberali il che spiega la persistenza dei deserti medici (vedi sotto).

Più precisamente, un medico su cinque (20%) che esercita in Francia è nato all'estero, 54.000 professionisti; i 3/4 sono francesi in virtù del fatto che l'accesso alla nazionalità francese è facile; il 25% proviene dall'Algeria, il 43,6% proviene da Magreb, Algeria, Marocco, Tunisia; l'8% dei medici negli ospedali pubblici francesi ha conseguito la propria laurea al di fuori dell'UE. Tra i dottori che si sono laureati all'estero, il 38% l'ha fatto in Algeria. Secondo l'*Ordre des médecins français*, «tra il 2007 e il 2017, il numero di medici laureati in Algeria che esercitano in Francia è aumentato del 56%. I dottori laureati in Siria occupano il secondo posto con l'11% degli

---

<sup>49</sup> M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras, *Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries*, Copenhagen (Danimarca), *European Observatory on Health Systems and Policies*, 2011, in [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0017/152324/Health-Professional-Mobility-Health-Systems.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/152324/Health-Professional-Mobility-Health-Systems.pdf?ua=1).

effettivi laureati extra europei iscritti all'Ordine. I medici laureati fuori dalla Francia esercita la professione maggiormente in modalità salariata e in ospedale»<sup>50</sup>.

**In Germania**, a causa dell'alleanza con la Turchia durante la Prima Guerra Mondiale e, de facto, per gran parte della Seconda Guerra Mondiale, l'immigrazione turca ha partecipato alla ricostruzione del paese dopo il 1945. Tuttavia, in Germania gli studi medici sono molto lunghi e il ruolo rimane prestigioso. Il numero di medici di origine straniera rimane basso, anche se è passato dal 5% nel 2007 al 15% nel 2012. L'integrazione degli stranieri è difficile a causa della lingua e della sua bassa diffusione nel mondo (mentre il francese è parlato da 300 milioni di persone nei cinque continenti). Ciò spiega in parte il piccolo numero di medici africani in questo paese.

**La Svizzera** ha un sistema educativo universitario molto malthusiano: qui si laureano pochissimi dottori. Per questo motivo, fa un uso massiccio dei medici di origine europea (Germania, Francia, Italia) o proveniente dagli Stati Uniti o Canada: i medici laureati all'estero sono due volte più numerosi di quelli laureati in Svizzera. Di contro, i medici africani sono molto pochi, dato che la maggior parte ha studiato in Francia.

### **III.2. I principi legali consacrati a livello dell'Unione Europea**

**I laureati in medicina al di fuori dell'Unione Europea** non hanno diritto a esercitare sul territorio di uno degli Stati membri a meno che questo non dia autorizzazione. Ogni Stato è libero, di principio, di concedere l'autorizzazione individuale di esercitare la professione medica seguendo le procedure di convalida delle lauree degli stranieri non europei. Gli ospedali francesi impiegano un gran numero di medici laureati in Africa. A volte, essi sono assunti da istituzioni pubbliche senza che le autorità mediche abbiano espresso la loro opinione circa la qualità della loro laurea. Riguardo questi «praticanti in possesso di una laurea extra europea» (Padhue)<sup>51</sup>, un rapporto del Senato del 13 dicembre 2018 descrive la situazione:

Senza pregiudicare la competenza professionale di tutti praticanti in possesso di una laurea extra europea (Padhue) - che sono, per gran parte, professionisti di alta qualità che forniscono servizi indispensabili ai pazienti francesi -, il vostro relatore non ritiene accettabile che, a causa della mancata verifica delle competenze e del livello linguistico nel quadro di assunzione ospedaliera di comune accordo, lo stesso livello di assistenza non è stato garantito a tutti i nostri concittadini in qualsiasi parte del territorio. L'ordine dei medici ha ritenuto "inquietante" per il vostro relatore che nessuna verifica venga effettuata ufficialmente durante il reclutamento di Padhue per le istituzioni

---

<sup>50</sup> Cnom, *Études longitudinales (2007- 2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France. Perspectives des flux migratoires et trajectoire au 1er janvier 2017.*

<sup>51</sup> Sul tema, v. anche V. Cottereau, *Les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en France: décryptage d'un projet de retour devenu «irréalisable», Géocarrefour*, 93/4 2019, in <https://journals.openedition.org/geocarrefour/12595>.

sanitarie, dell'autenticazione delle loro lauree, della loro moralità così come delle loro capacità professionali<sup>52</sup>.

**La legge europea può avvantaggiare i medici titolari di lauree extra europee.** Da una direttiva europea del 2005<sup>53</sup>, che ha istituito un riconoscimento automatico delle lauree europee, i medici in possesso di una laurea europea rientrano ora nella libera circolazione e a questo titolo stabilirsi ovunque lo desiderino, senza che le istituzioni del paese di stabilimento possano appurare il vero livello della loro formazione<sup>54</sup>. Questo meccanismo può essere applicato a medici laureati al di fuori dell'UE. Pertanto, sulla base della giurisprudenza della Corte di giustizia della Comunità europea (CGE) 14 settembre 2000, Hocsmann, C-238/98<sup>55</sup>, i cittadini dell'Unione europea (UE) titolari di una laurea in medicina ottenuta fuori dall'UE (per esempio in Argentina) ma riconosciuta da uno Stato membro dell'UE (Spagna) dovrebbe essere autorizzato a lavorare in qualsiasi paese dell'UE (Francia).

Questi medici extraeuropei beneficiano di principi sanciti dai trattati istitutivi dell'UE: la libertà di circolazione dei lavoratori<sup>56</sup>, la libertà di stabilimento e prestazione di servizi. Alcuni studi ritengono che «questi elementi fanno sì che anche la Francia, così come molti paesi dell'UE, abbia le proprie normative in merito alla regolamentazione delle professioni sanitarie ugualmente deficitarie e [conoscano] un cambiamento sempre più importante tra il numero degli studenti autorizzati a continuare la loro formazione e il numero di professionisti che si impiega realmente alla dei loro studi»<sup>57</sup>, prendendo atto che il ricorso ai praticanti stranieri non permette di risolvere il problema dei «deserti medici», mentre invece gli Stati non osano organizzare una pianificazione per l'offerta di cure, anche se essa stessa è autorizzata dal diritto europeo<sup>58</sup>.

---

<sup>52</sup> Rapporto n° 205, presentato da M.M. Berthet, a nome della commissione degli affari sociali sulla proposta di legge per garantire la pratica dei professionisti laureati al di fuori dell'UE, registrato alla Presidenza del Senato il 13 dicembre 2018, in <http://www.senat.fr/rap/118-205/118-2050.html>.

<sup>53</sup> V. in <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:fr:PDF>.

<sup>54</sup> In principio, gli studenti volevano andare a studiare in università d'eccellenza. Ma, oggi, molti studenti francesi vanno in Romania per evitare il numero chiuso; però il livello di formazione rumeno è molto più debole rispetto a quello francese e le autorità nazionali (Ordine dei medici) non possono evitare di opporsi all'insediamento in Europa di medici laureati in Romania.

<sup>55</sup> Caso di un medico argentino che aveva conseguito il titolo di dottore in medicina in Argentina, prima di conseguire una formazione specialistica in Spagna. Prima ciò, però, non aveva acquisito nazionalità spagnola e quindi non poteva richiedere il riconoscimento delle sue lauree in Francia.

<sup>56</sup> Questa libertà è incoraggiata dai trattati: l'articolo 47 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) dispone che «gli Stati membri favoriscono, nel quadro dei programmi comuni, lo scambio di giovani lavoratori».

<sup>57</sup> Osservatorio nazionale della demografia delle professioni sanitarie, Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, agosto 2016, in [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_ondps\\_fnors.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_fnors.pdf).

<sup>58</sup> Un paese europeo può scegliere di pianificare l'offerta ospedaliera al fine di proteggere l'equilibrio finanziario dell'assicurazione sanitaria, «ragione imperativa di interesse generale in grado di giustificare un ostacolo al principio della libera prestazione dei servizi» (CJCE, 28 aprile 1998, Kroll; 12 luglio 2001, Smits et Peerbooms, 16 maggio 2006, Watts). Un paese può egualmente pianificare la medicina liberale e rimettere in discussione la libertà di insediamento dei medici: CJCE 10 marzo 2009 Hartlauer.

---

La Francia ha scelto di non rimettere in discussione la suddetta libertà: di conseguenza, i medici di origine straniera sono come i medici di origine francese, ovvero non giacciono nel «deserto medico». Appellarsi ai medici stranieri non permette di regolare il problema di cattiva ripartizione della fornitura di assistenza sanitaria. V.R. Pellet, A. Skrzyrbak, *Droit de la protection sociale*, cit.