

LAMPEDUSA: UNA QUESTIONE DI SANITÀ PUBBLICA

Marco Mazzetti

(Società Italiana di Medicina delle Migrazioni,

Progetto "Ferite Invisibili" per la Riabilitazione delle vittime di tortura, Area Sanitaria Caritas di Roma)

Le dimensioni della recente tragedia di Lampedusa hanno opportunamente sollevato questioni basilari su come prevenire eventi simili, su come proteggere la vita dei richiedenti asilo e su come predisporre leggi e norme in grado di onorare la civiltà e proteggere il bene assoluto della vita umana. La posizione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) sull'argomento è stata autorevolmente espressa dal Presidente (Affronti, 2013) e da altri membri (Maciocco e Marceca, 2013), e non è necessario ritornarvi sopra.

E' auspicabile che la tragicità dell'evento, e l'impressione che destano le centinaia di bare allineate nell'hangar dell'aeroporto di Lampedusa, servano a scuotere le coscienze finora sonnacchianti di chi ha la responsabilità di agire. E' un modo non solo di proteggere vite umane, ma anche di onorare le persone che con coraggio si avvicinano alle nostre coste, quelle stesse donne, bambini e uomini che spesso vengono sprezzantemente definiti "disperati" nelle enfatiche e superficiali cronache dei mezzi di comunicazione, e che al contrario sono persone coraggiose, pieni di speranza nel futuro, tenaci e non rassegnate a subire le violenze e i soprusi di alcune delle peggiori dittature dei tempi contemporanei, come quella di Afewerki, il dittatore dell'Eritrea, o Bashar el Assad, della Siria, da cui vengono molti dei profughi rimasti uccisi di fronte alle spiagge di Lampedusa.

Proteggere le loro vite significa anche onorare la loro qualità umana. Tuttavia l'evento, nella sua tragicità, rischia di mettere in secondo piano la dimensione prettamente sanitaria di questi sbarchi. La questione non è infatti solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo, onorando l'articolo 10 della nostra Costituzione ("*Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto all'asilo nel territorio della Repubblica*"), ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcato.

Questo tema ci sembra rilevante, e non merita di essere messo in ombra da quello predominante sulla prevenzione delle tragedie. E' una questione altrettanto importante, e per la quale non sono ammessi alibi: non è possibile cercare giustificazioni nell'imprevedibilità degli eventi, nella mancata assistenza degli altri paesi europei, nella malvagità dei trafficanti di esseri umani. Proteggere la salute di chi è riuscito a sbarcare vivo è una responsabilità del tutto italiana.

La questione sanitaria può essere distinta in tre aree: l'emergenza allo sbarco, la prevenzione e la protezione della salute psichica.

L'EMERGENZA SANITARIA ALLO SBARCO

I principali problemi clinici che i richiedenti asilo presentano al momento dello sbarco sono essenzialmente legati alle condizioni del loro percorso migratorio. Possono essere riassunti in questi tre punti:

- Patologie da agenti fisici: i più comuni sono colpi di calore, colpi di sole, assideramento (secondo le condizioni climatiche in cui avviene la navigazione), lesioni da decubito dovuti alla posizione forzata senza possibilità di movimenti sui barconi, aggravata da agenti chimici quali l'acqua salmastra o il gasolio che spesso sporcano i luoghi in cui i naviganti si siedono.
- Patologie indotte o aggravate dalle condizioni del trasporto: le più pericolose sono quelle dovute alla disidratazione, che hanno determinato ad esempio casi documentati di gravi insufficienze renali.
- Condizioni cliniche legate alla gravidanza o al parto: come le cronache ci ricordano, molte profughe approdano in stato di gravidanza, anche avanzata, o subito dopo aver partorito. In genere non si tratta di donne che hanno iniziato la loro fuga dopo aver concepito, ma di vittime di gravidanze forzate, avviate a seguito di stupri spesso ripetuti prolungatamente (abbiamo molte testimonianze di nostre pazienti che hanno in particolare subito stupri per lunghi periodi durante le detenzioni in Libia).

- Ambito pediatrico: gli sbarchi recenti hanno evidenziato una questione a cui non eravamo abituati: molti bambini partecipano alle spedizioni, in particolare dalla Siria. Questo dipende dal fatto che le caratteristiche socio-demografiche dei richiedenti asilo da quella nazione (e in parte, recentemente, anche dall'Egitto) sono diverse dai flussi precedenti. Si tratta di famiglie di estrazione borghese (professionisti, commercianti, funzionari pubblici), abituate a uno stile di vita sostanzialmente simile a quello di molti di noi, che partono con la famiglia contando su buone risorse finanziarie, e si trovano coinvolti inaspettatamente in situazioni di rischio come quelle dei trasbordi clandestini. La presenza di bambini accresce il rischio di patologie da agenti fisici e dovute alle condizioni del trasporto, date le minori capacità di compenso biologico dei piccoli, e accentua la necessità di predisporre le procedure di protezione psicologica, descritte più avanti. Richiede anche che siano predisposte procedure burocratiche appropriate ed efficienti per la gestione dei piccoli rimasti orfani durante gli eventi, per rintracciare rapidamente eventuali familiari superstiti in patria o altrove, e garantire gli opportuni ricongiungimenti familiari.

Queste situazioni cliniche richiedono la predisposizione di presidi appropriati in grado di dare le risposte emergenziali necessarie. Non riteniamo che debbano essere organizzati presidi specialistici appositi a Lampedusa, ma che debbano essere predisposte soprattutto procedure di rapida evacuazione verso una serie di centri di riferimento regionali e nazionali in grado di offrire le risposte cliniche più appropriate. L'emergenza sanitaria a Lampedusa *non* è un'emergenza! Gli sbarchi si susseguono ormai da un ventennio, e non possono più essere gestiti con dilettantismo e approssimazione, o peggio con mala fede, per creare casi da sfruttare politicamente.

LA PREVENZIONE

Una volta sbarcati, i richiedenti asilo sono ammassati in ricoveri di cui non riusciamo a conoscere nel dettaglio le caratteristiche igieniche; non riusciamo nemmeno a conoscere la qualità nutrizionale dei cibi che vengono loro somministrati.

Le informazioni di cui disponiamo, quindi, provengono essenzialmente da fonti giornalistiche e dalle testimonianze dei nostri pazienti, quando giungono alla nostra osservazione in angoli diversi d'Italia; queste due fonti (reportages e pazienti) sono pienamente coerenti tra loro.

Le informazioni (non di prima mano, come dicevo, ma del tutto attendibili) parlano di ricoveri straordinariamente sovraffollati, con carenza di servizi igienici e di acqua corrente, con protezione da agenti termici (caldo e freddo) del tutto non appropriata, soprattutto in alcuni periodi dell'anno e in certe condizioni climatiche, come i giorni di pioggia che sono seguiti al naufragio del 2 ottobre 2013.

Condizioni igieniche di questo tipo sono patogene. Agevolano lo svilupparsi di patologie infettive delle vie respiratorie, infezioni gastro-intestinali e altri disturbi del tubo digerente, patologie muscolo-scheletriche e aggravano quadri clinici preesistenti. Creano inoltre le premesse per il diffondersi di epidemie. E' fondamentale, per un'appropriata prevenzione primaria e secondaria delle malattie, che una situazione del genere, del tutto inaccettabile sul piano sanitario, sia corretta immediatamente.

Com'è facile intuire, condizioni simili sono ancora più inaccettabili quando coinvolgono minori. E' una situazione interamente sotto la responsabilità delle autorità della Repubblica Italiana, e non può trovare nessun tipo di giustificazione. Non esistono alibi né cause da addebitare allo scarso supporto delle altre nazioni europee, alla malvagità dei trafficanti o alla scarsa cooperazione da parte delle nazioni nord-africane. E' una responsabilità totalmente italiana quella di tutelare la salute di poche centinaia di persone che si trovano sul nostro territorio: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"* (Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32).

Un paese come l'Italia non può definire gli sbarchi a Lampedusa come un'emergenza, dato che si replicano con regolarità da lustri, e non è accettabile che ancora non esistano collaudate procedure di rapida evacuazione dei richiedenti asilo in altri luoghi del territorio nazionale, in modo da offrire loro condizioni igieniche appropriate alla vita di esseri umani.

LA PROTEZIONE DELLA SALUTE PSICHICA

Molti richiedenti asilo che sbarcano a Lampedusa sono stati vittime di torture, violenze e altri eventi traumatici, come la minaccia di perdere la propria vita, o aver assistito alla morte violenta di altri vicino a loro. Abbiamo già ricordato quanto spesso le donne che riescono a mettersi in salvo in Italia siano state vittime di stupri.

Aver subito esperienze di questo tipo può determinare quadri clinici psichiatrici anche molto gravi: disturbo post-traumatico da stress, crisi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi della concentrazione, del pensiero e della memoria, disturbi somatoformi, suicidio (Aragona e coll., 2013, Kaltman e coll, 2010, Fazel e coll, 2005, Eisenman e coll., 2003). Molti nostri pazienti sbarcano con esperienze simili nel nostro paese, e per molti, com'è stato sicuramente il caso del naufragio di Lampedusa, la stessa navigazione e la sua conclusione si configurano come un evento traumatico di primaria gravità. La letteratura psichiatrica ci insegna che persone già traumatizzate sono più a rischio in caso di nuovi traumi, per una maggior vulnerabilità psichica residua (Mollica e coll, 1998, Breslau e Kessler, 2001, Rasmussen e coll. 2007).

Per soggetti in queste condizioni è fondamentale garantire un'assistenza clinica immediata per la gestione psichica dell'esperienza traumatica appena vissuta, con opportune procedure di debriefing (le stesse che sono normalmente applicate in caso di catastrofi naturali in Italia, e per le quali ci sono ampie competenze professionali nel nostro paese) e offrire condizioni di vita che aiutino il recupero.

La letteratura psichiatrica è ormai ricchissima di evidenze secondo cui le cosiddette "post-migration living difficulties" (difficoltà esistenziali post-migrazione), cioè le condizioni di vita che i rifugiati trovano nel paese ospite, giocano un ruolo paragonabile all'entità stessa del trauma originario nel determinare la salute psichica, e in alcuni casi anche maggiore (Aragona, 2012). Pazienti con traumi gravi che trovano eccellenti condizioni di accoglienza sviluppano patologie meno severe di pazienti che subiscono traumi di minore entità ma che trovano situazioni di vita molto deteriorate nel paese ospite. Nel caso delle vittime del naufragio di Lampedusa alla severità del trauma si aggiungono condizioni di accoglienza del tutto inadeguate, che agiscono come fattore moltiplicatore del trauma.

Abbiamo inoltre già accennato a come queste situazioni richiedano un'attenzione ancora maggiore quando negli eventi sono coinvolti bambini e adolescenti. Procedure di rapida presa in carico complessiva (pediatrica, psicologica ed educativa) sono in questi casi ancora più necessarie.

CONCLUSIONI

La tragicità del naufragio avvenuto a Lampedusa il 2 ottobre 2013 ha avuto un impatto mediatico fortissimo che sembra aver messo in secondo piano specifiche responsabilità di salute pubblica e di igiene mentale che ricadono completamente sulle autorità italiane.

Le condizioni di accoglienza sono inaccettabili rispetto a principi elementari di salute pubblica e di igiene mentale e svolgono un'azione direttamente patogena per i richiedenti asilo sopravvissuti alla catastrofe (e per tutti quelli sbarcati in precedenza e in seguito). Queste condizioni assumono una gravità ancora maggiore quando a essere coinvolti sono i minori. Essendo azioni promosse, o sotto la responsabilità delle autorità italiane hanno un'eticità paragonabile a quella di inoculare direttamente batteri patogeni in un essere umano. Appaiono fuorilegge rispetto all'articolo 32 della costituzione già richiamato, e offendono la coscienza dei medici. Protestiamo con fermezza contro questa situazione inaccettabile.

(ricevuta 15 ottobre 2013, pubblicata 21 ottobre 2013)

Bibliografia

- Affronti M. Un comunicato della SIMM sulle morti di un'umanità coraggiosa. www.simmweb.it, 7 ottobre 2013.
- Maciocco G, Marceca M. Via il reato di immigrazione illegale. *Salute Internazionale*, <http://www.saluteinternazionale.info/2013/10/via-il-reato-di-immigrazione-illegale/> del 7 ottobre 2013
- Ministero della Salute. Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole. Roma: Ministero della Salute, 6 giugno 2012. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_2294_listaFile_itemName_0_file.pdf
- Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2013; (49) 2: 169-175. <http://www.iss.it/publ/anna/2013/2/492169.pdf>
- Kaltman S, Green BL, Mete M, et al. Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants. *Psychol Trauma* 2010; 2: 31-39.
- Mazzetti M. Trauma and Migration. A Transactional Analytic Approach towards refugees and torture victims. *Transactional Analysis Journal* 2008; (38) 4: 285-302.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365 (9467): 1309-1314.
- Eisenman DP, Gelberg L, Liu H, Shapiro MF. Mental health and health-related quality of life among adult Latino primary care patients living in the United States with previous exposure to political violence. *JAMA* 2003; 90: 627-634.
- Mollica RF, McInnes K, Pool C, Tor S. Dose effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 482-488.
- Mollica RF, McInnes K, Pham T, Smith-Fawzi MC, Murphy E, Lin L. Dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group. *Journal of Mental and Nervous Disease* 1998; 186: 543-553.
- Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder. An empirical investigation. *Biological Psychiatry* 2001; 50: 699-704.
- Rasmussen A, Rosenfeld B, Reeves K, & Keller AS The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants. *Journal of Mental and Nervous Disease* 2007; 195: 137-143.
- Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Geraci S. Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian Journal of Public Health* 2012; (9) 3: e7525-1 - e7525-8. <http://ijphjournal.it/article/viewFile/7525/6784>