

di **Filippo Gnolfo** e **Giancarlo Santone**



È auspicabile che la politica dei respingimenti sia interrotta, a tutela della salute fisica e psichica dei migranti forzati, costretti a lasciare la propria terra e i propri cari per intraprendere un viaggio infernale alla ricerca della libertà. Come medici, non possiamo rassegnarci a vivere in un paese incivile, che di fatto nega il diritto alla salute e alla protezione internazionale.

**Nella notte tra il sette e l'otto maggio di quest'anno, motovedette della Guardia Costiera e della Guardia di Finanza hanno riportato nel porto di Tripoli, 227 migranti, tra cui 40 donne, soccorsi su tre barconi nel Canale di Sicilia.** Il ministro dell'Interno ha parlato di "risultato storico", "svolta nel contrasto all'immigrazione clandestina", l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) ha invece espresso grave preoccupazione per la sorte delle centinaia di persone rinviate in Libia, senza un'adeguata valutazione delle possibili richieste di protezione internazionale.

**Infatti, chi sono i 'clandestini' che tentano di sbarcare in Italia?** Due su tre dei circa 36.000 migranti sbarcati sulle coste italiane nel 2008 hanno presentato domanda d'asilo. Il 50% delle persone arrivate via mare ha ottenuto il riconoscimento di protezione internazionale o di protezione sussidiaria/umanitaria. Più del 70% delle 31.200 domande d'asilo presentate nel 2008 in Italia provengono da persone sbarcate sulle coste meridionali del Paese[1].

**La data del 7 maggio segna un crinale storico, un mutamento radicale nelle politiche migratorie del governo del nostro paese, la decisione di ricondurre i migranti in Libia, associata al tentativo di far approvare il reato d'ingresso e soggiorno illegale va a ledere principi costituzionali come il diritto d'asilo (art.10 C.I.) e il diritto alla salute (art.32 C.I.).**

Nella pratica, la politica dei respingimenti forzati lede il principio internazionale di '*non-refoulement*', che vieta di respingere forzatamente una persona verso i confini di uno Stato in cui la sua vita o la sua libertà siano minacciate (art.33 Convenzione di Ginevra). Questo principio vieta di respingere o di espellere chi è già presente sul territorio dello Stato

interessato, ma vieta anche di rifiutare l'ingresso alla frontiera di chi non vi è ancora entrato. Il diritto internazionale d'asilo non avrebbe senso senza tale principio, che garantisce al richiedente asilo una protezione e la sicurezza di non essere respinto nel paese da cui è scappato o in un paese che porrebbe a rischio la sua persona. **Inoltre, l'obbligo di 'non-refoulement' è principio consuetudinario vigente nel diritto internazionale, deve essere rispettato da tutti gli Stati, anche da quelli che non hanno sottoscritto la Convenzione di Ginevra, come la Libia.**

Quante vittime di tortura sono presenti tra chi è stato respinto? A quali rischi vanno incontro nei centri di detenzione in Libia? Quanto è alto e concreto il rischio di rimpatrio in Paesi che violano sistematicamente i diritti umani? Quali effetti sulla salute producono questi traumi ripetuti?

**In tutti i paesi industrializzati, la complessità delle procedure d'asilo, (ostacoli nell'accesso, durata eccessiva, possibile detenzione, esito incerto) rappresentano fattori di rischio per la salute mentale delle persone traumatizzate che cercano protezione**[\[2,3,4\]](#). La ricerca in questo settore ha importanti implicazioni per le politiche e gli atteggiamenti in materia di procedure d'immigrazione, di salute mentale e di diritti umani anche se i ricercatori sono stati talvolta ingiustamente accusati di promuovere attività politiche attraverso l'attività scientifica[\[5\]](#).

Certamente il respingimento dei migranti verso la Libia, dove nei centri di detenzione i trattamenti disumani e degradanti rappresentano la normalità, determina gravi conseguenze sulla salute mentale dei richiedenti asilo e delle vittime di tortura. I migranti forzati fuggono da situazioni di minacce o persecuzioni individuali oppure da condizioni di pericolo estese nel territorio, condividendo quindi un "drammatico passato traumatico, minaccioso per la integrità e la continuità psichica, che include l'esposizione a violenza correlata con la guerra, aggressione sessuale, tortura, incarcerazione, genocidi e altre forme di minacce e annichilazione personale"[\[6\]](#).

In un recente rapporto della missione tecnica in Libia affidata dalla Unione Europea all'agenzia Frontex è emerso che la detenzione dei richiedenti asilo, donne e bambini, avviene con modalità non definite così come la sua durata; i rimpatri quantificati in circa 200.000 persone dal 2003 al 2006 assomigliano più a deportazioni collettive verso paesi a rischio di violazione dei diritti umani fondamentali[\[7\]](#).

Numerosi studi effettuati negli Stati Uniti, in Australia e in Europa hanno evidenziato che **i richiedenti asilo rappresentano un gruppo particolarmente vulnerabile per l'alto numero di esperienze traumatiche estreme premigratorie, migratorie e postmigratorie, che aumentano il rischio di sviluppo di disturbi mentali**

[8,9,10,11,12]. Rischio che risulta maggiore rispetto ai coetanei della popolazione dei paesi d'accoglienza, con evidenze di elevata comorbidità psichiatrica[9]. Le politiche di deterrenza messe in atto da quasi tutti i governi dei paesi occidentali al fine di ridurre il numero dei richiedenti asilo e rifugiati residenti nei propri territori includono oltre ai respingimenti e ai rimpatri forzati, anche in paesi terzi, la temporanea detenzione in centri specifici in attesa dell'esito legale della richiesta di protezione. La durata varia da paese a paese, dai 32 giorni della Francia fino a periodi illimitati, in determinate circostanze, in paesi come gli Stati Uniti, Gran Bretagna, Australia [13]. Una recentissima review, di studi effettuati negli Stati Uniti, in Australia e in Europa[5], ha valutato l'impatto della detenzione sulla salute mentale dei richiedenti asilo, detenzione effettuata estesamente e che invece andrebbe attuata solo in circostanze eccezionali.

**La perdita di libertà, l'incertezza riguardante l'eventuale rimpatrio, l'isolamento sociale, gli abusi degli operatori determinano gravi conseguenze sulla salute mentale. I disturbi d'ansia, il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), la depressione con idee di suicidio rappresentano le diagnosi più frequenti durante e dopo la prigionia.** L'impatto negativo della detenzione sulle condizioni psichiche persiste nel tempo nonostante l'iniziale miglioramento osservato dopo la liberazione. Analisi approfondite hanno evidenziato un più alto livello di reazioni psicotraumatiche in detenuti per più di 6 mesi rispetto ai detenuti per un periodo minore.

Gli studi evidenziano un'elevata presenza del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) negli individui che sono sopravvissuti a traumi precedenti alla richiesta di asilo. L'alta incidenza di depressione, di disturbi d'ansia e disturbi somatici tra i detenuti può essere, invece, considerata come normale reazione ad una situazione anomala in cui la detenzione agisce come un trauma attuale.

Le persone rimesse in libertà che hanno ottenuto un permesso di soggiorno temporaneo hanno un punteggio (misurato con il *General Health Questionnaire*) significativamente più alto riguardante il PTSD, la depressione, il disturbo d'ansia generalizzato rispetto a chi ha avuto un permesso di soggiorno permanente. È stato anche studiato l'impatto della detenzione sui bambini, sugli adolescenti e sulle loro famiglie. I sintomi più frequentemente osservati sono stati l'ansia da separazione, i comportamenti pericolosi, l'enuresi notturna, i disturbi del sonno, le difficoltà di apprendimento, il mutismo, il rifiuto di mangiare e bere e i comportamenti stereotipati. Il PTSD e la depressione maggiore con ideazione suicidaria chiaramente espressa sono alcune delle diagnosi più frequenti in un gruppo di ragazzi detenuti, di età compresa fra 6 e 17 anni.

Questi studi dimostrano che la prevalenza dei disturbi psichiatrici negli adulti e nei bambini è marcatamente aumentata durante il periodo di detenzione, che tutti i partecipanti hanno

riferito esperienze di eventi traumatici durante la detenzione. 'Improvvisi e sconvolgenti ricordi del tempo trascorso in prigione' e 'immagini di eventi umilianti o minacciosi durante la detenzione' sono stati segnalati come causa di difficoltà in tutti gli adulti e nel 90% dei bambini.

**È auspicabile che la politica dei respingimenti sia interrotta, a tutela della salute fisica e psichica dei migranti forzati, costretti a lasciare la propria terra e i propri cari per intraprendere un viaggio infernale alla ricerca della libertà.** Come medici, non possiamo rassegnarci a vivere in un paese incivile, che di fatto nega il diritto alla salute e alla protezione internazionale.

## Note

**Filippo Gnolfo**, medico, responsabile dell'Unità Operativa Assistenza Stranieri, ASL Roma A.

**Giancarlo Santone**, medico, Referente SAMIFO (Salute Migranti Forzati) - Dipartimento Salute Mentale ASL Roma A

## Risorse

1. [Costituzione della Repubblica Italiana](#), 27 dicembre 1947
2. [Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati](#), 28 luglio 1951, ratificata dall'Italia con la legge 24 luglio 1953, n.722

## Bibliografia

1. UNHCR. Asylum levels and trends in industrialized countries 2008
2. Laban CJ, Gernaat H, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 843 -51.
3. Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove D, Brooks R. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Austr* 2006; 185: 357-61.
4. Keller AS, Rosenfeld B, Trinh-Shvrin C, Meserve C, Sachs E, Leviss J, et al. Mental health of detained asylum seekers. *Lancet* 2003; 362: 1721-3.

5. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 2009; 194: 306-12.
6. Friedman M, Jaranson J. The Applicability of the Post-Traumatic Concept to Refugees. In Marsella A. J., Bornemann T, Ekblad S, e Orley J (Eds.), *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington, US: American Psychological Association, 1994
7. Frontex. [Frontex led EU illegal immigration technical mission to Lybia](#). Warsaw, 2007
8. Jaranson J, Forbes Martin S, Ekblad S. [Refugee Mental Health: Issues for the New Millennium](#). In Manderscheid RW, Henderson MJ. *Mental Health*. United States, 2000.
9. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 2005; 9467: 1309-14
10. Sinnerbrink I, Silove D, Field A, Steel Z, Manicavasagar V. Compounding of premigration trauma and postmigration stress in asylum seekers. *J Psychol* 1997; 131: 463-70.
11. Pourgourides CK, Sashidharan SP, Bracken PJ. *A Second Exile: The Mental Health Implications of Detention of Asylum Seekers in the United Kingdom*. North Birmingham NHS Trust, 1996 .
12. Steel Z, Momartin S, Bateman C, Hafshejani A, Silove D. Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28: 527 -36.
13. Il sito [Detention in Europe](#), del Jesuit Refugee Service (JRS Europe), fornisce informazioni sulla detenzione amministrativa dei richiedenti asilo e degli immigrati irregolari in Europa