

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Atti del XIII Congresso Nazionale
14-17 maggio 2014

Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere

a cura di

Mario Affronti, Giovanni Baglio, Salvatore Geraci,
Maurizio Marceca, Maria Laura Russo

Curare e prendersi cura: a Lampedusa e oltre. Sanità pubblica, accoglienza e tutela dei migranti forzati

Marco Mazzetti

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; Caritas di Roma, Area Sanitaria

“Prendersi cura” e “Curare”

“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” (Costituzione della Repubblica Italiana, art. 10): non sembrano essere, queste, tra le parole più citate della nostra costituzione. Quando parliamo di migranti forzati siamo soliti citare norme, leggi locali, direttive e accordi europei, e la costituzione non è in genere il primo pensiero. Eppure l'articolo 10 è importante, come lo è il successivo articolo 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*. L'articolo 10 ci ricorda il valore della dignità umana, uguale per tutti gli individui, che si incardina nel diritto a godere delle libertà democratiche; l'articolo 32, che significativamente parla di individui, e non di cittadini, sancisce un diritto alla salute e alle cure che va al di là dello status giuridico dell'essere umano.

Questi due articoli possono, sono e devono essere la bussola che guida la nostra azione nei confronti dei migranti forzati, declinandola nella doppia dimensione del “curare” le malattie per proteggere la salute, e del “prendersi cura” della persona nel suo complesso, per onorarne la dignità umana.

Eppure, se già la questione della *cura* appare non molto onorata, quella del *prendersi cura* sembra ancora più negletta. Anche in occasione dei fatti di cronaca che hanno portato alla ribalta dei mezzi di comunicazione le odissee dei migranti forzati, come la tragedia avvenuta a Lampedusa nell'ottobre 2013, entrambe appaiono trascurate.

Certamente il naufragio ha opportunamente sollevato questioni basilari su come prevenire eventi simili, proteggere la vita dei richiedenti asilo e predisporre leggi e norme in grado di onorare la civiltà e proteggere il bene assoluto della vita umana, e a questo proposito 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).

Tuttavia, la tragicità dell'evento, e l'impressione che hanno destato le centinaia di bare allineate nell'hangar dell'aeroporto di Lampedusa, non sembrano essere riuscite a scuotere le coscienze sonnecchianti di chi ha la responsabilità di agire.

La questione è non solo di proteggere vite umane dai naufragi, ma anche di curare e onorare le persone che con coraggio si avvicinano alle nostre coste, quelle stesse donne, bambini e uomini che spesso sono sprezzantemente definiti “disperati” nelle

enfatiche e superficiali cronache dei mezzi di comunicazione, e che al contrario sono persone coraggiose, piene di speranza nel futuro, tenaci e non rassegnate a subire le violenze e i soprusi di alcune delle peggiori dittature dei tempi contemporanei.

Proteggere le vite di questi profughi significa anche onorare la loro qualità umana. Ma eventi come questo, che purtroppo si ripetono con triste regolarità, anche se con numeri fortunatamente meno imponenti, nella loro tragicità rischiano di mettere in secondo piano la dimensione prettamente sanitaria di questi sbarchi, cioè la questione della "cura". La questione non è infatti solo quella di prevenire la morte di tanti richiedenti asilo, e di farlo in un modo onorevole per la loro dignità, onorando l'articolo 10 della nostra Costituzione, ma anche di tutelarne la salute una volta sbarcati, secondo quanto ci richiede l'articolo 32.

Curare

Questo tema è rilevante, e non merita di essere messo in ombra da quello predominante sulla prevenzione delle tragedie. La questione della cura e della protezione della salute dopo lo sbarco è altrettanto importante, e per questa 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 sulle nostre coste 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.

1. 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 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, talora mortali.

– Condizioni cliniche legate alla gravidanza o al parto. Come le cronache ci hanno spesso ricordato, 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 (abbiamo molte testimonianze di nostre pazienti che hanno in particolare subito stupri per lunghi periodi durante le detenzioni in Libia).

– Ambito pediatrico. Gli sbarchi dell'ultimo anno hanno evidenziato una situazione 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 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, o causate dalle condizioni del trasporto, date le minori capacità di compenso biologico dei piccoli, e accentua la necessità di pianificare interventi di protezione psicologica, descritti 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 strutture appropriate in grado di dare le risposte emergenziali necessarie. Non riteniamo che debbano essere organizzati presidi specialistici appositi a Lampedusa, o in altri luoghi relativamente isolati, 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.

2. La prevenzione

Una volta sbarcati, i richiedenti asilo sono spesso ammassati in ricoveri di cui non siamo fino a ora riusciti a conoscere nel dettaglio le caratteristiche igieniche; non riusciamo nemmeno ad avere informazioni sulla qualità nutrizionale dei cibi che vengono 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 attendibili) parlano di ricoveri spesso straordinariamente sovraffollati, con carenza di servizi igienici e di acqua corrente, con protezione da agenti termici (caldo e freddo) inappropriata, soprattutto in alcuni periodi dell'anno e in certe condizioni climatiche (com'è avvenuto, tra l'altro, durante i giorni di pioggia che sono seguiti al naufragio del 2 ottobre 2013).

Condizioni igieniche di questo tipo sono patogene. Agevolano lo sviluppo 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. È fondamentale, per un'appropriata prevenzione primaria e secondaria delle malattie, che una situazione del genere, del tutto inaccettabile sul piano sanitario, sia cancellata.

Com'è facile intuire, condizioni simili sono ancora meno accettabili quando coinvolgono minori.

È 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. È una responsabilità totalmente italiana quella di tutelare la salute di poche centinaia di persone che si trovano su una porzione del nostro territorio nazionale: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*.

Un paese come l'Italia non può definire gli sbarchi a Lampedusa come un'emergenza, giacché 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. Questo nonostante il paradosso di un documento del Ministero della Salute (2012) dal titolo "Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole" che dà esattamente indicazioni di questo tipo.

3. 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 diversi quadri clinici psichiatrici: disturbo da stress post-traumatico, 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., 1998a, 1998b, Breslau e Kessler, 2001, Rasmussen e coll. 2007).

A 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), interventi specialistici in ambito psicotraumatologico (ad esempio con *l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR, Shapiro, 2001, 2012) e offrire condizioni di vita che aiutino il recupero.

Prendersi cura

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 (Gorst-Unsworth e Goldenberg, 1998, Aragona e coll., 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 dei naufragi sulle nostre coste, alla severità del trauma si aggiungono spesso condizioni di accoglienza 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.

Tuttavia il fatto di "prendersi cura" dei

migranti forzati non deve avere solo lo scopo, pur prezioso, di prevenire la psicopatologia. Ci sono altre buone ragioni per farlo, di ordine più generale, che hanno a che fare con la creazione di un ambiente sociale salubre, civile: in altre parole un paese buono per vivere.

Vale la pena di ritornare alle parole dei padri costituenti, che hanno sancito, tra i "Principi Fondamentali", che *"la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo"* (art. 2 della Costituzione), perché tutti *"hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali"*, ed *"è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che (...) impediscono il pieno sviluppo della persona umana"* (art. 3).

Personalmente credo nel valore di questi principi fondamentali, per costruire una società sana e prospera.

Le persone che giungono da noi, che ci onorano scegliendo l'Italia come luogo di approdo, in cui rifondare la loro vita, hanno il diritto di poter realizzare il loro pieno sviluppo come persone, per il loro bene, e per poter adempiere il loro *"dovere di svolgere (...) un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società"* (art. 4).

Quando ci prendiamo cura dei richiedenti asilo offrendo loro condizioni di accoglienza dignitose, cure appropriate per le loro necessità di salute, percorsi di inserimento efficaci per l'apprendimento della lingua italiana, opportunità di formazione e di inserimento lavorativo, non stiamo solo compiendo un'azione umanitaria. Stiamo anche offrendo un servizio al nostro paese: stiamo costruendo nuovi cittadini in grado di contribuire al bene comune, e stiamo progettando un futuro prospero per i nostri figli e per l'Italia di domani.

Conclusioni

La tragicità dei naufragi di migranti forzati sulle coste italiane, e in particolare di quello avvenuto a Lampedusa il 2 ottobre 2013, hanno avuto un impatto mediatico intenso, cui tuttavia non sembra aver fatto seguito un'appropriata assunzione di responsabilità riguardo alla salute pubblica e all'igiene mentale da parte delle autorità italiane.

Le condizioni di accoglienza sono spesso inaccettabili rispetto a principi elementari di salute pubblica e d'igiene mentale e svolgono un'azione direttamente patogena per i richiedenti asilo sopravvissuti agli sbarchi. Queste condizioni assumono una gravità ancora maggiore quando a essere coinvolti sono i minori. Essendo azioni promosse, o sotto la responsabilità delle autorità italiane, sono inaccettabili sul piano etico, e in diretto contrasto con alcuni principi fondamentali della Costituzione della Repubblica Italiana. Appaiono in particolare fuorilegge rispetto all'articolo 32, e offendono la coscienza di noi operatori della salute, che abbiamo il dovere di protestare con fermezza contro questa situazione inaccettabile.

E, come cittadini italiani, possiamo lasciarci esortare a cogliere nella giusta prospettiva il momento storico cui stiamo partecipando, per costruire un futuro all'altezza della nostra storia e della dignità umana, da questa poesia di Erri De Luca (2013):

Abbiamo amato

*Abbiamo amato l'Odissea, Moby Dick,
Robinson Crusoe,
i viaggi di Sindbad e di Conrad,
siamo stati dalla parte dei corsari e dei rivoluzionari.*

*Cosa ci fa difetto per non stare con gli acrobati di oggi,
saltatori di fili spinati e di deserti,*

accatastati in viaggio nelle camere a gas delle stive,
in celle frigorifere, in container, legati ai
semiassi di autocarri?
Cosa ci manca per un applauso in cuore,
per un caffè corretto al portatore di suo
padre in spalla
e di suo figlio in braccio
portato via dalle città di Troia, svuotate dalle
fiamme?
Benedetto il viaggio che vi porta, il Mare
Rosso che vi lascia uscire,
l'onore che ci fate bussando alla finestra.

Bibliografia

- Affronti M. (2013), *Un comunicato della SIMM sulle morti di un'umanità coraggiosa*, www.simmweb.it, 7 ottobre 2013.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2012), *Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study*, in «Italian Journal of Public Health», 9, 3: 7525-1-8.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2013), *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, in «Annali dell'Istituto Superiore di Sanità», vol. 49, 2: 169-175.
- Breslau N., Kessler R.C. (2001), *The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder. An empirical investigation*, in «Biological Psychiatry», 50, 699-704.
- De Luca, E. (2013), *Abbiamo amato*. <http://it-it.facebook.com/notes/erri-de-luca/abbiamo-amato/10150324446092777> (20 ottobre 2013).
- Eisenman D.P., Gelberg L., Liu H., Shapiro M.F., *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*, in «J.A.M.A.» 2003; 90: 627-34
- Fazel M., Wheeler J., Danesh J., *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*, in «Lancet», 2005; 365(9467): 1309-14.
- Gorst-Unsworth C., Goldenberg E. (1998), *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared to social factors in exile*, in «Br. J. Psychiatry»; 172: 90-4
- Kaltman S., Green B.L., Mete M. et al., *Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of Latina immigrants*, in «Psychol Trauma» 2010; 2: 31-9
- Maciocco G., Marceca M. (2013), *Via il reato di immigrazione illegale*, in «Salute Internazionale», <http://www.saluteinternazionale.info/2013/10/via-il-reato-di-immigrazione-illegale/> (7 ottobre 2013).
- Mazzetti M. (2008), *Trauma and Migration. A Transactional Analytic Approach towards refugees and torture victims*, in «Transactional Analysis Journal», 38, 4, 2008: 285-302.
- Ministero della Salute (2012), *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_newsArea_2294_listaFile_itemName_0_file.pdf.
- Mollica R.F., McInnes K., Pool C., Tor S. (1998a), *Dose effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence*, in «British Journal of Psychiatry»; 173, 482-488.
- Mollica R.F., McInnes K., Pham T., Smith-Fawzi M.C., Murphy E., Lin L. (1998b), *Dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms in Vietnamese ex-political detainees and a comparison group*, in «Journal of Mental and Nervous Disease», 186, 543-553.
- Rasmussen A., Rosenfeld B., Reeves K., Keller A.S. (2007), *The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants*, in «Journal of Mental and Nervous Disease», 195, 137-143.
- Shapiro F. (2001), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, Guilford Press, New York.
- Shapiro F. (2012), *Getting Past Your Past*, Rodale, New York.