

INTERSOS



AIUTO IN PRIMA LINEA

LA PANDEMIA DISEGUALE

Gli interventi di medicina di prossimità
di INTERSOS negli insediamenti
informali italiani durante
l'emergenza COVID-19



LA PANDEMIA DISEGUALE

Gli interventi di medicina di prossimità di INTERSOS
negli insediamenti informali italiani durante l'emergenza COVID-19

Febbraio 2021

A cura di

Marianna Parisotto, Alessandro Verona, Cesare Fermi, Silvia Scirocchi, Flavia Calò,
Antonella Torchiario, Daniela Zitarosa, Roberto Roppolo, Elda Goci, Pietro Mittica.

Con la collaborazione dei Team INTERSOS COVID-19:

INTERSOS Capitanata: Alessandro Verona, Daniela Zitarosa, Sergio Cotugno, Marianna Parisotto, Alice Silvestro, Elda Goci, Elena Carletti, Queen Ohmera, Souleye Wague, Mamadou Dia, Youssif Bamba.

INTERSOS Roma: Valentina Murino, Antonella Torchiario, Andrea Carrozzini, Silvia Scirocchi, Abdul Bassite Ouro Yondou, Flavia Calò, Francesca Paris, Ousmane Toure, Sammy Casadio.

INTERSOS Calabria Ionica: Pietro Mittica, Silvia Giaimo, Maria Allegra Chelli, Raffaele Cordiano, Lamine Konta, Bunna Sowe, Alessandra Basso, Vincenzo Maranghino, Francesco Sinchetto.

INTERSOS Sicilia: Roberto Roppolo, Antonietta Lanzarone, Ndao Yoro, Kebba Jobe, Damiano Marchisio, Lidya De Pascale, Cesare Casarino, Giovanna Alagna, Carmela Virga, Ebrima Cessay, Elisa di Cara.

Con il supporto di:

Per l'elaborazione e l'analisi dei dati quantitativi sulla valutazione del rischio clinico, Chiara Di Girolamo (specialista in Sanità Pubblica ed Epidemiologia, MD, PhD)

Nota al testo:

In tutto il testo viene utilizzato esclusivamente il genere maschile: questa scelta di convenzione risponde all'esigenza di semplificare la lettura del testo, pur avendo la consapevolezza che il linguaggio non è neutro e riproduce processi discriminatori.

Sommario

EXECUTIVE SUMMARY	4
L'approccio di lavoro nei progetti per l'emergenza COVID-19	8
Le principali azioni e i risultati raggiunti.....	11
Conclusioni	18
LA PANDEMIA DISEGUALE	20
1. L'emergenza da COVID-19 e gli interventi di INTERSOS in Italia.....	21
1.1 LA RICONVERSIONE DEI PROGETTI NELL'EMERGENZA E I SETTING DI INTERVENTO.....	24
1.1.1 Città di Roma	24
1.1.2 Capitanata.....	29
1.1.3 Calabria Ionica.....	35
1.1.4 Sicilia	38
2. L'approccio adottato nella costruzione degli interventi.....	42
2.1 LA COSTRUZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO E LE PRINCIPALI ATTIVITÀ INTERNE	42
2.1.1 L'approccio di lavoro e la composizione degli staff.....	42
2.1.2 Gli staff dei progetti INTERSOS sull'emergenza COVID-19.....	46
2.1.3 L'indagine sulla salute mentale e sulla qualità della vita interna ai team INTERSOS.....	47
2.2 LA COSTRUZIONE DELL'INTERVENTO PER L'EMERGENZA COVID-19 CON LE COMUNITÀ.....	48
2.2.1 Principi di metodo nella costruzione delle azioni.....	50
2.2.2 L'impatto dell'emergenza covid-19 sulla qualità della vita di popolazioni migranti che vivono in condizione di esclusione sociale.....	54
2.3 L'ADVOCACY ISTITUZIONALE E LA COLLABORAZIONE COL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO	56
BOX: LA PROCEDURA DI EMERSIONE: UNO SGUARDO CRITICO DALL'ESPERIENZA NELLA CAPITANATA.....	58
3. Le principali azioni e i risultati raggiunti nei progetti emergenza COVID-19.....	62
3.1 AZIONI DI ADVOCACY SUL PIANO NAZIONALE	63

3.2 AZIONI LOCALI DI ADVOCACY, COSTRUZIONE DEGLI INTERVENTI E COLLABORAZIONE COI SERVIZI TERRITORIALI	68
3.2.1 Città di Roma	69
BOX: L'ISTITUZIONE DEI CENTRI PONTE NELLA CITTÀ DI ROMA.....	72
3.2.2 Capitanata.....	74
3.2.3 Calabria Ionica.....	76
3.2.4 Sicilia.....	77
3.3 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DEI CASI A RISCHIO COVID-19	79
3.3.1 Le azioni realizzate.....	79
3.3.2 Il percorso di formazione dei promotori della salute nelle occupazioni abitative di Roma	83
3.3.3 <i>Advocacy</i> dal basso e <i>community mobilizer</i> in Capitanata	88
3.3.4 La formazione sul rischio COVID-19 al circuito della Sala Operativa Sociale (SOS) del Comune di Roma	89
3.3.5 L'analisi quantitativa dei dati raccolti tramite valutazione del rischio per COVID-19.....	91
3.4 L'IMPATTO DELL'EMERGENZA COVID-19 SULLA QUALITÀ DELLA VITA NEI CONTESTI DI ESCLUSIONE SOCIALE	102
3.4.1 Descrizione socio-anagrafica della popolazione.....	102
3.4.2 Analisi quantitativa condotta con gli strumenti <i>Who quality of life-bref</i> e <i>l'impact event scale-revised (ies-r)</i>	105
3.4.3 Analisi qualitativa	109
Discussione.....	124
Note conclusive.....	124
Conclusioni	126
BIBLIOGRAFIA.....	128
ALLEGATI	132
Allegato 1 SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	133
APPENDICE	136
Il lavoro umanitario durante l'emergenza COVID-19: un'analisi delle esperienze dello staff INTERSOS in Italia	

EXECUTIVE SUMMARY

Executive summary

IL PRESENTE REPORT DESCRIVE GLI INTERVENTI CHE INTERSOS, ORGANIZZAZIONE UMANITARIA, HA IMPLEMENTATO IN ITALIA NEL CONTESTO DELL'EMERGENZA COVID-19. SONO QUI PRESENTATI I DATI RIFERITI AL PERIODO CHE VA DALLE PRIMISSIME FASI DELL'EMERGENZA A FINE FEBBRAIO 2020 FINO AL MESE DI OTTOBRE 2020. SONO STATI AGGIUNTI AL DOCUMENTO I RIFERIMENTI DEL PROGETTO DELLA SICILIA OCCIDENTALE (ATTIVO NEI MESI DI NOVEMBRE E DICEMBRE 2020) E DELLE SUCCESSIVE INIZIATIVE INTRAPRESE IN CONNESSIONE CON LE OPERAZIONI SINO ALLA FINE DI GENNAIO 2021.

Dal 2011 INTERSOS è attiva in Italia con diversi progetti volti alla tutela e alla realizzazione del diritto alla salute delle persone che vivono in condizioni di forte esclusione sociale, perseguendo l'obiettivo della piena inclusione delle persone nel servizio socio-sanitario pubblico.

La diffusione dell'infezione da SARS-CoV2 e la crisi sanitaria, sociale ed economica che ne consegue, hanno posto da subito l'esigenza di **costruire degli interventi di prevenzione, monitoraggio e presa in carico** adeguati e sostenibili nei contesti di estrema marginalità sociale.

In collaborazione con le istituzioni locali e con i Servizi Sanitari Regionali, INTERSOS ha rimodulato i progetti in corso: a fine febbraio nella provincia di **Foggia** (c.d. Capitanata), potenziando l'attività di prevenzione e monitoraggio negli insediamenti informali dei lavoratori stagionali in agricoltura, inizialmente grazie ad enti privati e a partire da fine marzo 2020 grazie al cofinanziamento da FAMI Emergenziali della Commissione Europea¹ a valere sul progetto "Su.Pr.Eme. Italia"²; ad inizio marzo nella città di **Roma**, convertendo le attività del centro INTERSOS24 e sviluppando due team mobili sanitari con

attività di prossimità in partnership con UNICEF all'interno del progetto *UNICEF & INTERSOS intervention for the care, support and skills development of refugee and migrant children in Italy*, effettuando la valutazione del rischio COVID-19 con le popolazioni senza fissa dimora, negli insediamenti informali della città e nelle occupazioni abitative. Sono stati inoltre avviati con gli stessi obiettivi i progetti in **Calabria Ionica** (province di Crotone e Cosenza) e in **Sicilia** (province di Siracusa e Trapani) negli insediamenti informali rurali abitati in prevalenza da lavoratori agricoli stranieri, azioni realizzate con il cofinanziamento da FAMI Emergenziali della Commissione Europea a valere sul progetto "Su.Pr.Eme. Italia".

La riconversione e l'avvio dei progetti INTERSOS nell'emergenza COVID-19 ha costruito modalità operative volte all'implementazione delle misure di prevenzione, del monitoraggio e dei percorsi di presa in carico, adattate alla **tutela della salute delle fasce di popolazione** che, per via delle condizioni di deprivazione e delle minori risorse a cui hanno accesso, sono **più esposte e più colpite dalla diffusione del COVID-19**, e al contempo più difficili da raggiungere da sistema sanitario (c.d. *hard*

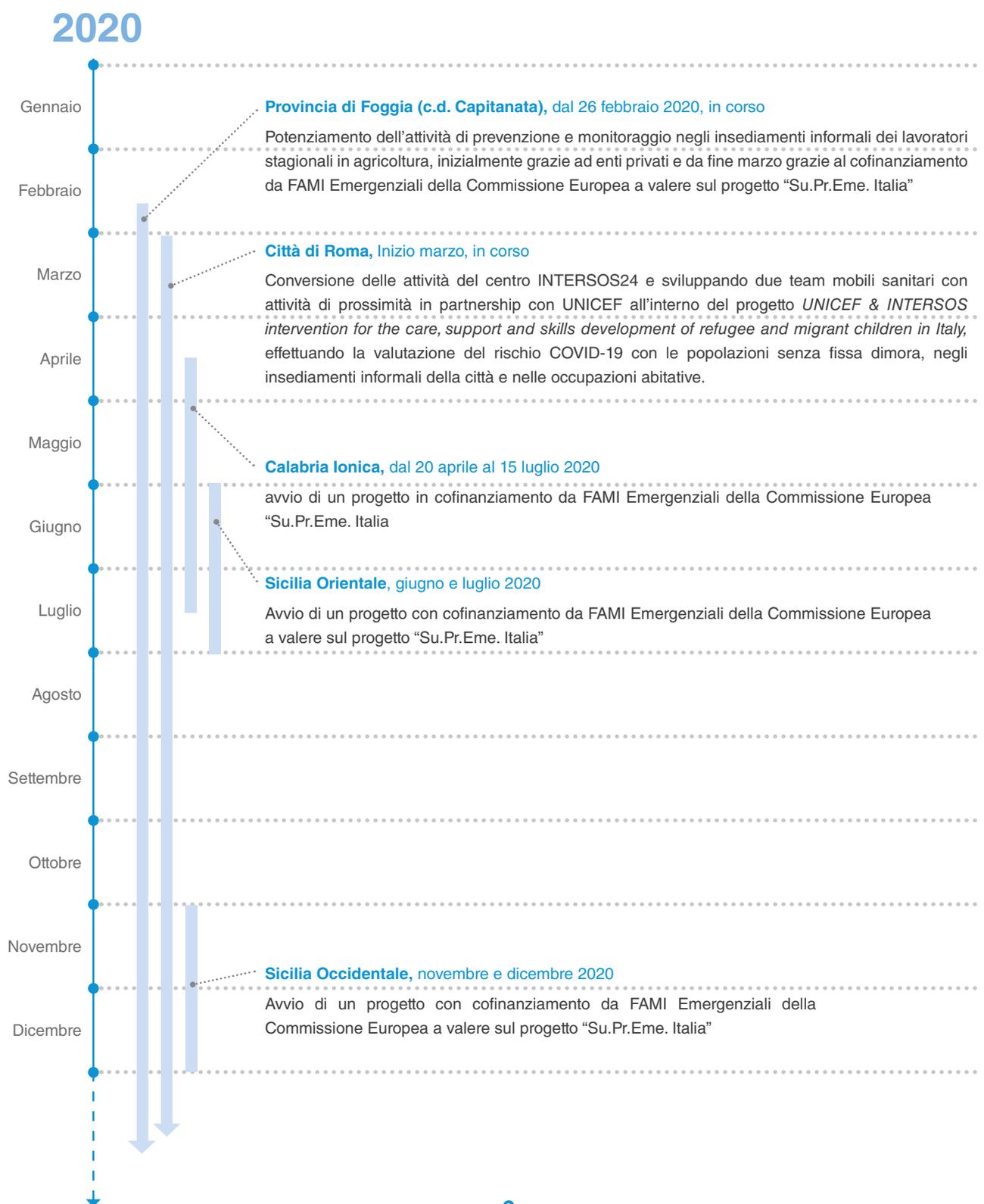
¹ Il progetto è stato finanziato con il supporto della Commissione Europea. Questa pubblicazione riflette solo l'opinione di INTERSOS e la Commissione Europea non può essere ritenuta in alcun modo responsabile del suo contenuto".

² "Su.Pr.Eme. Italia – Sud Protagonista nel superamento delle Emergenze in ambito di grave sfruttamento e di gravi marginalità degli stranieri regolarmente presenti nelle 5 regioni meno sviluppate", nell'ambito dei AMIF – *Emergency Funds* (AP2019) della Commissione Europea – DG Migration and Home Affairs, con un partenariato guidato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con le Regioni Puglia, Basilicata, Calabria, Campania e Sicilia.

to reach). **La tutela della salute dei migranti e delle popolazioni più vulnerabili è un atto imprescindibile di salute pubblica**, che deve essere garantito dalle politiche socio-sanitarie, sia per

ché il diritto alla salute è un diritto fondamentale e inalienabile delle persone, ma anche e soprattutto perché **tutelare la salute dei più fragili significa difendere quella dell'intera comunità**.

FIG. 1 • RICONVERSIONE E AVVIO DEI PROGETTI INTERSOS PER OPERATIVITÀ COVID-19





Il centro INTERSOS24 di Torre Spaccata, Roma

Nel folto numero di decreti ministeriali e procedimenti volti al contenimento dei contagi, **non c'è stata traccia di indicazioni rivolte alla tutela della salute delle persone senza dimora, delle persone accolte in centri di accoglienza né tanto meno degli operatori e delle operatrici che vi lavorano.** Le uniche indicazioni operative in merito, non vincolanti, sono apparse tardivamente, solo alla fine di luglio, anche grazie alle azioni di *advocacy* sostenute da reti e realtà del terzo settore impegnate in tale ambito, tra cui INTERSOS.

Non c'è traccia, se non in misura estremamente ridotta rispetto al necessario, di una adeguata ed efficace riorganizzazione del sistema di assistenza territoriale volta ad implementare la sorveglianza e la gestione domiciliare dei casi meno gravi. La stessa lettura di gravità dell'andamento della curva epidemica utilizza come elemento di valutazione una **visione "ospedalocentrica" del fenomeno**, ad esempio l'aumento dell'accesso ai posti di terapia intensiva. **Non c'è traccia neppure di una programmazione sociosanitaria che abbia previsto il potenziamento di approcci di prossimità e di equità**, ossia calibrati sui bisogni specifici dei diversi tipi di popolazione. Hanno invece prevalso visioni e misure inique, emergenziali, prive di un approccio sociosanitario e, perciò, frammentarie. Le criticità che stanno emergendo in modo più preoccupante, però, riguardano il servi-

zio sanitario pubblico, e mettono in luce il bisogno sempre più urgente di una riorganizzazione in favore di interventi volti a potenziare l'assistenza territoriale, oltre che quella ospedaliera.

Il lavoro qui esposto dei team mobili di INTERSOS nelle quattro regioni può essere letto come un'esperienza pilota di assistenza territoriale integrata (pubblico-privato sociale) **in contesti variati** (urbano e rurale), **transculturale** (interessando sia popolazione italiana che straniera in condizione di marginalità), **multidisciplinare e basata sul coinvolgimento della comunità.** Gli insediamenti informali organizzati con i quali INTERSOS ha lavorato, in particolare, sono di fatto piccole comunità, spesso particolarmente mobili, in cui è stato possibile sperimentare delle pratiche alternative al *lockdown* totale. I focolai che le hanno interessate, infatti, sono stati gestiti "a cerchi concentrici", ossia **si è stati capaci di mettere subito in isolamento i contatti stretti delle persone positive** attraverso un'analisi della relazione fra i casi positivi, i loro contatti stretti, ed anticipando l'analisi dei contatti stretti di contatti stretti grazie ad un'incisiva partecipazione comunitaria. È stato possibile realizzare questo modello grazie alla presenza di prossimità presso gli insediamenti, fattore che, a sua volta, ha permesso di **formare referenti sanitari competenti direttamente all'interno delle comunità.**

L'approccio di lavoro nei progetti per l'emergenza COVID-19

RELATIVAMENTE ALL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

In risposta ai bisogni emersi allo scoppiare della pandemia, **INTERSOS ha tempestivamente riorganizzato il lavoro, potenziando gli staff già attivi a Roma e nella Capitanata e aprendo nuove progettualità.** La necessità di ampliare o costruire i team in piena emergenza sanitaria ha imposto tempi molto stretti per il reclutamento del personale preparato al lavoro in *équipe* multidisciplinare in contesti destrutturati. I team hanno integrato diverse figure professionali: medici, mediatori linguistico-interculturali, operatori socio-sanitari, educatori, infermieri, psicologi, promotori della salute, operatori legali, coordinati dai responsabili di progetto.

INTERSOS ha elaborato *Standard Operative Procedures* (SOPs) che hanno rappresentato la guida per gli operatori rispetto alle procedure igienico-sanitarie, di sicurezza e alle modalità d'intervento in tutte le fasi. I team Roma, Capitanata, Calabria Ionica e Sicilia hanno contato complessivamente **35 operatori attivi sul campo, attraverso 7 unità mobili.**

L'organizzazione del lavoro degli staff si basa su un **briefing e debriefing quotidiani**, ed una **riunione settimanale di coordinamento ed elaborazione collettiva**, anche della dimensione emotiva del lavoro, e su regolari cicli di formazione interna, inteso come un processo di apprendimento continuo e di costruzione di un sapere necessariamente interdisciplinare e volto all'azione. **Quattro team di INTERSOS impegnati nell'emergenza COVID-19 hanno partecipato ad una ricerca focalizzata sul benessere degli operatori**, con un focus sulla salute mentale e sull'impatto dell'emergenza sanitaria nelle vite di chi opera in contesti di emergenza e di forte esclusione sociale. Questo studio, illustrato [nell'appendice](#) di questo *report*, ha avuto l'obiettivo di esplorare i vissuti dello staff in relazione al lavoro condotto, permettendo allo stesso tempo di costruire uno spazio di discussione in cui riflettere come gruppo sull'andamento dell'intervento, sulle emozioni e sulle esperienze vissute.

FIG. 2 • ZONE DI INTERVENTO E RISORSE MESSE IN CAMPO DA INTERSOS



CON LE COMUNITÀ

L'approccio di INTERSOS nella costruzione degli interventi con la comunità si è fondato sui principi chiave della tutela del diritto alla salute e della promozione della salute, attraverso l'azione su più livelli che tengono insieme la partecipazione delle comunità nella definizione dei bisogni e degli interventi, e l'*advocacy* istituzionale per il diritto alla salute. L'approccio della promozione della salute viene indicato come strategia indispensabile nel contesto pandemico dall'OMS, che raccomanda di curare il coinvolgimento delle comunità per migliorare la responsabilità alla pandemia, mettendo al centro il ruolo delle persone e delle comunità per la tutela della salute propria e della collettività. L'intervento con le comunità nei contesti di azione è stato costruito sulle seguenti **direttive d'azione**:



- **garantire la presenza e la continuità dei progetti socio-sanitari** nei contesti di forte esclusione sociale, nei quali le persone assistite, al diffondersi della pandemia, hanno vissuto un'amplificazione dell'isolamento, con conseguente aumento dei loro bisogni;
- **costruire modalità operative per la prevenzione e il monitoraggio dell'epidemia di SARS-CoV2** adeguate ai contesti d'intervento, accettabili per popolazioni che vivono in condizioni di marginalità estrema; in tali contesti l'attuazione delle più essenziali misure di prevenzione (dalla cura delle condizioni igienico-sanitarie al distanziamento fisico) è impossibilitata da condizioni di vita segnate da risorse estremamente limitate (precarità, promiscuità degli ambienti, esclusione e scarso accesso ai servizi, ricattabilità, violenza e sfruttamento);
- **costruire percorsi di promozione della salute, e formare promotori della salute tra la popolazione delle comunità nelle occupazioni romane**, che ne divengono referenti qualificati;
- **rafforzare la collaborazione istituzionale col servizio sanitario pubblico**, sviluppando interventi di medicina di prossimità nei contesti più difficilmente raggiungibili dalle istituzioni sanitarie locali.

La messa in pratica dell'intervento ha posto il bisogno di integrare la necessità degli operatori di lavorare in sicurezza rispetto al rischio epidemico con quella di adottare modalità operative comprensibili e accettabili da parte delle popolazioni con cui si opera.

Tale bisogno ha trovato risposta nelle procedure standard INTERSOS attraverso la "**confidenzialità in sicurezza**", utilizzando indumenti sanificabili con impatto visivo limitato e non evocante contesti ospedalieri.

Gli staff multidisciplinari hanno costruito **sessioni informative sull'emergenza COVID-19 a partire dagli elementi emersi dalle comunità attraverso focus group e dall'esperienza pluriennale sul campo**, integrando le competenze sanitarie con quelle sociali e di mediazione interculturale, e definendo i messaggi chiave sulla malattia e la sua gestione da condividere con le comunità.

Alle sessioni informative e a tutte le azioni, è stata affiancata l'**attività di pre-triage e screening sanitario** per l'individuazione precoce di casi a rischio per infezione da SARS-CoV2: la valutazione medica dei criteri di rischio, è stata realizzata attraverso uno strumento elaborato da INTERSOS, e permette il monitoraggio del paziente in regime di isolamento domiciliare fiduciario o in strutture dedicate, o di attivare le procedure per l'esecuzione del tampone naso-faringeo (da qui, TNF) secondo accordi stipulati con le autorità sanitarie locali.

È stata inoltre realizzata un'analisi sull'impatto della pandemia sulla vita delle persone, in chiave di benessere psico-sociale. L'indagine quali-quantitativa si è svolta grazie all'integrazione di strumenti testistici (il *WHO Quality of Life-BREF* e l'*Impact Event Scale-Revised*) e di interviste e *focus group*, con lo scopo di meglio comprendere gli aspetti legati all'impatto della situazione emergenziale legata al COVID-19 sulla qualità di vita e sulla salute mentale delle persone che vivono in condizione di esclusione sociale.

Gli interventi di INTERSOS a Roma, nella Capitanata, nella Calabria Ionica e Sicilia orientale, nel periodo marzo-ottobre 2020 hanno raggiunto 3.639 persone, erogando con 4.188 kit igienico-sanitari consegnati, 3.269 utenze di educazione sanitaria, 1.680 persone monitorate per rischio COVID-19, 227 accompagnamenti con *full case management* realizzati.



La Rustica, Roma © UNICEF _ Alessio Romenzi



Cassibile, estate 2020

CON LE ISTITUZIONI NAZIONALI E LOCALI

INTERSOS ha perseguito un approccio verso le istituzioni locali e nazionali che interseca l'*advocacy* con la collaborazione operativa sinergica pubblico-privato sociale, secondo una visione di sostegno al servizio sanitario e alle politiche pubbliche, pur sollevando le criticità esistenti, le mancanze, gli ambiti e le azioni di cui le istituzioni devono necessariamente farsi carico per la piena tutela della salute dei singoli e delle collettività. Le azioni di *advocacy* hanno puntato a evidenziare prevalentemente alcuni aspetti sui quali veniva richiesta un'urgente risposta istituzionale: le condizioni di vita degradanti che le persone subiscono in tali contesti e l'assenza di indicazioni nazionali per la gestione dell'epidemia da SARS-CoV2 per le popolazioni che vivono in condizioni di marginalità. **Per tutelare infatti la salute dei singoli e delle collettività è fondamentale includere nella definizione delle politiche pubbliche le popolazioni in condizione di marginalità**, che a fronte di bisogni di salute complessi hanno minore accesso a risorse e servizi, minori tutele, e in conseguenza maggiore esposizione ai fattori di rischio per la salute, in un'**amplificazione delle disuguaglianze sociali e in salute**.

La collaborazione con i Servizi Sanitari Regionali, attraverso le ASL (di Roma e di Foggia), le ASP (di Siracusa, Trapani, Crotone Cosenza), e nel caso di Roma, oltre alle ASL Roma2 e ASL Roma 1, anche con il dipartimento delle politiche sociali del Comune, si è basata sul **principio della sussidiarietà verticale**, secondo il quale è fondamentale l'alleanza tra il settore pubblico istituzionale (che deve svolgere il proprio ruolo di *governance*) e la società civile impegnata per la tutela della salute della popolazione migrante, che rappresenta una risorsa sul territorio e un osservatorio sulla realizzazione del diritto alla salute.

Con questa visione, INTERSOS ha proposto la propria collaborazione alle istituzioni sanitarie locali per la **definizione di protocolli operativi**, integrando le disposizioni nazionali con l'approccio della medicina di

prossimità rivolta ai **contesti più difficilmente raggiungibili**, apportando le competenze costruite con il lavoro sul campo nel corso degli anni. Sono state realizzate **formazioni sul rischio COVID-19 al circuito della Sala Operativa Sociale (SOS)** del Comune di Roma, attraverso cicli sistematici tutt'ora in corso, a valere su un **protocollo d'intesa firmato con il dipartimento politiche sociali**, e **formazioni destinate agli operatori del privato sociale** si sono realizzate anche nella Capitanata ed in Calabria Ionica.

Le principali azioni e i risultati raggiunti

ADVOCACY PER LA SALUTE GLOBALE E AZIONI SUL PIANO STRUTTURALE

INTERSOS ha sostenuto numerose azioni di *advocacy* rivolte alle istituzioni nazionali e locali, che hanno da subito sollevato la necessità di interventi urgenti da parte delle istituzioni pubbliche per l'adozione tempestiva di misure di prevenzione e contenimento della pandemia rivolte alle popolazioni che vivono in condizioni di marginalità estrema. **A livello nazionale è stata evidenziata l'urgenza di promuovere negli insediamenti informali l'accesso all'acqua, ai servizi igienici, la rimozione dei rifiuti, la fornitura di kit igienico-sanitari per realizzare la prevenzione sanitaria, la disponibilità di strutture per l'isolamento fiduciario e/o quarantena, e la rimozione delle barriere amministrative che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari territoriali, in tali contesti di marginalità sociale.**

Questi interventi urgenti, seppur fondamentali, tuttavia non affrontano le cause dell'esposizione al rischio per le persone negli insediamenti informali, che conducono all'esistenza stessa di tali contesti degradanti e che pongono le persone in condizioni di rischio su numerosi piani, oltre al COVID-19. In quest'ottica, **è stata evidenziata la necessità di trasferire le persone presenti negli insediamenti informali presso idonee strutture di accoglienza**, di piccole dimensioni o comunque atte a garantire il rispetto delle misure di prevenzione per il contrasto della diffusione del SARS-CoV2, senza distinzione alcuna in base allo status giuridico.

INTERSOS, insieme ad altre organizzazioni, si è espressa contrariamente all'uso delle navi quarantena per le persone appena giunte in Italia via mare non solo positive al SARS-CoV2, ma anche per chi non era stato ancora testato, a cui si sono aggiunti anche adulti positivi trasferiti dai centri d'accoglienza; **allo stesso modo si è opposta all'utilizzo dei bus quarantena**, misura che a settembre 2020 ha interessato 30 migranti ad Udine, con finalità più di isolamento segregativo che di tutela della salute pubblica. Infine, **affrontare la precarietà abitativa urbana e superare gli insediamenti informali rurali è una necessità inderogabile** a tutela della dignità e della salute individuali e collettive, e abbisogna di **complessi approcci multidisciplinari, multilivello e sincroni**. Suggestioni all'approccio per ciò che riguarda gli insediamenti informali rurali abitati da braccianti agricoli sono stati espressi dalla Rete di Prossimità della Capitanata, di cui INTERSOS è co-fondatrice.

ADVOCACY PER LA DEFINIZIONE DI PERCORSI SANITARI E LA COLLABORAZIONE COI SERVIZI TERRITORIALI

In rete con altre realtà nazionali, **INTERSOS ha da subito sollevato la limitata capacità di risposta dei servizi territoriali** nei percorsi rivolti alle popolazioni migranti e in condizione di vulnerabilità, e l'estrema eterogeneità delle esperienze adottate a livello locale, sottolineando la necessità di una *governance* nazionale e di indicazioni chiare per i servizi territoriali. Riguardo alla costruzione di procedure operative socio-sanitarie

nei diversi territori, INTERSOS ha sollevato l'urgenza di intervenire sui seguenti aspetti, sempre offrendo la propria collaborazione per l'implementazione di strategie di superamento delle criticità:



- **la mancanza di interventi mirati dell'istituzione sanitaria** all'interno degli insediamenti informali e dei contesti di forte esclusione sociale;
- **l'assenza di strutture dedicate per gli isolamenti fiduciari** di persone asintomatiche ma positive al COVID-19 prive di una dimora adeguata all'isolamento;
- **la necessità di trasferimento immediato delle persone con condizioni di vulnerabilità note** in strutture adeguate.

La collaborazione con le istituzioni sanitarie e con gli enti pubblici locali in tutti i territori, ha permesso l'elaborazione di aumentare l'impatto della prevenzione, il monitoraggio delle popolazioni raggiunte e la presa in carico dei casi sospetti, accertati e delle persone con condizioni di rischio per COVID-19. **Nelle quattro regioni si è sviluppato ed attuato un modello di sorveglianza sanitaria e assistenza socio-sanitaria** a tutela delle persone senza fissa dimora, in condizione di vulnerabilità, o dimoranti in insediamenti informali e, a Roma, si è messa in atto un'attività puntuale di supporto ai centri di accoglienza della città in stretta collaborazione con le ASL di competenza.

INTERSOS, insieme ad altre organizzazioni appartenenti al Tavolo Immigrazione e Salute e al Tavolo Asilo, è stata consultata in merito all'elaborazione delle "Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19" pubblicate il 30 luglio dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, successivamente integrate il 20 ottobre 2020. Permangono ancora molte criticità nella gestione del rischio COVID-19 negli insediamenti informali, con applicazioni estremamente variate sul territorio nazionale.

Grazie alla collaborazione di INTERSOS con il Dipartimento delle Politiche Sociali del Comune di Roma e la ASL RM2 (Dipartimento di Prevenzione e UOC Tutela immigrati e stranieri) **è stato istituito a luglio 2020 un Centro Ponte**, denominato [Barzilai](#), per la quarantena prudenziale di persone candidate all'accoglienza in SAI/ex SIPROIMI. Nel rispetto della tutela della salute degli ospiti e degli operatori, era infatti necessaria l'istituzione di un centro intermedio, ossia un luogo sicuro dotato di camere singole e servizi privati in cui poter attendere i giorni necessari a garantire un ingresso in sicurezza nel servizio SAI cui si viene assegnati, dopo aver effettuato un tampone naso-faringeo (TNF) in ingresso e in uscita.

Da allora, INTERSOS garantisce lo screening medico in tale struttura, affiancato da altre attività come l'orientamento ai servizi, in risposta ai bisogni di salute emergenti. L'istituzione di questo centro ponte ha di fatto permesso ad agosto la riapertura in sicurezza delle accoglienze di uomini e donne titolari di protezione, altrimenti sospese per mancanza di procedure di prevenzione, come tutte le altre accoglienze. **Altro elemento cruciale è stata l'istituzione di una struttura dedicata all'inserimento di persone per donne sole o nuclei familiari in attesa di tampone o che necessitano di un posto protetto per la quarantena/isolamento fiduciario** in vista di un successivo inserimento nel circuito della rete SAI/Ex SIPROIMI.

Tale Centro Ponte, denominato [Casa Bakhita](#), è stato attivato a **gennaio 2021**, sempre attraverso il protocollo fra Dipartimento Politiche Sociali del Comune di Roma e l'ASL RM2 (UOC Tutela immigrati e stranieri) con il supporto di INTERSOS per il *triage* e l'assistenza sanitaria.

PREVENZIONE, MONITORAGGIO, VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO E GESTIONE DEI CASI A RISCHIO PER COVID-19

L'educazione sanitaria e la promozione della salute sono state il perno degli interventi con le comunità, e fin dalle prime fasi hanno puntato a raggiungere la totalità delle popolazioni destinatarie. I team hanno svolto cicli di educazione sanitaria a tema COVID-19 e sul cambiamento dello scenario normativo, con il supporto di materiale informativo multilingue, cartaceo e video, e fornendo gli strumenti basilari volti alla tutela del diritto alla salute e all'orientamento ai servizi pubblici. **L'individuazione e il coinvolgimento progressivo di persone facenti parte delle comunità ha permesso di radicare all'interno il lavoro di prevenzione**, amplificando la conoscenza del fenomeno pandemico e la percezione del rischio e rafforzando la relazione collaborativa con lo staff, come nel caso dei [community mobilizer](#) nella Capitanata e dei [promotori di salute](#) a Roma, i quali in due occupazioni da marzo 2021 sono dotati di una "stanza della salute" attrezzata per l'orientamento sanitario e la gestione del rischio COVID-19. **Nelle 4 regioni d'intervento sono state inoltre organizzate distribuzioni di kit igienico-sanitari**, nel Sud Italia ciò è avvenuto in collaborazione con le istituzioni regionali. Lo scopo delle distribuzioni, variate per categorie di riceventi, è stato fornire nell'immediato un supporto concreto, per quanto parziale, per l'attuazione delle misure di prevenzione in contesti in cui rimane impossibile applicarle nella loro completezza. **I protocolli di valutazione e gestione del rischio clinico da COVID-19** sono stati attuati in collaborazione con le autorità sanitarie locali e hanno guidato lo svolgimento delle attività di *pre-triage*, *trriage* e valutazione clinica. **L'attività clinica nei progetti già attivi è stata riorganizzata** a tutela della salute dello staff e dei beneficiari: si sono organizzati appositi ambulatori esterni mobili, privilegiando l'attività di prevenzione e le visite mediche atte allo screening precoce dei sintomi indicativi per COVID-19, il tracciamento dei contatti dei casi sospetti e accertati, il monitoraggio dei pazienti e delle persone con viaggi ed esposizioni a rischio. **È stata garantita la continuità delle cure**, l'orientamento ai servizi e, nel caso delle categorie più fragili, l'accompagnamento ai servizi. In particolare, per i contesti di Roma e della Capitanata è stato fondamentale organizzare, con i servizi locali di Sanità Pubblica, **un sistema di tracciamento dei contatti dei casi accertati**, nel quale i **mediatori linguistico-interculturali hanno assunto un ruolo centrale**, grazie alla costruzione di relazioni collaborative con le persone interessate.



Promozione della salute, Crotona, giugno 2020



Ex pista di Borgo Mezzanone, Foggia, dicembre 2020

Sono stati inoltre raccolti e analizzati i dati socio-demografici e clinici dei soggetti seguiti e monitorati nel tempo per rischio COVID-19, che presentavano almeno uno tra i criteri di positività al *trriage* (viaggi da e/o in località a rischio; esposizione a casi accertati, casi sospetti, luoghi ad alto rischio; sintomatologia indicativa per rischio COVID-19) e che, anche in assenza di criteri di positività al *trriage*, presentavano condizioni di fragilità quali condizioni croniche note e/o vulnerabilità dichiarate, meritevoli di un più attento *follow-up*. Questi dati quantitativi non rappresentano la totalità delle persone che hanno avuto accesso ai servizi offerti da INTERSOS, ma solo coloro che presentavano una condizione di rischio per COVID-19.

615
PERSONE

A Roma, le persone seguite dal Team mobile per rischio COVID-19 nel periodo da marzo a ottobre sono 615 (sulle 1.381 che hanno avuto accesso al servizio), prevalentemente uomini (70%), con paesi d'origine rappresentati prevalentemente da Italia, Bangladesh, Senegal, Nigeria e Perù. **Quasi la metà della popolazione del campione vive in occupazione abitativa (44,4%), mentre circa un quarto (24,3%) è senza fissa dimora.**

Questa popolazione **presenta età mediamente avanzate**: la metà dei soggetti seguiti hanno più di 42 anni, e un quinto ha più di 60 anni. Va sottolineato che **250 persone (40,7%) presentano almeno una condizione patologica cronica nota**, la cui presenza è più frequente nella popolazione femminile (il 48,3% delle donne rispetto al 37,7% degli uomini). Tra le persone che ne sono affette, **solo il 52% è seguito da un medico di medicina generale**. Inoltre il 32,8% della popolazione dichiara la presenza di vulnerabilità note.

Rispetto al rischio COVID-19, su valutazione medica, **430 persone (il 70%) sono state monitorate clinicamente, 180 hanno eseguito il TNF** (di cui 84 presso la struttura ponte dedicata) e 5 hanno rifiutato l'esecuzione dell'indagine. Tra chi ha eseguito il tampone, **88 persone sono risultate positive** al SARS-CoV2 (48,9% sui tamponi eseguiti e 14,3% della popolazione del campione) e **92 sono risultate negative** (51,1% sui tamponi eseguiti e 15% del campione).

FIG. 3 • ROMA, COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE MONITORATA



213
PERSONE

Nella Capitanata, le persone seguite per rischio COVID-19 da marzo a ottobre sono 213, prevalentemente uomini (quasi il 90%) dimoranti presso l'insediamento di Borgo Mezzanone, in cui vi è stato un picco importante nel mese di agosto. I paesi d'origine maggiormente rappresentati sono Senegal, Nigeria, Gambia e Mali, mentre per le 24 donne seguite per rischio COVID-19, 23 sono provenienti dalla Nigeria.

Questo campione descrive **una popolazione più giovane rispetto a quella del contesto romano**: la metà dei soggetti sono giovani adulti tra 22 e 31 anni, mentre le persone con età superiore ai 42 anni raggiungono quasi il 15%. La distribuzione per età delle donne seguite invece evidenzia un'età tendenzialmente più avanzata. **La presenza di condizioni patologiche croniche note interessa il 16% della popolazione**, con una proporzione che aumenta al crescere dell'età, nonostante sia documentata un'importante percentuale (10%) anche tra i soggetti giovani di età inferiore ai 32 anni. La maggior parte delle donne monitorate per rischio COVID-19 sono seguite in virtù della presenza di condizioni patologiche croniche, coerentemente con l'età tendenzialmente più avanzata. Questo dato suggerisce che le donne più giovani verosimilmente accedono con maggiore difficoltà al servizio offerto, e questo aspetto può essere legato a dinamiche sociali e di controllo che esse subiscono in tali contesti, esacerbate dal timore e dallo stigma legato al COVID-19 in particolare sulle categorie più vulnerabili.

Secondo valutazione medica, **il 77,5% delle persone è stato sottoposto a monitoraggio delle condizioni cliniche e al 22,5% è stato proposto il TNF**. Di queste persone, 30 hanno eseguito il test mentre 18 hanno rifiutato l'accertamento. Tra coloro che si sono sottoposti all'indagine, **21 sono risultati positivi** al SARS-CoV2 (9,9% della popolazione del campione) e **9 sono risultati negativi** (4,2% della popolazione

del campione). È interessante notare che tra le persone che hanno rifiutato il tampone, 15 presentavano un'esposizione a rischio in assenza di sintomi: questo evidenzia la **scarsa percezione della malattia in assenza di segni manifesti e la difficoltà di una parte di popolazione di percepire il COVID-19 come una priorità**, in un contesto così ampiamente segnato da questioni che appaiono più urgenti, come viene argomentato dalla ricerca sull'impatto del COVID-19 sulla qualità della vita delle persone che vivono in contesti di esclusione sociale.

FIG. 4 • CAPITANATA, COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE MONITORATA



68 PERSONE Nella Calabria Ionica, le persone seguite per rischio COVID-19 da aprile a luglio sono 68 (sulle 338 visitate), di cui 7 donne e 61 uomini. I paesi d'origine più rappresentati sono Nigeria, Marocco, Senegal e Gambia. La popolazione include prevalentemente giovani adulti, con circa il 18% di persone di età maggiore ai 42 anni. **Le persone che dichiarano di essere affette da almeno una condizione cronica sono circa un terzo**, con una distribuzione che aumenta col crescere dell'età e diventa importante già a partire dai 32 anni.

Un terzo della popolazione inoltre dichiara la presenza di condizioni di vulnerabilità. **Il 55,9% presentava almeno un criterio di positività al triage, mentre il rimanente 44,1% è stato seguito e monitorato** per rischio COVID-19 per la presenza di condizioni croniche o vulnerabilità note. Il totale del campione è stato sottoposto a monitoraggio delle condizioni cliniche, incluse due persone che hanno rifiutato il TNF indicato.

FIG. 5 • CALABRIA IONICA, COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE MONITORATA



Questi dati evidenziano **una quota importante di condizioni di vulnerabilità e fragilità note, verosimilmente sottostimate, rilevate in popolazioni che vivono in condizioni di deprivazione degradanti che via via erodono lo stato di salute**, e sono alla base dello sviluppo di condizioni patologiche sia trasmissibili che non trasmissibili. Inoltre, com'è noto in letteratura e confermato dai dati socio-demografici, tali popolazioni hanno **un limitato accesso ai servizi** (a fronte di un maggiore bisogno sanitario) a causa di barriere d'accesso quali l'assenza di un regolare permesso di soggiorno o la discontinuità dello status giuridico-legale, le barriere economiche, amministrativo-burocratiche, le barriere di tipo linguistico-culturale, i processi discriminatori e il razzismo.

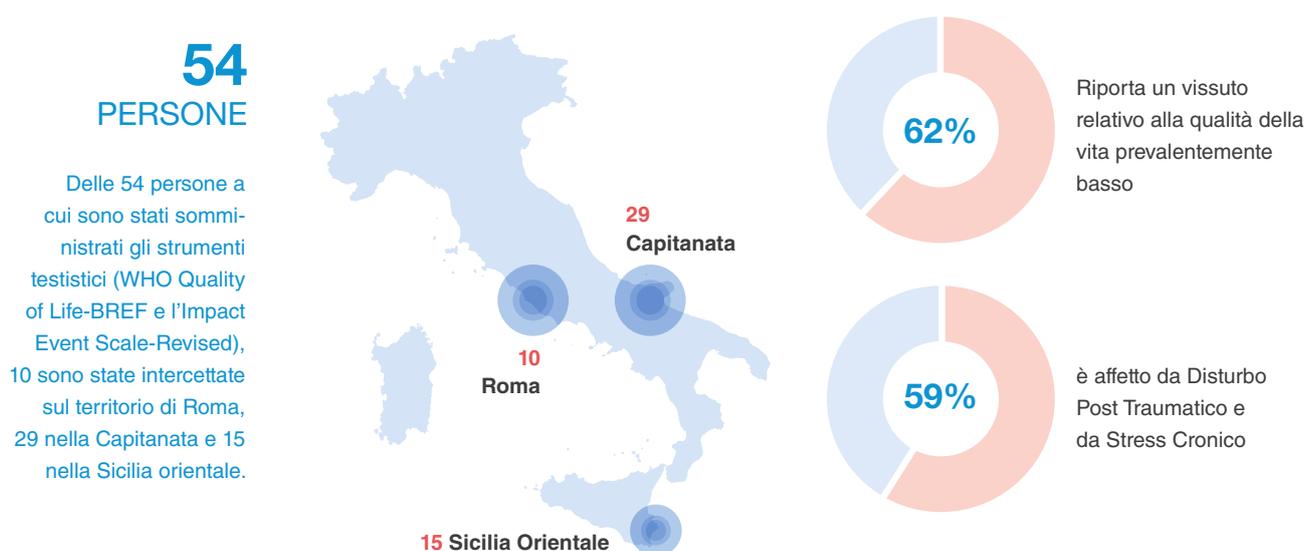
La valutazione e gestione del rischio COVID-19 nei progetti INTERSOS porta dunque a descrivere popolazioni estremamente vulnerabili, con notevoli fattori di rischio per la salute, i quali originano e si alimentano nei contesti sociali segnati da deprivazione e disuguaglianza.

L'IMPATTO DEL COVID-19 SULLA QUALITÀ DELLA VITA DELLE POPOLAZIONI CHE VIVONO IN CONDIZIONE DI ESCLUSIONE SOCIALE

La ricerca sull'impatto dell'emergenza COVID-19 sulla qualità della vita nei contesti di esclusione sociale ha indagato la percezione delle popolazioni coinvolte nello studio circa le proprie condizioni di salute e di vita. Dai dati raccolti, emerge **forte connessione tra salute e dinamiche di oppressione e sfruttamento** a cui gli intervistati devono far fronte. La salute, o l'assenza di essa, dunque, si configura come un perno centrale attorno al quale si sono costruite **precarietà o sfruttamento lavorativo, assenza di documenti, condizioni abitative indegne, la mancanza di una rete di supporto ed il conseguente senso di *disempowerment***, ovvero di assenza di potere di cambiamento sulle proprie condizioni di vita.

L'analisi quantitativa, condotta tramite gli strumenti testistici, mostra un'**alta frequenza di Disturbo Post Traumatico e da Stress Cronico (59%)**, verosimilmente riconducibili ad esperienze pregresse e legate al percorso pre, peri e post-migratorio. Il 62% delle persone intervistate riporta un **vissuto relativo alla qualità della vita prevalentemente basso**, specialmente in relazione all'ambiente e al contesto, e una percezione di precarietà esistenziale estremamente diffusa; solo il 4% riporta una vita dalla qualità buona.

FIG. 6 • PRESENZA DI DISTURBO POST TRAUMATICO E DA STRESS CRONICO E QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE INTERVISTATE



L'indagine qualitativa fa emergere come le dimensioni pervasive della vita delle persone che vivono nei contesti in cui INTERSOS opera sono inestricabilmente connesse tra loro in modo circolare: è difficile emanciparsi dalla condizione di sfruttamento lavorativo, o trovare un lavoro che permetta di vivere in condizioni più degne in assenza di un regolare documento; a loro volta, in assenza di un lavoro regolare e di un documento diventa impossibile vivere in condizioni abitative stabili.

Come molte delle persone coinvolte nella ricerca affermano, **tali condizioni di vita non sono una scelta, ma una delle conseguenze di dinamiche sociali basate sullo sfruttamento**, nelle quali le persone in condizioni di vulnerabilità sono largamente ricattabili e non hanno la possibilità e il diritto di reclamare.



Campobello di Mazara / Castelvetrano



Visita, Gran Ghetto / Torretta Antonacci, Foggia, 2020

È in questo scenario, le cui caratteristiche risultano croniche piuttosto che transitorie, che **la pandemia e le conseguenti crisi sanitaria e sociale si sono configurate come eventi da comprendere e gestire**, in una vita già caratterizzata da sofferenza. Il coronavirus, dunque, rappresenta un problema che si somma ai già molti pericoli esistenti per la salute delle persone. Per molte, **le proprie condizioni di vita sono talmente indegne e degradanti da non riuscire a riconoscere nell'emergenza sanitaria un problema di ordine maggiore rispetto ad altri fattori e condizioni di vita che sono origine di sofferenza**, sui quali vi è la percezione di non avere controllo né potere di cambiamento.



Conclusioni

Il lavoro condotto da INTERSOS nei progetti in risposta all'emergenza COVID-19 evidenzia i processi strutturali che producono esclusione, e il bisogno di **sostenere il diritto alla salute delle popolazioni marginali in forma co-costruita con le popolazioni stesse**, promuovendo azioni di *advocacy* e di *empowerment* della comunità a partire dai bisogni esistenti, su cui **le istituzioni a tutela della salute devono essere proattive**. L'emergenza COVID-19 si inserisce in condizioni di deprivazione estrema che già agiscono come determinanti negativi per la salute, e rappresenta un ulteriore fattore di esclusione e di isolamento che aumenta l'invisibilità dei bisogni e funge da amplificatore delle disuguaglianze sociali e in salute.

Sono quindi quantomai necessarie **politiche pubbliche volte all'inclusione delle popolazioni migranti e di coloro che vivono in contesti di marginalità sociale**, per tutelare realmente **la salute dei singoli e delle collettività**. Affinché questo avvenga, è imprescindibile **potenziare la medicina territoriale, valorizzare l'offerta attiva dei servizi socio-sanitari pubblici, ed abbatterne gli ostacoli all'accessibilità ed alla fruibilità**, come è imprescindibile il **coinvolgimento attivo delle comunità nella promozione della salute**. È inoltre inderogabile affrontare i temi delle **precarietà abitativa e giuridica**, e dello **sfruttamento lavorativo** nelle campagne di tutta Italia, come drammatici elementi che sottraggono salute, e anch'essi devono essere contrastati a partire dalle stesse comunità interessate.

Quest'analisi mostra come **gli approcci di prossimità e di partecipazione comunitaria abbiano permesso**, a partire dalle risorse disponibili nelle comunità stesse, **di colmare lacune istituzionali che tutt'oggi spiccano come dei nodi irrisolti**. In un'ottica di opportunità, si può quindi affermare che la pandemia ha permesso di accelerare la sperimentazione di approcci organizzativi integrati e territoriali che si sono mostrati particolarmente efficaci e necessari se appli-

cati a popolazioni più difficili da raggiungere (c.d. *hard to reach*) e che sarebbero auspicabili per la cura e la salute della popolazione in generale.

L'implementazione degli interventi di contrasto all'emergenza COVID-19 in tutti i progetti si è scontrata, nelle fasi iniziali e in particolare nei contesti rurali del Sud Italia, con una **percezione del rischio di bassa entità**. Questa percezione, come viene illustrato nella sezione [3.4](#), ha origine da aspetti culturali e strutturali: da un lato, le persone che vivono tali condizioni di marginalità riconoscono il COVID-19 come uno tra i numerosi problemi da affrontare, che non assume un ruolo prioritario come altri aspetti come il lavoro, la casa o i documenti; dall'altro lato, il contesto d'intervento rende estremamente evidente come sia oggettivamente impossibile applicare le più semplici norme di prevenzione in condizioni di vita segnate da forte deprivazione. Se allora **la pandemia svela e amplifica problemi sociali che vanno ben oltre la sola** (e già elevata) **criticità clinica**, diventa evidente come **gran parte della componente di rischio dei contesti qui descritti è prevenibile attraverso politiche nel segno dell'equità e della giustizia sociale**. "La medicina è una scienza sociale" scriveva il celebre patologo Rudolf Virchow, "e la politica non è altro che una medicina su larga scala".

La pandemia ha messo a nudo i problemi di giustizia sociale, la scarsa accessibilità e fruibilità dei servizi, la debolezza di una medicina territoriale che non è mai stata valorizzata a sufficienza. **Alla popolazione si è chiesto responsabilità individuale, omologando gli individui ad una sola categoria**, ignorando la difficoltà per molti di applicare le disposizioni che li avrebbero resi "responsabili". Tutta questa attenzione alle responsabilità individuali **ha distolto l'attenzione dalle responsabilità pubbliche**, ugualmente dovute, che dovrebbero rendere gli individui **sufficientemente tutelati al punto di poter richiamare credibilmente a tale responsabilità individuale**.

La pandemia duramente ci insegna che **la salute di tutta la popolazione è interconnessa**, che le condizioni delle persone lasciate ai margini della società, occupanti, braccianti agricoli, senza fissa dimora, migranti senza titolo di soggiorno, riguardano tutti senza esclusione. È necessaria una **forte presa di responsabilità collettiva** nell'accettare che il ruolo della politica e del Sistema Sanitario Nazionale è quello di **contrastare le disuguaglianze, a tutela della dignità e della salute di tutte e di tutti**.

LA PANDEMIA DISEGUALE



1. L'emergenza da COVID-19 e gli interventi di INTERSOS in Italia

INTER SOS Organizzazione umanitaria ONLUS opera in 19 paesi nel mondo, portando assistenza e aiuto in situazioni di emergenza e di esclusione estrema, prestando particolare attenzione alla protezione delle persone più vulnerabili. In Italia INTERSOS è attiva dal 2011 con diversi progetti volti alla **tutela e alla realizzazione del diritto alla salute delle persone che vivono in condizioni di forte esclusione sociale**, con un approccio basato sul sostegno del Servizio Sanitario Nazionale, perseguendo l'obiettivo della piena inclusione delle persone che vivono in contesti di marginalità nel servizio socio-sanitario pubblico.

La rapida diffusione dell'infezione da SARS-CoV2 e la crisi sanitaria e sociale che ne consegue, hanno posto la **necessità di costruire**, a partire da febbraio 2020, **interventi di prevenzione, monitoraggio e presa in carico adeguati** ai contesti di marginalità sociale, per la tutela della salute delle fasce di popolazione che già subiscono barriere

d'accesso ai servizi pubblici e che più difficilmente sono raggiungibili dai Servizi Sanitari Regionali, aspetto già notevolmente presente ed esacerbato in condizioni di crisi.

L'andamento dell'epidemia ha mostrato che **le persone migranti sono più colpite e vulnerabili alla diffusione del COVID-19** rispetto alla popolazione generale, proprio in virtù delle condizioni di deprivazione in cui vivono e delle minori risorse a cui hanno accesso (1). La crisi sociale ed economica legata alla diffusione dell'epidemia ha infatti un impatto negativo sui determinanti sociali di salute, con conseguente amplificazione delle disuguaglianze e peggioramento dell'esposizione a condizioni di rischio e degli esiti in salute, in modo sovrapponibile alla distribuzione delle risorse e delle possibilità all'interno della società (2). Le conseguenze della pandemia includono infatti maggiore precarietà lavorativa e disoccupazione, con riduzione dei redditi e aumento della povertà o del rischio di povertà,

fattori che colpiscono in modo più importante chi già vive in condizioni sociali più svantaggiate. La precarietà delle condizioni abitative in cui vivono le fasce più marginali della popolazione, inoltre, di per sé rappresenta un fattore di rischio per la salute delle persone: questo, con la diffusione della pandemia, evidenzia come non sia possibile attuare le più semplici e fondamentali misure di prevenzione in presenza di condizioni di sovraffollamento, scarse condizioni igienico-sanitarie e di un minore accesso ai dispositivi igienici. Infine, la drastica riduzione dei servizi, il blocco della mobilità, la minore disponibilità economica causata dalla crisi finanziaria, la riduzione delle attività del terzo settore o di realtà di supporto in molti contesti aumentano la difficoltà ad accedere ai servizi socio-sanitari, a causa dell'esacerbazione delle barriere di accesso (3, 4).

Nel primo periodo della diffusione dell'epidemia da COVID-19 in Italia non erano disponibili indicazioni nazionali specifiche sulla costruzione di interventi rivolti alla popolazione immigrata e in condizioni di marginalità sociale: i primi decreti governativi non includevano misure adeguate alla tutela delle persone socialmente più fragili e che in virtù di questo sono più a rischio di contrarre l'infezione. Le indicazioni pubblicate dall'OMS a marzo 2020 sulla salute dei migranti e dei rifugiati in relazione al COVID-19 specificano che gli interventi di salute pubblica attuati durante l'emergenza sanitaria devono essere basati su approcci di tipo inclusivo, considerando il rischio di contagio e bisogni di salute delle popolazioni più vulnerabili senza esclusioni e discriminazioni. Tra questi viene sottolineata l'importanza di adottare approcci culturalmente appropriati per coinvolgere e fornire informazioni in modo efficace alle persone migranti e di predisporre strutture adeguate per gestire l'isolamento, la quarantena e le misure di distanziamento fisico laddove questi non siano possibili, in condizioni abitative di sovraffollamento e precarietà (5). I documenti internazionali sulla prevenzione e il controllo della diffusione del COVID-19 tra le popolazioni migranti sottolineano come debbano essere garantiti gli standard di misure di prevenzione e promozione alla salute come per il resto della popolazione, con particolare attenzione alla tutela delle persone che soffrono condi-

zioni di vulnerabilità, data l'esacerbazione dei processi di esclusione e marginalizzazione e le loro conseguenze sulla salute (6).

I primi dati pubblicati in Italia rispetto all'andamento epidemiologico dell'epidemia nella popolazione immigrata (aprile 2020) mostravano un quadro con tassi di ospedalizzazione e mortalità maggiori, con un maggiore rischio di diagnosi tardiva per la popolazione straniera (7), confermando quanto già insegna la letteratura scientifica sulle disuguaglianze in salute. Anche grazie alle azioni di *advocacy* sostenute dalle realtà del terzo settore raggruppate nel Tavolo Asilo e nel Tavolo Immigrazione e Salute (che chiedevano la definizione di percorsi di accoglienza aperti e in sicurezza; l'attivazione di un tavolo tecnico per la definizione di indicazioni nazionali; il rafforzamento della *governance* di tali processi e l'adozione di sistemi di monitoraggio), cinque mesi dopo l'inizio dell'emergenza, il 30 luglio 2020 sono state pubblicate dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà le "Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19", che forniscono indicazioni sulla gestione dell'epidemia in *setting* complessi e ad alta densità, rivolto ai soggetti coinvolti nella gestione dell'assistenza e dell'ospitalità di persone in condizioni di fragilità e marginalità (8).

In assenza di indicazioni nazionali specifiche per la tutela della salute delle persone che vivono in condizioni di esclusione sociale estrema, da fine febbraio 2020 e cioè al diffondersi dell'epidemia da COVID-19, INTERSOS ha avviato la riorganizzazione dei progetti in essere per costruire interventi di prevenzione e monitoraggio adeguati ai contesti in cui opera. In collaborazione con le istituzioni locali e con i Servizi Sanitari Regionali, **INTEROS ha rimodulato i progetti in corso nella Città di Roma e negli insediamenti rurali informali dei lavoratori stagionali in agricoltura nella provincia di Foggia** (c.d. Capitanata), e ha successivamente **avviato i progetti sempre in contesto rurale nei territori di Calabria Ionica e della Sicilia Orientale ed Occidentale**. Questo con l'obiettivo

di costruire delle modalità operative volte all'implementazione delle misure di prevenzione con persone senza fissa dimora e che vivono in condizioni di precarietà abitativa e sociale, che già subiscono forme di esclusione dall'accesso ai servizi e per le quali è necessario costruire interventi di prossimità adattati al contesto e fondati sugli esistenti bisogni di salute. Il presente *report* descrive i principali risultati delle azioni implementate da INTERSOS dalle

prime fasi della diffusione della pandemia in Italia, comprendendo il periodo che va da febbraio a ottobre 2020. A questa analisi si aggiunge la sezione delle attività operate dai team in Sicilia Occidentale nei mesi di novembre e dicembre 2020, ed i risultati di *advocacy* sino a fine gennaio 2021. Le progettualità sono tutt'ora in corso a Roma e a Foggia, in continua evoluzione per meglio adattarsi alle esigenze e alle sfide che il periodo attuale pone.

DONATORI ISTITUZIONALI, PARTNER ED ENTI FILANTROPICI

La realizzazione dei progetti è stata possibile grazie ai seguenti supporti, così divisi per territorio:

Città di Roma: progetto "*Intervention for the care, support and skills development of refugee and migrant children in Italy*" in partnership con UNICEF;

Capitanata (prov. di Foggia): cofinanziamento da FAMI Emergenziali della Commissione Europea a valere sul progetto "Su.Pr.Eme. Italia" a partire da fine marzo 2020 e in corso;

Per la Città di Roma e la Capitanata (prov. di Foggia): 8x1000 Chiesa Valdese, 8x1000 Ucebi, E. J. Safra Foundation, Fondazione dei Monti Uniti di Foggia, Fondo di Beneficenza Intesa San Paolo, Fondazione Nazionale Comunicazioni, Fondazione Snam, Kahane Foundation, LDS Charities, The Nando and Elsa Peretti Foundation.

Calabria Ionica: cofinanziamento da FAMI Emergenziali della Commissione Europea a valere sul progetto "Su.Pr.Eme. Italia" da aprile a luglio 2020;

Sicilia Occidentale e Orientale: cofinanziamento da FAMI Emergenziali della Commissione Europea a valere sul progetto "Su.Pr.Eme. Italia" per giugno e luglio (Sicilia Orientale), e novembre e dicembre (Sicilia Occidentale) 2020.

1.1 LA RICONVERSIONE DEI PROGETTI NELL'EMERGENZA E I SETTING DI INTERVENTO

1.1.1 Città di Roma

A Roma INTERSOS è operativa dal 2011, con l'apertura del centro notturno A28, rivolto ai minori stranieri non accompagnati (MSNA) e che negli anni ha rappresentato uno dei principali luoghi protetti per i MSNA in transito in Italia. Questo progetto si è in seguito evoluto, trasformandosi nel 2017 nel nuovo centro INTERSOS24 di Torre Spaccata. Il centro si è sviluppato su diversi livelli progettuali, con un centro notturno e diurno per l'accoglienza di MSNA e donne in transito in Italia, fuoriusciti dai percorsi istituzionali e/o esposti a violenza di genere (GBV) e sfruttamento lavorativo e/o sessuale; sono stati inoltre sviluppati negli anni l'attività psico-sociale con popolazioni vulnerabili e l'ambulatorio popolare che, a partire dal 2018 ha offerto cure primarie, servizi di orientamento socio-sanitario e tutela nell'ambito della salute mentale.

Dal 2016 è attivo su Roma anche un team mobile di *outreach*, in partnership con UNICEF (all'interno del progetto *UNICEF & INTERSOS intervention for the care, support and skills development of refugee and migrant children in Italy*), costituito da una *équipe* multidisciplinare di operatori umanitari, che svolge attività di monitoraggio dei luoghi di maggior interesse per la popolazione migrante vulnerabile, *outreach* e orientamento ai servizi sociosanitari, *child and health protection* nelle occupazioni abitative organizzate nel quadrante sud-est di Roma. Roma vede infatti una quota stimata dalla Sala Operativa Sociale di Roma Capitale in 3600-5000 persone senza fissa dimora, e un numero non quantificabile di persone senza titoli di soggiorno in regola.

Con l'inizio dell'epidemia di COVID-19, lo spazio e le attività di INTERSOS24 sono stati interamente riconvertiti. **Lo staff e le attività socio-sanitarie sono stati trasferiti su strada, potenziando il lavoro dei team mobili** (Team Mobili Sanitari in risposta all'Emergenza COVID-19, TMSEC) con



Il centro INTERSOS24 di Torre Spaccata, Roma

attività di monitoraggio dei luoghi di maggior interesse per la popolazione migrante vulnerabile, per persone senza fissa dimora (di qui in avanti, SFD), orientamento ai servizi socio-sanitari, promozione della salute e attività di *child protection* nelle occupazioni abitative organizzate nel quadrante Sud-Est di Roma.

Gli ospiti precedentemente inseriti in accoglienza sono stati trasferiti presso gli hotel e gli appartamenti attivati sul territorio attraverso convenzioni. Le attività hanno potenziato quindi il referral legale, il supporto socio-sanitario attraverso visite mediche, accompagnamenti presso i *Drive-In* per i tamponi nasofaringei (di qui in avanti, TNF), o negli alberghi COVID dedicati per l'isolamento, formazione su igiene personale e pulizia degli spazi comuni, collegamento e segnalazione delle vulnerabilità ai servizi del Comune (Sala operativa Sociale, Ufficio Immigrazione, rete antiviolenza). Sono state potenziate le attività di supporto psicologico, ed è stato attivato un servizio ad hoc di supporto emotivo in lingua per donne vittime di violenza di genere positive al COVID-19 ed ospiti di strutture alberghiere. Le attività di INTERSOS su Roma sono in corso e in fase di evoluzione.

LUOGHI DI PROSSIMITÀ

STAZIONI FERROVIARIE (TERMINI E TIBURTINA)

Popolazione

Prevalentemente uomini, di età media compresa tra i 20 e i 50 anni, in maggior misura senza fissa dimora.

Principali paesi d'origine

Italia, Bangladesh, Etiopia, Marocco, Eritrea, Egitto, Tunisia, Nigeria, Burkina Faso, Libia, Guinea, S. Leone, Ucraina, Romania, Polonia, Moldavia, Afghanistan, Bulgaria e area del Kurdistan.

Quadro sociale

Popolazione intercettata estremamente eterogenea per provenienza geografica, livello socio-economico e prospettive di vita sul territorio.

Alla stazione Termini (lato via Giolitti) prevale la comunità bengalese residente e commerciante presso il mercato dell'Esquilino; presso la stazione Tiburtina prevale la popolazione sub-sahariana, persone senza fissa dimora, transittanti, in un'area sistematicamente minacciata da sgomberi effettuati dalle forze dell'ordine e frequentemente strumentalizzato in campagne politiche e mediatiche. Molte persone erano inserite in circuiti di lavoro "nero" o "grigio", e fra coloro che dispongono una sistemazione abitativa, spesso si tratta di condizioni sovraffollate; diverse persone presentano quadri di sofferenza psicologica e sociale, e l'insediamento di Tiburtina non ha bagni né un vicino accesso all'acqua: in particolare, durante il periodo del *lock-down* il numero degli abitanti è cresciuto fino a quasi 200 persone, molte delle quali sopraggiunte dopo la chiusura al transito fra Regioni, che ha impedito la mobilità dei lavoratori stagionali, o finite per strada al termine dei percorsi di accoglienza. Si riscontra una scarsa conoscenza dei diritti sul piano sociale e sanitario, scarsa conoscenza dei servizi territoriali e sulle loro modalità di accesso.

Principali bisogni sanitari

Condizioni patologiche gastrointestinali, osteomuscolari, metaboliche, cardiovascolari, odontoiatriche, alcune delle quali presentavano una cronicizzazione evitabile in presenza di una rete sanitaria di prossimità realmente funzionante.



Stazione Termini, Roma, marzo 2020 © Martina Martelloni

3 "in nero": senza contratto di lavoro; "in grigio": con un contratto apparentemente regolare ma con molteplici elementi di irregolarità, quali la dichiarazione di una minima percentuale delle giornate lavorate, e pochissimi contributi versati

Si segnala la difficoltà di accesso e fruizione dei servizi sanitari anche in presenza di tessera sanitaria, STP² e medico di medicina generale (di qui in avanti, MMG), per barriere linguistiche, siti internet non aggiornati o non in lingua, o per la limitatezza degli orari di apertura di alcuni servizi sanitari risultanti irraggiungibili da coloro i quali hanno mantenuto un lavoro. Si riscontrano frequenti condizioni di vulnerabilità, alcune delle quali riconducibili a torture subite nelle carceri libiche. Fortemente presente nella maggior parte delle persone una componente di disagio psicologico.



Stazione Termini, Roma, aprile 2020 © Martina Martelloni

Principali criticità:

- ciclicamente gli insediamenti dei SFD vengono sgomberati per ricomporsi poco distanti, e altrettanto ciclicamente subiscono intimidazioni e atti di violenza su base discriminatoria, alimentati da gruppi neofascisti o da politiche cittadine incentrate sul “decoro” della città e dei suoi luoghi di interesse;
- il servizio sanitario pubblico risulta insufficiente in termini di accessibilità (fra cui barriere linguistiche, disservizi nella fruizione del codice STP, enormi ostacoli nella fase iniziale per garantire i TNF che venivano risolti solo attraverso 118);
- vi è capacità limitata nella ricerca di soluzioni abitative alternative e/o risposte operative integrate rivolte a persone SFD e/o con disagio psichico;
- vanno segnalati la dispersione e il fallimento dei percorsi terapeutici avviati in precedenza, anche a causa della chiusura di servizi nel contesto della pandemia.

4 Il codice STP, che sta per “Straniero Temporaneamente Presente” è un codice semestrale per l’accesso a cure primarie, essenziali e continue per persone prive di regolare permesso di soggiorno.

OPERA DON CALABRIA

Popolazione

La quasi totalità è rappresentata da uomini di età compresa tra 40 e 60 anni, prevalentemente italiani senza fissa dimora.

Principali paesi d'origine

Italia, Ucraina, Romania, Polonia, Bosnia, Bulgaria

Quadro sociale

Lo stabile offre servizio di ristoro, lavanderia e docce per SFD della città, nella zona Nord-Ovest di Roma. Durante il lockdown ha continuato ad operare offrendo i pasti nel cortile esterno, in modalità simile all'asporto, condizione obbligata nel paese per la totalità dei servizi di ristorazione. Il tipo di utenza, a larga prevalenza italiana, è piuttosto stabile; per alcune persone vi è una storia di tossicodipendenza, abuso di alcool e sostanze; frequenti situazioni di abbandono familiare.

Principali bisogni sanitari

La quasi totalità è in possesso di tessera sanitaria o di STP; diffusa conoscenza sul Sistema Sanitario Regionale (da qui in avanti, SSR) e accesso alle cure.

Prevalenti le condizioni patologiche osteomuscolari, croniche metaboliche, tossicodipendenza, e diffusa sofferenza sul piano psicologico.



Mensa Opera Don Calabria, Roma, aprile 2020

© Matteo Bastianelli - work supported by the National Geographic Society

Principali criticità

- Dispersione e fallimento dei percorsi terapeutici avviati in precedenza, anche a causa della chiusura di servizi nel contesto della pandemia, particolarmente problematico nel caso dei SerD per le persone con problemi di dipendenza.
- Assenza di soluzioni abitative alternative e/o risposte operative integrate rivolte a persone senza fissa dimora e/o con disagio psichico: in particolare, uno degli avventori senza fissa dimora è risultato positivo ad un tampone molecolare nell'aprile del 2020, ma non avendo un'abitazione dove isolarsi nell'attesa del risultato del TNF, è finito suo malgrado con l'infettare altre persone frequentanti la mensa. Il focolaio si esaurì poco dopo, avendo prontamente segnalato alla ASL competente le difficoltà incontrate nella gestione del caso.

OCCUPAZIONI ABITATIVE E INSEDIAMENTI INFORMALI SEMI-STANZIALI

Popolazione

Le 5 occupazioni abitative interessate dagli interventi socio-sanitari di INTERSOS durante il 2020 sono composte mediamente da circa 300 persone, prevalentemente donne, di età compresa tra 20 e 60 anni; presente una larga componente in età prescolare e scolare, in minor misura neo-adulti, che vedono una struttura comunitaria interna ad elevata organizzazione e modalità decisionali partecipate. A questi siti si aggiunge un insediamento informale in uno stabile abbandonato a Roma Nord con circa 300 persone, che vede dinamiche interne a scarsa organizzazione.

Principali paesi d'origine

Paesi maggiormente rappresentati: Perù, Ecuador, S. Domingo, Venezuela, Cuba, Bolivia, Uruguay; in misura inferiore: Etiopia, Marocco, Senegal, Eritrea, Moldavia, Romania, Bulgaria, Bangladesh; diffusamente presenti numerosi italiani. Nell'insediamento di Roma Nord, Senegal, Gambia, in minor misura Sudan.



Occupazione abitativa Santa Croce in Gerusalemme, Roma, aprile 2020
© Martina Martelloni

Quadro sociale

Buona parte delle occupazioni abitative sono nate fra il finale degli anni zero del duemila e i primi anni dieci, quando in città i movimenti per il diritto all'abitare esprimevano forze e numeri crescenti. Gli edifici sono quasi tutti di proprietà pubblica (ex INPS, INPDAP, gestori di servizi pubblici) e dotati di acqua corrente, elettricità, unità abitative monofamiliari con angolo cottura, solo alcune hanno i servizi privati, le restanti in condivisione sul piano. Sono tutte articolate su più piani, la maggior parte situate ai confini cittadini segnati dal Grande Raccordo Anulare, e solo alcune sono in posizione piuttosto centrale. Nei luoghi di dimora interessati dal progetto la maggior parte degli abitanti ha un lavoro in diversi settori: dalla logistica per i più giovani, spesso sudamericani, con regolare contratto, al commercio ambulante per adulti dell'Africa sub-sahariana, fino al lavoro di cura come badante al domicilio per donne adulte dall'est Europa o dall'Africa centrale e del nord; le donne, sia le più giovani che le più anziane, spesso non riferiscono alcuna occupazione lavorativa. Il rapporto con il vicinato esterno alle occupazioni è scarso o nullo. La situazione igienico sanitaria appare sotto controllo, nonostante l'età di alcuni edifici. Diversamente, nell'insediamento di Roma Nord, la condizione abitativa sovraffollata in cui vivono le persone rappresenta per alcuni un punto di appoggio prima di spostarsi in altre abitazioni o un punto di transito prima di andare altrove in Italia, in particolare verso il sud (Calabria, Puglia, Sicilia) per effettuare commercio ambulante o lavori stagionali. Buona parte della comunità non conosce la lingua italiana, non lavora regolarmente e non ha documenti amministrativi o sanitari in regola.

Principali bisogni sanitari

La maggior parte degli occupanti è in possesso di tessera sanitaria o di STP, così come bambini e bambine sono seguiti da pediatri di libera scelta. Diffusa conoscenza sul SSR e accesso alle cure; esattamente il contrario avviene nell'insediamento informale, dove non si è in possesso di tessera sanitaria o di STP, e dove la conoscenza su SSR e accesso alle cure è praticamente nulla, con frequente accesso improprio ai servizi di pronto soccorso anche tramite 118. Le richieste di visite mediche hanno riguardato prevalentemente rappresentati da condizioni patologiche croniche metaboliche e cardiovascolari, patologie osteomuscolari.

Principali criticità

- discriminazione e isolamento nei confronti dell'occupazione abitativa;
- bagni in comune (in buona parte delle occupazioni);
- dispersione e fallimento dei percorsi terapeutici avviati in precedenza a causa della chiusura dei servizi pubblici;
- richiesta di supporto psicologico a causa di sofferenza mentale esacerbata durante il *lockdown*.

1.1.2 Capitanata

Nella provincia di Foggia (c.d. Capitanata), a partire dal 2018, INTERSOS realizza attività di inclusione ed educazione sanitaria a supporto delle persone vulnerabili, prevalentemente migranti lavoratori stagionali in agricoltura, che si trovano, temporaneamente o definitivamente, al di fuori dei sistemi di accoglienza e dei meccanismi di tutela socio-sanitaria.

La provincia, la terza più grande d'Italia, vede circa 10 insediamenti informali nel raggio di 55km da Foggia, con un numero di lavoratori stimato per questi insediamenti che va da 2000 durante l'inverso a 6500 durante l'estate, quando avviene la raccolta del pomodoro, di cui la Capitanata è fra i massimi produttori mondiali. Tali insediamenti esistono sul territorio da oltre 20 anni, legati allo sfruttamento lavorativo che parte dalle logiche di acquisto al ribasso della Grande Distribuzione Organizzata, ma anche alla mancata regolarizzazione di lavoratori che si trovano sul territorio nazionale da lungo tempo e privi di ogni tutela sul lavoro. Malgrado i ripetuti tentativi istituzionali di superamento di tali condizioni, le istituzioni non sono state in grado di risolvere questa grave negazione dei diritti umani.

Le principali attività sostenute negli anni sono state assistenza medica primaria con due unità mobili, servizi di orientamento sanitario e accompagnamenti di pazienti fortemente vulnerabili, oltre a sessioni di promozione della salute. Gli interventi interessano diversi insediamenti informali: l'ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone, il Gran Ghetto, Borgo Tre Titoli e zone limitrofe, Palmori, l'ex fabbrica Daunialat di Foggia, Borgo Cicerone, Borgo San Matteo e la zona fra Poggio Imperiale e Lesina. Il progetto è dal 2019 in protocollo d'intesa con l'ASL di Foggia, con cui si è strutturato un percorso di formazioni, e pianificazione di inserimento di mediatori linguistici-culturali e di aumento della fruibilità dei servizi sanitari, gli assistiti stranieri.

Con l'emergenza COVID-19 e grazie al co-finanziamento della Commissione Europea "Su.Pr.Eme. Italia" e la convenzione con AReSS Puglia (Agenzia



Palmori, Foggia, 2020 © Giulio Piscitelli

Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale) a partire da fine marzo 2020, **sono state potenziate le attività e la presenza presso gli insediamenti del territorio, privilegiando l'attività di prevenzione e monitoraggio e garantendo le attività di primary health care e orientamento ai servizi in tutti i siti.** La collaborazione con la Regione Puglia è stata intensa e produttiva durante la pandemia, permettendo l'individuazione di strutture in cui assicurare i casi positivi per COVID-19 già a partire da aprile 2020, a fornire kit igienico-sanitari in tutti gli insediamenti in due cicli. Altrettanto con l'ASL di Foggia la collaborazione è stata positiva, permettendo un impiego regolare delle USCA ((Unità speciali di Continuità Assistenziale), in sinergia con l'azienda ospedaliera universitaria degli Ospedali Riuniti di Foggia, ed arrivando a garantire la mediazione linguistico-culturale per i servizi di entrambe le aziende, che si sono avvalse della collaborazione con l'associazione locale Africa United. Il team di INTERSOS in Capitanata continua a operare con regolarità, attraverso due unità mobili.

EX PISTA AEROPORTUALE DI BORGIO MEZZANONE

Popolazione

Popolazione con fluttuazioni importanti tra la stagione invernale (circa 800 persone) e la stagione estiva (fino a 2500 persone). Prevalentemente uomini adulti di età tra 20 e 40 anni, con una componente di donne stimata al 12%.

Principali paesi d'origine

Le nazionalità più rappresentate sono Senegal, Nigeria, Gambia e Ghana.

Quadro sociale

L'insediamento sorge sull'ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone, utilizzata per l'ultima volta dai cargo aerei impiegati per la guerra del Kosovo. Si tratta dell'insediamento informale più grande d'Italia, costituito da baracche composte da basi in legno e coperture di risulta, in quota minore da strutture realizzate in muratura dai dimoranti, e infine da strutture abbandonate dell'ex struttura aeroportuale. È presente un numero limitato di bagni sprovvisti di acqua corrente, sono presenti 3 punti d'acqua non potabile e da marzo 2020, grazie all'azione di *advocacy* di INTERSOS e grazie alla Regione Puglia, sono installati 5 punti di acqua potabile gestiti dall'Acquedotto Pugliese.

La fornitura di corrente elettrica avviene tramite allaccio informale dall'adiacente C.A.R.A. (Centro d'accoglienza per richiedenti asilo). I rifiuti vengono raccolti in più punti ma non smaltiti, con un grave problema di accumulo insalubre. Sono presenti circa 60 esercizi di ristorazione, bar ed empori, e sono presenti altri esercizi commerciali (parrucchieri, gommisti, meccanico, forno, vendita bombole a gas). Sono inoltre presenti 3 moschee ed una chiesa.

L'ex Pista è connessa a Foggia attraverso una linea di autobus, spesso sovraffollata, la cui fermata è raggiungibile a una distanza di circa 2 km. La popolazione si articola in lavoratori stagionali, lavoratori dell'indotto e dei servizi informali dell'insediamento, donne inserite nei circuiti di tratta. Per quanto più della metà degli abitanti sia regolarmente presente sul territorio o con procedure di regolarizzazione in corso, la quota delle persone sprovviste di permesso di soggiorno è salita a seguito degli effetti dei Decreti sicurezza. Tale insediamento, come gli altri, rappresenta per molte persone una scelta obbligata di fronte agli ostacoli sociali e burocratici che hanno compromesso il loro progetto migratorio. La componente femminile vede una vulnerabilità ulteriore, dato il frequente sfruttamento sessuale, ed il fenomeno della tratta, ancor più evidente durante la stagione estiva. L'area, in parte sottoposta a sequestro dalla Procura di Foggia, ha subito 4 sgomberi parziali durante il 2019, ed è tutt'ora a rischio sgombero.

Principali bisogni sanitari

I principali bisogni di salute rilevati sono patologie di natura osteomuscolare, a livello gastrointestinale, dell'apparato respiratorio, patologie croniche cardiovascolari e metaboliche, ginecologici.

Gli elementi caratteristici sono la scarsa percentuale di iscritti al SSR e la poca conoscenza del funzionamento dello stesso. Oltre alla competenza culturale e alla complessità amministrativo-burocratica relativa all'accesso ai servizi, l'ostacolo maggiore è rappresentato dal riconoscimento di un domicilio per procedere con l'iscrizione e l'assegnazione del MMG.



Ex pista aeroportuale, Borgo Mezzanone (Foggia), 2020
© Martina Martelloni



Ex pista aeroportuale, Borgo Mezzanone (Foggia), 2020
(ph Martina Martelloni)

Molte persone non hanno una prospettiva chiara del tempo di permanenza sul territorio. I principali punti di riferimento sanitario sono il Pronto Soccorso e il privato sociale; frequente il ricorso all'automedicazione. Si tratta dell'insediamento della Capitanata con la maggiore componente femminile, che fa emergere diversi ostacoli nell'accesso ai servizi consultoriali, in corso di analisi insieme alla ASL di Foggia.



Distribuzione di 1.654 kit igienico-sanitari.
Ex pista aeroportuale, Borgo Mezzanone (Foggia), giugno 2020



Distribuzione kit igienico-sanitari femminili.
Ex pista aeroportuale, Borgo Mezzanone (Foggia)

Principali criticità

- condizione abitativa altamente precaria, senza riscaldamento, senza gestione dei rifiuti, senza fognature e servizi igienici;
- condizioni di marginalità estrema e disagio psico-sociale legato alla condizione di esclusione stessa, condizionata in modo preponderante dalla precarietà lavorativa e dalle dinamiche di sfruttamento;
- data la presenza frequentemente transitoria della popolazione, difficoltà di costruire un lavoro sulla prevenzione, su un significato di salute volto ad accrescere la cura di sé e degli altri;
- residenze comunali assegnate con estreme limitazioni;
- scarsa conoscenza dei servizi del SSR;
- lontananza dai servizi urbani.

GRAN GHETTO / TORRETTA ANTONACCI

Popolazione

Popolazione con fluttuazioni importanti tra la stagione invernale (circa 400 persone) e la stagione estiva (fino a 1100 persone). Prevalentemente uomini adulti di età tra 20 e 40 anni, con una componente di donne stimata al 10%.

Principali paesi d'origine

Le nazionalità più rappresentate sono Gambia, Senegal, Mali, Guinea Conakry.

Quadro sociale

L'insediamento si è creato dopo lo sgombero di un ex zuccherificio a Rignano Scalo, nei primi anni 2000, in una zona di aperta campagna. Nel 2017 l'area subisce uno sgombero, negli stessi giorni perdono la vita due lavoratori vittime di un incendio. L'insediamento si ricrea immediatamente dopo, sino ad un nuovo incendio a dicembre 2019, a cui le istituzioni rispondono con un campo container temporaneo con capienza per 400 persone, servizi igienici e docce, ubicato proprio sull'area sgomberata nel 2017. Data l'emergenza sanitaria, il campo container successivamente non è stato smantellato ed è stato ampliato.

L'approvvigionamento idrico avviene attraverso cisterne rifornite da Regione Puglia attraverso acquedotto pugliese, e sono state ampliate durante l'emergenza sanitaria. Sono frequenti le tensioni interne all'insediamento, e negli anni si sono verificate ripetute intimidazioni a più attori del privato sociale, e alle persone dimoranti nell'insediamento da queste assistite, da parte di un gruppo che detiene forme di potere interno. La componente femminile è in quota minore rispetto all'ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone, con una media d'età leggermente maggiore. L'insediamento è molto distante dai centri urbani e scarsamente collegato da trasporti pubblici, le cui fermate distano comunque 2 km dai luoghi principali di dimora.

Principali bisogni sanitari

I principali bisogni di salute rilevati sono patologie di natura osteomuscolare, a livello gastrointestinale, dell'apparato respiratorio, patologie croniche cardiovascolari e metaboliche. Si mostra una quantità di iscritti al SSR, e di conoscenza dello stesso, ulteriormente minore rispetto all'ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone. A lungo, oltre alla complessità amministrativo-burocratica relativa all'accesso ai servizi, l'ostacolo maggiore è stato rappresentato dal riconoscimento di un domicilio per procedere con l'iscrizione e l'assegnazione del Medico di MMG. Tale difficoltà è stata affrontata con successo con l'ASL di Foggia in corso di pandemia, attraverso l'utilizzo dell'autodichiarazione di domicilio (vd. oltre). Molte persone non hanno una prospettiva definita del tempo di permanenza sul territorio. I principali punti di riferimento sanitario sono il Pronto Soccorso e il privato sociale.



Gran Ghetto/Torretta Antonacci, Foggia



Palmori, Foggia

Principali criticità

- condizione abitativa altamente precaria, senza acqua corrente, senza riscaldamento, senza gestione dei rifiuti, senza fognature e servizi igienici;
- condizioni di marginalità estrema e disagio psico-sociale legato alla condizione di esclusione stessa, condizionata in modo preponderante dalla precarietà lavorativa e dalle dinamiche di sfruttamento;
- data la presenza frequentemente transitoria della popolazione, difficoltà di costruire un lavoro sulla prevenzione, su un significato di salute volto ad accrescere la cura di sé e degli altri;
- scarsa conoscenza del SSR;
- lontananza dai servizi urbani con forte scarsità di trasporti pubblici.

ALTRI INSEDIAMENTI

Palmori, Poggio Imperiale, Borgo Cicerone, Borgo Tre Titoli, Pozzo Terraneo, Contrada Ragucci, Contrada San Matteo, ex Daunialat

Popolazione

Nei vari insediamenti, compresa fra le 20 e le 300 persone durante la stagione invernale, e fra le 40 e le 400 durante la stagione estiva. Gli insediamenti si trovano in un raggio di 55 km da Foggia, a Nord e a Sud Est. Quasi la totalità dei dimoranti vede giovani uomini (20-40 anni), con presenza femminile del 8% in un solo insediamento. I principali paesi di origine sono il Ghana, Mali, Senegal, e in misura minore Gambia, Mali, Guinea Conakry, Guinea Bissau, Sudan, Costa d'Avorio.

Tipologia di insediamento

Gruppi di casolari abbandonati, ed una fabbrica abbandonata.

Quadro sociale

Gli insediamenti, a parte la fabbrica, sono accomunati dalla totale assenza di mezzi di trasporto pubblici, assenza di fornitura elettrica con allaccio alla rete, solitamente compensata da generatori, e in alcuni casi pannelli solari. Dopo sollecito di INTERSOS, a tutti i suddetti insediamenti è stato garantito l'accesso all'acqua potabile da parte di Regione Puglia con Acquedotto Pugliese, attraverso cisterne a riempimento periodico, e in un caso attraverso rubinetto collegato alla rete idrica. La popolazione è rappresentata da lavoratori agricoli stagionali, la maggior parte ha un regolare permesso di soggiorno o procedure in corso, e lavora senza un regolare contratto. Presso l'ex fabbrica Daunialat gli abitanti hanno subito, in più occasioni ripetute nel corso degli anni, degli episodi di intimidazione da parte della popolazione locale.



Poggio Imperiale, Foggia



Palmori, Foggia



Contrada San Matteo, Foggia, aprile 2020

Principali bisogni sanitari

- prevalentemente rappresentati da patologie di natura osteomuscolare, più raramente gastrointestinale;
- Grande difficoltà ad accedere ai servizi sanitari a causa di numerose barriere d'accesso, prevalentemente di ordine economico, amministrativo, linguistico-culturale e a causa di dinamiche discriminatorie. Rimane pertanto prevalente l'accesso al bisogno e in forma emergenziale anziché continuativa.



Contrada Ragucci, Foggia



Pozzo Terraneo, Foggia

Principali criticità

- Condizioni di marginalità estrema e disagio psico-sociale legato alla condizione di esclusione stessa, condizionata in modo preponderante dalla precarietà lavorativa e dalle dinamiche di sfruttamento; precarietà abitativa e sociale, sovrappopolamento, condizione abitativa scadente;

Per l'ex fabbrica Daunialat:

- dinamiche discriminatorie e ostili nei confronti degli abitanti, con ripetute gravi violenze nell'estate 2019 e 2020 da parte aggressori italiani, che hanno determinato 11 feriti di cui uno con severe conseguenze permanenti;
- Assenza di servizi igienici. Tre insediamenti hanno presenti latrine costruite dalla popolazione;
- Gestione dei rifiuti assente;
- Ad eccezione di un insediamento, distanza dai centri urbani e totale assenza di un servizio di trasporto pubblico.

1.1.3 Calabria Ionica

Nel 2014 INTERSOS a Crotone ha aperto il poliambulatorio MESOGHIOS, che offre assistenza medica, servizi sociosanitari e assistenza psicologica ai migranti, ai richiedenti asilo e agli italiani che vivono in condizioni di povertà. All'ambulatorio si affiancavano attività di assistenza medica agli ospiti di diversi centri. A partire dal 2018 il poliambulatorio è passato in gestione all'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Crotone, ed è tutt'ora operativo. Lo staff di INTERSOS ha continuato a operare nella struttura con un progetto socio-sanitario di orientamento psico-sanitario rivolto alla popolazione migrante, indigente e senza fissa dimora, finalizzato a garantire l'individuazione, l'emersione e la presa in carico dei pazienti in condizioni di vulnerabilità e fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica.

L'intervento di INTERSOS in Calabria sull'emergenza COVID-19 si è svolto grazie al cofinanziamento da FAMI Emergenziali della Commissione Europea "Su.Pr.Eme. Italia" a partire da fine aprile sino a luglio 2020, in collaborazione con le istituzioni locali, in particolare con le ASP di Crotone e Cosenza, attraverso un'unità mobile fornita con il sostegno dell'associazione Armut und Gesundheit in Deutschland e.V., e si è articolato in due aree: la prima, nella zona della Provincia di Crotone (Area 1), in cui INTERSOS ha già operato negli anni precedenti, e la zona della Provincia di Cosenza (Area 2) con un nuovo intervento dell'organizzazione. In entrambe le Aree, l'intervento si è focalizzato prevalentemente in luoghi di prossimità, più facilmente raggiungibili dalla popolazione a cui il servizio è rivolto.



Località Boscarello, Schiavonea, Cosenza



Visita, autostazione di Crotone, maggio 2020

AREA 1 – PROVINCIA DI CROTONE

Centro storico; stazione ferroviaria; autostazione; Isola di Capo Rizzuto.

Popolazione e principali paesi d'origine

Prevalentemente popolazione maschile, in maggioranza compresa fra i 20 e i 40 anni, ma con una componente di persone over 60, di origine pakistana, bengalese, irachena e afghana (centro storico, autostazione), e corno d'Africa, Africa Sub-Sahariana e del Maghreb (stazione ferroviaria).

Il numero di persone per insediamento varia da 20 a 160.

Quadro sociale

Il centro storico crotonese è caratterizzato da una vasta eterogeneità abitativa della popolazione migrante che va da nuclei familiari ad appartamenti abitati da poche persone.

La maggioranza riferisce di risiedere in situazioni abitative sovraffollate.

Principali bisogni sanitari

Si evidenzia un alto numero di persone con caratteristiche di vulnerabilità e in assenza di percorsi socio-sanitari.

I principali bisogni riferiti sono relativi a:

- scarsa conoscenza dei servizi sul territorio (residenza, scelta del medico, richiesta codice STP, ufficio esenzioni, rinnovi permessi di soggiorno e riaperture questura);
- patologie croniche, trascurate in mancanza di iscrizione con MMG, persone con MMG in altra regione, altresì, nella marginale quota con MMG a Crotona, non appropriatamente seguite nell'iter diagnostico-terapeutico per ostacoli linguistico-culturali.



Promozione della salute. Centro storico di Crotona, aprile 2020



Pre-triage, stazione ferroviaria di Crotona, maggio 2020



Visita, stazione ferroviaria di Crotona, maggio 2020

Principali criticità

- alta mobilità delle persone dimoranti;
- sovraffollamento abitativo;
- abitazioni riferite in precarie condizioni igienico-sanitarie;
- scarso orientamento ai servizi socio-sanitari;
- difficile relazione con i servizi in mancanza di mediazione linguistico-culturale.

AREA 2 – PROVINCIA DI COSENZA

8 insediamenti, nei comuni di Rossano Calabro, Corigliano Calabro, Schiavonea, e Sibari.

Popolazione

Popolazione prevalentemente maschile di età compresa tra 20 e 40 anni.

In 6 insediamenti prevalentemente proveniente da Nigeria, Ghana, Senegal, Mali, ed altri paesi subsahariani. In un insediamento: Pakistan, Afghanistan, Iraq. In un insediamento: Polonia, Russia, Ucraina, Romania. Il numero di persone per insediamento varia da 10 a 70.

Quadro sociale

6 insediamenti informali sono legati al lavoro, prevalentemente agricolo, che vede persone stanziali solo in 3 siti su 8. Una piccola componente di queste ha un lavoro autonomo. 2 insediamenti sono luoghi di transito, in particolare per attesa rinnovo dei documenti.

Principali bisogni sanitari

Prevalentemente patologie osteomuscolari e dermatologiche, correlate alle condizioni lavorative. I principali bisogni rilevati riguardano l'orientamento ai servizi sul territorio (residenza, scelta del medico, richiesta codice STP, ufficio esenzioni, rinnovi permessi di soggiorno, e riaperture questura).



Pre-triage, palazzina su SS106 Corigliano Rossano, maggio 2020



Visita, stazione di Rossano, giugno 2020



Pre-triage, casolari THURIO, Corigliano Rossano, maggio 2020

Principali criticità

- precarie condizioni igienico-sanitarie (in un solo insediamento è presente acqua corrente);
- problematiche di mancata assistenza legale;
- condizione di forte isolamento;
- barriere d'accesso ai servizi di diversa natura (linguistico-interculturale, economica, amministrativa);
- assenza di percorsi di presa in carico di vulnerabilità psico-sociali e dipendenze

1.1.4 Sicilia

L'intervento è stato realizzato grazie al cofinanziamento da FAMI Emergenziali della Commissione Europea "Su.Pr.Eme. Italia, nella Sicilia Orientale a giugno e luglio 2020, e nella Sicilia Occidentale a novembre e dicembre 2020, Nella Sicilia Orientale è stato attivato un team mobile di INTERSOS costituito da un coordinatore, un medico, due mediatori linguistico-culturali, un operatore psico-sociale, per operare in collaborazione

con le istituzioni locali, in particolare con l'ASP di Siracusa, presso l'insediamento informale del territorio di Cassibile. Nella Sicilia Occidentale sono stati attivati due team mobili, in collaborazione con l'ASP di Trapani, di cui un'unità mobile fornita con il sostegno di Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.. I team sono composti da un coordinatore, due medici, due psicologhe, quattro mediatori linguistico culturali, due operatori legali.

SICILIA ORIENTALE

CASSIBILE

Popolazione

Popolazione interamente maschile, prevalentemente di età compresa tra 20 e 40 anni. La popolazione varia dalle 10-20 persone in periodo di bassa stagionalità lavorativa alle 250-300 persone in alta stagionalità.

Principali paesi d'origine

Prevalentemente Sudan (anche in bassa stagionalità), Senegal, Marocco e Gambia; in misura minore Tunisia, Eritrea, Ciad, Costa d'avorio, Mali, Guinea Bissau, Guinea Conakry.

Quadro sociale

Il campo stagionale di Cassibile si genera ogni anno tra il finire di marzo e l'inizio di luglio, si trova all'interno di un terreno privato ed è limitrofo alle vecchie strutture agricole. L'insediamento è composto di circa 80 abitazioni, sono presenti 4 rubinetti collegati all'acquedotto, non vi è allaccio alla corrente elettrica, è utilizzato un generatore a gasolio; lo smaltimento dei rifiuti avviene con cadenza settimanale. Nell'insediamento sono presenti due aree ristoro e minimarket e tre moschee. In questo insediamento si prediligono rapporti di lavoro fissi. Il lavoro nei campi riguarda la raccolta di fragole (marzo/maggio) e patate (aprile/giugno), con condizioni di lavoro molto dure. La forma più diffusa è quella del "lavoro grigio"; per cui i lavoratori hanno i contratti ma con diverse forme di irregolarità (come orari di lavoro fittizi, nominativi falsi). La frazione di Cassibile mal tollera la presenza dell'insediamento, esprimendosi anche tramite di atti di intolleranza avvenuti durante la stagione lavorativa, in conseguenza dei quali c'è diffidenza degli abitanti dell'insediamento nel frequentare i centri abitati limitrofi.



Cassibile

Sono presenti diversi uomini adulti con permesso per asilo o protezione sussidiaria, in Italia da almeno 10 anni, persone con regolare permesso di soggiorno, persone con permesso scaduto, con procedure pendenti. Alle difficoltà per il rinnovo del Permesso di Soggiorno si intrecciano le difficoltà per ottenere domicilio e/o residenza.

Principali bisogni sanitari

Patologie osteomuscolari da carichi pesanti, affezioni gastrointestinali, disturbi del sonno ed emicrania, problemi odontoiatrici, dermatologici, condizioni croniche metaboliche e cardiovascolari.

I principali bisogni in ambito sanitario sono:

- miglioramento delle condizioni igienico sanitarie
- possibilità di ricevere uno screening sanitario in un luogo protetto e attento all'interculturalità
- possibilità di effettuare visite specialistiche
- condizioni di lavoro meno degradanti



Principali criticità

- Servizio sanitario pubblico insufficiente in termini di servizi offerti ed accessibilità;
- Sito distante dai presidi sanitari pubblici
- La cittadinanza di Cassibile è ostile nei confronti dell'insediamento informale e dei suoi abitanti;
- Capacità limitate nella ricerca di soluzioni abitative alternative e/o risposte operative integrate rivolte a persone senza fissa dimora e/o con disagio psichico;
- A Siracusa viene negato il diritto alla residenza anagrafica, vengono archiviate le domande di rinnovo del permesso di soggiorno con la motivazione della mancanza dell'iscrizione all'anagrafe presso l'indirizzo di abitazione dichiarato. Per la residenza viene richiesto contratto di locazione regolarmente registrato, cosa che appare difficilmente ottenibile nel caso di lavoratori stagionali nomadi.

SICILIA OCCIDENTALE

AREA CAMPOBELLO DI MAZARA / CASTELVETRANO

Popolazione

Esiste una quota di circa 50 persone stanziali nell'insediamento presso la "ex Calcestruzzi Selinunte"; 2000 presenze durante l'autunno 2020 (negli anni precedenti mai oltre le 1500); in netta prevalenza maschile 97,5%, La componente femminile è minima 2,5%, ed è presente esclusivamente durante i mesi del raccolto agricolo.

Principali paesi d'origine

Principalmente dai paesi dell'area Sub Sahariana, Maghreb e Corno d'Africa.

Quadro sociale

L'insediamento è composto prevalentemente di baracche di legno rivestite con l'utilizzo di materiali plastici, lamiera ed altri materiali di risulta, tra i quali spesso anche lastroni in Eternit, o la tenda da campeggio, con spazio minimo o nullo fra le singole strutture. Dal 2016 al 2019 è stato realizzato un campo ufficiale gestito dalla Croce Rossa Italiana, presso l'ex Oleificio "Fontane d'oro", un bene confiscato alla criminalità organizzata all'interno del territorio comunale di Campobello di Mazara. Pur essendo un'accoglienza destinata ad una minoranza dei lavoratori stagionali, in possesso di un permesso di soggiorno e/o di un contratto di lavoro e previo pagamento di una quota giornaliera, nell'ultimo anno l'assenza di tale servizio ha ulteriormente aggravato la situazione dei lavoratori.

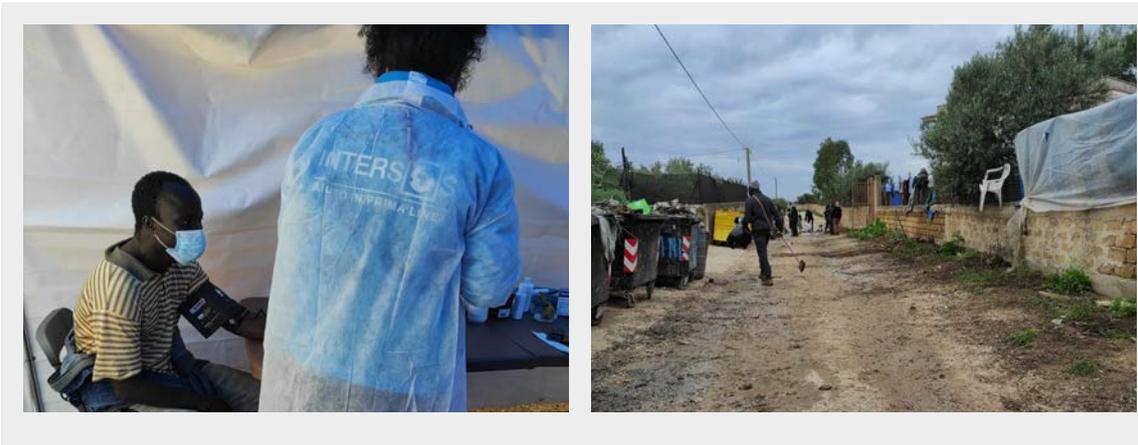
Principali bisogni sanitari

Patologie osteomuscolari da carichi pesanti, affezioni gastrointestinali, disturbi del sonno ed emicrania, problemi odontoiatrici, dermatologici, condizioni croniche metaboliche e cardiovascolari. L'acqua potabile era fornita attraverso cisterne, non regolarmente rifornite. Ad ottobre 2020 il Comune di Campobello ha provveduto all'installazione di quattro rubinetti per l'acqua a circa 700 metri dal campo, mentre il comune di Castelvetro tra interruzioni e problemi tecnici ha trasportato per alcuni periodi di tempo acqua potabile con un'autocisterna. Il servizio si è interrotto ad agosto a causa di problematiche tecniche ed è stato riattivato solo nelle ultime settimane di novembre. A dicembre è stato nuovamente interrotto per essere poi nuovamente riattivato nel mese di gennaio 2021. Non vi è connessione alla rete elettrica, la popolazione utilizza generatori a gasolio e sono ampiamente utilizzate bombole a gas, con relativi rischi. Non sono presenti servizi igienici.



Campobello di Mazara / Castelvetro





Principali criticità

- Servizio sanitario pubblico insufficiente in termini di servizi offerti, accessibilità e fruibilità;
- Sito distante dai presidi sanitari pubblici;
- Sul versante istituzionale, capacità limitate nella ricerca di soluzioni abitative alternative e/o risposte operative integrate rivolte a persone senza fissa dimora e/o con disagio psichico.



Campobello di Mazara / Castelvetrano

2. L'approccio adottato nella costruzione degli interventi

2.1 LA COSTRUZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO E LE PRINCIPALI ATTIVITÀ INTERNE

2.1.1 L'approccio di lavoro e la composizione degli staff

La composizione e il funzionamento dei gruppi di lavoro sono aspetti centrali nell'approccio che INTERSOS ha nella costruzione degli interventi. Nella composizione dei team dei progetti attivati si è ricercata la multidisciplinarietà e la definizione di un'organizzazione interna agile, che possa tenere insieme lo scambio di informazioni e di competenze con la necessità di processi decisionali adeguati alla situazione di emergenza sanitaria

in cui si è chiamati a operare. Gli staff dei progetti di Città di Roma, Capitanata, Calabria Ionica e Sicilia sono composti da un numero variabile di persone (da 5 a 18 a seconda dei contesti) e da diverse professionalità, come medici, mediatori linguistico-interculturali, psicologhe, operatori socio-sanitari, educatori, promotori della salute, accompagnati da figure di coordinamento (*project manager*).

LE FIGURE E I RUOLI ALL'INTERNO DEI TEAM INTERSOS

Tutte le *équipe*, tramite i coordinatori, fanno riferimento al direttore della Regione Europa INTERSOS. Il **referente medico**, in stretta collaborazione con il **Capo Missione**, ha il ruolo di definire e implementare la strategia medica delle missioni ed è responsabile della pianificazione e del coordinamento di tutte le attività, delle risorse mediche e personali dei progetti, secondo le politiche e i principi etici di INTERSOS, nel rispetto dei protocolli internazionali e nazionali.

I **coordinatori** (*project manager*) curano le azioni preliminari dell'implementazione del progetto (fase di *assessment* e creazione dei team), coordinano e gestiscono le azioni previste dal programma, mantenendo attiva la relazione con le istituzioni e confrontandosi con le figure di riferimento dei progetti a livello locale. È loro compito definire le procedure e le strategie operative e coordinare lo staff che lavora operativamente sul campo. La scelta di avere figure di coordinamento che mantengono un ruolo di operatività permette un più fluido rimodellamento delle attività quotidiane, in contesti con più elementi di instabilità, una migliore rispondenza alle condizioni esterne, e dà la possibilità di arricchire il piano di *advocacy* e di dialogo istituzionale con aspetti concreti e radicati nell'esperienza sul campo.

I **medici**, in collegamento con il referente medico e i coordinatori di progetto, si occupano della definizione degli aspetti sanitari e delle procedure operative. Hanno il principale ruolo di fornire cure mediche ambulatoriali alle persone a cui sono rivolti gli interventi secondo conoscenze mediche aggiornate, in linea con i valori sostenuti da INTERSOS e nel rispetto dei protocolli interni. Partecipano alla costruzione dei percorsi formativi dei team e garantiscono, in coordinamento con il referente medico, la formazione continua del team multidisciplinare al fine di rafforzare le competenze dello staff in ambito sanitario e migliorare la qualità degli interventi. Partecipano inoltre alla raccolta e all'analisi dei dati epidemiologici.

I **mediatori linguistico-culturali** hanno il fondamentale ruolo di collegamento tra i contesti in cui si opera e l'accesso all'attività ambulatoriale. Sono responsabili dell'organizzazione di accesso all'ambulatorio mobile da parte dei pazienti, in coordinamento col medico e svolgono l'attività di mediazione nel corso delle visite mediche, a seconda dell'esigenza. Hanno inoltre il compito di leggere e interpretare, sotto la supervisione dei coordinatori, il contesto di riferimento e le dinamiche sociali che vi prendono luogo, per adattare al meglio le attività socio-sanitarie, incluse le sessioni di prevenzione, di emersione dei bisogni delle comunità, di mappatura sociale, col fine di costruire via via nella pratica una maggiore conoscenza e comprensione del contesto, a sostegno di tutti i membri dei team. Nel lavoro sul campo, i mediatori conducono sessioni informative circa l'emergenza COVID-19 e le sue conseguenze, le modalità di diffusione, le misure di prevenzione, la diagnosi e le procedure da adottare in presenza di casi sospetti o accertati, il tracciamento rapido dei relativi contatti stretti, ed il mantenimento della comunicazione con le persone in isolamento o quarantena. Anche nel corso dell'emergenza sanitaria, svolgono inoltre un importante ruolo nell'orientamento ai servizi pubblici del territorio per migliorare l'accesso e la fruizione di prestazioni sociali e sanitarie, con lo scopo di sostenere e rafforzare il diritto alla salute delle persone e i loro doveri nell'interazione col sistema pubblico.

Gli **operatori psicosociali** (psicologhe, infermiere, operatori socio-sanitari e legali), insieme ai mediatori, si occupano dell'interazione con le comunità e dell'analisi delle dinamiche sociali nei siti di intervento, facilitando l'emersione di bisogni psico-sociali. A seconda del contesto, svolgono altre attività come le sessioni informative di gruppo e individuali, i *focus group*, la somministrazione di questionari e altre attività trasversali del *reporting* psico-sociale. Supportano i mediatori culturali e i medici nella raccolta dei dati sanitari, nella registrazione dei pazienti che accedono all'ambulatorio e nelle sessioni di informative per l'accesso alle prestazioni sociali, e in alcuni casi specifici supportano accompagnamenti e pratiche socio-sanitarie collegate alla sfera della protezione dei diritti.

L'AMPLIAMENTO DEGLI STAFF NELL'EMERGENZA SANITARIA

La necessità di ampliare o costruire i team in piena emergenza sanitaria ha imposto tempi molto stretti per il reclutamento del personale, processo che ha comunque privilegiato le esperienze già maturate nell'ambito salute di e migrazione, le competenze acquisite sul campo come il lavoro multidisciplinare e in gruppo, e le caratteristiche personali che permettessero di sostenere il lavoro in contesti di esclusione sociale e in regime di emergenza, come la forte capacità di adattamento, la versatilità, ma soprattutto l'attitudine collaborativa e la capacità di lavorare e vivere in gruppo.

Ad esclusione di Roma, parte del personale dei team condivide infatti anche lo spazio abitativo all'interno delle *guesthouse* di progetto, aspetto che se da un lato semplifica e velocizza i processi di lavoro, dall'altro richiede una maggiore cura delle dinamiche relazionali e la costruzione di un delicato equilibrio tra la sfera lavorativa e quella personale.

LA DEFINIZIONE DELLE PROCEDURE OPERATIVE

All'avvio dei progetti INTERSOS per l'emergenza COVID-19, sono state elaborate le **Standard Operative Procedures** (SOPs) per l'applicazione dell'Ordinanza del Ministro della Salute del 21.02.20: "Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della Malattia Infettiva COVID19". Tale documento è stato elaborato dal referente medico, costruito secondo le indicazioni nazionali e internazionali sulla prevenzione e gestione dell'emergenza COVID-19 e periodicamente rinnovato in base alle disposizioni vigenti ed alla letteratura scientifica.

Ha rappresentato la guida per tutti gli operatori sociali e sanitari degli staff rispetto alle procedure igienico-sanitarie straordinarie da adottare e alle modalità d'intervento, perseguendo il principio della "confidenzialità in sicurezza", cioè bilanciando la necessità di agire in sicurezza con il mantenere un approccio accettabile per il contesto di

azione, tutelando la confidenzialità e la costruzione di una relazione di fiducia con le persone. Le SOPs inoltre includono le indicazioni cliniche per la valutazione del rischio e le procedure da seguire in presenza di casi sospetti e accertati, in accordo e stretta collaborazione con le autorità sanitarie locali.

MODALITÀ OPERATIVE, STRUMENTI DI LAVORO, VALUTAZIONE E RIMODULAZIONE DELLE ATTIVITÀ

All'interno di ogni *équipe* il confronto avviene tramite riunioni organizzate dai coordinatori con cadenza settimanale, in base alle esigenze del gruppo di lavoro. Sono il momento di aggiornamento e confronto tra tutto lo staff, volti alla condivisione degli obiettivi e dei risultati raggiunti, all'emersione delle criticità e delle esigenze di adattamento e modifica delle attività di progetto.

La presenza quotidiana sul campo dei coordinatori permette inoltre di svolgere sessioni di *briefing* prima della partenza verso i siti d'intervento e di *debriefing* al termine della giornata lavorativa, dando spazio all'emersione di problematiche, difficoltà, questioni da rielaborare a livello gestionale.

La comunicazione tra i coordinatori ed il referente medico avviene con cadenza periodica ed al bisogno, al fine di attuare modalità omogenee nonostante le specificità territoriali dei progetti. La comunicazione continua tra più livelli, la condivisione dei dati e degli strumenti permettono dunque di raccogliere elementi utili alla valutazione costante dell'andamento delle attività e di rimodulare le stesse in base agli aspetti emersi, all'andamento epidemiologico dell'epidemia e ai bisogni rilevati sui territori dai membri degli staff.

La valutazione interna avviene su due livelli interdipendenti, ossia il livello di coordinamento ed il livello operativo, che rispettivamente indagano la metodologia condivisa adattatasi in corso d'opera (con cadenza settimanale), e l'aggiornamento puntuale sui singoli casi da seguire (con cadenza giornaliera).

FORMAZIONE INTERNA ALLO STAFF E COSTRUZIONE DELLA CONOSCENZA

La formazione interna agli componenti dello staff è concepita come **un processo continuo di costruzione della conoscenza a partire dall'esperienza sul campo, in modo condiviso**. La valorizzazione delle competenze dei singoli all'interno del lavoro in gruppo, la multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro, il confronto costante sul campo a partire dalle esperienze concrete rappresentano parti di un processo di apprendimento continuo e di costruzione di un sapere necessariamente interdisciplinare e volto all'operatività.

In ambito pedagogico e soprattutto nel campo dell'educazione sociale è infatti riconosciuto come l'apprendimento sia una parte integrante del lavoro sociale: non è cioè un'attività delimitata ma un aspetto di tutte le attività, che assume forme diverse in base al contesto in cui queste si svolgono e alle dinamiche relazionali che in tale contesto hanno luogo. L'apprendimento infatti non riguarda solo l'acquisizione di nozioni, compiti e funzioni, ma coinvolge l'intera persona all'interno della sua rete di relazioni e del suo campo d'azione (9). Oltre a questo aspetto intrinseco del lavoro sul campo, sono stati realizzati numerosi momenti di formazione interna agli staff, in modalità di autoformazione attraverso riunioni di condivisione del materiale informativo, confronto e lettura critica della documentazione. Le tematiche affrontate dai vari staff, con diverso livello di approfondimento e attenzione alle specifiche territoriali, hanno riguardato prevalentemente:



- **le procedure di sicurezza** nella prevenzione del rischio biologico e microbiologico sul luogo di lavoro;
- **i concetti base per le sessioni di prevenzione corretta** nel contesto degli insediamenti informali per l'emergenza COVID19;
- **il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI);**
- **la vestizione e la svestizione in sicurezza;**
- **l'allestimento dei setting di lavoro;**
- **il rapporto coi servizi territoriali e le relazioni con gli attori istituzionali;**
- **l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie e l'orientamento ai servizi pubblici;**
- **la normativa relativa all'emersione dei lavoratori stranieri** disciplinata dal cosiddetto Decreto Rilancio DL N. 34/2020 convertito dalla Legge n. 77/2020 e le novità introdotte con le modifiche dei cosiddetti Decreti sicurezza;
- **aspetti relativi al lavoro di comunità e della mediazione interculturale:** strategie di comunicazione, modalità di relazione con la comunità, somministrazione di questionari e svolgimento di *focus group*.

2.1.2 Gli staff dei progetti INTERSOS sull'emergenza COVID-19

CITTÀ DI ROMA (OPERATIVITÀ COVID-19 DA INIZIO MARZO 2020 – IN CORSO)

Unità mobili attive dal lunedì al venerdì (tutti i giorni, in caso di situazioni d'emergenza), in partnership con UNICEF. Due unità mobili, composte in totale da 8 persone:

- una responsabile delle operazioni su Roma
- una coordinatrice medico
- un medico
- due mediatori linguistico-interculturali
- un educatore
- due psicologhe
- un'infermiera
- un logista

CAPITANATA (OPERATIVITÀ COVID-19 DAL 26 FEBBRAIO 2020 – IN CORSO)

Due unità mobili, operative dal lunedì al sabato (tutti i giorni, in caso di situazioni d'emergenza), composte in totale da 10 persone

- il referente medico dell'Unità migrazione INTERSOS
- una coordinatrice di progetto con competenze legali e di protection;
- due medici full time.
- due mediatori linguistico-interculturali del Senegal;
- una mediatrice linguistico-interculturale della Nigeria;
- un mediatore linguistico-interculturale del Ghana;
- due operatrici sociosanitarie con esperienza nel campo dell'orientamento e della ricerca partecipata.

Da ottobre 2020 lo staff si è allargato ulteriormen-

te coinvolgendo 8 figure in qualità di **community mobilizer**. I *community mobilizer* sono persone di riferimento identificate negli insediamenti e coinvolte nelle progettualità, che assumono un ulteriore ruolo ponte fra lo staff e la comunità, facilitando la disseminazione di informazioni rilevanti per la comunità, e supportando le attività di *awareness raising*, di distribuzioni di materiali puntuali e di massa.

CALABRIA IONICA (OPERATIVITÀ COVID-19 DAL 20 APRILE AL 15 LUGLIO 2020)

Una unità mobile, operativa dal lunedì al venerdì, composta da 6 persone.

- un coordinatore
- due medici
- tre mediatori linguistico-interculturali.

SICILIA ORIENTALE (OPERATIVITÀ COVID-19 GIUGNO E LUGLIO 2020)

Una unità mobile operativi dal lunedì al venerdì, composta da 5 persone:

- un coordinatore
- un medico
- due mediatori linguistico-interculturali
- un operatore socio-sanitario

SICILIA OCCIDENTALE (OPERATIVITÀ COVID-19 NOVEMBRE E DICEMBRE 2020)

Due unità mobili, operative dal lunedì al venerdì, composte in totale da 11 persone:

- un coordinatore
- due medici
- due psicologhe
- quattro mediatori linguistico-interculturali
- due operatori legali

2.1.3 L'indagine sulla salute mentale e sulla qualità della vita interna ai team INTERSOS



La Rustica, Roma - © UNICEF _ Alessio Romenzi



Cassibile

Un filone importante di attività svolto nel contesto dei Progetti INTERSOS per l’Emergenza COVID-19 è stato proposto dallo staff di Roma e ha riguardato **il benessere degli operatori**, con un focus sulla salute mentale e sull’impatto dell’emergenza COVID-19 nelle vite di chi opera in contesti di emergenza e di forte esclusione sociale.

Con l’esplosione dell’emergenza sanitaria, è stato avviato uno studio con l’obiettivo di esplorare i vissuti dello staff in relazione al lavoro condotto. Questo ha permesso ai quattro team coinvolti nell’indagine (Roma, Capitanata, Calabria Ionica e Sicilia Orientale) di costruire uno spazio di discussione in cui riflettere come gruppo sull’andamento dell’intervento, sui punti di forza e debolezza emersi, sulle emozioni e sulle esperienze vissute.

La metodologia d’indagine e i principali risultati del lavoro sono presentati in Appendice [“Il lavoro umanitario durante l’emergenza covid19: un’analisi delle esperienze dello staff INTERSOS in Italia.”](#)

2.2 LA COSTRUZIONE DELL'INTERVENTO PER L'EMERGENZA COVID-19 CON LE COMUNITÀ

L'approccio di INTERSOS nella costruzione degli interventi con la comunità si fonda sui principi chiave della **tutela del diritto alla salute** e della **promozione della salute**; questa è definita nella Carta di Ottawa (10) come "il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla," attraverso l'adozione di strategie che stanno su diversi livelli:



- **mettere in grado le persone e le comunità**
- **mediare tra settori e tra livelli di organizzazione sociale diversi**
- **fare advocacy per sostenere il diritto alla salute.**

Se, secondo l'approccio della promozione della salute, intendiamo la salute come un processo che si costruisce nello spazio sociale e politico, diventa fondamentale agire tenendo in considerazione il contesto e il sistema delle relazioni sociali in cui le persone vivono, le capacità, le risorse e le possibilità che le persone hanno, e la dimensione della percezione e del significato che un processo di salute e malattia assume per le persone che lo vivono (11). Nella promozione della salute, centrale è l'**empowerment dei soggetti individuali e collettivi**, inteso come "il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita" (12). È noto, infatti, che il processo di *empowerment* si realizza nell'insieme delle dimensioni materiale, psicosociale e politica, e che l'esperienza di esercitare autonomamente il controllo e il potere rappresenta un importante determinante della salute (13). Nella pratica della promozione della salute, l'*empowerment* è un processo che si genera nell'azione comunitaria, che diventa lo spazio dal quale può scaturire il cambiamento più ampio.

In questo senso la **partecipazione comunitaria** è un principio fondamentale per il valore trasformativo che porta in sé, attraverso i processi relazionali, l'aumento del supporto sociale e la costruzione di forme di auto-organizzazione; questo fa sì che le persone siano implicate in prima linea, costruendo forme collettive, nelle attività che influenzano le loro vite e la salute (14).

Rispetto al contesto pandemico e l'esigenza di interventi multidisciplinari e intersettoriali, l'approccio della promozione della salute diventa indispensabile per la realizzazione di azioni per la salute sul piano individuale, collettivo e sulle politiche istituzionali. L'OMS raccomanda di curare il coinvolgimento delle comunità per migliorare la responsabilità alla pandemia, con interventi che passino dalla sola educazione sanitaria alla promozione della salute, mettendo al centro il ruolo delle persone e delle comunità per la tutela della salute propria e della collettività (15).

L'approccio della promozione della salute include (e si rafforza in) un altro pilastro dell'azione di INTERSOS, che è la **tutela del diritto alla salute di tutte e tutti**, volta all'inclusione delle persone che più soffrono processi di emarginazione, violenza e sfruttamento. Nonostante l'Italia sia un paese dotato di una delle più inclusive legislazioni sull'accesso alle cure, è ampiamente noto come l'azione delle barriere d'accesso ai servizi generi esclusione dai percorsi di diagnosi e cura, venendo meno al valore dell'equità in salute, principio fondante del SSN. In questo rientra il fatto che l'applicazione della normativa sull'accesso alle cure per le persone straniere è altamente disomogenea sul territorio, spesso discrezionale e operatore-dipendente; questo dà luogo in elevata misura a situazioni di diritto garantito sulla carta ma non realizzabile, che richiede molti passaggi anche complessi per essere esigibile, ampliando enormemente le barriere d'accesso ai servizi sul piano burocratico, economico, culturale (16). La presenza dei team socio-sanitari sul campo in contesti di forte esclu-

sione sociale permette di dare alle popolazioni raggiunte degli importanti strumenti rispetto al diritto alla salute e all'accesso ai servizi pubblici, di conoscere e documentare i bisogni di salute di tali popolazioni e di indirizzare le persone verso i percorsi di cura adeguati al bisogno, cercando di costruire una maggiore responsabilità del servizio sanitario pubblico alla domanda di salute di popolazioni che altrimenti rimarrebbero invisibili.

La presenza sul campo inoltre rappresenta un **presidio di tutela dei diritti umani** in contesti che si fondano su dinamiche di sfruttamento e di esclusione: sebbene l'azione di INTERSOS sia basata sull'attività medica offerta alla popolazione, **la presenza costante in determinati contesti dà la possibilità di far emergere bisogni che vanno oltre alla sfera sanitaria** e che grazie alla composizione multidisciplinare dei *team* operanti e alle relazioni di fiducia che si instaurano tra operatori e comunità, trovano ragione di essere espressi, e

che incontrano le forme di tutela e protezione realizzabili in base alle competenze dei team e alle possibilità offerte dai territori in cui si agisce. Questo aspetto è parte integrante dell'intervento socio-sanitario implementato nei territori, laddove per salute si intende una dimensione che si costruisce all'intersezione dei processi sociali secondo l'approccio dei determinanti della salute, che va tutelata in quanto diritto umano fondamentale.

Se il lavoro in salute passa allora per la realizzazione dei diritti delle persone, il raggiungimento di condizioni di vita e lavoro dignitose e libere da forme di esclusione e di violenza diventa l'obiettivo principale dell'azione in contesti caratterizzati da tale complessità; in questo senso, la costruzione di spazi di emersione di situazioni di violazione dei diritti, la loro documentazione e le azioni di *advocacy* condotte a partire dai bisogni della popolazione sono elementi imprescindibili dell'azione stessa ed essenziali per promuovere la salute.

2.2.1 Principi di metodo nella costruzione delle azioni

La metodologia d'intervento con le comunità nei contesti di azione si è sviluppata secondo i seguenti filoni:



- **garantire la presenza e la continuità in contesti di forte esclusione sociale** sui quali, al diffondersi dell'epidemia di SARS-CoV2 e all'attuazione delle misure nazionali di contenimento, si è inserita un'amplificazione dell'isolamento, con conseguente aumento dell'invisibilità delle persone e dei loro bisogni. Questo è fondamentale sia per la tutela e il supporto per le comunità, sia per rendere possibile l'emersione, il monitoraggio e la presa in carico del bisogno sanitario di popolazioni altrimenti non raggiunte dal servizio sanitario pubblico;
- **costruire modalità operative per la prevenzione e il monitoraggio dell'epidemia di SARS-CoV2 adeguate ai contesti d'intervento**, che siano accettabili per popolazioni che vivono in condizioni di marginalità estrema, con la necessità di calare le indicazioni nazionali in contesti complessi. In tali contesti, l'attuazione delle più essenziali misure di prevenzione (dalla cura delle condizioni igienico-sanitarie al distanziamento fisico) è impossibilitata da condizioni di vita segnate da risorse estremamente limitate (precarietà, promiscuità degli ambienti, esclusione e scarso accesso ai servizi, ricattabilità, violenza e sfruttamento). In relazione e in conseguenza a questo, per chi vive tali condizioni di deprivazione, il COVID-19 rappresenta un elemento di criticità che si somma alle difficoltà già esistenti, senza diventare prioritario rispetto ad altri aspetti come il lavoro, i documenti, la ricerca di condizioni di vita dignitose;
- **rafforzare la collaborazione col servizio sanitario pubblico**, passando da azioni di orientamento al servizio allo sviluppo di un intervento di medicina di prossimità, costruito in collaborazione con le istituzioni sanitarie locali. La messa in pratica dell'intervento ha posto il bisogno di costruire un equilibrio delicato tra la necessità degli operatori INTERSOS di lavorare in sicurezza rispetto al rischio epidemico, e quella di adottare modalità operative comprensibili e accettabili da parte delle popolazioni con cui si opera. L'implementazione delle misure di prevenzione e di sistemi di monitoraggio della popolazione in tali contesti rappresenta una sfida complessa in termini salute pubblica, fondamentale per la tutela della salute di tutta la popolazione e quantomai necessaria data l'assenza di indicazioni nazionali specifiche o servizi pubblici dedicati.

La presenza già consolidata sul territorio, nel caso di Roma e della Capitanata, e l'esperienza pregressa con le conoscenze maturate e le reti costruite in Calabria Ionica e Sicilia, hanno permesso di applicare l'approccio scelto per l'intervento sia ai progetti già in corso, rimodulandoli, che ai progetti aperti in tale circostanza, tutelando in molti casi la continuità delle cure anche nel momento di chiusura o di limitata accessibilità dei servizi pubblici.

La riorganizzazione dei servizi in regime di emergenza sanitaria ha di fatto comportato importanti limiti per la continuità delle cure per chi già subisce le note barriere di accesso, aspetto che amplifica le disuguaglianze in salute e rappresenta un fattore di rischio in particolare per chi è affetto da patologie croniche o soffre di condizioni di vulnerabilità. In altre parole, se la chiusura totale del paese è una norma che vale per tutti, le conseguenze in termini di tutela, accesso e fruibilità dei servizi segue la distribuzione delle risorse e delle possibilità delle persone, e chi dispone di meno risorse con più difficoltà potrà accedere a ciò di cui ha bi-

sogno. Va sottolineato inoltre che il divieto di mobilità se non per comprovata necessità e il controllo attuato su tutto il territorio nazionale hanno comportato un importante limite per chi è privo di un regolare permesso di soggiorno, che in molti casi ha sospeso percorsi terapeutici per l'impossibilità di accedere ai servizi o di spostarsi per accedervi.

L'adozione delle misure di prevenzione in tutti i progetti ha richiesto un importante lavoro di adattamento al contesto dei contenuti da veicolare e di diffusione capillare delle informazioni necessarie alla comprensione del fenomeno pandemico e alla tutela della salute individuale e collettiva. L'adozione di approcci culturalmente appropriati per coinvolgere e fornire informazioni in modo efficace alle popolazioni immigrate è un passaggio fondamentale per la costruzione di strumenti a supporto del lavoro di comunità.

LA COSTRUZIONE DELLE INFORMATIVE INDIVIDUALI E COLLETTIVE

Sin dalle primissime fasi della diffusione della pandemia in Italia, nei contesti in cui INTERSOS era già operativa, sono stati organizzati dei **focus group con le comunità**, che hanno coinvolto i medici e i mediatori linguistico-interculturali, con lo scopo di **indagare le conoscenze e le percezioni delle comunità sull'epidemia di COVID-19**. Sulla base del materiale raccolto e delle conoscenze pregresse, gli staff multidisciplinari hanno elaborato i contenuti e la forma delle sessioni formative, integrando le competenze sanitarie con quelle sociali e di mediazione interculturale, costruendo così i messaggi chiave sugli aspetti essenziali sulla malattia e la sua gestione:



- **le manifestazioni cliniche e i fattori di rischio;**
- **le modalità di trasmissione;**
- **le norme di prevenzione;**
- **l'iter diagnostico** da effettuare per i casi sospetti;
- **le informazioni sui servizi** a cui rivolgersi in caso di necessità;
- **le modalità per reperire informazioni** e mettersi in contatto con gli staff INTERSOS in caso di bisogno.

Per veicolare le informazioni in modo immediato, tutti i team hanno sviluppato **materiale grafico multilingue** basato sui risultati dei *focus group*, distribuito ai singoli e affisso in luoghi particolarmente frequentati (come esercizi commerciali o stazioni e fermate di mezzi di trasporto pubblico).

Il contenuto delle sessioni informative è stato modificato periodicamente in funzione dell'andamento epidemiologico, della normativa nazionale, delle valutazioni degli staff, integrando quindi elementi rispetto alle percezioni e i vissuti rispetto al COVID-19, utili al fine di migliorare l'intervento di prevenzione.

Inoltre i team di Roma e Capitanata hanno identificato delle **figure di riferimento all'interno delle comunità**, persone con competenze o con sensibilità e attenzione per le tematiche sanitarie, con una buona conoscenza delle dinamiche sociali del contesto di riferimento e con una buona rete di relazioni nella comunità. L'inserimento di queste figure (*community mobilizer* e *promotori della salute*, vd. par. 3.3.3 e 3.3.4) a supporto dei team ha facilitato la diffusione delle informazioni sul COVID-19 con maggiore competenza

sul piano culturale e sociale, e il contrasto alle percezioni o informazioni non corrette sul piano sanitario, attraverso azioni di *peer-to-peer education*, **portando alla costruzione di una consapevolezza collettiva più solida all'interno della comunità**. La presenza di figure di prossimità appartenenti alla comunità rafforza inoltre la **relazione di fiducia** con gli staff operanti, e **facilita l'accesso al servizio** da parte della popolazione e l'emersione dei bisogni di salute.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO ED EPIDEMIOLOGICO

Legata alle sessioni informative, a tutte le interazioni tra operatori degli staff e comunità, e in apertura di ogni visita medica, si realizza il **pre-triage e screening sanitario per l'individuazione precoce di casi a rischio** per infezione da SARS-CoV2: questa consiste nell'indagare su tutte le persone incontrate la presenza di sintomatologia suggestiva (tosse, febbre e quadri sintomatici più sfumati), l'esposizione a contatti a rischio, l'aver effettuato viaggi da e/o in località a rischio, oltre alla presenza di condizioni patologiche croniche e di vulnerabilità note su cui effettuare un più stretto monitoraggio.

La presenza di almeno uno tra questi criteri porta i pazienti a essere sottoposti a valutazione medica secondo una scheda di valutazione del rischio clinico appositamente elaborata, in ottemperanza alle Linee guida nazionali e alle indicazioni della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generali [Allegato 1]. La valutazione così strutturata guida il medico al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente in regime di isolamento domiciliare fiduciario (laddove possibile) o in strutture dedicate, o alternativamente ad attivare le procedure per l'esecuzione del TNF secondo accordi stipulati con le autorità sanitarie locali.

L'ESIGENZA DI TUTELARE LE PERSONE, OPERARE IN SICUREZZA, ADOTTARE UN APPROCCIO CULTURALMENTE APPROPRIATO

INTERSOS ha operato per adattare le linee guida nazionali e internazionali alla peculiarità delle popolazioni e dei *setting* d'intervento, lavorando in sicurezza nel rispetto degli standard nazionali di prevenzione, ma mantenendo modalità d'intervento accettabili e adeguate al contesto culturale e sociale d'intervento, secondo il principio della "confidenzialità in sicurezza". Questo ha fatto sì che i team svolgessero la maggior parte delle attività socio-sanitarie in ambienti aperti, grazie all'utilizzo di gazebo esterni con quindi adeguata ventilazione ma mantenendo la privacy dei pazienti con separé, adoperando i necessari dispositivi di protezione individuale sia per lo staff che per la popolazione assistita, nel costante rispetto delle distanze di sicurezza e gli standard d'igiene di tutti i materiali utilizzati.

La "**confidenzialità in sicurezza**" è stata mantenuta attraverso l'utilizzo di divise da lavoro in materiale sanificabile, con il colore azzurro ed il logo INTERSOS, stilando procedure di sanificazione dedicate. In considerazione delle numerose attività realizzate nelle aree comuni degli insediamenti informali e talvolta nelle abitazioni, tale approccio ha frequentemente permesso di evitare l'utilizzo di copri-indumenti monouso in contesti a rischio al di fuori delle aree deputate alle visite mediche, dopo aver constatato attraverso i *focus group* l'impatto negativo degli stessi quando utilizzati nei contesti in aree comuni degli insediamenti e negli spazi abitativi.

Questo ha permesso di **agire in sicurezza e al contempo tutelare la relazione di fiducia con la popolazione**, evitando di generare reazioni di timore e diffidenza, con conseguente allontanamento, facendo particolare attenzione alla tutela della privacy dei pazienti a rischio. Va infatti considerato che, soprattutto nelle prime fasi dell'emergenza e al diffondersi dei primi casi, il rischio COVID-19 è stato associato a un forte stigma

sociale, col rischio di isolamento da parte della comunità e diffusione di reazioni di timore nella popolazione. Il principio guida è stato dunque quello di realizzare le azioni in sicurezza, per la tutela della salute sia degli operatori che delle persone raggiunte nel rispetto delle norme vigenti, mantenendo però le caratteristiche di offerta attiva, bassa soglia, nella cura della transculturalità e dell'equità.

LE CRITICITÀ LEGATE ALLA PREVENZIONE IN CONTESTI DI DEPRIVAZIONE

Uno degli aspetti più critici dell'intervento è legato alla **precarietà delle condizioni abitative** in cui vivono le popolazioni interessate, che già rappresentano un fattore di rischio per la salute delle persone sotto molti aspetti. La pandemia rende ancora più esplicita l'**impossibilità di attuare le più semplici e fondamentali misure di prevenzione**, in presenza di condizioni di sovraffollamento, scarse condizioni igienico-sanitarie e un minore accesso ai dispositivi igienici.

In questo senso, con i *focus group* svolti nelle comunità si è voluto rilevare gli ostacoli all'attuazione delle misure di prevenzione, che hanno evidenziato le caratteristiche di promiscuità abitativa, lo scarso accesso all'acqua e servizi igienici inadeguati o assenti. Se quindi da un lato INTERSOS ha lavorato per l'educazione sanitaria con le comunità, dall'altro lato ha intrapreso azioni di *advocacy* istituzionale sottolineando l'importanza di azioni rapide ed efficaci per la tutela della salute collettiva.

Infine, l'aspetto estremamente critico legato all'impossibilità di avviare un isolamento fiduciario o una quarantena in contesti abitativi caratterizzati da sovraffollamento, condizioni abitative degradanti o per popolazioni senza fissa dimora, è stato sollevato ampiamente nelle azioni di *advocacy* sul piano nazionale e in quello locale (cfr. par. [3.1](#) e [3.2](#)).

2.2.2 L'impatto dell'emergenza covid-19 sulla qualità della vita di popolazioni migranti che vivono in condizione di esclusione sociale

Un filone importante dell'intervento di comunità si è focalizzato sull'**impatto della pandemia in chiave di benessere psico-sociale**, contestualmente all'indagine svolta con gli operatori INTERSOS. Da giugno a settembre è stata svolta un'indagine quali-quantitativa con lo scopo di meglio comprendere gli aspetti legati all'impatto della situazione emergenziale legata al COVID-19 sulla salute mentale delle persone che vivono in condizione di esclusione sociale nei contesti di Roma, Capitanata e Sicilia Orientale.

Va specificato che **con qualità della vita si intende un costrutto multidimensionale secondo la percezione che l'individuo ha rispetto alla propria collocazione nella vita**, in relazione al contesto culturale, al relativo sistema di valori e rispetto al proprio esistere (obiettivi, aspettative, standard e interessi) (17, 18). Si tratta di un concetto molto ampio che comprende, in modo complesso, lo stato di salute fisico, psicologico e sociale di ogni singolo individuo, il livello di indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e il rapporto con le caratteristiche salienti dell'ambiente (19). Questa definizione mette in evidenza l'idea che la qualità della vita si riferisce a una valutazione soggettiva che comprende dimensioni positive e negative e che è inserita in un determinato contesto culturale, sociale e ambientale.

L'indagine ha esplorato **il modo in cui le persone migranti percepiscono i propri bisogni** come soddisfatti o meno e il tipo di strategie e risorse che mettono in atto nel tentativo di sentirsi realizzati. Oltre a questo, l'indagine ha dedicato un **approfondimento in relazione alla crisi sanitaria e sociale**, esplorando in che modo il cambiamento radicale determinato dall'emergenza sanitaria ha influenzato la qualità di vita e il livello di soddisfazione, nonché la salute mentale, della popolazione migrante; se e come le persone hanno percepito un peggioramento nel proprio livello di qualità di vita; che tipo di strategie hanno messo in atto per far fronte a ciò.

Gli operatori degli staff INTERSOS di Roma, Capitanata e Sicilia Orientale formati ad hoc, seguendo un percorso strutturato, hanno coinvolto le persone incontrate o conosciute nel corso degli interventi dei team mobili attraverso la somministrazione di questionari e lo svolgimento di interviste e *focus group*.

STRUMENTI

Scheda Socio-anagrafica

Prima della somministrazione di qualsiasi strumento, l'operatore ha compilato la scheda socio-anagrafica, uguale per tutte e tre le tipologie di strumenti.

Strumenti quantitativi

Sono stati utilizzati due strumenti testistici: il **WHO Quality of Life-BREF** e l'**Impact Event Scale-Revised** (IES-R). I questionari sono stati forniti in lingua francese, inglese e italiano a persone con una buona comprensione di una delle lingue.

Il **WHO Quality of Life-BREF**⁵ è uno strumento elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per la valutazione della qualità della vita. Si tratta della forma abbreviata del *WHOQOL-100*, il *WHOQOL-BREF* esplora la percezione soggettiva dello stato di salute attraverso 26 items.

L'**Impact Event Scale-Revised** (IES-R⁶) è stato utilizzato per la valutazione dei sintomi da stress post traumatico legato all'emergenza COVID-19 e per la valutazione generale dell'impatto dell'evento sulla popolazione coinvolta. L'IES-R è un questionario di autovalutazione breve e facilmente somministrabile, contenente 22 items. L'IES-R non è uno strumento diagnostico per il disturbo da stress post-traumatico; piuttosto, si basa sulla relazione dei sintomi del paziente e viene utilizzato per valutare la risposta non prima di una o due settimane dopo un evento traumatico. Le domande dell'IES-R sono volte a valutare la salienza emotiva e traumaticità di un evento, quindi la gravità dei sintomi del disturbo da stress post-traumatico negli ultimi sette giorni. L'IES viene suddiviso in 3 sottoscale: intrusività (difficoltà a rimanere addormentato, esperienza dissociativa, simile ai flashback), evitamento (la tendenza a evitare pensieri o promemoria sull'evento) e ipervigilanza (sensazione di irritazione, rabbia, difficoltà nell'insorgenza del sonno).

Strumenti qualitativi

Per indagare l'impatto che la crisi sanitaria ha avuto sulla qualità della vita dei migranti che vivono in condizione di esclusione sociale sono stati impiegati due strumenti: l'**intervista semi-strutturata** e il **focus group**. Attraverso l'utilizzo dell'intervista semi-strutturata e il *focus group* è stato possibile analizzare la percezione dei partecipanti riguardo gli ambiti che compongono il costrutto della qualità della vita: salute fisica, salute psicologica, relazioni sociali, ambiente. Particolare attenzione è stata prestata nell'indagare come la qualità della vita soggettiva sia cambiata a partire dalla pandemia, con domande riguardo il benessere dei soggetti prima e durante l'emergenza sanitaria. Nel corso della somministrazione l'intervistatore ha seguito una traccia che ha fornito ai vari operatori una guida riguardo agli argomenti da trattare. Trattandosi di un tipo di traccia semi-strutturata, nella quale sono state individuate le macro-aree da trattare, nel corso della somministrazione gli operatori hanno potuto adattare le domande al normale flusso della conversazione tenuta con il/la partecipante. Contemporaneamente, sono stati utilizzati metodi creativi da affiancare alla semplice stimolazione verbale: in alcuni casi, gli intervistatori hanno ad esempio invitato l'intervistato a citare frasi, immagini, testi di una canzone, che siano rappresentativi del suo vissuto e lo/a aiutino a meglio esprimere la sua percezione soggettiva di come la sua qualità di vita è cambiata dall'avvento della pandemia. I materiali qualitativi raccolti attraverso interviste e *focus group* sono stati audio-registrati, trascritti ed è stata condotta una accurata analisi tematica secondo la metodologia proposta da Braun e Clarke (20). I principali risultati dell'indagine sono presentati alla sezione ["3.4 L'impatto dell'emergenza COVID-19 sulla qualità della vita nei contesti di esclusione sociale"](#).

5 Disponibile in <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

6 Weiss, D.S. (2007). The Impact of Event Scale-Revised. In J.P. Wilson, & T.M. Keane (Eds.) *Assessing-psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 168-189). New York: Guilford Press.

2.3 L'ADVOCACY ISTITUZIONALE E LA COLLABORAZIONE COL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO

INTERSOS ha perseguito un approccio che interseca **l'advocacy istituzionale con la collaborazione tra settore pubblico e privato sociale**, perseguendo una visione di sostegno al servizio sanitario e alle politiche pubbliche pur sollevando, quando presenti, le criticità e le mancanze, oltre che gli ambiti e le azioni di cui le istituzioni nazionali e locali devono necessariamente farsi carico per la piena tutela della salute dei singoli e delle collettività.

La **messa in rete con numerose altre realtà** impegnate nell'ambito di "salute e migrazione", sia sui territori che sul piano nazionale (come la partecipazione al **Tavolo Immigrazione e Salute**⁷ e al **Tavolo Asilo**⁸), ha sostenuto e potenziato la costruzione di interventi di *advocacy* locale e nazionale, che nel contesto dell'emergenza da COVID-19 hanno richiamato l'attenzione su alcune gravi mancanze istituzionali in merito alla gestione del quadro pandemico nei contesti di forte marginalità sociale. Obiettivo delle azioni di *advocacy* istituzionale, è stato indirizzare le politiche pubbliche e la destinazione di risorse in senso favorevole alla tutela della salute delle persone e delle comunità, attraverso l'utilizzo strategico delle informazioni e delle esperienze costruire sul campo. Le azioni intraprese hanno puntato ad agire prevalentemente su due aspetti tanto centrali quanto critici, esacerbati dall'insorgere della pandemia:



- **le condizioni di vita delle persone che vivono in contesti di esclusione sociale;** le azioni hanno seguito l'approccio dei determinanti sociali e la tutela del diritto alla salute in ottica di salute globale, evidenziando gli interventi strutturali, sia contesto-specifici che sul più ampio piano delle politiche migratorie, necessari a proteggere realmente la salute individuale e collettiva. Nello specifico dell'emergenza COVID-19, questo significa fornire alle persone gli strumenti per attuare le basilari misure di prevenzione, accedere ai servizi sanitari territoriali senza barriere e discriminazioni, essere tutelati da politiche inclusive volte all'integrazione e al riconoscimento dei diritti umani;
- **l'assenza di indicazioni nazionali per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione dell'epidemia da SARS-CoV2 per le popolazioni che vivono contesti di marginalità estrema e in condizioni di elevata vulnerabilità.** Nel contesto pandemico emergenziale, l'elaborazione di dati e le indicazioni che riguardassero la popolazione migrante e/o in condizioni di esclusione sociale sono giunte nel corso dei mesi, anche grazie alle azioni di *advocacy* delle organizzazioni già attive sul campo. Com'è stato ed è tuttora evidente al di là dell'emergenza COVID-19, per tutelare la salute dei singoli e delle collettività è fondamentale includere nell'agenda politica, nell'organizzazione degli interventi socio-sanitari e nella definizione delle politiche pubbliche le popolazioni più marginali, che a fronte di bisogni di salute complessi hanno minore accesso a risorse e servizi, minori tutele, e in conseguenza maggiore esposizione ai fattori di rischio per la salute, secondo un'amplificazione dei processi alla base delle disuguaglianze sociali e in salute.

7 Al **Tavolo Immigrazione e Salute** partecipano 10 diverse organizzazioni: Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI), Emergency, Centro Astalli, INTERSOS, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, Medici per i Diritti Umani (MEDU), Medici Senza Frontiere, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e Caritas italiana, fondatrici, cui si è poi aggiunta Sanità di Frontiera. Sono inoltre presenti, in qualità di componenti esterni permanenti l'UNHCR, l'OIM, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il NAGA.

8 Al **Tavolo Asilo** partecipano: A Buon Diritto, ACLI, ActionAid, Amnesty International Italia, ARCI, ASGI, Avvocato di Strada, Caritas Italiana, Centro Astalli, CIR, Comunità Papa Giovanni XXIII, CNCA, Europasilo, Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, FOCUS-Casa dei Diritti Sociali, Fondazione Migrantes, INTERSOS, Legambiente, Médecins du Monde missione Italia, Medici per i Diritti Umani, OXFAM Italia, Save the Children Italia, Senza Confine, SIMM

La collaborazione con il settore pubblico e nello specifico con i Servizi Sanitari Regionali, oltre al dipartimento politiche sociali del Comune di Roma, si è basata sul confronto tra le istituzioni e il privato-sociale attivo sui territori, adottando il principio della **sussidiarietà verticale**, secondo il quale è fondamentale l'**alleanza tra il settore pubblico istituzionale** (che deve svolgere il proprio ruolo di *governance* a garanzia dell'universalità del diritto alla salute) e **la società civile impegnata per la tutela della salute della popolazione immigrata**, che rappresenta un osservatorio privilegiato sulla realizzazione del diritto alla salute, nonché una risorsa sul territorio con esperienza, competenza e reti attive di relazioni e collaborazioni da cui partire per la definizione degli interventi sociali e sanitari [\(21\)](#).

Seguendo i principi teorici e pratici della *Primary Health Care* [\(22\)](#), dalle primissime fasi del fenomeno pandemico e in assenza di indicazioni nazionali, INTERSOS ha proposto alle istituzioni sanitarie locali di collaborare per la definizione di protocolli operativi.

Questo ha consentito di **integrare le disposizioni nazionali relative al COVID-19 con l'approccio della medicina di prossimità** rivolta ai contesti più difficilmente raggiungibili, di apportare le competenze costruite con il lavoro sul campo nel corso degli anni e di porre al centro degli interventi la comunità, in quanto portatrice di bisogni e di risorse.

L'approccio di intervento nei territori e di sostegno del servizio sanitario pubblico, ha di fatto portato INTERSOS a passare da azioni prevalentemente volte all'orientamento ai servizi e all'*empowerment* della popolazione, a diventare un partner formale dei Servizi Sanitari Regionali e di altre istituzioni pubbliche locali, con il mandato di svolgere le funzioni relative alla prevenzione e al monitoraggio dell'andamento pandemico nei contesti d'intervento. Questo ha permesso di valorizzare la ricchezza di competenze ed esperienze maturate nel tempo dall'organizzazione, di metterle a disposizione del settore pubblico per l'implementazione di un approccio di lavoro in salute fondato sulla comunità, sostenendo il ruolo centrale che il servizio sanitario pubblico deve assumere per la tutela della salute delle popolazioni in condizioni di vulnerabilità, e di conseguenza dell'intera collettività.

BOX: APPROFONDIMENTO**LA PROCEDURA DI EMERSIONE:
UNO SGUARDO CRITICO DALL'ESPERIENZA
NELLA CAPITANATA***A cura di Daniela Zitarosa ed Elda Goci***CONTESTO**

Oggi centinaia di migliaia di persone straniere che vivono in Italia da tempo – per gran parte lavoratrici e lavoratori che occupano settori importanti del mercato del lavoro italiano (assistenza familiare, agricoltura, logistica, ecc.) o richiedenti asilo ai quali è stata negata tutela – sono prive di permesso di soggiorno, a causa della mancata programmazione nell'ultimo decennio di effettivi flussi di ingresso e da ultimo a causa del c.d. "Decreto sicurezza" del 2018.

Le lungaggini della burocrazia che stanno dietro alla prassi amministrative, le stesse prassi erranee e in alcuni casi illegittime delle pubbliche amministrazioni e il mancato accesso in Italia attraverso canali d'ingresso legali e regolarizzati nell'ambito del lavoro con quote previste da provvedimenti ad hoc, sono solo alcune delle cause dietro al problema che affligge migliaia di persone per quel che riguarda la regolarità del soggiorno.

L'entrata in vigore della L. 132/2018, ha in ultimo inficiato drasticamente la condizione di regolarità del soggiorno delle persone straniere e ha reso maggiormente precaria la condizione giuridica e le condizioni di accoglienza dei richiedenti asilo

Secondo i dati forniti dall'istituto ISPI nell'ultimo *report* datato al 31 gennaio 2020 si stima che in Italia il numero degli stranieri irregolarmente presenti si aggiri a circa 600.000. Non diversa la stima presentata all'interno del *report* sull'immigrazione della fondazione ISMU che facendo una somma tra gli irregolari presenti al 1° gennaio 2019 e coloro i quali hanno ricevuto un diniego alla propria domanda d'asilo da inizio 2019 fino al 15 maggio 2020, più i casi in attesa di esito sempre al 15 maggio, porta il totale a circa 690mila persone.

Pur in mancanza di dati certi, è stimabile che dei circa 40.000 lavoratori agricoli stagionali occupati nel corso di un anno in Puglia, almeno la metà operi nella Provincia di Foggia; di questi un numero sempre più elevato di persone è costretto a stanziare stabilmente o per significativi periodi dell'anno all'interno di insediamenti informali privi delle condizioni minime per una vita dignitosa. È ben noto che la maggior parte delle persone straniere impiegate in agricoltura versano in condizioni di precarietà lavorativa. Altrettanto noti sono i fenomeni consolidati di sfruttamento lavorativo che, ai danni di tali persone, si realizzano nell'intera provincia e che, nel recente passato, hanno fatto sì che emergessero anche condizioni di riduzione in schiavitù.

LA PROCEDURA DI EMERSIONE

Nonostante gli appelli e le proposte avanzate dalla società civile per una risposta trasversale e unitaria alla richiesta di regolarizzare le persone straniere in Italia, il Governo ha adottato una disposizione non risolutiva e non soddisfacente al bisogno di regolarizzazione delle centinaia di migliaia persone straniere esposte a sfruttamento ed emarginazione sociale. Tale procedura è stata disciplinata dall'articolo 103, comma 1 del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020 convertito con modificazioni nella legge n. 77/2020. Le finalità menzionate dallo stesso articolo erano quelle di garantire livelli adeguati di tutela della salute individuale e collettiva in conseguenza della emergenza sanitaria attuale e di favorire "l'emersione di rapporti di lavoro irregolari"

DISCIPLINA – IN BREVE

Si premette che INTERSOS non ha svolto attività di presa in carico legale e dunque non ha seguito la procedura della regolarizzazione in maniera individuale. Nell'ambito del progetto socio-sanitario in Capitanata, si è proceduto – a seguito di una formazione ad hoc con lo staff – a dare informative generiche rispetto alla regolarizzazione, con l'obiettivo di poter meglio indirizzare i beneficiari a chi, invece, prevedeva sul territorio una puntuale presa in carico.

Essendo inoltre la procedura fin da subito poco chiara nei termini della legge stessa, e prevedendo tra le altre cose, particolari cause di esclusione, si è scelto come Organizzazione di non procedere con informative di gruppo ma di indirizzare a sessioni individuali con chi di competenza, per facilitare quindi una valutazione individuale della situazione, in considerazione dei requisiti richiesti per proseguire con l'istanza. Di seguito verrà brevemente esaminata parte della procedura per poterne meglio evidenziare i limiti riscontrati nel contesto operativo del progetto medico socio-sanitario INTERSOS, senza voler esaminare nel dettaglio un provvedimento complicato nel suo complesso.

La procedura di emersione è stata attiva per un lasso di tempo specifico configurandosi come una sorta di decreto flussi pur non prevedendo delle quote, e ha riguardato solo specifici settori lavorativi ovvero quello dell'agricoltura, del lavoro domestico e dell'assistenza alla persona. La regolarizzazione ha previsto due modalità di emersione:

1. Una, demandata al datore di lavoro (cittadino italiano, dell'Unione EU o di paese terzo lungo soggiornante) il quale poteva, debitamente nei settori specifici sopramenzionati, contrarre:

- un contratto ex novo con una persona straniera presente in Italia;
- far emergere la sussistenza di un rapporto di lavoro irregolare in corso con cittadini italiani, comunitari o con cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale.

2. L'ipotesi di regolarizzazione prevista al comma due, invece, consentiva agli stranieri di un paese terzo, con un permesso di soggiorno scaduto o non convertito dal 31/10/2019 e che avessero comprovatamente lavorato precedentemente in uno dei settori sopra indicati, di richiedere un permesso di soggiorno temporaneo, della durata di sei mesi dalla presentazione dell'istanza.

Tale permesso di soggiorno può essere convertito entro il termine e se il cittadino straniero presenta determinati requisiti, in un permesso di soggiorno per motivi di lavoro.

Per entrambe le ipotesi si doveva dare la prova di presenza sul territorio nazionale da prima del 8.3.2020 e non allontanamento dopo tale data dall'Italia. La presenza in Italia prima della data prevista era dimostrabile attraverso le seguenti prove:

- Dichiarazione di presenza ai sensi della legge n.68 del 28.5.2007;
- Rilevo fotodattiloscopico;
- Attestazioni costituite da documentazioni di data certa provenienti da organismi pubblici.

In aggiunta, le persone straniere che volevano accedere alla richiesta di permesso di soggiorno di lavoro temporaneo dovevano altresì dimostrare:

- Di avere svolto attività lavorativa, in particolare modo se debitamente comprovata, prima del 31.10.2019, purché in determinati settori lavorativi.

Erano inoltre richiesti anche requisiti reddituali, che non verranno qua esaminati.

PRINCIPALI LIMITI

I. I settori lavorativi individuati dalla legge:

Sono rimasti esclusi molti altri settori economici, nei quali pure i cittadini stranieri sono impiegati in gran numero in condizioni irregolari, come quelli dell'industria, dell'edilizia, del commercio, della logistica, del trasporto, della ristorazione.

È dunque rimasta fuori un'ampia parte della popolazione priva di soggiorno attualmente occupata od occupabile nei settori esclusi.

II. I requisiti relativi alla richiesta di presenza in Italia e la titolarità di un permesso scaduto solo dopo il 31.10.2020

Una delle prove ammesse per dimostrare la presenza in Italia ante la data stabilita era collegata al fotosegnalamento. Molte persone straniere, pur vivendo in Italia da moltissimi anni, non sono state mai foto segnalate – si pensi per esempio a tutte le persone che sono reclusi in casa da chi perpetua sfruttamento o chi è impiegata a lavorare in nero e sottoposta a regimi di controllo e privazione della libertà personale. Meno facilmente dimostrabile il requisito per la seconda ipotesi di regolarizzazione del comma due rispetto all'aver un permesso di soggiorno scaduto o non convertito solo dal 31.10.2019, senza considerare le tante altre persone presenti in Italia da più tempo e in una condizione di irregolarità, che non potevano presentare istanza con "supporto" del datore di lavoro. Molte delle persone che vivono all'interno degli insediamenti, non hanno potuto accedere alla procedura del secondo comma perché -seppur possedendo gli altri requisiti - avevano un permesso di soggiorno non convertito / scaduto prima di tale data.

Molte delle persone che vivono all'interno degli insediamenti, non hanno potuto accedere alla procedura del secondo comma perché -seppur possedendo gli altri requisiti - avevano un permesso di soggiorno non convertito / scaduto prima di tale data.

III. La titolarità del passaporto valido

Un ulteriore requisito escludente è stato quello della titolarità del passaporto in corso di validità. Molte delle persone presenti in Italia non ne sono provviste, senza considerare che i consolati – i quali prevedono il rilascio del passaporto – prevedono procedure di rilascio molto dilatate nel tempo e che non sono state aperte al pubblico nel periodo dell'emergenza COVID-19.

IV. Costi della procedura

I costi, differenziati a seconda che si trattasse del primo o del secondo comma, sono nella pratica ricaduti interamente sulla persona straniera generando in alcuni casi di cui INTERSOS è a conoscenza indiretta vere e proprie frodi a danno delle persone straniere che hanno pagato cifre ben più alte di quelle previste per la procedura e che non sono neppure certi che la propria pratica sia andata a buon fine.

V. Le cause di esclusione

Si ricorda in ultimo, le cause ostative, di inammissibilità e di rigetto dell'istanza, per i datori di lavoro e per i lavoratori, connesse a circostanze rilevanti sotto il profilo penale o della pericolosità sociale, previste. Tali clausole non verranno qua esaminate, basti riportare che sono state anch'esse, nella loro ristrettezza, paletti ulteriori e che hanno limitato la possibilità di accesso alla procedura.

CONCLUSIONI

L'esiguo numero di richieste da parte di lavoratrici e lavoratori agricoli non fa altro che confermare l'inadeguatezza di un provvedimento che non tiene conto della complessità del problema, non portando di fatto alla regolarizzazione di moltissime persone che ad oggi continuano a permanere in Italia in continua posizione di irregolarità. Stante ai dati ufficiali pubblicati nel *report* consultabile al sito del Ministero dell'Interno, il totale delle domande pervenute è stato di 207.542, con una prevalenza – circa l'85 % del totale delle domande - riguardanti il lavoro domestico e di assistenza alla persona contro solo il 15 % delle domande per l'emersione del lavoro subordinato, pari a 30.694, e tra queste, solo circa 29.500 riguardano l'agricoltura. Osservando che la maggior parte delle domande sono state presentate da datori di lavoro nell'ambito del lavoro domestico e della cura della persona, si può facilmente dedurre che si è toccato in minima parte il problema dello sfruttamento lavorativo nel settore agricolo. A favore di tale tesi si riporta il dato delle domande presentate nella Provincia di Foggia, storicamente interessata purtroppo da tale condizione.

In Puglia il totale delle domande presentate per lavoro subordinato è di 2871, nella Provincia di Foggia pari a 1268. Si ricorda che questi dati non si riferiscono al buon esito delle domande. Inoltre, questo dato non sta a significare che tutte le domande avranno esito positivo, è solo il dato del numero totale delle domande inoltrate.

Si può concludere che le disposizioni farraginose e lastricate di paletti e cavilli normativi, ha reso la procedura molto complicata e limitante. Non si è tenuto conto del quadro complessivo, delle condizioni di assoggettamento che la maggior parte delle persone migranti irregolari vive nel settore agricolo e non solo in questo. Al di là dei limiti previsti dalla stessa normativa, nel concreto si sono generati anche ulteriori ostacoli e di certo il procedimento non ha soddisfatto le aspettative generate tra le stesse persone destinatarie della regolarizzazione.

L'unica via per contrastare lo sfruttamento di questi lavoratori e permetterne la reale emersione come persone e non solo come manodopera, è una riforma della legislazione nazionale in materia di immigrazione e la regolarizzazione di coloro che non hanno o hanno perso il loro titolo di soggiorno. È necessaria un'azione istituzionale complessiva su diversi piani interconnessi tra loro. La pianificazione deve portare ad una effettiva inclusione sociale, abitativa e lavorativa e deve contrastare efficacemente il sistema di sfruttamento sul quale si regge l'intera filiera del lavoro agricolo dalla semina e raccolta dei prodotti agricoli. L'iniziativa istituzionale sino ad ora praticata, infatti, risulta evidentemente parziale e insoddisfacente, insufficiente quantitativamente e qualitativamente, quando non dannosa allo scopo della liberazione delle persone dalle condizioni di sfruttamento, degrado e, talvolta, schiavitù.



3. Le principali azioni e i risultati raggiunti nei progetti emergenza COVID-19

In questa sezione vengono presentati i principali risultati dei Progetti INTERSOS sull'emergenza COVID-19, con una prima sezione di descrizione delle azioni di *advocacy* istituzionale sul piano nazionale (3.1), seguita da una sezione relativa alla collaborazione con i servizi territoriali nei singoli contesti (3.2). La sezione 3.3 presenta le attività

svolte con le comunità, includendo i principali risultati dell'analisi quantitativa dei dati raccolti tramite le schede di valutazione del rischio clinico. In conclusione, vengono presentati i risultati dell'indagine quali-quantitativa sull'impatto della pandemia sulla qualità della vita delle persone che vivono in contesti di esclusione sociale estrema (3.4).

3.1 AZIONI DI *ADVOCACY* SUL PIANO NAZIONALE

Sin dalle primissime fasi della diffusione dell'epidemia in Italia, INTERSOS ha avviato, in collaborazione con altre realtà e organizzazioni non governative⁹, numerose azioni di *advocacy* sul piano nazionale e locale per assicurare l'adozione tempestiva di misure di prevenzione e contenimento della pandemia rivolte alle popolazioni che vivono in condizioni di marginalità estrema.

ADVOCACY PER LA SALUTE GLOBALE: AZIONI SUL PIANO STRUTTURALE

Dall'inizio del mese di marzo, sono state inviate numerose lettere ai Ministeri della Salute, dell'Interno, del Lavoro e delle Politiche Sociali, delle Politiche agricole alimentari e forestali, all'Istituto Superiore di Sanità, ai Presidenti delle Regioni Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Basilicata e Sicilia, e ai "Commissari straordinari di Governo per il superamento delle situazioni di particolare degrado" delle aree di Manfredonia (FG), San Ferdinando (RC) e Castelvoturno (CE), nominati nel 2017.

Le azioni di *advocacy* istituzionale, affiancate da comunicazioni a carattere più divulgativo¹⁰, hanno messo in evidenza la necessità di **adottare con urgenza ulteriori misure di prevenzione**, in termini di promozione dell'accesso ai servizi sanitari, all'acqua, ai servizi igienici e a tutte le misure atte a promuovere l'igiene personale per le persone in condizione di marginalità sociale.

Sottolineando **il rischio che le condizioni di promiscuità e lo scarso o nullo accesso all'acqua e ai servizi igienici comportano**, oltre alle possibili gravi conseguenze sul piano del contenimento in contesti di sovraffollamento, INTERSOS e le organizzazioni firmatarie delle lettere, hanno sostenuto l'urgenza che le Regioni si attivassero affinché, anche tramite un coordinamento con le altre istituzioni competenti per territorio (Prefetture, Comuni, ASL ecc.), **le persone presenti negli insediamenti informali potessero essere rapidamente trasferite presso idonee strutture di accoglienza**, di piccole dimensioni o comunque atte a garantire il rispetto delle misure igienico-sanitarie previste dai decreti in materia di emergenza COVID-19.

In considerazione dello stato emergenziale, si è suggerita l'adozione di tale misura senza alcuna distinzione tra i singoli casi (e dunque anche per persone prive di permesso di soggiorno o titolari di una tipologia di permesso che non consente l'inserimento nel SIPROIMI), nonché a prescindere da eventuali progressi provvedimenti di revoca e/o cessazione di precedenti progetti di accoglienza.

9 Tavolo Immigrazione e Salute, Tavolo Asilo, Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, Médecins du Monde Missione Italia, Medici contro la Tortura, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, ARCI, A Buon Diritto Onlus, ActionAid, Campagna Ero Straniero, CNCA, Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, Oxfam, Sanità di Frontiera, Terra!

10 Report "Un'emergenza nell'emergenza. L'intervento di INTERSOS in Italia contro il COVID-19", reperibile al link: <https://www.INTEROSOS.org/wp-content/uploads/2020/10/Report-Progetto-COVID-19-Italia-ITA-update-20.09.pdf>; Report "L'altra emergenza di Roma. Il COVID-19 tra i dimenticati della Capitale", reperibile al link: <https://www.INTEROSOS.org/wp-content/uploads/2020/06/Report-emergenza-covid-roma-DEFINITIVO.pdf>; Report "Imparare dall'emergenza. Il modello di risposta territoriale di INTERSOS a Roma", reperibile al link: https://www.INTEROSOS.org/wp-content/uploads/2020/12/ReportBuonePraticheROMA_itaFINAL.pdf

Le lettere inviate alle istituzioni competenti, altresì indicavano che nelle more di tali trasferimenti, risultava fondamentale che fossero adottate urgentemente una serie di misure al fine di assicurare:



- **l'approvvigionamento idrico di emergenza** al fine di fornire acqua potabile nella quantità necessaria;
- la distribuzione di **kit igienici** a cadenza periodica;
- la disponibilità di **servizi igienici** e la **raccolta periodica dei rifiuti**;
- l'attività di **informazione e orientamento**, con l'ausilio di mediatori culturali o operatori di comunità delle nazionalità maggiormente rappresentate all'interno degli insediamenti, e la distribuzione di materiale informativo multilingue;
- interventi (ad esempio mediante unità mobili) atti a consentire la **tempestiva individuazione delle persone con sintomi o fattori di rischio** per COVID-19, in modo da poter essere adottate immediatamente le necessarie misure sanitarie;
- **l'individuazione di strutture** dove potessero essere collocate le persone con necessità di isolamento fiduciario e/o quarantena.

Si sottolineava inoltre la **necessità di tavoli istituzionali regionali di coordinamento socio-sanitario per la gestione dell'emergenza epidemiologica** in tali contesti, con la partecipazione delle organizzazioni del privato sociale attive sul territorio, e si evidenziava la necessità di rimuovere le barriere amministrative che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari territoriali.

Oltre a questo, veniva infine sollevata **la criticità relativa alla competenza territoriale delle Questure** per il disbrigo di procedure burocratico-amministrative attinenti la condizione giuridica, che pone la maggior parte delle persone dimoranti in tali insediamenti nella condizione di dover sostenere spostamenti sul territorio nazionale in un periodo in cui essi sono fortemente limitati e scoraggiati.

ADVOCACY PER LA DEFINIZIONE DI PERCORSI SANITARI PER I SERVIZI TERRITORIALI

Oltre a quanto già evidenziato, le prime fasi della pandemia sono state segnate dall'assenza di indicazioni nazionali specifiche sulla costruzione di interventi rivolti alla popolazione immigrata e in condizioni di marginalità sociale.

Il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) e il Tavolo Asilo (TA) hanno da subito indicato la limitata capacità di risposta a livello territoriale e la disuguaglianza nelle esperienze altamente eterogenee adottate in diversi territori, sottolineando la **necessità di una governance nazionale e di indicazioni chiare per i servizi competenti a livello territoriale**, al fine di evitare il moltiplicarsi di esperienze frammentarie ed estemporanee e di garantire la tutela del diritto alla salute per le persone e i gruppi che vivono in condizioni di marginalità.

Il Tavolo Asilo e il Tavolo Immigrazione e Salute, dopo aver effettuato un monitoraggio sulla gestione dell'emergenza COVID-19 nelle strutture di accoglienza facenti capo alle proprie reti, nei mesi di marzo e aprile hanno chiesto ai Ministri dell'Interno, della Salute, delle Pari opportunità e alla Protezione Civile l'elaborazione di indicazioni specifiche rivolte alle popolazioni in condizione di vulnerabilità e marginalità.

Tali lettere chiedevano:



- **la definizione di percorsi di accoglienza** aperti e in sicurezza (principalmente a pertinenza dei comuni, ANCI e prefetture);
- **l'attivazione di un tavolo tecnico** per la definizione di indicazioni nazionali ad interim da parte dell'Istituto Superiore di Sanità;
- **il rafforzamento della governance** di tali processi e l'adozione di sistemi di monitoraggio.

Nei mesi di luglio e settembre 2020, INTERSOS ha partecipato alla delegazione (in rappresentanza del TIS e del TA) convocata dal Ministero della Salute, che veniva consultata in merito all'elaborazione delle "Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19" redatte dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (8).

Anche in tale contesto, è stata sollevata la **necessità di redigere indicazioni operative dedicate al quadro degli insediamenti informali**. Nei mesi successivi, l'interlocuzione istituzionale è proseguita con la condivisione da parte di INTERSOS relativamente agli aspetti critici derivanti dall'esperienza diretta sul campo.

Nonostante il parziale risultato ottenuto con le Indicazioni ad interim pubblicate a luglio, e successivamente aggiornate a ottobre, va evidenziato che il tema è stato toccato dalle istituzioni in una fase già avanzata, e che le indicazioni operative sono non vincolanti per i Sistemi Sanitari Regionali; quest'ultimo aspetto è dovuto al fatto che l'organizzazione delle prestazioni sanitarie è materia di competenza regionale, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" rimane quindi sospesa in modo ambiguo tra la legislazione esclusiva dello Stato e quella delle Regioni, determinando una disomogenea applicazione a livello territoriale della normativa e delle indicazioni nazionali, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nella tutela della salute (16).

IL CASO DELLE NAVI QUARANTENA E DEI BUS QUARANTENA DI UDINE

INTERSOS, congiuntamente con altre organizzazioni riunite nel Tavolo Minori Migranti¹¹, nel Tavolo Immigrazione e Salute e nel Tavolo Asilo, ha portato avanti azioni di *advocacy* in merito all'utilizzo delle navi per la quarantena per persone appena giunte in Italia via mare non solo positive al SARS-CoV2, ma anche per chi non era stato ancora testato, a cui si sono aggiunti anche adulti positivi trasferiti dai centri d'accoglienza, quindi in Italia da tempo.

In merito ai MSNA appena arrivati in Italia collocati sulle navi per la quarantena di 14 giorni (con permanenza dei positivi fino a negativizzazione), il Tavolo Minori ha richiesto ed ottenuto un incontro con il Ministero dell'Interno, per evidenziare con forza **l'illegittimità del trattenimento dei MSNA sulle navi quarantena**, presentando contestualmente alcune proposte alternative, quali il trasferimento dei MSNA positivi per SARS-CoV2 in centri FAMI che possono funzionare come struttura per l'isolamento fiduciario in vista dell'inserimento dei minori in

11 Il Tavolo minori migranti è un network coordinato da Save the Children, di cui fanno parte AiBi, Amnesty International, Asgi, Caritas Italiana, Centro Astalli, CeSpi, CIR, CNCA, Defence for Children International Italia, Emergency, INTERSOS, Oxfam Italia, Salesiani per il Sociale, SOS Villaggi dei bambini e Terre des Hommes. UNHCR partecipa con lo status di Osservatore.

SIPROIMI. In seguito all'azione congiunta di *advocacy*, i MSNA non sono più stati collocati sulle navi quarantena. Rispetto invece agli adulti e ai nuclei familiari appena arrivati in Italia, collocati sulle navi per la quarantena di 14 giorni e rispetto al trasferimento degli adulti positivi dai centri di accoglienza alle navi, è stata sottoscritta una lettera come Tavolo Asilo al Ministero dell'Interno, ottenendo la cessazione di tali trasferimenti. È tuttora in corso invece il collocamento sulle navi quarantena delle persone appena arrivate in Italia.

Altra grave situazione di pessima gestione del periodo obbligatorio di quarantena si è verificata ad Udine, dove due autobus sono usati come luogo di quarantena. Il 5 settembre in un parco cittadino vengono parcheggiati due bus, in cui le autorità chiedono a 30 persone provenienti dalla Rotta Balcanica di passare il periodo di quarantena senza allontanarsi, fornendo due bagni chimici e un tubo come unico strumento per l'igiene personale. Un trattamento irrispettoso dei diritti umani per cui il 14 settembre INTERSOS, insieme all'associazione di Udine Ospiti in Arrivo, ASGI ed ActionAid, ha scritto al Prefetto di Udine ed al Capo Dipartimento della Protezione Civile, ricordando che in base al Decreto 17 marzo 2020, c.d. Cura Italia, i prefetti possono requisire strutture idonee per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria ed isolamento fiduciario. Solo il 24 settembre finalmente le 30 persone vengono trasferite, e successivamente non è più stato fatto ricorso a tale soluzione indegna, lesiva e discriminatoria.

Questo episodio e la critica a soluzioni estemporanee, altamente inadeguate, stigmatizzanti e non rispettose dei diritti umani evidenziano come **l'unica accoglienza degna**, a prescindere dalla pandemia e ancor più nel contesto pandemico, **è quella diffusa e di piccole dimensioni**, che può meglio tutelare la dignità della persona, oltre che garantire l'accesso ad ambienti più salubri ed adeguati alla prevenzione.

GLI INSEDIAMENTI INFORMALI DEI BRACCIANTI AGRICOLI COME DETERMINANTI NEGATIVI DI SALUTE.

Come superare la politica dei ghetti?

Il sistema di sfruttamento sul quale si regge l'intera filiera del lavoro agricolo parte dalla Grande Distribuzione Organizzata che impone prezzi al ribasso, arrivando a schiacciare soprattutto l'ultimo anello della catena di produzione, i lavoratori agricoli. La parte più sfruttata e ricattabile di questi lavoratori è composta da persone migranti, che arrivano a prendere in certi casi appena 3€ per ora di lavoro, e che popolano gli insediamenti informali in particolare nel Sud Italia, in veri e propri ghetti.

Da oltre 20 anni si ripetono tentativi istituzionali di superamento di questi luoghi di negazione di dignità e diritti, che nella loro precarietà assottigliano la salute di chi vi dimora, ma senza alcun risultato efficace, perché spesso si tratta di azioni con una matrice emergenziale e non sistemica.

Gli obiettivi prioritari devono spaziare dalla corretta comunicazione, alla tutela giuridica delle persone straniere, dall'accoglienza al diritto all'abitare, dai trasporti pubblici alla lotta al caporalato ed allo sfruttamento in agricoltura con il rispetto di tutte le disposizioni normative e dei livelli salariali stabiliti dalle leggi e dai contratti collettivi, e garantendo un efficace incontro fra domanda e offerta di lavoro.

La precarietà della condizione giuridica rende questi lavoratori facilmente ricattabili, e disposte spesso a qualsiasi condizione pur di avere un lavoro; la mancanza di un meccanismo efficace di assunzione determina la presenza dell'intermediazione, alimentando le irregolarità e l'esercizio di potere sui lavoratori, condizioni fortemente lesive dei loro diritti. Sono infine da evitare le soluzioni abitative di grandi dimensioni destinate ai lavoratori agricoli, rispondendo al solo bisogno alloggiativo, senza guardare alla complessità dello sfruttamento e alla necessità di un approccio multidisciplinare, rischiando di riprodurre la dinamica dei ghetti in forma istituzionalizzata.

La **Rete di Prossimità della Capitanata**¹², composta da **12 realtà che operano stabilmente sul territorio**, a settembre 2019 ha presentato nella propria **Piattaforma**¹³ le criticità e i limiti delle iniziative finora attivate in quel territorio, prima fra tutte gli **sgomberi degli insediamenti informali**, attuati in modo del tutto svincolato dalle necessità e dalla volontà di chi li abita, e soprattutto **senza fornire reali alternative ai lavoratori**.

Imprescindibile è il **coinvolgimento diretto delle comunità dimoranti** negli insediamenti, prima ancora che del privato sociale che presta assistenza, troppe volte inascoltate da parte delle istituzioni nella gestione del fenomeno. È altresì imprescindibile strutturare percorsi di integrazione sociale che pongano fine alla stagione dell'odio e della discriminazione che ultimamente ha governato il tema delle migrazioni sulla base di rappresentazioni falsate della realtà.



La Rustica, Roma © UNICEF _ Alessio Romenzi

¹² La Rete di Prossimità della Capitanata è composta da: Africa United, AIMS, Anolf Puglia, A.S.G.I., Caritas Borgo Mezzanone, Caritas San Severo, coop. soc. Arcobaleno, FLAI-CGIL Foggia, INTERSOS, coop. Soc. Medtraining, coop. Soc. Oasi 2 San francesco, ass. Solidautnia.

¹³ Rompiamo la catena dello sfruttamento lavorativo, liberiamo i diritti - presentazione della piattaforma della Rete delle associazioni della provincia di Foggia in tema di lavoro agricolo, accoglienza e migrazioni - <https://www.INTERSOS.org/wp-content/uploads/2019/09/Rompiamo-la-catena-dello-sfruttamento-lavorativo-liberiamo-i-diritti.pdf>

3.2 AZIONI LOCALI DI ADVOCACY, COSTRUZIONE DEGLI INTERVENTI E COLLABORAZIONE COI SERVIZI TERRITORIALI

Sul piano della collaborazione coi servizi territoriali, in fase iniziale sono state sollevate **numerose criticità**, specifiche per ogni contesto, che in linea generale possono essere riassunte nei seguenti punti:



- **la mancanza di interventi mirati dell'istituzione sanitaria** all'interno degli insediamenti informali e dei contesti di forte esclusione sociale;
- **l'assenza di strutture dedicate per gli isolamenti fiduciari** di persone asintomatiche ma positive al COVID-19 prive di una dimora adeguata all'isolamento;
- **la necessità di trasferimento immediato delle persone con condizioni di vulnerabilità note** in strutture adeguate alla tutela della propria condizione;

A Roma, l'assenza di una cabina di Regia coordinata Regione-Comune-ASL- privato sociale, per il coordinamento degli interventi, l'emanazione di direttive e procedure chiave, la strategia operativa

La necessità di costruire interventi mirati per e con le popolazioni più marginali si fonda sul principio di equità, uno dei pilastri fondanti del SSN, e sull'imperativo di tutelare la salute dei più fragili come strategia per tutelare la salute di tutta la popolazione.

3.2.1. Città di Roma

A partire dalle primissime fasi della pandemia, la strategia dei **Team Mobili Sanitari in risposta all’Emergenza COVID-19** (TMSEC) è stata quella di garantire la continuità dell’offerta attiva di un presidio di orientamento sanitario, potenziandone la dimensione “mobile” e connotandolo come una **unità di valutazione del rischio COVID-19 di prossimità**, anche sviluppando la collaborazione con le istituzioni sanitarie locali. Questo anche perché, nella complessità del contesto romano, INTERSOS ha evidenziato tempestivamente con le istituzioni locali l’assenza di percorsi diagnostici per persone senza fissa dimora sintomatiche o a rischio, come l’assenza di strutture e posti in accoglienza per persone sintomatiche, paucisintomatiche, con contatti a rischio, senza dimora o in condizione di vulnerabilità sociale.

Già dall’inizio di marzo, la rimodulazione delle attività ha portato INTERSOS ad elaborare le procedure d’intervento rivolte alla popolazione senza fissa dimora e in condizioni di esclusione sociale, su cui è stata proposta la collaborazione alle autorità locali; questo ha portato immediatamente alla **formalizzazione del sostegno da parte del Comune di Roma**, mentre con **ASL RM1 e RM2 è stata rafforzata la collaborazione operativa** (sia con l’Unità Operativa Salute Migranti della ASL RM1 che con il Servizio d’Igiene e Sanità Pubblica della ASL RM2).

Le attività di educazione sanitaria, valutazione del rischio e supporto ai percorsi di presa in carico per rischio SARS-CoV-2 per le persone senza fissa dimora e in condizioni di marginalità sociale, si sono concentrate sulle principali occupazioni abitative insistenti sul territorio della ASL RM2 (valutate sulla base della numerosità, della frammentazione sociale e delle condizioni igienico-sanitarie), presso gli insediamenti informali limitrofi e presso le principali stazioni di Roma: Tiburtina e Termini.

Nel mese di aprile, su richiesta e segnalazione di comitati cittadini, organizzazioni del terzo settore e della stessa ASL, l’attività si è estesa ad altre occupazioni abitative, servizi a bassa soglia e luoghi di prossimità (descritti in sintesi nel primo capitolo).



Stazione Termini, Roma, marzo 2020 © Martina Martelloni

L’implementazione di interventi di prevenzione e monitoraggio della pandemia si è scontrata, nelle fasi iniziali, con la **difficoltà di costruire un dialogo interistituzionale a carattere socio-sanitario**, legato alla mancanza di organicità e di coordinamento degli interventi in una realtà cittadina complessa, in cui operano diversi attori del settore pubblico e privato, che ha sofferto la debolezza della *governance* sanitaria per quanto riguarda la gestione dell’accesso alla salute e alle misure di prevenzione rivolte a persone in condizione di maggiore fragilità ed esclusione sociale, e che di conseguenza ha limitato la capacità di costruire risposte operative efficaci ed integrate.

Una criticità aggiuntiva è stata rappresentata dalla **sospensione dei nuovi ingressi in strutture di accoglienza** dal mese di marzo, con eccezione di persone con gravi vulnerabilità, minori e persone destinate alle case rifugio. Tuttavia, l’assenza di procedure operative o percorsi operativi univoci ha reso complesso l’inserimento in struttura anche nei casi in cui questo rimaneva possibile. La responsabilità della gestione sanitaria degli ingressi è stata, pertanto, demandata ai referenti dei vari dipartimenti comunali di competenza che, a loro volta, hanno strutturato percorsi più o meno validi, con estrema frammentazione e arbitrarietà.

La sospensione dei nuovi ingressi ha significato non avere, di fatto, soluzioni abitative da proporre a persone che, più che mai, avrebbero avuto bisogno di protezione.

In collaborazione con la rete di organizzazioni sul territorio¹⁴ e il Comune di Roma, INTERSOS ha da subito avviato l'interlocuzione con il capo gabinetto della Regione Lazio, l'Assessore alle Politiche Sociali, *Welfare*, gli Enti Locali, la Responsabile della Segreteria dell'Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria, le Direzioni sanitarie della ASL RM2 e della ASL RM1; questo con l'obiettivo di:



- **permettere l'accesso alle informazioni** inerenti i comportamenti da adottare e le norme specifiche riguardo la prevenzione del COVID-19 alla popolazione senza fissa dimora e/o in condizione di esclusione sociale;
- **individuare precocemente e orientare** ai percorsi di sorveglianza stabiliti dal SSR le persone appartenenti alla popolazione target che presentino sintomi guida (tosse, febbre, raffreddore);
- **supportare il SSR**, di concerto con le istituzioni locali (Comune, Prefettura e Comitati della Protezione Civile), nel garantire accoglienza e sorveglianza sanitaria a persone senza fissa dimora e/o in condizione di esclusione sociale.

Nel corso delle interlocuzioni è emersa la **necessità di strutturare un coordinamento** al fine di monitorare l'evoluzione della situazione epidemiologica per la popolazione senza dimora o in condizione di marginalità, nonché la necessità di dedicare una o più strutture all'accoglienza di persone senza dimora sintomatiche/paucisintomatiche e/o con particolari fattori di rischio per COVID19. Già dal mese di marzo, il Comune di Roma (Assessorato alla Persona, Scuola e Comunità solidale) ha proposto un accordo di collaborazione per l'apertura di un centro di emergenza sanitaria con 21 posti letto, destinato all'accoglienza di persone italiane e straniere senza dimora ed in condizione di fragilità.

L'accesso avviene mediante segnalazione alla Sala Operativa Sociale. A INTERSOS è stata chiesta la possibilità di effettuare screening per rischio COVID-19 all'ingresso in struttura, anche a causa della mancata responsività dell'ASL di competenza nel momento specifico.

Nel mese di maggio **INTEROS ha concluso un accordo di collaborazione con il Comune di Roma** (Direzione Accoglienza e Inclusione U.O. Contrasto ed Esclusione Sociale) **per lo sviluppo e l'attuazione di un modello di sorveglianza sanitaria e assistenza socio-sanitaria a tutela delle persone senza fissa dimora o in condizione di vulnerabilità**, come azione di contrasto in corso dell'emergenza COVID-19.

In stretta collaborazione con le ASL di competenza e con gli enti gestori, INTERSOS ha avviato attività di supporto ai centri di accoglienza del circuito cittadino e ai servizi legati all'Emergenza Sala Operativa Sociale (SOS), per un totale di 24 strutture. Le azioni di supporto includono la formazione degli operatori dei centri di accoglienza sui principi di base di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza anche con figure specifiche dedicate (gli "operatori sentinella"), la definizione di procedure operative standard e *flowchart* sulla ricerca attiva di casi sospetti di COVID-19 nelle strutture di accoglienza, affiancata da una costante attività di supporto e supervisione.

Oltre a questo, vengono effettuate le visite mediche di valutazione del rischio COVID19 e vengono fornite le indicazioni per i nuovi inserimenti e per le persone già accolte e sintomatiche, in attesa che vengano istituiti percorsi di quarantena in altre strutture idonee.

¹⁴ Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Caritas, Medici Senza Frontiere, Medici per i Diritti Umani, Médecins du Monde, Comunità di Sant'Egidio.

In totale sono stati siglati in tre protocolli d'intesa firmati da INTERSOS ed il dipartimento politiche sociali del Comune di Roma:

1. Comune di Roma – prot.n 19110 del 19 marzo 2020 (Oggetto: misure ANTI-COVID 19 rivolte alla popolazione senza fissa dimora e/o in condizione di esclusione sociale di Roma Capitale), per l'intervento su SFD nelle stazioni, nelle mense sociali ed in supporto alla SOS;

2. Comune di Roma – prot.n 27527 del 04 maggio 2020 (Oggetto: accordo di collaborazione per lo sviluppo di modello di sorveglianza sanitaria e assistenza socio-sanitaria a tutela delle persone senza fissa dimora o in condizione di fragilità nell'ambito della situazione di emergenza sanitaria da COVID 19), per il supporto ai centri del circuito cittadino, ai centri del circuito accoglienza SOS ed allo SPRAR per uso emergenza [Barzilaj](#);

3. Comune di Roma – prot. QE/2020/70797 del 16 novembre 2020 (Oggetto: Accordo di collaborazione per il monitoraggio, lo screening e l'assistenza delle persone con fragilità socio-sanitarie, nell'ambito della situazione di emergenza sanitaria da COVID 19), per la realizzazione di linee guida di indirizzo per la riapertura delle accoglienze su Roma, la formazione nei centri per MSNA, anti-tratta e SAI/ex SIPROIMI, la sorveglianza sanitaria nei centri ponte.

A questi si aggiungono un protocollo siglato da INTERSOS con l'ASL RM2 ed il Comune di Roma:

4. ASL RM2 e Comune di Roma del 22 dicembre 2020 (Oggetto: protocollo di quarantena nelle strutture intermedie [Barzilaj](#) e [Bakhita](#); i.e. centri ponte) ed un quinto con ASL RM2:

5. ASL RM2, INTERSOS, Medici per i diritti umani, Sanità di Frontiera onlus, 13 gennaio 2021, per il rafforzamento dell'assistenza sanitaria di primo livello per i cittadini stranieri e italiani in condizioni di fragilità, in considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in atto.

BOX: APPROFONDIMENTO

L'ISTITUZIONE DEI CENTRI PONTE NELLA CITTÀ DI ROMA

Grazie alla collaborazione di INTERSOS con il Dipartimento delle Politiche Sociali (con particolare riferimento all'Ufficio Immigrazione) e la ASL RM2 (Dipartimento di Prevenzione e UOC Tutela immigrati e stranieri) **è stato istituito a luglio 2020 un Centro Ponte, denominato Barzilai, per la quarantena prudenziale di persone candidate all'accoglienza** in SAI/ex SIPROIMI. Nel rispetto della tutela della salute degli ospiti e degli operatori, era infatti necessaria l'istituzione di un centro intermedio, cioè un luogo sicuro dotato di camere singole e servizi privati in cui poter attendere i giorni necessari a garantire un ingresso in sicurezza nel servizio SPRAR cui si viene assegnati, dopo aver effettuato un TNF in ingresso e in uscita. INTERSOS garantisce lo screening medico a queste persone, fornendo inoltre orientamento ai servizi in risposta ai bisogni di salute emergenti; in sinergia con la ASL, che garantisce invece i TNF all'ingresso e al 14° giorno (attualmente al 10° giorno, secondo le ultime linee guida del 12 ottobre). Per ogni positività, si attiva contestualmente il trasferimento presso l'Urban Hotel di Roma, dedicato al ricovero di casi positivi a- o pauci-sintomatici.

BARZILAI

Barzilai è un centro di accoglienza ex SPRAR, gestito dalla cooperativa Medihospes, nella zona sud-est di Roma. La struttura è costituita da un edificio composto da stanze singole, su 3 piani, 1 piano dedicato alle donne, e 2 ad ospitare gli uomini, per un totale di 21 stanze, ognuna delle quali dotata di servizi privati adatti a trascorrere l'isolamento prudenziale secondo le linee guida in vigore. La struttura delle stanze permette di ospitare un utente per camera, sono quindi esclusi nuclei familiari, o coppie. **Gli ospiti, tutti provenienti dal circuito SAI/ex SIPROIMI, vengono accolti dopo essersi sottoposti a screening sanitario operato da INTERSOS**, e vengono ospitati nelle stanze per 10 giorni, con un TNF rapido in entrata e in uscita a cura dell'autorità sanitaria. In caso di conferma della negatività, dopo i 10 giorni vengono indirizzati al nuovo centro di destinazione. In caso di positività al tampone, l'ospite viene trasferito in un Hotel COVID del Comune di Roma. Agli ospiti viene fornito il vitto e tutto ciò di cui hanno bisogno durante l'isolamento. INTERSOS è qui operativa da luglio 2020 con l'organizzazione di giornate formative al personale in servizio della struttura, composto principalmente da operatori sociali, assistenti sociali e psicologi. Le giornate formative si sono incentrate sulle corrette procedure e sulla gestione e prevenzione dell'infezione, uso corretto dei DPI, in particolare in riferimento alla pandemia, e corrette procedure di segnalazione di casi sospetti o accertati di infezione da SARS-CoV-2.

L'istituzione di tale tipologia di accoglienza, ad agosto, ha di fatto permesso la riapertura in sicurezza delle accoglienze di uomini e donne titolari di protezione, altrimenti sospese per mancanza di procedure di prevenzione, come tutte le altre accoglienze.

Altro elemento cruciale è stata l'istituzione di una struttura dedicata all'inserimento di persone per donne sole o nuclei familiari in attesa di tampone o che necessitano di un posto protetto per la quarantena/isolamento fiduciario in vista di un successivo inserimento nel circuito della rete SAI/Ex SIPROIMI.

Tale Centro Ponte, denominato "Casa Bakhita", è stato attivato a gennaio 2021, sempre attraverso il protocollo fra Dipartimento Politiche Sociali del Comune di Roma e l'ASL RM2 (UOC Tutela immigrati e stranieri) con il supporto di INTERSOS per il *triage* e l'assistenza sanitaria.

CASA BAKHITA

"Casa Bakhita" si trova nella zona Est di Roma, ma in questo caso le unità immobiliari di isolamento **ospitano nuclei familiari: sono mini appartamenti adeguati ad ospitare famiglie con bambini**, e le procedure di inserimento ed accoglienza sono le medesime: screening medico, emersione di eventuali bisogni sanitari con particolare attenzione alla salute materno-infantile, informativa sul SARS-CoV2 e sui servizi territoriali di riferimento. In questo centro viene fornito tutto il necessario per il benessere dei bambini ospitati nel rispetto dell'età e delle necessità. Anche questa struttura è gestita dalla cooperativa Medihospes, e la collaborazione è attiva a partire da gennaio 2021, entro gli stessi termini protocollati dalla ASL RM2 per Barzilai e dal Comune di Roma con INTERSOS. Gli ospiti assegnati nei due centri svolgono un colloquio precedente all'accoglienza curato dall'Ufficio Immigrazione: l'accettabilità dell'accoglienza presuppone la disponibilità a restare isolati nel periodo definito. Al momento della valutazione sanitaria operata da INTERSOS viene rinnovato anche l'orientamento alle modalità di accoglienza della struttura, e l'informativa rispetto al COVID-19.

I dati delle strutture al 31/1/21 vedono per, dall'inizio del progetto, **174 persone ospitate** tra cui 133 uomini e 41 donne; con regolare ciclicità vengono accolti contemporaneamente nella struttura circa 15-20 ospiti, in rapporto agli inserimenti del circuito SAI/ex SIPROIMI gestiti dall'Ufficio Immigrazione del Comune di Roma. Nella struttura di Bakhita, dall'inizio del progetto sono stati accolti e visitati 9 nuclei familiari su una disponibilità di 6 appartamenti (uno viene lasciato vuoto per accogliere eventuali positivi al tampone in ingresso). I nuclei familiari sono presenti esclusivamente nel centro Bakhita, e sono costituiti per lo più da nuclei monoparentali, composti da mamma e bambini molto piccoli: al termine di gennaio, hanno trovato ospitalità 24 persone, fra cui 14 donne; il totale dei bambini e bambine sotto i 3 anni è di 9 ingressi, mentre 2 sono gli *under 17*.

La maggior parte delle persone accolte provengono da altre strutture di accoglienza, **hanno fatto richiesta di asilo sussidiario o protezione internazionale**, ma non mancano casi di **persone senza fissa dimora**, o che hanno trovato accoglienza in case private presso amici o parenti già presenti su territorio nazionale. La nazionalità maggiormente rappresentate sono dell'Africa Sub Sahariana Occidentale (principalmente Ghana, Senegal, Burkina Faso) e Africa orientale (Sudan, Somalia, Eritrea) ma anche Medio Oriente, (Iraq - Kurdistan, Siria Afghanistan) inoltre una cospicua rappresentazione del Bangladesh. L'età media degli ospiti è compresa fra i 20 e i 40 per lo più di sesso maschile. Nel centro Bakhita, l'età media degli ospiti adulti è di poco inferiore, e si tratta nella maggioranza mamme con bambini anche molto piccoli, di età dai 9 mesi ai 17 anni.

La difficoltà ad accettare l'isolamento è stata spesso riscontrata e raccontata dalle operatrici e operatori del centro, sempre dotati di grande pazienza e capacità comunicative; inoltre, restare chiusi per 10 giorni in una stanza rappresenta una difficoltà oggettiva, anche se le strutture sono organizzate per fornire più comfort possibili durante l'isolamento. **INTERSOS provvede a fornire a tutte le persone un kit igienico-sanitario** compreso di materiale informativo. Ai bambini viene fornito un kit variato, con informative semplificate, giocattoli, e materiali igienico-sanitari.

Il protocollo fra Comune di Roma, ASL RM2 e INTERSOS così strutturato permette un'efficace metodologia di prevenzione nel contesto dell'attuale pandemia in merito al contenimento delle infezioni e la gestione in comunità. **I positivi intercettati in questo modo sono ad oggi 11**: senza questo meccanismo di "filtro" queste persone avrebbero probabilmente, loro malgrado, contribuito a diffondere l'infezione da SARS-CoV2, costringendo interi centri di accoglienza a misure di screening di massa, quarantena totale ed un enorme dispiego di fondi ed energie.

3.2.2 Capitanata

Il Progetto Capitanata vedeva già attiva una collaborazione operativa con l'ASL di Foggia dal 2018, formalizzata tramite protocollo d'intesa nel luglio 2019, e numerose relazioni collaborative con altri attori istituzionali del territorio, quali la Regione Puglia, AReSS (Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale) Puglia, l'Azienda Ospedaliero Universitaria - Ospedali Riuniti Foggia.

La rapida evoluzione della situazione pandemica ha portato, nel mese di marzo, alla stipula della **convenzione con AReSS**, per la realizzazione dell'intervento per l'emergenza COVID-19 negli insediamenti informali nel contesto del Progetto Su.Pr. Eme., cofinanziato dall'Unione Europea.

All'interno di questa cornice, INTERSOS collabora operativamente con l'**ASL di Foggia** per la realizzazione degli interventi di prossimità negli insediamenti informali in contrasto all'emergenza COVID-19 con due unità mobili mediche. Il raccordo è tutt'ora costante con la Direzione Generale e Sanitaria dell'ASL di Foggia, il Dipartimento di Prevenzione, il Servizio d'Igiene e Sanità Pubblica, in merito alla trasmissione di casi sospetti e diagnosi di positività, alla gestione degli isolamenti e delle quarantene, alla *contact tracing*, nonché relativamente alla discussione delle criticità emerse contestualmente al lavoro sul campo.

Relativamente all'impossibilità di isolare i casi sospetti o positivi al SARS-CoV-2 o i contatti di casi negli insediamenti informali, è stato realizzato un *assessment* condiviso con le istituzioni locali.



Ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone, Foggia

Questo ha portato, nel mese di marzo, all'**attivazione di una struttura alberghiera per isolamenti e quarantene**, tra le prime in Italia, a San Giovanni Rotondo, su delibera della Regione Puglia. La struttura è rimasta a disposizione fino a luglio 2020, data in seguito alla quale non è stata rinnovata la convenzione da parte dell'ente gestore, e i casi positivi o sospetti sono successivamente stati isolati in container o sono stati ricavati spazi adeguati presso servizi e strutture sanitarie già esistenti sul territorio, adottando quindi delle soluzioni estemporanee, sino al successivo ricorso ad un albergo COVID.

Presso il distretto di Foggia, la ASL ha accolto la richiesta di INTERSOS di prevedere la possibilità di **iscrizione temporanea alle aziende sanitarie locali con assegnazione del MMG, presso il luogo di effettiva dimora, attraverso autocertificazione di domicilio**¹⁵, per coloro il cui luogo di effettiva dimora non coincide con la residenza formale (come vale ad esempio per i lavoratori agricoli stagionali).

¹⁵ L'autocertificazione di domicilio consente un'iscrizione temporanea e rinnovabile al SSR in persone aventi regolare titolo di soggiorno ai sensi dell'art. 42, commi 1 e 2 del DPR n. 394/1999. Ai fini della dimostrazione del domicilio non deve essere richiesta alcuna documentazione aggiuntiva non prevista dalla legge (quali dichiarazione di ospitalità, contratto di affitto, la cessione di fabbricato) in quanto ai fini dell'individuazione del domicilio rileva il luogo in cui la persona ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi, e non il luogo in cui la persona ha la dimora abituale, che definisce invece la sua residenza (codice civile, art. 43).

Con il presentarsi dei primi casi di COVID-19 presso l'insediamento di Borgo Mezzanone, nel mese di agosto, INTERSOS ha evidenziato ulteriormente la necessità di adottare diversi provvedimenti sul territorio per potenziare l'attività di monitoraggio della pandemia, tra cui:



- **l'accorciamento della catena diagnostica** attraverso l'istituzione di un punto simile a un "drive-through" presso l'ex Pista di Borgo Mezzanone;
- **la realizzazione rapida di strutture di isolamento** attraverso l'attivazione di unità di isolamento interne al CARA o nella ex Pista per assicurare l'isolamento immediato e temporaneo in attesa di spostamento dei casi sospetti e dei contatti stretti di casi accertati;
- **l'attivazione di una struttura dedicata all'isolamento** di persone positive al COVID-19 che non necessitino di ricovero ospedaliero;
- **la riallocazione immediata in centri di accoglienza o strutture adeguate** per le persone con condizioni di vulnerabilità, previa quarantena prudenziale;
- **il potenziamento delle figure dei mediatori linguistico-interculturali** presso i servizi sanitari pubblici;
- **l'indicazione ai datori di lavoro agricoli** di effettuare la misurazione della temperatura corporea dei dipendenti prima del turno lavorativo.

Dal mese di agosto e sino al termine dell'insorgenza di casi positivi per SARS-CoV-2, è stata istituita una **postazione USCA per l'ex pista di Borgo Mezzanone** e una postazione per realizzare TNF all'ex Pista di Borgo Mezzanone è stato attivato per i periodi che hanno contato casi ricorrenti di positività. Sono state disposte 50 unità di isolamento attraverso container in prossimità dell'ex Pista per assicurare l'isolamento temporaneo di eventuali casi sospetti e/o dei contatti stretti di casi accertati, in attesa di attivare

altre strutture dedicate; in aggiunta, è stata destinata in via esclusiva all'insediamento di Borgo Mezzanone una delle postazioni 118 dedicate all'emergenza COVID-19. Si è inoltre realizzato un **sistema integrato di raccolta dati fra gli operatori del Servizio Sanitario pubblico e INTERSOS**. In accordo con AReSS e INTERSOS, la ASL Foggia e il Policlinico di Foggia hanno provveduto a selezionare mediatori omo-culturali (della stessa origine linguistica-culturale della maggior parte delle persone assistite) per facilitare la presa in carico dei pazienti.

Nonostante la costruzione di procedure operative in accordo con le istituzioni locali e il continuo confronto, **l'assenza di un meccanismo di messa in sicurezza di persone con profili di alto rischio prognostico o con altre vulnerabilità ha comportato numerose criticità**. Tale elemento ha incontrato molti ostacoli, primo fra tutti il discrimine fra persone con regolare titolo di soggiorno e senza, per i secondi, seppur portatori di vulnerabilità, un'immediata presa in carico è deputata solo all'eventuale disponibilità del terzo settore, peraltro già saturato. Per i primi, restano comunque molti elementi di ostacolo, in primis burocratici, e in alcuni casi di disponibilità d'accoglienza. In seguito alle richieste avanzate alle istituzioni nazionali e regionali dal Team di INTERSOS, dal mese di aprile 2020 **la Regione ha avviato interventi igienico-sanitari per l'approvvigionamento idrico all'interno degli insediamenti**. Il 23 aprile si sono conclusi i lavori d'installazione delle cisterne per l'approvvigionamento di acqua potabile negli insediamenti spontanei nell'area della Capitanata, periodicamente rifornite da Acquedotto Pugliese. Sono stati attivati punti acqua con autobotti in 6 diversi insediamenti della provincia di Foggia, fra cui Borgo Mezzanone dove prima era assente l'approvvigionamento idrico. Nello specifico sono state installate 12 cisterne alla ex pista di Borgo Mezzanone, 1 cisterna a Borgo San Matteo, 2 cisterne a Palmori, 2 cisterne a Borgo Cicerone, 4 cisterne a Poggio Imperiale e 4 cisterne a Pozzo Terraneo, nell'area del cerignolano. È stata inoltre aumentata la portata dell'acqua al Gran Ghetto e a Borgo Tre Titoli. Sono stati installate toilette a Borgo Mezzanone e aumentate quelle presenti nel Gran Ghetto, e sono stati rimossi i rifiuti in entrambi gli insediamenti.

3.2.3 Calabria Ionica

La collaborazione fra la ASP di Crotona ed INTERSOS risale al 2014, anno del primo protocollo d'intesa per il progetto Mesoghios, che ha sviluppato un ambulatorio dedicato a persone senza titolo di soggiorno, o transitanti, fino ad allora assente sul territorio e successivamente passato in gestione alla ASP. La relazione con l'ASP di Crotona è stata rinnovata nel 2016 (anno in cui è iniziato il progetto in co-finanziamento ASP-INTERSOS, Fami Prog-99 "Sistema Integrato di accoglienza e presa in carico di casi di vulnerabilità psico-socio-sanitaria tra la popolazione migrante nella Calabria Ionica"), e di nuovo nel 2020 nell'attività di prevenzione COVID-19 che si inquadra nel sopra citato **Progetto Su.Pr.Eme. Italia**. La collaborazione con l'USCA territoriale per la gestione dei casi sospetti nell'area 1 è stata diretta.

Nella zona di Corigliano e Rossano (area 2), nuova zona di intervento di INTERSOS, si è costruita una buona sinergia operativa con l'ASP di Cosenza, con coordinamento costante con la Direzione sanitaria. Il team mobile si è messo a disposizione delle aziende sanitarie, a supporto delle attività relative alla prevenzione e alla gestione dell'emergenza. Tuttavia, le peculiarità dell'intervento emergenziale hanno lasciato un margine limitato per la strutturazione di risoluzioni a lungo termine, che andassero oltre alla gestione dell'emergenza e potessero definire percorsi di tutela della popolazione immigrata in tale territorio.

Nel complesso periodo storico in cui sono state avviate le attività progettuali, è stata fondamentale la rete di relazioni e collaborazioni precedentemente costruite, che hanno facilitato la realizzazione delle azioni raggiungendo il maggior numero di persone possibile, nonostante le restrizioni legate alla diffusione pandemica. Oltre al coordinamento con il **Progetto regionale IN.CI.PIT** contro lo sfruttamento delle vittime di tratta¹⁶, è stata fondamentale la **collaborazione con il Progetto Aylan**¹⁷, dedicato alla tutela della salute dei migranti in condizione di vulnerabilità psico-sociale (progetto su fondo PON Le-



Promozione della salute, Sottoponte Stazione Ferroviaria di Crotona, aprile 2020

galià gestito dall'ASP di Crotona, in partenariato con la Regione Calabria ed il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali), che ha agevolato la gestione delle vulnerabilità incontrate sul campo. Nel contesto del progetto Aylan, l'intervento di INTERSOS è portato avanti con due psicologi, in coordinamento con Arci e Croce Rossa Italiana, per la presa in carico tutti i tipi di vulnerabilità. L'associazione di Migranti Arci "Djiguya," nel contesto della pandemia, ha messo a disposizione la propria sede per la realizzazione dei kit che sono stati distribuiti oltre a facilitare il confluire dei beneficiari, durante le attività di prevenzione COVID-19.

Nella zona ampia e complessa della Sibaritide, in cui invece INTERSOS ha operato per la prima volta, il supporto delle realtà impegnate da tempo sul territorio ha determinato la buona riuscita dell'intervento. La creazione di una rete nell'area di intervento denominata Corigliano-Rossano (area 2) ha inoltre permesso di inserire all'interno delle attività progettuali una **sessione di formazioni dedicata agli operatori sociali della zona**. Nello specifico le sessioni effettuate hanno visto la partecipazione di gruppo di circa 30 operatori volontari della Caritas, impiegati nelle mense popolari del Comune di Corigliano Rossano, in coordinamento con il responsabile delle stesse, e ha avuto come tema la prevenzione del rischio COVID-19 nei *setting* delle loro attività associative.

16 Per maggiori informazioni si veda <https://www.progettoincipit.com/>

17 Per maggiori informazioni si veda <https://ponlegalita.interno.gov.it/progetti/aylan>

3.2.4 Sicilia

SICILIA ORIENTALE



Cassibile, estate 2020

L'emergenza sanitaria ha portato all'avvio delle attività nel contesto del **Progetto Su.Pr.Eme** presso l'insediamento informale del territorio di Cassibile (SR), in collaborazione con la Regione Siciliana (Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali e del Lavoro), il Comune di Siracusa (Assessorato alle Politiche Sociali), la Prefettura, la Questura, l'ASP di Siracusa, il Centro per l'impiego e l'Ispettorato del lavoro. Da due anni vi è un progetto approvato dal Comune di Siracusa per la **costruzione di un insediamento formale** e l'installazione di abitazioni di legno collegate ai servizi, bloccato da aspetti burocratici e di risorse da destinargli. Nel corso dell'intervento, al supporto sanitario **è stato affiancato anche l'orientamento abitativo e il supporto verso la mobilità**, data l'imminente chiusura del lavoro stagionale. Il team ha realizzato sistematici *focus group*, analizzando individualmente i bisogni primari delle persone presenti. Nella prima metà di luglio si sono verificate azioni di intolleranza da parte degli abitanti di Cassibile contro l'insediamento e i suoi abitanti. Nei giorni seguenti, parallelamente alle attività sanitarie, in collaborazione con il Sindaco e l'assessore alle Politiche Sociali e alla Famiglia del Comune di Siracusa, e le associazioni del territorio, si è risposto ai bisogni abitativi evidenziati durante i *focus group* con i lavoratori stanziali, offrendo una soluzione abitativa alternativa alla permanenza all'interno dell'insediamento, per poter tutelare prima di tutto l'incolumità dei lavoratori.

SICILIA OCCIDENTALE



Campobello di Mazara / Castelvetrano (Trapani)

L'intervento di Supporto Sanitario realizzato in partenariato con l'ASP di Trapani nell'insediamento informale di Campobello di Mazara / Castelvetrano, sempre all'interno del **Progetto Su.Pr.Eme.**, ha previsto presso l'ex Cementificio l'utilizzo di due unità mobili mediche, a fronte di un'importante *gap* sanitario in periodo d'emergenza, nei mesi di novembre e dicembre 2020. L'educazione sanitaria e la distribuzione di kit igienico-sanitari ha interessato la totalità della popolazione, composta da quasi 2.000 lavoratori. Oltre a quanto offerto negli altri progetti, ossia promozione della salute, monitoraggio del rischio COVID-19 e visite mediche, è stato fornito un servizio di supporto psicologico, rivolto in particolare alle donne, con due psicologhe. È stato inoltre assicurato l'orientamento legale grazie ai due operatori legali di progetto.

Nel merito dell'intervento di prevenzione da contagio da virus COVID-19, dopo i 6 casi di positività al virus COVID-19 accertati dall'USCA a metà ottobre, prima dell'inizio dell'intervento di INTERSOS, tutti i casi che hanno richiesto accertamento con TNF sono risultati negativi per SARS-CoV-2. Le autorità territoriali non avevano predisposto un piano in caso si presentassero casi multipli di positività.

Dagli 802 lavoratori che hanno ricevuto orientamento legale, emerge che a seguito delle disposizioni introdotte dal decreto legge 113/2018 riferito alla popolazione straniera presente sul territorio,

molte persone abbiano perso la titolarità del soggiorno a causa dell'abrogazione del permesso per motivi umanitari. In molti di questi casi le difficoltà nella procedura di conversione dei permessi in permesso di soggiorno per lavoro, sono stati insuperabili, per la scadenza dei termini, o a causa della mancanza dei requisiti richiesti.

Il rapporto costante con le amministrazioni di riferimento ha fatto in modo che si potessero ottenere piccoli miglioramenti rispetto alle necessità di base dei destinatari dell'insediamento. **L'interlocuzione continua con i sindaci di Castelvetro e Campobello di Mazara, ha consentito la creazione di un tavolo tecnico** ed una apertura verso la possibilità di istituire l'accesso alla residenza "fittizia".

In diverse occasioni si è riusciti a far riattivare il servizio di rifornimento idrico, e attraverso la collaborazione con la Sager di Castelvetro, sono stati aumentati i cassonetti disponibili per la **raccolta dei rifiuti**.

Malgrado il lavoro costruttivo realizzato in partnership con l'ASP 9 di Trapani, continuano a riscontrarsi diverse criticità nel servizio sanitario pubblico:

- **mancanza di formazione del personale sanitario di struttura pubblica**, ospedaliera e del presidio di continuità assistenziale locale, (in particolare anagrafe sanitaria per l'accesso ai servizi e approccio transculturale) sui diritti e delle prestazioni sanitarie di base, facenti parte dei LEA (livello essenziale di assistenza), previste e garantite dal sistema sanitario nazionale; tale mancanza di formazione ha comportato la insufficiente erogazione del servizio, il quale è stato garantito dal supporto tecnico del personale sanitario e/o degli operatori legali dei team mobili INTERSOS;
- per i soggetti privi di documenti, **scarsissima erogazione dei codici STP**, necessari per l'accesso ai servizi sanitari pubblici;
- per i soggetti provvisti di regolare permesso di soggiorno e regolare iscrizione al sistema tessera sanitaria è stata riscontrata la **mancata iscrizione alle liste locali del medico di medicina generale e difficoltà enormi per poterla ottenere**;
- **mancanza di mediatori linguistico-culturali**, necessari per tutte le diverse fasi della presa in carico del paziente, dalla raccolta anamnestica al rilascio del piano terapeutico. Ciò ha comportato più volte la redazione di certificazioni sanitarie parziali o con informazioni false con conseguente parziale o totale aderenza del paziente al piano terapeutico.



3.3 ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, MONITORAGGIO E GESTIONE DEI CASI A RISCHIO COVID-19

3.3.1 Le azioni realizzate

L'implementazione degli interventi di contrasto all'emergenza COVID-19 in tutti i progetti si è scontrata, nelle fasi iniziali e in particolare nei contesti rurali del Sud Italia, con una **percezione del rischio di bassa entità**.

Questa percezione, come viene argomentato ampiamente alla sezione 3.4, **ha origine dall'intersezione tra dimensioni culturali e strutturali**: da un lato, le persone che vivono tali condizioni di marginalità riconoscono il COVID-19 come uno tra i numerosi problemi da affrontare, che non assume un ruolo prioritario come altri aspetti come il lavoro, la casa o i documenti; dall'altro lato, il contesto d'intervento rende estremamente evidente come sia oggettivamente impossibile applicare le più semplici norme di prevenzione in condizioni di vita segnate da forte deprivazione.

Già dai primi mesi, nonostante in alcuni contesti qui illustrati il fenomeno pandemico abbia avuto un impatto limitato nel periodo di riferimento del presente *report*, si è comunque incontrato un atteggiamento di graduale apertura ed interessamento



Ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone (Foggia)

al tema della prevenzione, con il coinvolgimento progressivo di persone delle comunità (come dei promotori di salute a Roma e i *community mobilizer* in Capitanata) nelle attività di prevenzione e monitoraggio.

In questa sezione vengono presentati i principali risultati del lavoro svolto con le comunità, con una prima parte di descrizione delle attività svolte e una seconda parte relativa all'analisi quantitativa dei dati raccolti tramite le schede di valutazione del rischio clinico.

EDUCAZIONE SANITARIA, DIRITTO ALLA SALUTE E ORIENTAMENTO AI SERVIZI

Le attività di educazione sanitaria e promozione della salute sono state una parte fondamentale degli interventi con le comunità e fin dalle prime fasi di tutti i progetti hanno puntato a raggiungere la totalità delle popolazioni destinatarie. Sono pertanto stati svolti in tutti i progetti **cerchi di educazione sanitaria tenuti dai mediatori linguistico-interculturali e dai medici insieme** sia rispetto alla malattia COVID-19 sia sul cambiamento in corso dello scenario normativo in relazione all'andamento pandemico, mantenendo sempre come elementi costanti il tema della tutela del diritto alla salute e l'accesso ai servizi pubblici.

Sono state organizzate delle **formazioni con altri attori del territorio** (in tutte le aree, ad eccezione della Sicilia) e **con membri delle comunità** (in tutte le aree), con lo scopo di amplificare la diffusione delle informazioni e di rafforzare la relazione di fiducia e collaborazione con le comunità.

Ad esempio a **Roma**, da subito sono state avviate sessioni di educazione sanitaria inerenti i comportamenti da adottare e le norme specifiche riguardo la prevenzione del COVID-19 presso: le principali occupazioni abitative insistenti sul territorio della ASL RM2 (valutate sulla base della numerosità, della frammentazione sociale e delle condizioni igienico-sanitarie), presso gli insediamenti informali limitrofi, presso le stazioni Tiburtina e Termini, con distribuzione di materiale informativo multilingue, cartaceo e video.

Inoltre, grazie alla conoscenza reciproca e al legame coltivato già prima della pandemia, nelle occupazioni abitative durante i mesi di luglio e agosto è partito un **percorso di formazione partecipativo e transculturale con persone dimoranti in occupazioni abitative, fino a rendere alcuni di loro promotori della salute**. Su loro proposta, a marzo 2021 sono state attivate due stanze della salute in due occupazioni di grandi dimensioni (vd. par. 3.3.3). A questo percorso si aggiunge quello delle formazioni agli operatori dei centri d'accoglienza di Roma riguardo al rischio COVID-19 (vd. par. 3.3.5)



Occupazione abitativa Santa Croce in Gerusalemme, Roma, aprile 2020
© Martina Martelloni

Nella **Capitanata** sono state diffuse informative cartacee, cartellonistica sui fattori di rischio adattati all'insediamento, sono stati realizzati *focus group*, ed in base su questo strutturate le sessioni informative, sono stati realizzati volantini personalizzati per categorie di rischio. Sono state **intensificate le attività di prevenzione presso punti strategici della città**, come la stazione degli autobus, il quartiere della stazione ferroviaria e la questura, con cartellonistica e sessioni informative. In tutti gli insediamenti sono inoltre state identificate delle figure di riferimento, i **community mobilizer** (vd. par. 3.3.4), aventi anche il ruolo di diffondere le informazioni chiave in modo capillare tra la popolazione e cogliere eventuali problematiche che emergono dalla comunità, rafforzando così il collegamento e la collaborazione tra staff e comunità.

In **Calabria Ionica** il potenziamento dell'attività di educazione sanitaria si è realizzato attraverso **formazioni rivolte ad operatori e volontari** attivi sul territorio, in coordinamento con alcuni servizi a bassa soglia rivolti alle popolazioni in condizioni di marginalità. Tale percorso, oltre a rispondere ai bisogni dei volontari, ha permesso la condivisione da parte dello staff delle criticità riscontrate nel corso delle attività svolte nei luoghi di prossimità.

DISTRIBUZIONI DI KIT IGIENICI PER L'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Un altro elemento importante delle attività è la distribuzione di kit igienico-sanitari contenenti i materiali essenziali per mettere in pratica le misure di prevenzione. Se le condizioni di vita e lavoro di tali contesti d'intervento rendono impraticabili misure come il distanziamento fisico o l'igiene delle mani in assenza di acqua corrente, l'esigenza di intervenire nell'immediato con un supporto concreto, per quanto parziale e da solo insufficiente, ha portato a organizzare in tutti i territori **un importante numero di distribuzioni sia in modo autonomo che in collaborazione con le istituzioni locali**. Nella Capitanata, la Regione Puglia ha accolto il suggerimento di INTERSOS di organizzare delle distribuzioni di massa in tutti gli insediamenti; la Regione ha accolto la richiesta e **ha acquistato 2.500 kit per l'igiene femminile e maschile**.

Ad aprile sono iniziate le distribuzioni negli insediamenti, e maggio, insieme a Protezione Civile e Croce Rossa INTERSOS ha supportato la Regione nella distribuzione di oltre 1.400 kit igienici



Contrada San Matteo, Foggia, aprile 2020

a Borgo Mezzanone. Attraverso INTERSOS i kit sono stati consegnati in altri 6 insediamenti informali, e in ulteriori 2 insediamenti sono state organizzate distribuzioni di massa che hanno raggiunto la quasi totalità degli abitanti dei siti informali della Capitanata. I kit hanno avuto composizione diversificata: kit individuali uomo, donna, e bambini, kit per persone con positività al *triage*, kit igiene casa, kit per gli esercizi informali negli insediamenti, kit per esercizi informali di acconciatura negli insediamenti.

ATTIVITÀ CLINICA E GESTIONE DEI CASI SOSPETTI

I protocolli INTERSOS per la valutazione e gestione del rischio COVID-19 hanno permesso la standardizzazione delle attività di *pre-triage*, *trriage* e valutazione clinica negli insediamenti informali o in luoghi di prossimità, a seconda dei contesti.

L'attività clinica nei progetti già attivi ha dovuto necessariamente andare incontro a una riorganizzazione, focalizzandosi sull'**attività di prevenzione e sulle visite mediche atte allo screening precoce dei sintomi indicativi** per COVID-19, al **tracciamento dei contatti dei casi sospetti e accertati**, al **monitoraggio** dei pazienti e delle persone con viaggi ed esposizioni a rischio.

Con la consapevolezza che i bisogni di salute delle popolazioni raggiunte non si esauriscono alla gestione del fenomeno pandemico, il lavoro socio-sanitario ha comunque sostenuto azioni volte alla **continuità delle cure** e all'**orientamento ai servizi**, facilitandone l'accesso attraverso interlocuzioni dirette con le istituzioni sanitarie e laddove necessario con accompagnamenti ai servizi. Al fine di rispettare gli standard nazionali di sicurezza e le procedure interne INTERSOS, le visite, che nella primissima fase della pandemia avvenivano all'interno dei mez-



Stazione Termini, Roma, novembre 2020

zi mobili, o, nel caso di Roma, sono state trasferite in appositi ambulatori esterni. In particolare, per i contesti di Roma e della Capitanata è stato fondamentale organizzare un sistema di **tracciamento dei contatti** dei casi accertati, altrimenti difficilmente raggiungibili da parte dei servizi di Sanità Pubblica delle istituzioni locali. In questo ambito, il ruolo dei mediatori linguistico-interculturali è stato fondamentale nel costruire una relazione collaborativa con le persone colpite dall'infezione, al fine di ricostruire le reti dei soggetti esposti al rischio di contagio, per poi raggiungerli via telefono o in presenza (nel rispetto delle misure di sicurezza e prevenzione) ed attivare a seconda dei casi azioni di monitoraggio o l'indagine diagnostica con TNF.

TAB. 1 • LE PERSONE RAGGIUNTE DAI SERVIZI DA MARZO AD OTTOBRE 2020

	ROMA	CAPITANATA	CALABRIA IONICA	SICILIA ORIENTALE
Sessioni di educazione sanitaria	1.583	2.441	540	162
Persone raggiunte da visite mediche	1.488	1.258	156	148
Valutazione del rischio clinico per COVID-19	1.381	213	68	-
Persone raggiunte da distribuzioni di kit igienico-sanitari	240	3.285	515	148
Accompagnamenti sanitari	36	163	1	27

3.3.2 Il percorso di formazione dei promotori della salute nelle occupazioni abitative di Roma

CONTESTO DI INTERVENTO

Come espresso in precedenza, uno dei principali fattori di rischio per la salute è senza dubbio la precarietà abitativa. È per questa ragione che i team socio-sanitari di INTERSOS portano avanti dal 2018 percorsi di *empowerment* e partecipazione comunitaria rivolti alle persone che vivono in occupazioni abitative di Roma. Una parte consistente di questa popolazione è esposta infatti a diversi fattori di marginalizzazione, come la mancanza di un lavoro, impieghi precari o lavoratori in “nero”, o in “grigio”. A questi fattori comuni si aggiungono poi ulteriori difficoltà per la popolazione migrante in condizione irregolarità e per i richiedenti asilo. Dal 2018 INTERSOS opera nelle occupazioni di La Rustica e Sambuci, con attività di **educazione sanitaria e promozione della salute**. A marzo 2020, INTERSOS ha attivato un presidio medico a cadenza fissa settimanale con visite mediche per la **sorveglianza sanitaria** per il rischio COVID-19, l'individuazione precoce di casi sospetti e il loro inserimento in percorsi di tutela. A giugno 2020,

terminata la prima fase emergenziale e nuova della pandemia, il team di Roma si è interrogato su come migliorare e potenziare l'offerta di salute all'interno delle comunità, con cui si è costruito un rapporto molto collaborativo. La volontà è stata da un lato di permettere a queste comunità di arrivare più preparate a possibili nuove ondate epidemiche; dall'altro, di permettere loro il raggiungimento di (autonomia di) salute passando da consapevolezza, prevenzione, trasmissione di conoscenze. Grazie all'alta capacità organizzativa delle comunità, è stato possibile individuare e formare **Promotori di Salute**, ovvero **referenti sanitari comunitari con compiti di sorveglianza sanitaria e diffusione delle buone pratiche di individuazione e prevenzione del COVID-19**. Come sostenuto da Laverack (11), esperto di promozione della salute e disuguaglianze, l'*empowerment* è da intendersi come “un processo [...] nel quale le persone diventano progressivamente sempre meglio organizzate” al fine di migliorare il livello di controllo che, come soggetti e come comunità, possono esercitare sui determinanti sociali e politici della salute.

LA RUSTICA

La comunità di **La Rustica** conta circa 90 nuclei familiari, il 66% sono uomini e il 34% donne, il 50% delle persone ha tra i 22 e i 40 anni.

Le persone provengono prevalentemente dal Sud America (Perù, Ecuador, S. Domingo, Cuba, Venezuela, Bolivia, Uruguay) da paesi africani (Etiopia, Marocco, Senegal, Eritrea) e dall'Est Europa (Moldavia, Romania, Bulgaria).



La Rustica, Roma. marzo 2020 © Martina Martelloni

SAMBUCI

La comunità di **Sambuci** conta circa 70 nuclei familiari (più di duecento persone), il 60% sono donne e il 40% uomini, il 40% delle persone ha tra i 22 e i 40 anni.

Le persone provengono prevalente dal Sud America (R. Dominicana, Perù, Ecuador), da paesi africani (Marocco, Senegal, Etiopia, Capo Verde), dall'Est Europa (Moldavia, Romania, Bulgaria) e in minor misura dal Bangladesh.



Sambuci, Roma. marzo 2020 © Martina Martelloni

NOTA METODOLOGICA

Tale percorso, svoltosi nei mesi di luglio e agosto, oltre a fungere da momento di formazione pratica e diretta, ha consentito una riflessione condivisa che ha portato alla co-progettazione di percorsi e procedure per la gestione del rischio infettivo. Interventi pensati dalla comunità per la comunità. In ognuno dei due siti sono stati condotti **sette incontri di formazione e riflessione condivisa per promotori della salute**.

Gli incontri del Percorso di Promozione della Salute hanno riguardato una ampia gamma di **tematiche legate al COVID-19**: la natura della patologia, le misure di prevenzione e la terminologia legata all'emergenza sanitaria, le fonti da cui informarsi sul tema, le ripercussioni emotive in generale e le ripercussioni specifiche sui bambini, fino ad arrivare all'elaborazione collettiva di procedure interne in merito ad isolamento, prevenzione e sanificazione pre- e post-contatto con persone positive.

Gli argomenti sono stati trattati in modo partecipato, con confronto circolare e lettura transculturale, durante gli incontri venivano co-creati dei materiali informativi facilitanti la comprensione e la riflessione condivisa usati anche per ripartire le volte successive.

È stata utilizzata una metodologia orientata al coinvolgimento attivo (*engagement*), la partecipazione e l'*empowerment* della comunità. Durante gli incontri laddove sono state prese delle decisioni **si è utilizzato il metodo del consenso**, cercando di privilegiare le esigenze emergenti dalla comunità (*bottom up*) mettendo a valore le conoscenze tecnico-scientifiche disponibili in letteratura (*top down*): in questo modo si è raggiunto un piano operativo condiviso, modulando protocolli e scenari di rischio sulla base dell'esistente arrivando facilmente ed efficacemente a sintesi condivisa.

OBIETTIVI

Il Percorso di Promozione della Salute realizzato tra luglio e settembre 2020, successivamente ripreso e allargato fra dicembre 2020 e gennaio 2021, nelle comunità di La Rustica e Sambuci è stato uno spaziotempo dove favorire approfondimenti a carattere sanitario intorno al tema del COVID 19 responsabilizzando i partecipanti su alcune competenze socio-sanitarie in materia ed aumentando di ritorno la consapevolezza della comunità su "diritti e doveri" della salute.

Il percorso di Promozione della salute oltre a fungere da momento di formazione pratica e diretta di **referenti sanitari comunitari con compiti di sorveglianza sanitaria**, è stato un'occasione per:

- **raccogliere dubbi e paure**, sia a livello personale che di comunità;
- **ascoltare e comprendere** l'angoscia e la gioia di cui si riempiono i genitori in questo particolare periodo;
- **consentire una riflessione condivisa** che ha portato alla co-progettazione di percorsi e procedure per la gestione del rischio infettivo.



TARGET

Il percorso è stato aperto a partecipazione volontaria: **unico requisito era essere abitante delle Comunità abitative**. Ai percorsi di Promozione della salute di La Rustica e Sambuci hanno partecipato **25 persone di età compresa tra i 25 ed i 56 anni**, provenienti da Perù, Ecuador, Marocco, Repubblica Dominicana, Egitto, Bangladesh, Senegal, Italia, Eritrea.

DESCRIZIONE DEL PERCORSO

I **sette incontri di formazione e riflessione condivisa per promotori della salute**, hanno avuto una restituzione collettiva fra i due gruppi di promotori e la ASL, in entrambi i siti. Di seguito una breve descrizione degli incontri:

- **Primo incontro: Determinanti di salute globale e comunitaria**
- **Secondo incontro: Focus Group** - Esperienze emotive individuali vissute durante il periodo di *lockdown* e quarantena.
- **Terzo incontro: COVID-19 e Bambini** - comunicazione ed esperienza vissuta dalle famiglie con i bambini durante il *lockdown*, domande e chiarimenti sulla sintomatologia del COVID in età pediatrica.
- **Quarto e quinto incontro: COVID a 360° parte I e parte II** - utilizzo di DPI di uso comune non sanitario; cenni di microbiologia, immunologia, dinamiche di contagio e prevenzione, sviluppo sintomatologico; definizione di “Caso Sospetto”, “Caso a rischio”, “Quarantena fiduciaria” e “isolamento prudenziale”; inquadramento dei sintomi principali, definizione di “tamponi” e “esame sierologico”; messa in luce del ruolo ASL e della tutela della salute pubblica gioco di ruolo con simulazione di caso positivo dentro l’occupazione;
- **Sesto incontro: COVID a 360° parte III** - Elaborazione collettiva di procedure interne in merito ad isolamento, prevenzione e sanificazione pre- e post-contatto con persona COVID-19. Definizione del lavoro dell’individuo e della comunità nel “Tempo prevenzione” e nel “Tempo Azione”, in particolare la presentazione di uno score sperimentale, ad uso non sanitario, da adoperare nell’analisi epidemiologica di un caso sospetto, ed elaborazione *flow-chart* operativa a partire dai 3 casi sospetti: rientro dall’estero, contatto di caso, persona sintomatica.
- **Settimo incontro: gestione emotiva della comunità e ruolo del promotore** - Guidati dalla supervisione della psicoterapeuta dell’*équipe* INTERSOS, si sono elaborate le emozioni e la gestione delle stesse durante il periodo epidemico dei promotori in relazione all’emotività della comunità e i suoi bisogni.

A seguito del settimo incontro sono state organizzate due restituzioni con la UOC Tutela Immigrati e stranieri della ASL RM2, i cui professionisti hanno seguito le evoluzioni epidemiologiche e progettuali delle occupazioni abitative garantendo TNF, *contact tracing*, monitoraggio telefonico costante con i promotori di salute, sinergicamente con l’*équipe* medica di INTERSOS

RISULTATI

Il percorso si sarebbe dovuto concludere, in entrambe le comunità, a fine settembre; nel mese di settembre le due comunità sono state interessate da due focolai COVID-19, segnalando complessivamente un centinaio di persone positive, con una piccola quota che ha avuto bisogno di ricovero ospedaliero.

Il 40% delle persone che hanno seguito il percorso hanno dato la loro disponibilità per operare da promotori di salute durante l’emergenza sanitaria ed altre si sono successivamente aggiunte, a sostegno e a volte per sostituirli in caso necessità di isolamento o quarantena.

SCENARI DI RISCHIO COVID-19 E AZIONI SISTEMATICHE NEI SITI CON PROMOTORI DELLA SALUTE

1. Normale (nessun caso sospetto)

- Sanificazione ambienti comuni come da esigenze spazio
- Mascherine negli spazi comuni
- Gel igienizzante ingresso spazi comuni
- Stendini distanziati e lavatrici utilizzate sempre dagli stessi nuclei familiari (se comuni)
- Ospitalità regolare ma registrata
- Ogni abitante tiene nota degli eventi cui partecipa

2. Caso sospetto (presunto positivo/contatto di caso/in attesa di tampone)

- Limitazione attività comuni non essenziali (assemblee ridotte al numero minimo di partecipanti)
- Sanificazione frequente dei bagni comuni e degli spazi comuni, se utilizzati
- Isolamento e quarantena per persona sospetta, e avvio di *contact tracing*: le persone tracciate riducono al minimo indispensabile il da farsi nell'occupazione, ed indossano sempre mascherina
- Elezione di un bagno ad uso esclusivo di/dei caso/i sospetto/i, il più vicino all'abitazione
- Blocco ospitalità

3. Caso positivo accertato

- Blocco attività comuni (assemblee *on-line* dalle proprie abitazioni)
- Mascherine indossate fin dall'uscita dalla propria abitazione
- Misurazione di temperatura da parte degli abitanti almeno una volta al giorno
- Sanificazione dei bagni e degli spazi comuni con soluzioni alcoliche prima e dopo ogni uso
- Nuovo *contact tracing*: si chiede ad ognuna delle persone venute in contatto con caso positivo di individuare le persone con cui sono state a contatto la precedente settimana; a queste verrà chiesto di ridurre al minimo le attività fino ai risultati dei tamponi

Durante l'epidemia che ha toccato le due Comunità, i promotori di salute durante la fase di epidemia hanno avuto il compito di raccogliere eventuali sintomatologie riferite indicative di infezione da SARS-CoV-2 per un raccordo puntuale con INTERSOS e l'Autorità Sanitaria; sono stati referenti di comunità per le relazioni con la ASL di competenza, ed hanno organizzato le attività sanitarie dentro l'occupazione (sistemazione delle stanze per accogliere l'USCAR, mantenimento dei contatti con i positivi attraverso un monitoraggio quotidiano, raccolta dei dati sanitari e avvio del *contact tracing*).

L'ATTIVITÀ DEI PROMOTORI DI SALUTE - COVID 19

L'attività dei promotori di Salute, in relazione al COVID-19, si avvia sulla base di tre possibili presentazioni:

- 1. persona che rientra da paese a rischio:** Isolamento dello stesso, allerta MMG, prescrizione tampone (se non MMG, allerta ASL/SISP di competenza)
- 2. contatto di caso:** allerta MMG/ASL, isolamento, avvio *contact tracing* interno, SCENARIO SICUREZZA 2; a seconda di risultato TNF, si passa a SCENARIO SICUREZZA 3 o si torna a SCENARIO SICUREZZA 1
- 3. persona sintomatica:** allerta MMG/ASL, prescrizione tampone, avvio *contact tracing* interno, SCENARIO SICUREZZA 2; a seconda di risultato TNF, si passa a SCENARIO SICUREZZA 3 o si torna a SCENARIO SICUREZZA 1 SCORE COVID-19

Un elenco anagrafico dei presenti entro le occupazioni, presente nei due siti di riferimento, è cruciale, così come delle buone relazioni fra i promotori e la comunità. Gli scenari si sono immaginati per semplificare le procedure attuative in modo chiaro ad ogni abitante. Sulla base di valutazioni epidemiologiche e strutturali, si potrà decidere o meno se mandare a scuola i bambini o gli operatori con soggetti fragili.

I Promotori di salute hanno avuto il ruolo di intersezione tra le parti sanitarie attive e non solo. Si sono occupati, dall'interno, della valutazione delle necessità sanitarie della comunità, dell'attivazione di procedure per mantenere basso il rischio di contagio, di informare le persone della comunità rispetto alla positività o meno al virus, di gestire l'attivazione emotiva contingente alla positività, supportare nella quotidianità la popolazione positiva. Compiti che si sono articolati su più livelli: preventivo - sanitario - emotivo - sociale.

COMPITI DEI PROMOTORI DI SALUTE

- Informativo**
 - informare la comunità di eventi in strutture sanitarie (screening, presentazione servizi)
 - orientare la comunità su specifici servizi (progetto ICARE5, FARI26, ambulatorio STP, ecc.)
 - raccolta dei dati sanitari
 - *contact tracing*
- preventivo**
 - valutazione delle necessità sanitarie della comunità
 - attivazione di procedure per mantenere basso il rischio di contagio,
 - contatto con Servizi sanitari deputati al Sanità preventiva
 - informare le persone della comunità rispetto alla positività o meno al COVID-19
- sanitario**
 - sistemare le stanze per accogliere USCAR (Unità speciale di Continuità Assistenziale Regionale - Lazio)
- emotivo**
 - gestire l'attivazione emotiva contingente alla positività
- sociale**
 - supporto nella quotidianità dell'altro positivo (spesa, spazzatura, eventuali animali domestici ecc.)

Case management dei bisogni sociali: si sono organizzati dei gruppi di supporto con il compito di rifornire di beni di prima necessità e farmaci i nuclei in isolamento, garantendo loro la soddisfazione delle necessità più urgenti.

Scenari di rischio: a partire dai compiti di sorveglianza sanitaria richiesti ai promotori, durante gli incontri sono state elaborate di concerto con il team sanitario di INTERSOS le procedure per il contenimento della malattia ed isolamento dei positivi. Si è quindi stratificata la possibilità di contagio a partire da alcuni elementi di rischio che imponevano l'applicazione di alcune misure in ragione di altre: il passaggio fra scenari è stato immaginato con una dinamica fluida, applicando ad un contesto chiuso comunitario gli stessi principi applicati su larga scala dalle disposizioni nazionali.

Il percorso di rielaborazione e restituzione è stata l'occasione per la **formalizzazione istituzionale del ruolo dei promotori**, che ha permesso loro il confronto puntuale con l'Autorità sanitaria. Durante la restituzione entrambe le comunità hanno manifestato la volontà di attivare un luogo fisico dove individuare e tener traccia dei bisogni di salute. Grazie a questo percorso, a inizio marzo 2021 si è completata la co-costruzione delle Stanze della Salute a Sambuci e La Rustica. Per ognuna delle due stanze INTERSOS sta fornendo un computer, una stampante e alcuni materiali sanitari di auto-medicazione semplice. L'obiettivo è di mettere

18 Il progetto europeo **ICARE** (Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency) nasce con l'obiettivo di migliorare la fase di accesso ai Servizi Sanitari Territoriali per i Titolari o Richiedenti di Protezione Internazionale e Casi Speciali, assicurando una risposta ai bisogni di salute il più possibile omogenea e di sistema.

19 Il progetto **FARI 2** – Formare Assistere Riabilitare inserire, finanziato nell'ambito del Fondo Asilo Migrazione Integrazione 2014-2020, ha l'obiettivo di fornire risposte efficaci ai bisogni di salute fisica e mentale dei richiedenti asilo e dei titolari di protezione internazionale (anche minori) presenti nel territorio della Regione Lazio, attraverso la sperimentazione di modelli di interventi sanitari innovativi e integrati

le comunità in condizione di rafforzare il proprio controllo sulla salute e di migliorarla, anche grazie ad un rapporto più consapevole e diretto con le ASL competenti. Ciò permetterà di allargare così l'operatività dei promotori anche oltre l'attuale pandemia, saranno attivati in particolare percorsi di formazione rispetto alla salute materno-infantile e alla prevenzione di patologie cardiovascolari e metaboliche. All'interno delle due stanze verranno promosse attività di individuazione dei bisogni, orientamento sanitario, orientamento a progetti specifici dell'ASL RM2.

Questa metodologia riproducibile risulta particolarmente efficace per il contrasto all'emergenza pandemica, e permetterà una maggiore tutela della salute dei dimoranti, attraverso un ponte più solido con i servizi sanitari pubblici, contribuendo ad aumentarne l'accessibilità, con maggiore consapevolezza comunitaria e partecipazione.

3.3.3 *Advocacy dal basso e community mobilizer in Capitanata*

A fine gennaio 2020 INTERSOS ha attivato, sulle spalle del progetto medico sociosanitario, **un progetto di advocacy dal basso selezionando 8 persone dimoranti presso gli insediamenti informali con l'obiettivo di supportarli nella realizzazione di azioni di advocacy dal basso**, a seguito di workshop sulle modalità di raccolta dati strutturati in modalità della ricerca-azione partecipativa²⁰.

Nell'ottica di innescare nelle comunità di riferimento **un meccanismo generativo di auto-espressione e riappropriazione della narrazione delle condizioni di vita negli insediamenti informali**, come strumento efficace di autodeterminazione. Il progetto di ricerca partecipata ha coinvolto in maniera diretta ed indiretta gli abitanti degli insediamenti, col fine ultimo di portare alla luce e rendere noto il proprio vissuto.

Il processo, su cui si è basato tutto il progetto, vede alla base l'idea del coinvolgimento dei membri del gruppo dell'*advocacy* in tutte le fasi. Ogni azione intrapresa ha visto il seguente schema:



- **individuazione della problematica:** si sono organizzati sessioni di gruppo puntuali e cadenzati, all'interno dei quali l'intera *équipe* ha condiviso le tematiche ritenute più problematiche rispetto alla vita presso gli insediamenti, alla luce non solo del proprio vissuto ma anche in considerazione di quanto percepito dalla maggior parte delle persone che vivono presso gli insediamenti;
- **decisione condivisa rispetto allo strumento per la raccolta dati:** a seguito dell'individuazione della problematica considerata la più urgente, e attraverso *focus group* con la sociologa esperta di ricerca partecipata si sono scelti gli strumenti da utilizzare dall'*équipe* per la somministrazione agli abitanti degli insediamenti per procedere con una raccolta dati quantitativi e qualitativi utili per supportare le eventuali azioni;
- **elaborazione partecipativa in seno all'*équipe* delle azioni di risposta al problema.**

La stessa modalità partecipativa è stata alla base per la riorganizzazione necessaria del progetto di *advocacy* che, a partire dal mese di aprile 2020 in considerazione dell'emergenza sanitaria, ha visto una rimodu-

²⁰ Per i riferimenti dettagliati al progetto d'*advocacy* dal basso con contestuale analisi dei dati raccolti, sarà pubblicato entro marzo 2021 un report scaricabile dal sito www.INTERSOS.org

lazione delle attività previste. Infatti, la gestione dell'emergenza sanitaria ha costituito, tanto per gli operatori dell'*équipe* di *advocacy* quanto per gli abitanti degli insediamenti, un ulteriore spunto su cui ragionare e da cui partire per chiedere maggiori tutele e diritti per le persone coinvolte. A fronte di tale emergenza ed esigenza si è scelto di individuare delle ulteriori figure dette *community mobilizer*. Nello specifico sono stati individuati in due persone presso l'insediamento dell'Ex fabbrica Daunialat a Foggia, sette persone nell'insediamento di Poggio Imperiale e venti persone presso l'ex Pista.

I *community mobilizer* sono stati indicati come punti di riferimento per azioni di sensibilizzazione e contrasto al COVID-19. Queste figure, individuate per il loro carisma, il riconoscimento da parte della comunità, l'impegno e l'affidabilità dimostrati, a seguito di sessioni di sensibilizzazione sanitaria da parte dei medici e mediatori interculturali linguistici di INTERSOS, hanno coadiuvato il team nella sensibilizzazione degli abitanti degli insediamenti sui rischi connessi all'epidemia in corso, diffusione di informative circa i comportamenti corretti da tenere per tutelare il più possibile la salute propria e degli altri e la distribuzione di DPI. Inoltre, tali soggetti sono stati fondamentali nei casi in cui si sono riscontrati problemi nel rintracciare alcune persone risultate positive o contatti stretti di persone risultate positive al SARS-CoV2.

3.3.4 La formazione sul rischio COVID-19 al circuito della Sala Operativa Sociale (SOS) del Comune di Roma

A partire da giugno 2020 INTERSOS ha iniziato un percorso di **formazione inerente alla prevenzione e la gestione del rischio infettivo da Sars-Cov-2 dedicato ai Centri di Accoglienza del circuito Sala Operativa Sociale (SOS) e Circuito Cittadino di Roma Capitale**. Tale azione è iscritta nell'Accordo di collaborazione per lo sviluppo e l'attuazione di un modello di sorveglianza sanitaria e assistenza socio-sanitaria a tutela delle persone senza fissa dimora o in condizione di fragilità nell'ambito dell'Emergenza da COVID-19 sottoscritto da INTERSOS e dal Dipartimento delle Politiche Sociali del Comune di Roma Capitale il 4 maggio 2020, in collaborazione con i settori di competenza delle ASL di riferimento. I dati qui indicati sulle formazioni riguardano il ciclo terminato a dicembre 2020, che riprenderanno nuovamente a marzo 2021 interessando nuovi centri.

I corsi di formazione specifica hanno interessato ad oggi gli operatori di 10 centri di accoglienza di cui 4 facenti capo al Circuito Cittadino e 7 al Circuito della Sala Operativa Sociale (SOS).

In mancanza di procedure operative standardizzate utili ai fini della gestione del rischio a livello territoriale, gli obiettivi del percorso di formazione sono stati rivolti a:



- **fornire informazioni di base** riguardo i temi del controllo e della gestione del rischio infettivo adattandole sulla base dei singoli contesti;
- **implementare la capacità di rete territoriale e favorire prassi uniformi** in merito ad individuazione precoce, sorveglianza attiva in itinere (monitoraggio) e segnalazione di casi sospetti da parte degli operatori verso i dipartimenti di prevenzione delle ASL di competenza.

Gli argomenti trattati hanno riguardato due principali ambiti di intervento: una prima parte informativa dedicata alla **gestione e prevenzione delle infezioni**, con particolare riferimento all'infezione da SARS-CoV-2; una seconda parte dedicata all'operatività ed **incentrata sull'orientamento al territorio e le procedure da**

attuare in caso di gestione di nuove accoglienze, casi sospetti e casi confermati di COVID-19 tra gli ospiti. Il percorso formativo è stato proposto alle *équipe* di ogni centro di accoglienza un questionario conoscitivo, esplorando le aree che maggiormente avrebbero necessitato di approfondimento e/o di uniformità relativamente alla capacità di gestione del rischio infettivo da SARS-CoV-2, sulla base del quale si è adattata la programmazione prevista. Il percorso formativo si è svolto in tre giornate da n. 5 h ciascuna per ogni *équipe* organizzate in tre diversi moduli, per un totale di 15h formative (tabella 2).

TAB. 2 • DETTAGLIO DEI MODULI FORMATIVI E DEI RELATIVI ARGOMENTI TRATTATI

MODULO	ARGOMENTO	DETTAGLIO ARGOMENTI
1.1	Dispositivi di Protezione Individuale (DPI): conoscenza di base, corretto utilizzo e smaltimento.	Elementi teorici e prove pratiche calibrate sulle singole aree di rischio della struttura.
1.2	Elementi di base di prevenzione e controllo delle malattie infettive in contesti di vita comunitaria: dalla protezione individuale, alla sanificazione degli spazi.	Elementi teorici e prove pratiche calibrate sulle singole aree di rischio della struttura.
1.3	COVID19: elementi di base per l'individuazione precoce e la definizione di situazioni di rischio.	Elementi teorici e schede pratiche per la valutazione del rischio COVID19.
2.1	COVID19: elementi di base per l'individuazione precoce e la definizione di situazioni di rischio nel contesto di riferimento.	Analisi partecipata dei vari momenti di rischio durante l'attività lavorativa di ogni centro; indicazioni su percorsi utili da attivare per ridurre il rischio di contagio e per il contenimento dell'infezione nella struttura e nella comunità.
2.2	Orientamento al corretto e tempestivo utilizzo dei servizi territoriali in caso di sospetto COVID19: uno sguardo sulle circolari regionali e su possibili <i>flowchart</i> operative.	<i>Overview</i> delle indicazioni e delle circolari operative ad oggi emanate dalla Regione Lazio in merito a gestione e controllo del rischio COVID-19 nei diversi contesti; <i>overview</i> dei numeri utili dei servizi di riferimento della ASL di competenza e possibili <i>flowchart</i> operative per la gestione di ospiti sintomatici.
3.	Pillole di gestione delle emozioni e della relazione operatore – ospite ai tempi del COVID-19: comunicare la gestione del rischio COVID-19 in ottica transculturale.	Comunicazione e gestione delle emozioni e della patologia nel contesto della pandemia, rivolto agli operatori e alle difficoltà che si sono riscontrate nella gestione degli ospiti durante il <i>lock-down</i> , o durante l'isolamento degli ospiti.

Le giornate di formazione hanno rispettato i decreti in vigore nei diversi periodi di interesse nonché le esigenze delle diverse strutture coinvolte nel progetto.

Alle formazioni hanno preso parte n. **68 persone pari al 78% del totale degli operatori e delle operatrici coinvolgibili**. Le principali figure interessate sono state quelle dei coordinatori, degli assistenti sociali, degli operatori specializzati e degli addetti alle pulizie o al servizio dei pasti e delle distribuzioni.

Beneficiari indiretti del percorso possono considerarsi gli utenti dei vari servizi forniti dai centri, ossia circa 648²¹ persone.

²¹ Numero calcolato sulla base del totale della capienza dei singoli centri in tempo di pandemia; è prevedibile che il numero dei beneficiari indiretti possa aumentare con la riapertura completa del sistema di accoglienza.

3.3.5 L'analisi quantitativa dei dati raccolti tramite valutazione del rischio per COVID-19

(Con la collaborazione di Chiara Di Girolamo per l'elaborazione e l'analisi dei dati quantitativi)

In questa sezione vengono riportati i principali risultati dell'analisi quantitativa delle informazioni socio-demografiche e cliniche dei soggetti nei quali è stata fatta una valutazione del rischio COVID-19 nei siti d'intervento. Sono quindi descritti i principali elementi di caratterizzazione della popolazione seguita nei contesti di Roma, Capitanata e Calabria Ionica fino al mese di ottobre 2020. Non rientrano in questa sezione i dati relativi agli interventi in Sicilia, poiché l'attività socio-sanitaria svolta in Sicilia Orientale non ha portato a identificare casi a rischio COVID-19, mentre l'intervento in Sicilia Occidentale è successivo alla chiusura della raccolta dei dati quantitativi.

La popolazione che viene descritta in questa sezione è **quella seguita e monitorata nel tempo per rischio COVID-19** e cioè composta dai soggetti che presentavano almeno uno tra i seguenti criteri di positività al *triage*:



- **viaggi** da e/o in località a rischio;
- **esposizione** a casi accertati, casi sospetti, luoghi ad alto rischio;
- **sintomatologia** indicativa per rischio COVID-19 secondo la scheda di valutazione del rischio utilizzata nell'attività clinica;

e dai soggetti che, anche in assenza di criteri di positività al *triage*, presentavano condizioni di fragilità quali condizioni croniche note e/o vulnerabilità dichiarate²² che sono state ritenute meritevoli di un più attento *follow-up* anche in assenza di condizioni di rischio per il contagio da SARS-CoV2.

La casistica riportata qui non include quindi tutte le persone seguite nei quattro contesti d'intervento, i cui dati cumulativi sono presentati nella sezione precedente relativa al lavoro svolto con le comunità.

22 Nella categoria relativa alle condizioni a rischio sono incluse le seguenti: patologie polmonari, metaboliche, cardiache, renali, oncologiche, del sistema immunitario, lo stato di gravidanza. Le condizioni di vulnerabilità includono: minori stranieri non accompagnati, persone vittime di gender-based violence, vulnerabilità psicologica e psichiatrica, età superiore ai 65 anni, isolamento sociale (vive solo e/o senza fissa dimora), non autosufficienza.

CITTÀ DI ROMA

DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE

PERSONE SEGUITE
615



70%
uomini



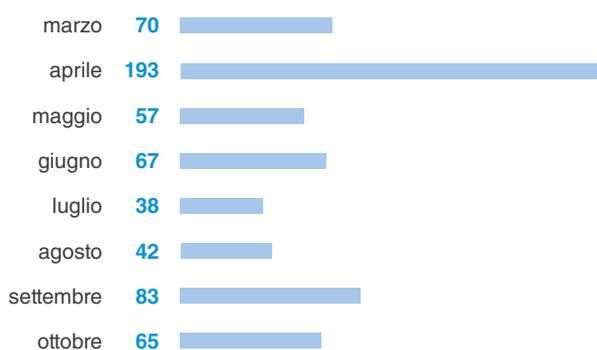
28%
donne

2%

dato non disponibile

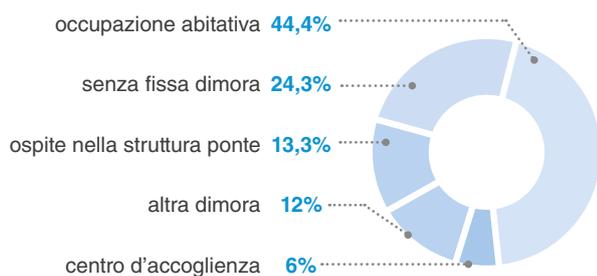
Le persone seguite dal Team mobile per rischio COVID-19 nel periodo da marzo a ottobre 2020 sono 615, sulle 1.381 che hanno avuto accesso al servizio. L'andamento del numero assoluto dei casi seguiti nel corso del tempo è rappresentato nella [figura 7](#).

FIG. 7 • NUMERO DI SOGGETTI SEGUITI E MONITORATI PER RISCHIO COVID-19 PER MESE, ROMA



In visita, quasi la metà della popolazione ha dichiarato di vivere in occupazione abitativa (273 persone, pari al 44,4% del totale). Delle rimanenti 342 persone, il 24,3% è senza fissa dimora, il 13,3% è ospite nella struttura ponte che precede l'inserimento in SAI/ex SIPROIMI, il 12% ha altra dimora, mentre il 6% (37 persone) vive in un centro d'accoglienza.

FIG. 8 • CONDIZIONE ABITATIVA



Le donne sono 174 (28%) e gli uomini 432 (70%), mentre per 9 persone il dato sul sesso non è disponibile. I paesi d'origine delle persone seguite sono 56 (per 16 persone il dato non è disponibile). I cinque paesi d'origine più rappresentati sono l'Italia (87 persone, 14% della popolazione del campione), il Bangladesh (53 persone, 8,6%), il Senegal (51, 8,3%), la Nigeria (43 persone, 7%) e il Perù (40 persone, 6,5%).

Altre aree d'origine maggiormente rappresentate sono l'Europa dell'est (Romania, Polonia) l'Africa del Nord (Marocco, Egitto, Tunisia) e sub-Sahariana (Sudan, Somalia, Mali, Eritrea) e l'Ecuador.

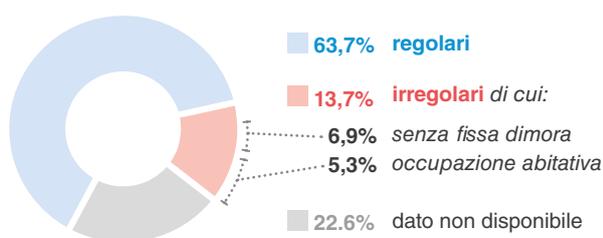
La distribuzione per genere delle principali provenienze evidenzia che la popolazione di Nigeria, Perù ed Ecuador è prevalentemente rappresentata da donne, mentre la popolazione proveniente da Senegal, Sudan e Mali è prevalentemente maschile. La distribuzione per fasce d'età evidenzia che è la popolazione seguita presenta età mediamente avanzate, con circa un quarto della popolazione di età compresa tra 42 e 59 anni (160 soggetti) e un quinto di età superiore ai 60 anni (139 soggetti).

La popolazione del campione è distribuita come segue nelle restanti classi di età: 7 soggetti di età inferiore ai 10 anni (1,1%), 9 soggetti nella fascia 11-14 (1,5%), 29 soggetti tra i 15 e i 17 anni (4,7%), 18 tra i 18-21 anni (2,9%), 131 tra i 22-31 (21,3%) e 99 tra i 32-41 anni (16,1%); per 23 soggetti il dato è mancante (3,7%).

La distribuzione per genere dell'età si sovrappone all'andamento per la popolazione totale, mostrando una prevalenza leggermente più elevata di uomini rispetto alle donne tra i 18 e i 41 anni.

Sul totale dei 615 soggetti seguiti, 392 sono in posizione di regolarità (cittadinanza, permesso o procedura in corso per l'ottenimento, 63,7%), 84 (13,7%) non hanno un regolare permesso di soggiorno; per 139 persone il dato non è disponibile (22,6%). Va sottolineato che delle persone prive di un regolare permesso di soggiorno, il 50% è senza fissa dimora e il 39% vive in occupazione abitativa. Nonostante il dato non sia disponibile per 155 persone, va segnalato che 280 persone (45,5%) hanno medico di medicina generale assegnato (prevalentemente tra chi ha una dimora fissa o vive in occupazione abitativa), mentre 180 persone non sono seguite da un medico di medicina generale (29,3%, soprattutto nella popolazione senza fissa dimora).

FIG. 9 • STATUS GIURIDICO

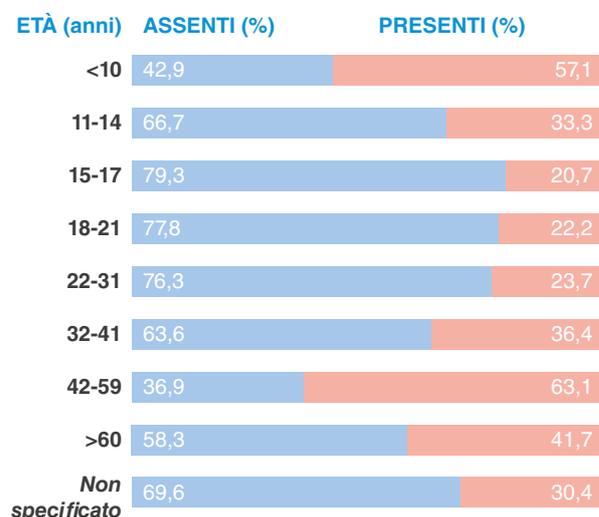


Nonostante il dato non sia disponibile per 155 persone, va segnalato che 280 persone (45,5%) hanno medico di medicina generale assegnato (prevalentemente tra chi ha una dimora fissa o vive in occupazione abitativa), mentre 180 persone non sono seguite da un medico di medicina generale (29,3%, soprattutto nella popolazione senza fissa dimora).

La [figura 10](#) riporta la distribuzione percentuale per classe d'età della presenza di almeno una condizione clinica cronica rilevata durante la visita medica. È da notare che 250 persone (40,7% della popolazione descritta) presentano almeno una condizione patologica cronica nota.

Da sottolineare che nei sette bambini con età inferiore ai 10 anni, 4 hanno una condizione cronica (cardiaca, respiratoria, metabolica e oncologica). La presenza di condizioni croniche è più frequente nella popolazione femminile (il 48,3% delle donne presenta almeno una condizione cronica, mentre per gli uomini il valore percentuale è 37,7%).

FIG. 10 • DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLA PRESENZA DI ALMENO UNA CONDIZIONE CLINICA CRONICA PER FASCIA DI ETÀ, ROMA



Sempre rispetto alla presenza di **condizioni patologiche croniche**, va segnalato che tra le persone che ne sono affette, **solo il 52% è seguito da un medico di medicina generale**.

Il **32,8%** della popolazione (202 soggetti) dichiara la **presenza di vulnerabilità note** e la distribuzione non è differenziale per sesso. Le principali vulnerabilità note sono rappresentate da età maggiore di 60 anni (135 soggetti), vulnerabilità psicologica e psichiatrica (37 soggetti), MSNA (18 soggetti), con una leggera prevalenza di vulnerabilità note nella popolazione maschile e nella fascia tra i 15 e i 17 anni. Delle persone con vulnerabilità note, il 54% è seguito da un medico di medicina generale.

Rischio COVID-19 e gestione dei casi

Delle 615 persone seguite per rischio COVID-19, **232 (37,7%)** presentano almeno uno dei tre criteri di positività al *triage*, mentre **383 (62,3%)** sono state seguite per il **monitoraggio delle condizioni croniche e/o di vulnerabilità** in assenza di criteri di positività al *triage*. Il 23,4% dei soggetti (144 persone) presenta almeno un sintomo per il quale è stato avviato il monitoraggio o sono stati effettuati accertamenti; 66 persone (10,7%) hanno avuto un'esposizione a rischio e 48 persone (7,8%) sono state monitorate per viaggi da e/o in località a rischio.

A differenza del contesto foggiano, **la maggior parte delle persone, quindi, sono state seguite e monitorate per rischio COVID-19 in ragione della presenza di condizioni croniche o vulnerabilità note**, inclusa l'età maggiore di 60 anni; questa popolazione (età maggiore di 60 anni) nel 85% dei casi non presenta sintomi e nel 93% non presenta esposizioni a rischio. Tra i 232 soggetti con *triage* positivo, l'89,2% presenta un solo criterio di positività, il 10,3% presenta due criteri e lo 0,5% tre criteri. La distribuzione dei fattori di rischio analizzata per genere non mostra importanti differenze, se non una prevalenza lievemente più pronunciata del rischio di esposizione per le donne.

Sulla base della valutazione medica, 430 persone (69,9%) sono state monitorate senza l'esecuzione del TNF, a **185 persone (30,1%)** è stato proposto di **eseguire il TNF**; tra queste, 84 persone hanno eseguito l'accertamento presso la struttura ponte dedicata (13,7% del totale).

Di questi 185 casi, 5 persone (2,7%, uomini) hanno rifiutato di sottoporsi al TNF; tra chi ha eseguito l'esame, **88 persone sono risultate positive al SARS-CoV2** (48,9% sui tamponi eseguiti e 14,3% della popolazione del campione) e **92 sono risultate negative al SARS-CoV2** (51,1% sui tamponi eseguiti e 15% del campione).

CAPITANATA

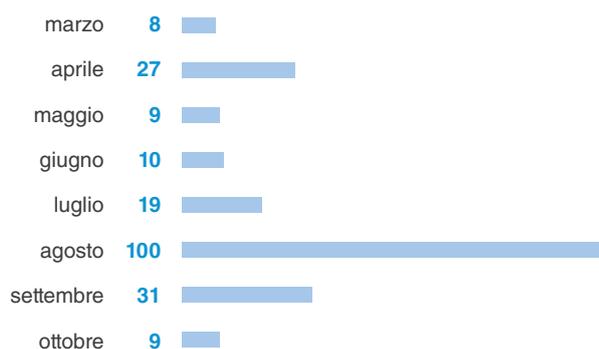
DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE

PERSONE SEGUITE
213



Le persone seguite dal team INTERSOS per rischio COVID-19 nel periodo che va da marzo a ottobre 2020, secondo i criteri sopra menzionati, sono 213. L'andamento del numero assoluto dei casi seguiti nel corso del tempo è riportato nella [figura 11](#).

FIG. 11 • NUMERO DI SOGGETTI SEGUITI E MONITORATI PER RISCHIO COVID-19 PER MESE, CAPITANATA

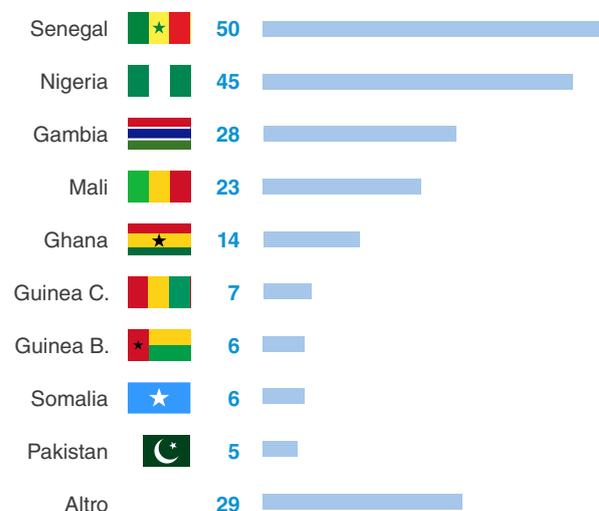


Nonostante l'elevata mobilità caratteristica delle persone incontrate, che a seconda dell'offerta di lavoro si spostano tra aree e insediamenti informali presenti nello stesso territorio, circa tre quarti della popolazione ha dichiarato, al momento della visita medica, di dimorare a Borgo Mezzanone (154 persone, 72,3% del totale).

Le restanti 59 persone si distribuiscono nei piccoli insediamenti della Capitanata come segue: 15 (7%) persone monitorate al Gran Ghetto, 11 (5,2%) persone a Palmori, 9 (4,2%) a Poggio Imperiale, 9 (4,2%) a San Matteo, 8 (3,8%) a Pozzo Terraneo, 4 (1,9%) a Borgo Cicerone, 2 (0,9%) a Serra Capriola, 1 (0,5%) alla Ex-Fabbrica Daunialat.

Sul totale della popolazione seguita, 24 sono donne (11,3%) e 189 uomini (88,7%). La [figura 12](#) riporta la distribuzione dei soggetti per paese di origine per quei paesi rappresentati in più di 5 unità²³. La maggior parte delle persone proviene dall'Africa Occidentale; nel dettaglio, il paese di provenienza più rappresentato è il Senegal (23,5%), seguito da Nigeria (21,1%), Gambia (13,1%) e Mali (10,8%). Delle 24 donne seguite, 23 sono provenienti dalla Nigeria e una del Camerun.

FIG. 12 • DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI PER PAESE DI ORIGINE, CAPITANATA

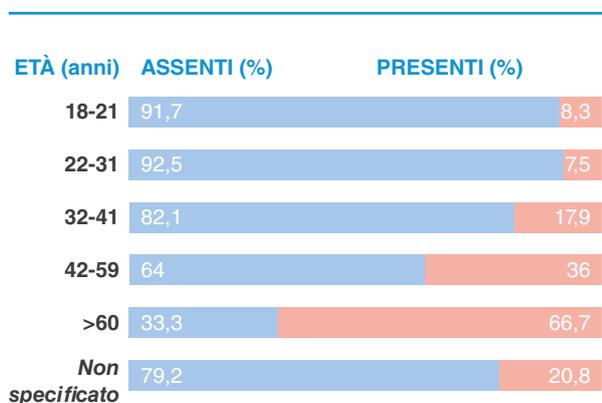


La distribuzione per fasce d'età rileva che la metà dei soggetti seguiti sono giovani adulti tra 22 e 31 anni (107 persone, 50,2%); l'altra metà della popolazione è distribuita come segue: 12 persone nella fascia 18-21 anni (5,6%), 39 persone tra 32 e 41 anni (18,3%), 25 persone in fascia 42-59 anni

²³ Rientrano alla voce "Altro" le persone provenienti da: Costa D'Avorio (4), Afghanistan (3), Burkina Faso (3), Sudan (3), Sierra Leone (2), Egitto (2), Camerun (1), Niger (1), Mauritania (1) e 8 soggetti per i quali non è stato definito il paese d'origine.

(11,7%), 6 persone con età maggiore di 60 anni (2,8%). Per 24 persone non è disponibile il dato (16,7%). La distribuzione per età della popolazione femminile seguita, che rappresenta un quinto del totale, risulta essere più spostata verso le classi di età più avanzata rispetto agli uomini, con percentuali che sono così rappresentate: nessuna donna nella fascia 18-21 anni, 45,8% nella fascia 22-31 anni, 8,3% nella fascia 32-41 anni, 20,8% in fascia 42-59 anni, 8,3% con età maggiore di 60 anni.

FIG. 13 • DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLA PRESENZA DI ALMENO UNA CONDIZIONE CLINICA CRONICA PER FASCIA DI ETÀ, CAPITANATA



Nella [figura 13](#) è riportata la distribuzione percentuale per classe di età della presenza di almeno una condizione clinica cronica. Il 16% delle persone (34/213) presenta almeno una condizione patologica cronica e, come atteso, la proporzione aumenta al crescere dell'età; è interessante notare che anche il 10% circa dei soggetti giovani di età inferiore ai 32 anni riporta almeno una condizione cronica.

Nel gruppo di persone giunte all'attenzione del servizio, presumibilmente a causa del motivo di accesso al servizio e di conseguenza anche in relazione alla fascia d'età distribuita per genere, le donne seguite presentano con maggiore frequenza condizioni croniche (15/24, cioè il 62,5% delle donne) rispetto agli uomini (19/189, con una percentuale del 10,1% sul totale degli uomini).

Condizioni di vulnerabilità vengono riferite da sole 8 persone (di cui 7 uomini) che riferiscono per lo più di soffrire di vulnerabilità nell'ambito psico-sociale.

Tenendo conto della popolazione e delle dinamiche che vi insistono, è verosimile che questo dato sia sottostimato.

Rischio COVID-19 e gestione dei casi

Delle 213 persone seguite per rischio COVID-19, **192 avevano almeno uno dei tre criteri di positività al triage e 21 presentavano condizioni croniche e/o di vulnerabilità**. Tra le 192 persone con criteri di positività al triage, 119 (55,9% del totale) presentano almeno un sintomo per il quale è stato avviato il monitoraggio o sono stati effettuati accertamenti; 92 persone (43,2%) avevano avuto un'esposizione a rischio e 61 persone (28,6%) avevano fatto un viaggio da e/o in località a rischio. Tra questi 192 soggetti, 123 persone (64,4%) presentano un solo criterio di positività al triage, 58 persone (30,4%) presentano contemporaneamente due criteri, mentre 11 persone (5,8%) presentano sia sintomi che esposizione a contatti che viaggio da/in località a rischio.

La presenza di almeno uno dei tre criteri di positività al triage differisce tra uomini e donne; infatti, mentre tra gli uomini il 95,8% presenta uno o più criteri tra viaggi, esposizione e sintomatologia indicativa per COVID-19, tra le donne la percentuale di soggetti con almeno un criterio scende al 47,8%.

Questo dato indica che **la maggior parte delle donne del campione sono seguite prevalentemente per il monitoraggio delle condizioni croniche**, coerentemente con l'attività di prevenzione; il dato può altresì indicare un **minore accesso al servizio da parte delle donne, in particolare delle donne giovani**, aspetto che può essere legato alla pressione e al controllo sociale che esse subiscono in tali contesti, esacerbati dal timore e dallo stigma legato al COVID-19 in particolare sulle categorie più vulnerabili.

Secondo valutazione medica, **il 77,5% delle persone (165) sono state sottoposte a monitoraggio delle condizioni cliniche** con rilevazione quotidiana della temperatura in isolamento domiciliare senza l'esecuzione del TNF. Alle rimanenti 48 persone (22,5%) è stato proposto di eseguire il TNF prevalentemente in strutture dedicate (ospedale o strutture di isolamento) o in loco grazie all'intervento del personale ASL.

Dei 48 casi a cui è stato proposto di eseguire il TNF, **30 persone hanno eseguito il test** mentre le restanti 18 persone (37,5% sui tamponi proposti, che rappresenta l'8,5% della popolazione totale) hanno rifiutato di sottoporsi a tale accertamento. Tra coloro che si sottoposti al TNF, **21 soggetti sono risultati positivi** al SARS-CoV2 (70% delle persone che hanno eseguito il tampone, 9,9% della popolazione del campione) e 9 sono risultati negative al SARS-CoV2 (30% dei tamponi eseguiti, 4,2% della popolazione del campione). **Tra le 18 persone che rifiutano di eseguire il TNF, 15 (83,3%) presentano un'esposizione a casi accertati o sospetti o a luoghi a rischio in assenza di sintomi**, mentre 3 (16,4%) presentano un sintomo (febbre in tutti e tre i casi, in assenza di tosse o altra sintomatologia) in assenza di esposizioni a rischio. Questo dato può evidenziare **la scarsa percezione della malattia in assenza di segni manifesti e la difficoltà di una parte di popolazione di percepire il COVID-19 come una priorità**, in un contesto così ampiamente segnato da questioni che appaiono più urgenti, come viene argomentato dalla [ricerca sull'impatto del COVID-19 sulla qualità della vita delle persone che vivono in contesti di esclusione sociale](#).

Delle 18 persone che rifiutano il tampone, 3 sono donne, tutte asintomatiche e con esposizione a casi a rischio. Nonostante la differenza numerica tra uomini e donne presente nel campione e considerando il solo numero di persone con *triage* positivo a cui è stato proposto il TNF, va evidenziato il fatto che 3 donne su 4 (75%) rifiutano di sottoporsi alla procedura, mentre gli uomini che rifiutano sono 15 su 44 (34%); questo aspetto è verosimilmente legato alle dinamiche di potere e di controllo sociale che insistono sulla popolazione, in particolare sui soggetti più vulnerabili, come menzionato in precedenza.

CALABRIA IONICA

DESCRIZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA DELLA POPOLAZIONE

PERSONE SEGUITE

68



90%

uomini

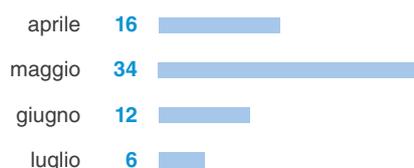


10%

donne

Le persone seguite dal team INTERSOS per rischio COVID-19 nel periodo che va da aprile a luglio 2020 sono 68 su 338 persone visitate. L'andamento del numero assoluto dei casi seguiti nel corso del tempo è rappresentato nella [figura 14](#).

FIG. 14 • NUMERO DI SOGGETTI SEGUITI E MONITORATI PER RISCHIO COVID-19 PER MESE, CALABRIA IONICA

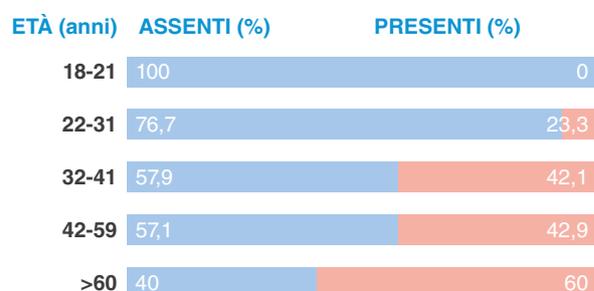


La maggior parte delle persone (33) seguite per rischio COVID-19 in Calabria Ionica sono state visitate a Crotone città (Area 1), 4 presso l'insediamento di Isola Capo Rizzuto, mentre 31 persone sono state visitate presso i siti e gli insediamenti dell'area Corigliano, Rossano e Sibaritide (Area 2). Le donne presenti nella popolazione descritta sono 7 (10,3%) e gli uomini 61 (89,7%).

I paesi d'origine delle 68 persone seguite per rischio COVID-19 sono 18: la maggior parte di loro provengono da Africa, e nello specifico da Nigeria (19%), Marocco (13,2%), Senegal e Gambia (entrambe 11,8%), e dal sub-continente indiano, nello specifico Pakistan (8,8%) e Bangladesh (7,4%). Le 7 donne presenti provengono da: Nigeria (3), Bangladesh (2), Marocco (1) e Romania (1). Due delle donne seguite sono in stato di gravidanza.

La distribuzione della popolazione del campione per fascia d'età, rivela che poco meno della metà della popolazione (44%) è di età compresa tra i 22 e 31 anni, mentre circa un terzo (28%) ha un'età compresa tra i 32 e i 41 anni. Tra le rimanenti persone, il 10,3% appartiene alla fascia tra i 42 e i 59 anni, l'8,8% alla fascia 18-21 anni e il 7,4% è di età superiore ai 60 anni. **Circa un terzo delle persone seguite (21) dichiara in visita di essere affetto da almeno una condizione cronica.** La distribuzione per fasce di età è riportata nella figura 7; anche in questa popolazione la percentuale di soggetti con patologie croniche aumenta col crescere dell'età e diventa importante già a partire dai 32 anni. **Circa un terzo dei soggetti seguiti (22 persone) dichiara la presenza di condizioni di vulnerabilità;** 2 donne dichiarano di essere vittime di violenza, mentre gli uomini (20) espongono vulnerabilità sul piano psicologico-psichiatrico (7), e la condizione di senza fissa dimora (13).

FIG. 15 • DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLA PRESENZA DI ALMENO UNA CONDIZIONE CLINICA CRONICA PER FASCIA DI ETÀ, CALABRIA IONICA



Rischio COVID-19 e gestione dei casi

Delle 68 persone seguite per rischio COVID-19, 38 presentano almeno un criterio di positività al *triage* (55,9%), mentre le rimanenti 30 persone sono state seguite e monitorate per rischio COVID-19 in ragione della presenza di condizioni croniche o vulnerabilità note, in assenza di criteri di positività al *triage* (44,1%). Un quarto della popolazione (17 persone) presenta almeno un sintomo per il quale è stato avviato il monitoraggio o sono stati effettuati accertamenti; 16 persone (23,5%) hanno avuto un'esposizione a rischio e 9 persone (13,2%) sono state monitorate per viaggi da e/o in località a rischio. Tra le persone con *triage* positivo, la maggior parte di esse (34 soggetti) presenta un solo criterio di positività mentre le restanti 4 persone presentano contemporaneamente due criteri di positività al *triage*.

Secondo valutazione medica, **66 persone (97%) sono state sottoposte a monitoraggio delle condizioni cliniche in isolamento domiciliare senza l'esecuzione del TNF**, mentre a 2 persone (3%) è stato proposto di eseguire il tampone. Entrambe le persone hanno rifiutato di svolgere tale accertamento e si è proceduto con monitoraggio delle condizioni cliniche in isolamento fiduciario.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE SUI DATI QUANTITATIVI

I dati qui presentati, oltre ad offrire una fotografia della popolazione raggiunta attraverso l'attività di monitoraggio della diffusione del COVID-19 nei contesti d'intervento, permettono di fare alcune considerazioni più generali sulla salute della popolazione immigrata che vive in contesti di forte esclusione sociale, sui percorsi di tutela esistenti e sull'accesso ai servizi.

Com'è noto dalle più recenti evidenze sulla salute della popolazione migrante presente in Europa (23), il profilo di salute della popolazione migrante sembra essere caratterizzato da alcuni tratti principali, da un lato ci sono i bisogni riferiti e associati ai recenti, drammatici, flussi migratori, portatori di specifiche vulnerabilità (violenze, traumi, sfruttamento o tratta) e con un potenziale corollario di malattie trasmissibili e non trasmissibili, dall'altro lato, si evidenzia, in relazione al tempo di permanenza, un **progressivo e più silente manifestarsi di patologie croniche, fino al raggiungimento di percentuali di prevalenza simili se non superiori alla popolazione residente, ma con esiti diversi e spesso peggiori rispetto al resto della popolazione**. Numerosi fattori sono in grado di influenzare le condizioni di salute dei migranti e l'intero processo migratorio può essere considerato come un importante determinante di salute (24). Non sono solo le condizioni di vita e gli eventi pre- e peri-migratori (fattori socioeconomici e condizioni di vita svantaggiate, traumi, violenze, condizioni di vita svantaggiate durante il viaggio e prima della partenza, inefficienza del sistema sanitario nel paese di provenienza) a determinare condizioni di vulnerabilità, ma anche i fattori che agiscono nella fase post-migratoria, come le condizioni di vita e lavoro, ma anche barriere di accesso ai servizi sia formali che informali e in generale i processi di esclusione (25). La letteratura scientifica mostra come le condizioni di salute delle persone migranti all'arrivo in Europa siano in genere buone, ma sembrano peggiorare nel corso degli anni, con l'aumento della prevalenza di malattie non trasmissibili in modo proporzionale alla durata di permanenza, raggiungendo percentuali simili o superiori alla po-

polazione residente, ma spesso con esiti peggiori (26). Nello specifico, facendo riferimento alle popolazioni con cui INTERSOS opera, è noto come vi siano peggiori esiti in salute per le persone che appartengono alle fasce più svantaggiate della popolazione, con scarse risorse economiche, vivendo in aree urbane svantaggiate, spesso in condizioni di sovraffollamento, penalizzate dall'accesso al mercato del lavoro, con occupazioni precarie o nel circuito del mercato nero (26, 27).

A fronte di un maggiore rischio di fragilità, l'accesso alle cure è ostacolato da numerose barriere d'accesso, quali l'assenza di un regolare permesso di soggiorno o la discontinuità dello status giuridico-legale, le barriere economiche, amministrativo-burocratiche, e le barriere di tipo linguistico-culturale. A queste va aggiunta la presenza di xenofobia, razzismo e discriminazione, che concorre a ridurre l'accesso alle cure, specialmente in un contesto politico e culturale ostile che tollera l'emersione di comportamenti discriminatori fin dentro ai servizi pubblici (28, 29).

Come sostiene l'OMS nel rapporto *No public health without refugee and migrant health* (23), se la migrazione è un fenomeno strutturale, **la tutela della salute della popolazione straniera diventa un atto essenziale e imprescindibile di salute pubblica**, che deve essere garantito da tutte le politiche sociosanitarie, non solo perché il diritto alla salute è un diritto fondamentale e inalienabile delle persone, ma anche e soprattutto perché difendere la salute dei migranti significa difendere quella dell'intera comunità. **Il modo in cui viene organizzata ed erogata l'offerta sanitaria assume quindi un ruolo centrale**, in quanto può essere allo stesso tempo veicolo di meccanismi che generano disuguaglianze e malattie, o essere parte di una soluzione (25, 29).

I dati qui presentati descrivono in tutti i contesti una popolazione che presenta **una quota importante di condizioni di vulnerabilità e di fragilità note, che verosimilmente sono ampiamente sotto-stimate**, rilevate in popolazioni esposte a notevoli fattori di rischio, che vivono in condizioni di deprivazione degradanti che via via erodono lo stato di

salute e sono alla base dello sviluppo di condizioni patologiche, acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili.

Va inoltre evidenziato che, nonostante la presenza documentata di condizioni di rischio, i dati precedentemente presentati e l'esperienza sul campo descrivono popolazioni che, pur in presenza di condizioni croniche e/o vulnerabilità note, hanno un **limitato accesso ai servizi di medicina del territorio** (ad esempio, a Roma circa la metà delle persone con condizioni croniche o vulnerabilità dichiara di avere un medico di medicina generale).

I processi di salute e malattia sono in stretta relazione con le condizioni di vita e il contesto sociale, economico e ambientale in cui le persone vivono, e la produzione delle disuguaglianze in salute risente dell'esposizione differenziale dei soggetti ai diversi fattori di rischio. Sono proprio **i gruppi più vulnerabili della popolazione ad essere maggiormente colpiti e a presentare peggiori esiti in salute (30)**, in particolare dove le multiple identità sociali (definite in base a razza, genere, orientamento sessuale, status socio-economico, malattia e disabilità) si intersecano nelle esperienze personali e riflettono l'interrelazione dei processi macro di privilegio e di oppressione (cioè razzismo, sessismo, eterosessismo, classi-

smo) (31). Nello specifico, il minore accesso delle donne giovani al servizio offerto da INTERSOS (come documentato nei dati della Capitanata) ne è verosimilmente l'espressione.

Questi aspetti, in assenza di politiche pubbliche inclusive e interventi mirati per la tutela delle popolazioni in condizioni di vulnerabilità, inevitabilmente portano all'amplificazione delle disuguaglianze in salute.

Come già sottolineato in introduzione, l'andamento dell'epidemia ha mostrato che le persone migranti sono più colpite e più vulnerabili alla diffusione del COVID-19 rispetto alla popolazione generale, proprio in virtù delle condizioni di deprivazione in cui vivono e delle minori risorse a cui hanno accesso (1). Un editoriale di The Lancet definisce il COVID-19 non una pandemia ma una **“sindemia”; ovvero è un'epidemia da SARS-CoV2 combinata con un'epidemia di malattie croniche, ed entrambe agiscono in modo intersecato su contesti sociali segnati da deprivazione e disuguaglianza (32)**. In mancanza del riconoscimento delle cause e in assenza di interventi strutturali sulle condizioni che espongono le persone a profili differenziali di rischio in base alla propria posizione sociale, non è possibile parlare di misure efficaci, su scala globale quanto nelle esperienze personali.

3.4 L'IMPATTO DELL'EMERGENZA COVID-19 SULLA QUALITÀ DELLA VITA NEI CONTESTI DI ESCLUSIONE SOCIALE

A cura di Silvia Scirocchi, Flavia Calò, Marianna Parisotto, Elda Goci

3.4.1 Descrizione socio-anagrafica della popolazione



La popolazione che ha partecipato alla ricerca è composta da 78 persone, così suddivise nelle tre regioni oggetto dello studio (figura 16): Lazio (25), Puglia (36) e Sicilia (17).

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE

Delle 78 persone coinvolte, il 69% è composto da uomini (54) e il 31% da donne (24). Il 52% della popolazione ha tra i 26 e i 40 anni. Le persone coinvolte provengono da 21 paesi, di tre aree geografiche: **Latino America** (Rep. Dominicana, Ecuador, Venezuela, Perù), **Africa** (Marocco, Egitto, Senegal, Sudan, Gambia, Nigeria, Mali, Camerun, Ciad, Guinea Bissau, Costa d'Avorio, Ghana) e **Asia** (Pakistan, Iraq e Bangladesh). Il 24% proviene dal Senegal, il 22% dalla Nigeria, il 9% dal Gambia, 6% Sudan, 6% Ecuador, 6% Rep. Dominicana, 4% Ghana, 3% Mali, 4% Marocco, 3% Peru, 3% Ciad e il restante 10% dal Venezuela, Bangladesh, Iraq, Pakistan, Camerun, Costa d'Avorio, Egitto, Guinea Bissau.

FIG. 16 • PROVENIENZA E CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE



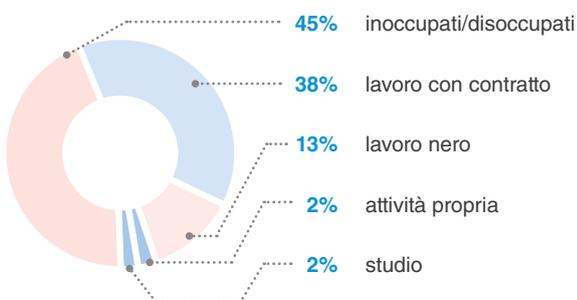
Grado di istruzione

Il 54% (43) delle persone intercettate ha un percorso di istruzione medio alto (il 37% (29) livello secondario di istruzione, il 14% (11) livello tecnico specialistico e il 3% (3) livello universitario. Il 29% (22) della popolazione ha un livello pre-elementare e elementare e il 17% (13) ha dichiarato di essere analfabeta.

Condizioni lavorative

Per quel che concerne la vita lavorativa il 45% (34) delle persone ha dichiarato di essere inoccupata/disoccupata al momento dell'intervista.

FIG. 17 • CONDIZIONI LAVORATIVE



Il 38% (30) ha riferito di aver un lavoro con qualche forma di contratto, e il 2% (2) di avere una propria attività (formale o informale, senza rapporti di subordinazione). Il 13% (10) lavora senza contratto, mentre il 2% (2) è studente.

Condizioni documentali e abitative

Il 64% (50) ha dichiarato di possedere una qualche forma di documento, tra questi tre sono anche cittadini italiani.

Il 36% (28) ha dichiarato di non avere alcuna forma di documento. Il 65% (51) della popolazione intervistata vive stabilmente in un insediamento informale, il 19% (15) in una occupazione abitativa, il 4% (3) è senza fissa dimora. L'8% (6) vive in una casa, il 3% (2) presso centri di accoglienza, una persona vive per strada in un insediamento Informale (1%).

Di seguito si riporta un grafico che mostra l'analisi delle frequenze delle condizioni documentali e abitative (figura 18).

FIG. 18 • ANALISI DELLE FREQUENZE DELLE CONDIZIONI DOCUMENTALI E ABITATIVE



Nonostante 50 delle persone intervistate possieda un documento per vivere in Italia, solo 5 abitano in una casa, 28 persone in un insediamento informale, 13 in un edificio occupato e 2 persone vivono per strada.

Tra le 50 persone con un documento solo 45 sono iscritte al Sistema Sanitario Regionale ed hanno la tessera sanitaria. 5 persone hanno impropriamente un codice STP. I 28 irregolari non possiedono neanche un documento sanitario (figura 19)

Tra le 45 persone iscritte al Sistema Sanitario Regionale solo 39 hanno un medico di base, mentre il restante 50% non lo ha.

FIG. 19 • REGOLARITÀ SUL TERRITORIO NAZIONALE E DOCUMENTI SANITARI

IMPATTO DELL'EMERGENZA SANITARIA

È stato inoltre chiesto alle 78 persone intercettate dove hanno trascorso il *lockdown* e cosa ha comportato per loro la crisi sanitaria.

Dove hanno trascorso il lockdown

Solo 6 dei 51 partecipanti che abitano stabilmente in un insediamento informale sono andati via durante il *lockdown*, mentre 44 (56%) sono rimasti nell'insediamento informale. L'8% (6) ha dichiarato di aver trascorso il periodo del *lockdown* presso casa di amici, mentre il 4% (3) lo ha passato in una casa. Il 2% (2) è stato in un centro di accoglienza. Chi vive in una occupazione abitativa ha trascorso lì il *lockdown* e corrisponde al 20% del campione (15). Il 10% (8) non ha risposto.

Cosa ha comportato la crisi sanitaria

Per il 32% (25) la crisi sanitaria ha implicato la perdita del lavoro. Per il 24% (19) ha implicato l'**immobilità totale, ovvero l'impossibilità a spostarsi e a lavorare.** Per il 17% (13) ha significato uno stop della mobilità. Per il 5% (4) c'è stata una riduzione del lavoro e per l'1% la perdita dell'accoglienza. Il 7,6% (6) ha riferito che non è cambiato nulla, alludendo ad una vita già deprivata. Il 12% (10) non ha risposto. Al momento dell'intervista il 93% (73) della popolazione non conosceva nessuno che si è ammalato di COVID-19. Sappiamo per certo (dalle attività sul campo nei luoghi in cui abbiamo condotto l'intervista) che questo dato oggi è profondamente modificato.

3.4.2 Analisi quantitativa condotta con gli strumenti *Who quality of life-bref* e *l'impact event scale-revised (ies-r)*

PERSONE COINVOLTE **54**  **81%** uomini  **19%** donne

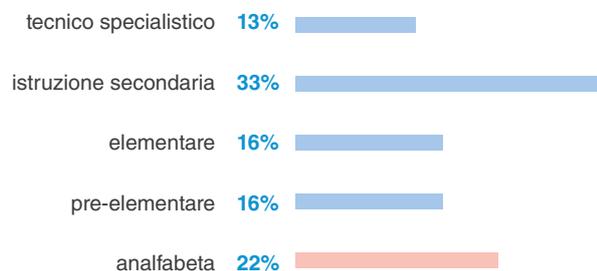
CAMPIONE

Sono 54 le persone che hanno partecipato a questa parte di ricerca, di cui 10 (19%) donne e 44 (81%) uomini. 33 (61%) persone hanno una forma di documento e 21 (39%) non hanno alcuna forma di documento.

Delle 33 persone che possiedono una forma di documento per vivere in Italia, 30 hanno l'iscrizione al SSR e di questi solo 27 hanno un medico di base. 5 possiedono un documento come l'STP e 20 persone non sono iscritte al SSN e non possiedono la tessera sanitaria

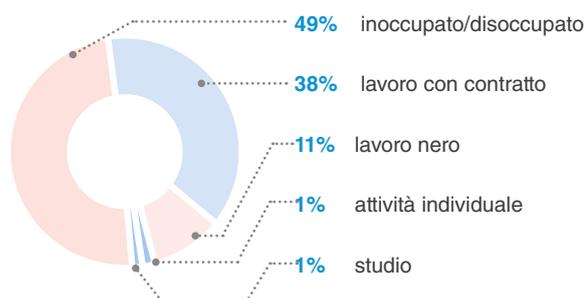
Il 46% (25) delle persone intercettate ha un medio alto percorso di istruzione: tecnico-specialistico (7) e istruzione secondaria (18). Il 16% (8) possiede un livello di istruzione elementare, 9 (16%) possiedono un livello di istruzione pre-elementare, 12 (22%) sono analfabeti (figura 20).

FIG. 20 • LIVELLO DI ISTRUZIONE



Il 49% (26) delle persone intercettate ha dichiarato di essere inoccupato/disoccupato, il 38% (21) lavorano con una forma di contratto, 1% (1) lavoratore con un'attività individuale, l'11% (5) lavorano senza una forma di contratto e uno (1%) studente (fig. 21).

FIG. 21 • CONDIZIONI LAVORATIVE



Le 54 persone risiedono in abitazioni private (4), in edifici occupati (1), negli insediamenti informali di Cassibile e Borgo Mezzanone (46), centro di accoglienza (1). 2 persone sono senza fissa dimora. È stato chiesto alle 54 persone dove avessero trascorso il *lockdown*:

- 40 lo hanno trascorso in un insediamento informale (di cui 38 già ci vivevano, una persona che viveva in strada e una persona che viveva in una casa)
- 6 a casa di amici (una persona che viveva in strada, tre che vivevano in un insediamento informale, 1 persona che viveva in un centro di accoglienza e 1 persona che viveva in una casa)
- 2 lo hanno passato in una occupazione abitativa (1 persona già ci viveva e una è rimasta bloccata)
- 1 persona è rimasta nella propria abitazione
- 1 persona è stata accolta in un centro di accoglienza
- per 4 persone il dato non è disponibile.

Attraverso la distribuzione delle frequenze è possibile osservare dove hanno passato il periodo del *lockdown* (tabella 3)

TAB. 3 • DISTRIBUZIONE DELLE FREQUENZE “CONDIZIONE ABITATIVA” E “DOVE HANNO TRASCORSO IL LOCKDOWN”

	Condizione Abitativa					
	Senza fissa dimora	Edificio occupato	Insedimento informale	Centro di accoglienza	Abitazione	
Dove hanno trascorso il lockdown	Insedimento Informale	1	0	38	0	1
	casa/Occupazione	0	1	0	0	1
	casa/amici	1	0	3	1	1
	Propria abitazione	0	0	0	0	1
	Centro di accoglienza	0	0	1	0	0
	Dato non rilevato	0	0	4	0	0

Per 16 persone **la crisi sanitaria ha avuto un imponente impatto negativo sulla loro vita**, 11 hanno dichiarato che la crisi sanitaria ha avuto un forte impatto negativo sulla loro vita, 9 hanno dichiarato un impatto negativo, per 17 la crisi ha impattato poco (15) o molto poco (2) nella loro vita. Di 21 persone non abbiamo informazioni.

RISULTATI

Alle 54 persone è stato somministrato l'*Impact Event Scale-Revised* (IES-R), per la valutazione dei sintomi da stress post traumatico conseguenti all'impatto dell'emergenza covid-19. Come raccomandato da Creamer et al. (33), un "probabile caso di PTSD" è stato identificato utilizzando un *cut-off* di 33. Sono stati attribuiti i seguenti range di punteggio:

- **punteggio tra 24 – 32:** non hanno un Disturbo Post Traumatico da Stress definito, possono però riportare solo alcuni dei sintomi (34)
- **punteggio tra 33 – 36:** *cut-off* ottimale per diagnosticare la presenza di Disturbo Post Traumatico da Stress (35)
- **punteggio tra 37 o più:** rappresenta un punteggio per formulare un Disturbo Post Traumatico da Stress Cronico (34)

TAB. 4 • PRESENZA DEL PTSD

Presenza PTSD	Numero di persone	Percentuale
Assenza di sintomi	15	28%
Qualche sintomo	7	13%
PTSD	0	0
PTSD cronico	32	59%

Dall'osservazione della frequenza dei punteggi dell'*Impact Event Scale-Revised* possiamo desumere che **le persone che hanno partecipato allo studio non riportano sintomi riconducibile a stress post traumatico legato all'emergenza COVID19** (assenza di sintomatologia per 15 persone e presenza di qualche

sintomo per 7 persone). **32 persone (59%) riportano una sintomatologia tipica da disturbo Post Traumatico da Stress Cronico** (un quadro sindromico superiore a tre mesi).²⁴ Questo dato può sostenere il fatto che più della metà delle persone incontrate abbia vissuto altri eventi traumatici che hanno avuto un impatto dirompente sulla psiche ma, purtroppo, non sono mai stati individuati e presi in carico. Data la provenienza delle persone che hanno partecipato alla ricerca (99% provenienti dall'Africa Sub-Sharaiana) **possiamo ipotizzare traumi anche legati al vissuto pre-migratorio e migratorio**; ma non sono da escludere **traumi post-migratori**, che verosimilmente hanno origine nella vita attuale e sono **legati alla condizione di vita**.

Dall'osservazione dei punteggi medi nelle tre sottoscale (Sintomi Intrusivi, sintomi da Evitamento e Sintomi da Iperarousal) dell'IES-R i sintomi più frequentemente lamentati sono stati quelli dell'evitamento (14,6) seguiti da sintomi ricordi intrusivi (13,6%) e sintomi di Iperarousal (9,5%). È stato, inoltre, somministrato il *WHO - Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*, per la valutazione della qualità della vita. Le prime due domande valutano la qualità della vita auto-percepita e la soddisfazione per la salute, le restanti 24 domande fanno riferimento a quattro ambiti: salute fisica, salute psicologica, relazioni sociali e condizioni ambientali.

La QOL indagata con il *WHO* ha consentito di ottenere una valutazione ampia, che, pur essendo intimamente correlata allo stato emotivo della persona, rappresenta una valutazione soggettiva di sé e del proprio mondo sociale e materiale, che va ben al di là dello stato psicologico della persona.

Come riportato in letteratura (36), si è usata la seguente attribuzione di punteggio:

- **punteggio ≤ 45** , bassa qualità della vita;
- **punteggio da 46 a 65**, QOL moderata
- **punteggio > 65** , QoL relativamente alta

34 persone, su 54 (62%), percepiscono di vivere una vita dalla qualità scarsa. 18 (33%) percepiscono vivere una vita dalla qualità moderata, solo 2 (4%) hanno riportato di percepire di vivere una vita dalla qualità buona. Una persona (1%) non ha risposto a tutte le domande del questionario, pertanto non abbiamo elaborato i suoi punteggi.

Nel *WHOQL-Breve* sono attentamente esplorate 4 sezioni (area fisica, area psicologica, area delle relazioni interpersonali e area ambientale o di contesto), al fine di stabilire in che misura il soggetto è soddisfatto o meno rispetto a ciascuna di esse. Risulta che **l'area con maggiore correlazione di sofferenza è quella ambientale legata al contesto di vita**.

In seguito si è voluto comprendere meglio entro quali range di vita si muovono le persone che si percepiscono vivere una "bassa qualità della vita." Come si evince dalla [tabella 5](#), è evidente la percezione di bassa qualità di vita tra le persone che vivono in insediamenti informale. Allo stesso modo, la correlazione è stata indagata con le variabili della condizione lavorativa ([tabella 6](#)), l'aver o meno un regolare documento e un documento per accedere al SSR (tessera sanitaria e STP).

²⁴ Il PTSD è definito "acuto" se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi; è invece definito "cronico" con durata dei sintomi uguale o superiore a 3 mesi.

TAB. 5 • QUALITÀ DELLA VITA IN RELAZIONE ALLA CONDIZIONE ABITATIVA

Condizione Abitativa	Qualità della vita		
	Bassa QoL	moderata QoL	buona QoL
senza fissa dimora	1	1	0
occupazione abitativa	1	0	0
Insedimento informale	29	17	0
centro di accoglienza	0	0	1
abitazione	3	0	1

TAB. 6 • QUALITÀ DELLA VITA IN RELAZIONE ALLA CONDIZIONE LAVORATIVA

Cond Lavorativa	Qualità della vita		
	scarsa	media	buona
Disoccupato/inoccupato	19	5	2
Studente	1	0	0
Lavoro con contratto	4	8	0
lavoro senza contratto	3	2	0
Tirocinio	0	0	0
lavoro dipendente	6	3	0
lavoro autonomo	1	0	0

Le precarie condizioni abitative, l'assenza di lavoro o la precarietà lavorativa, l'assenza di documenti di soggiorno e di documento per accedere al SSR sono associate a una bassa percezione di qualità di vita tra la popolazione.

In conclusione, i risultati ottenuti in questa parte di studio che comprende 54 persone delle quali abbiamo una conoscenza clinica diretta, portano ad alcune riflessioni. **La valutazione soggettiva della qualità della vita, valutata con il WHOQOL, è decisamente bassa. Gli indicatori della qualità della vita, occupazione, ambiente, salute fisica e mentale e relazioni, parlano di una precarietà esistenziale in cui si percepisce il 64% delle persone.** Il 33% ha una percezione della propria vita come qualitativamente nella media. Solo il 4% ha una percezione della propria vita come qualitativamente buona. Inoltre, data la provenienza delle persone che hanno partecipato alla ricerca (99% provenienti dall'Africa Sub-Sahariana) possiamo ipotizzare traumi anche legati al vissuto pre-migratorio e migratorio; ma non sono da escludere traumi post-migratori, che verosimilmente hanno origine nella vita attuale e sono legati alla condizione di vita.

È doveroso tener presente che **le complicanze di un PTSD cronico o non trattato possono avere delle conseguenze a livello comunitario e sociale, con difficoltà di integrazione e aumento di sacche di disagio e vulnerabilità sociale.** I disturbi post-traumatici hanno la tendenza, in assenza di una corretta diagnosi e di interventi terapeutici adeguati e specifici, a cronicizzare o ad evolvere verso il peggioramento. La precocità di un trattamento adeguato in ambiente specialistico è quindi cruciale per il futuro di queste persone e ha come presupposto indispensabile una precoce e corretta diagnosi.

3.4.3 Analisi qualitativa

Il lavoro qualitativo condotto con le popolazioni migranti è stato costituito da n. **10 interviste semi-strutturate condotte in forma individuale** (Roma: 3; Capitanata: 5; Sicilia Orientale: 2) e n. **2 focus group condotti presso le occupazioni abitative della capitale** (rispettivamente n.6 e n. 8 partecipanti). La ricerca è stata condotta tra giugno e agosto 2020, in un periodo, dunque, in cui la cosiddetta “prima ondata” del coronavirus era appena terminata, con il conseguente abbassamento della curva di contagio.

Il materiale raccolto è stato organizzato secondo **6 assi tematici: lavoro, documenti, condizione socio-abitativa, rete di supporto, (dis)empowerment e risorse, prospettive**. Ciascuno degli ambiti tematici è stato analizzato a partire dal legame, sperimentato dai partecipanti, con la salute e qualità della vita, con la rivendicazione dei propri diritti e con l’impatto della pandemia da COVID-19.

In relazione a quest’ultimo aspetto, è risultato particolarmente evidente come gli effetti, in termini di cambiamento, esperiti dai nostri partecipanti in relazione alla crisi sanitaria, siano stati ben pochi. La priorità delle persone coinvolte nella ricerca, infatti, si rivolgevano principalmente a condizioni di vita più degne, con il coronavirus vissuto come un evento a latere il cui impatto è minimo a fronte di sofferenze e difficoltà di portata ben maggiore. La prevenzione del rischio di contagio, infatti, si configura come un lusso che i partecipanti non possono permettersi, dovendo far fronte a condizioni di vita difficoltose in ognuno degli ambiti presi in esame.

RISULTATI

LAVORO

“Se non c’è lavoro non posso prendermi cura di me stessa né di nessun altro e lascio tutto in mano a Dio.”

Le persone incontrate nell’ambito della ricerca hanno storie e percorsi lavorativi diversi, in relazione al contesto analizzato. Le storie analizzate parlano di situazioni anche molto diverse, accomunate in gran parte da **dinamiche segnate da precarietà lavorativa, sfruttamento e lavoro in nero**. Le difficoltà sperimentate in ambito lavorativo, dovute all’assenza di tutele, allo sfruttamento o anche alla grande difficoltà di trovare un impiego, sono state inevitabilmente esacerbate dalla crisi sociale conseguente alla pandemia. Il legame tra le condizioni di lavoro (o l’assenza di esso) e la qualità di vita e salute delle persone sono anche messe in luce dai partecipanti allo studio. Negli insediamenti agricoli del sud Italia in estate la popolazione aumenta fino a triplicare, molti lavoratori provengono da altri parti d’Italia, seguendo le rotte del lavoro agricolo stagionale. Dal materiale della ricerca e dal

lavoro quotidiano con la popolazione emergono le dinamiche di sfruttamento e le conseguenze che queste hanno sulla vita delle persone. **La maggior parte delle persone infatti lavora in nero o in grigio, senza diritti e senza tutele**, soprattutto in caso di malattia o infortunio. I partecipanti accusano una situazione di sfruttamento che continua da anni, con promesse di contratti non arrivate. I casi di contratti illegittimi o buste paga fasulle sono all’ordine del giorno. Le persone riferiscono anche mancati pagamenti, pagamenti in ritardo e condizioni di lavoro che gravano molto sulla salute.

“Quando sono arrivata avevo i documenti ma non avevo lavoro. Ho sempre lavorato in campagna, molto in Calabria a Rosarno con le arance, senza contratto a quel tempo. Ora c’è il contratto ma il contratto che ci danno è falso! È falso! Non ci

danno un contratto regolare. Ci usano per fare tutto, dalla A alla Z ma non ti danno i soldi che ti dicono perché non capisci l'italiano, abbiamo lavorato per niente per anni, non è buono, le cose devono cambiare! Mi dai un contratto, mi dici che è di un anno, io lavoro per te e tre mesi dopo mi dici che il lavoro è finito. Ti dico che devo andare a rinnovare i documenti, dammi le buste paga, vedo la busta paga e chiedo "questi sono i soldi che mi hai pagato?" No. Meglio lasciare tutto, così è sbagliato, le cose devono cambiare!"

Capitanata

Emerge in particolare il dolore di chi lavora molte ore ricevendo un compenso estremamente basso. Molte persone soffrono questa condizione che si avvicina alla schiavitù, come testimonia il resoconto di questo bracciante nel foggiano, nel parlare di quel "figlio di qualcuno" che, in fondo, si riferisce a lui stesso e a tutti i "fratelli e sorelle" che vivono quelle stesse condizioni:

"Sì, non puoi prendere il figlio di qualcuno, svegliarlo alle 3 del mattino e portarlo al lavoro sotto questo sole, guarda la temperatura... è veramente alta, ti pagano 4 euro all'ora e prima che ti paghino ci vuole tempo. Oggi è il 21 e non mi hanno ancora pagato il mese passato. Ed un lavoro di due mesi anche se mi avevano detto un anno."

Capitanata

Per tutti gli intervistati **questa condizione di vita non è una scelta**. Le persone raccontano di essersi ritrovate in un "ghetto" e a lavorare per un caporale perché non avevano altri strumenti per sopravvivere. Spesso, non si tratta solo della sopravvivenza personale ma anche di quella della famiglia, in Italia o nel paese di origine.

"Se uno avesse un buon lavoro fuori, nessuno sarebbe così stupido da vivere qui. Tutti hanno bisogno di soldi per vivere, per mangiare, per prendersi cura di sé e del proprio stato mentale. Nessuno è felice di vivere qui. Perché non c'è un buon lavoro."

Capitanata

Anche dalle interviste effettuate a Roma, in un contesto urbano, le persone sottolineano le problematiche legate al lavoro, o alla sua assenza, nonché la forte connessione tra le condizioni lavorative e la mancanza di documenti.

"...molti ragazzi non hanno i documenti, primo problema grande. Se tu non hai i documenti non hai niente e la salute non va bene. Anche quando questi vanno a cercare lavoro la prima cosa ti chiedono i documenti se non hai documenti non hai lavoro oppure vai a lavorare a nero."

Roma

In modo trasversale tanto ai contesti agricoli come a quelli urbani viene esplicitato il legame tra il lavoro e la salute, sia sul piano fisico che psicologico e sociale.

Sono molti i problemi di salute che colpiscono le popolazioni che vivono in insediamenti informali. I nostri partecipanti che lavorano nel settore agricolo hanno elencato: "Problemi allo stomaco, problemi respiratori, quelli che lavorano nei campi hanno problemi alle gambe. Molti si fanno male al lavoro."

Capitanata

Vi è la consapevolezza di lavorare in ambienti insalubri e in condizioni che non tutelano la salute, ma vi è anche la consapevolezza di essere dentro a un circuito di sfruttamento lavorativo: "Il lavoro che faccio non è buono per la mia salute ma cos'altro posso fare? Lavoriamo per 3-4 euro l'ora. Non è abbastanza. Abbiamo dolori, siamo malati ma per sopravvivere dobbiamo comunque lavorare."

Capitanata

L'instabilità e lo sfruttamento lavorativo hanno un forte impatto anche sul benessere psicologico e relazionale delle persone.

"Molti qui parlano come pazzi, molte persone qui hanno problemi di testa. La gente non ha lavoro e casa, la testa ti scoppia. Il governo italiano deve trovare delle soluzioni per far lavorare le persone."

Capitanata

Molti partecipanti parlano di rabbia e confusione che si traduce in una frustrazione che causa diversi problemi nella relazione con sé stessi e nelle relazioni interpersonali. Lo spiega bene una partecipante che vive nell'ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone quando afferma:

“Se non c'è lavoro non posso prendermi cura di me stessa né di nessun altro e lascio tutto in mano a Dio.”

Capitanata

Lo **sfruttamento lavorativo si interseca ad altre forme di discriminazione e oppressione, come il razzismo**, mettendo le persone in posizioni di svantaggio sociale e ricattabilità, e conseguente scarsità di risorse per chiedere e ottenere maggiori tutele e il rispetto dei propri diritti. È questa condizione di annichimento psicologico e sociale che, in fondo, secondo l'intervistata, porta le persone ad “affidarsi a Dio”, come unica possibilità di salvezza.

“Qui se non parli l'italiano, non sai leggere e scrivere non ti danno un lavoro. E se per un lavoro pagano 10 euro all'ora, se sei nero te ne danno 4. A volte 3, 4 o 5, all'ora. Il che è davvero brutto.”

Capitanata.

L'impatto che la pandemia da coronavirus ha avuto in termini non solo sanitari e di rischio infettivologico, ma anche **in termini sociali, di perdita del lavoro e isolamento**, emerge molto forte dalle nostre interviste. La crisi, infatti, non sembrerebbe aver toccato direttamente le persone da un punto di vista sanitario, quanto sul versante relazionale e sociale, portando, nei termini di questa intervistata, anche a vera e propria disperazione.

“C'è disperazione quando senti di qualcuno malato. quando rimani senza lavoro. Questo coronavirus ha fatto male a tante persone non solo quelle che si sono ammalate del coronavirus.”

Roma

La **pandemia**, in questi contesti di precarietà lavorativa, ha **amplificato la ricattabilità delle perso-**

ne: molti si sono ritrovati senza lavoro da un giorno all'altro e con grosse difficoltà di sostentamento. Se perdere il lavoro rappresenta un problema in generale, lo è a maggior ragione per chi non ha documenti e non ha accesso a nessun tipo di tutela statale, come è il caso delle persone senza regolare documento.

“Uno è andato a lavorare quasi quattro anni in nero, non c'aveva documenti, ha lavorato in un ristorante. Sotto il COVID la proprietaria lo ha cacciato via proprio e non ha preso liquidazione, niente. Niente contratto, niente.”

Roma

Alcune persone si sono ritrovate per strada o senza accesso a risorse alimentari, senza avere nessuna rete di supporto, con forti conseguenze sul piano psicologico. Come sottolineato da un intervistato “stare senza lavoro costringe a rimanere a casa e a pensare molto”.

*“Durante il lockdown quasi nessuno lavorava. Ora piano piano qualcuno sta tornando al lavoro. Per fortuna tra poco inizia la raccolta dei pomodori e lavoreremo tutti. **I problemi principali causati dal coronavirus, per quanto mi riguarda, sono la mancanza di cibo e lavoro.** Le persone stanno soffrendo. Eravamo obbligati a stare a casa costretti a pensare molto. Nessun movimento possibile, passiamo le giornate a pensare e mangiare, quando c'è cibo.”*

Capitanata

C'è inoltre chi, in questa situazione, ha dovuto continuare a occuparsi del mantenimento della famiglia nel paese di origine.

“L'impatto avuto con la mia famiglia che sta in Africa, non riesco a mantenerla a livello economico, mi chiamano sempre perché devo mandare i soldi, io ho detto le cose sono cambiate, io sono chiuso a casa, non sto lavorando, quindi non posso aiutare, ma fargli capire che esiste questa pandemia è stato difficile.”

Sicilia Orientale

DOCUMENTI

“Noi andiamo avanti, ma è una vita indegna quella senza documenti.”

Il vincolo tra permesso di soggiorno e contratto di lavoro e l'assenza di una efficace politica migratoria di inclusione, volta alla regolarizzazione delle persone senza permesso di soggiorno e presenti sul territorio, chiudono le persone in un circuito di lavoro irregolare anche per molti anni, con scarse possibilità di uscirne, senza tutele e diritti. Nelle campagne del Sud Italia si raccolgono numerose testimonianze a riguardo.

Per la maggior parte delle persone immigrate, l'ottenimento del regolare permesso di soggiorno è vincolato al contratto di lavoro e le restrizioni in merito introdotti dalla Legge Bossi-Fini del 2002 generano, indipendentemente dal settore lavorativo e dal contesto (tanto in campagna quanto in città), condizioni di ricattabilità e di vulnerabilità, che a loro volta hanno importanti conseguenze sul piano sociale, della salute, dei diritti.

In particolare, la percezione delle persone è che anche se le proprie intenzioni siano quelle di lavorare regolarmente e spendere le proprie capacità nell'esercizio onesto di qualsiasi professione, la condizione di irregolarità amministrativa dettata dall'assenza dei documenti rende qualsiasi percorso di inclusione irrealizzabile. Ciò ha ingenti conseguenze sul piano di costruzione del futuro, rendendo di fatto “indegna” una vita vissuta in Italia senza documenti.

*“Il lavoro in campagna è molto difficile, ma sta a me mantenerlo e affrontarlo. Io continuo a metterci impegno ma il problema principale è che ci mancano i documenti. Non abbiamo documenti, non abbiamo contratti. Lavoriamo senza nessuna sicurezza, o diritto. Non è possibile vivere così, senza documenti. **Noi andiamo avanti, ma è una vita indegna quella senza documenti.** In questa condizione siamo obbligati a fare tutto ciò che ci chiedono, non abbiamo possibilità di scelta.”*

Capitanata

L'assenza di documenti, insomma, pone le persone migranti in una condizione di forte ricattabilità, ovvero di sfruttamento della manodopera che sono costretti ad offrire per sopravvivere, senza possibilità di negoziazione. Tale dinamica è vissuta in modo particolarmente consapevole dai nostri intervistati, che la legano giustamente a dei rapporti tra padrone e bracciante, nonché tra italiano e straniero, disumanizzanti per il secondo. In fondo, la richiesta di tutele non è altro che un grido al rivendicare la propria umanità e, quindi, i propri diritti umani.

“Se vado alla polizia quelli mi chiedono il contratto di lavoro. Se non hai i documenti non hai un contratto di lavoro. Tutti qui lavorano in nero, non lavorano per gli arabi ma per gli italiani. Gli italiani dovrebbero trattare i neri come esseri umani, e continuerò a dirlo!”

Capitanata

“Non abbiamo documenti e senza documenti non ci possiamo prendere neanche un giorno di malattia. Molti qui non stanno bene. Sono anni che lavoriamo senza documenti.”

Capitanata

E la rivendicazione dei propri diritti (in quanto) umani parte anche dalla necessità di essere padroni delle proprie scelte. Questa possibilità viene vissuta come negata proprio **dall'assenza del documento, che rende “schiavi delle scelte degli altri”** e costringe a sottostare a condizioni socio-abitative indegne.

“Il problema rimane il documento. In quel posto il problema principale è la mancanza di documenti per le persone che ci vivono. Non possiamo fare nulla senza documenti. Ci sono persone che vivono qui da circa 15 anni senza documenti. Sì, senza documenti non possiamo fare nulla. Non abbiamo possibilità di scelta, siamo schiavi delle scelte degli altri.”

Capitanata

“Se oggi avessi i documenti me ne andrei. Le persone si disperano a causa dei documenti, perché siamo costretti a vivere qui.”

Capitanata

La condizione di ricattabilità e di impotenza connessa al circolo vizioso della regolarizzazione, per cui **la ricerca di lavoro regolare diviene impossibile per le persone senza documento, è andata aggravandosi nel corso della pandemia.**

“Ora ti dicono “hai i documenti?” “No non ho documenti.” “Non puoi farlo!” Molti datori di lavoro mi dicevano “io non ti faccio il contratto, a meno che tu non mi dai i soldi che io devo spendere per fare il contratto.”

Roma

Tra le persone coinvolte nella ricerca, c'è chi è ben consapevole di quanto tali dinamiche di sfruttamento siano funzionali al mantenimento del sistema economico e produttivo, della manodopera a basso costo e del lavoro nero, ampiamente fondato sulla difficoltà di accedere al regolare documento per il soggiorno in Italia.

“Tutto ciò mentre lavoriamo per voi, il minimo che possiate fare è darci dei documenti. Siamo

i soldati della campagna. Nessuno è felice di stare qui ma se ci trattassero un po' meglio ci sarebbe più gente che lavora. (...) Gli europei non ti danno niente gratis, ma pretendono che tu lavori gratis per loro. Abbiamo bisogno di aiuto, il Primo Ministro dovrebbe venire a vedere come soffriamo.”

Capitanata

È chiaro che la condizione di irregolarità amministrativa grava fortemente sulla salute delle persone in maniera olistica, da un punto di vista fisico, psicologico e sociale.

L'accesso ai servizi si configura inevitabilmente come difficoltoso, nonostante l'esistenza di strumenti quali il codice STP ed ENI. Tali servizi, infatti, sono vissuti come impenetrabili, lontani e di difficile accesso sia in termini burocratici, che geografici, che linguistici. Più in generale, anche prendersi cura di sé è difficile quando la priorità è quella di sopravvivere.

*“Il governo dovrebbe aiutarci e darci i documenti. Le persone qui muoiono. **Se avessi dei diritti saprei come prendermi cura di me, ma non mi viene dato alcun diritto.”***

Capitanata

CONDIZIONE SOCIO-ABITATIVA

“Se uno avesse un buon lavoro fuori, nessuno sarebbe così stupido da vivere qui”

Le condizioni socio-abitative dei partecipanti a questo studio sono tutte caratterizzate da precarietà e disagio sociale, ma in modo piuttosto eterogeneo.

C'è chi vive in un insediamento informale rurale (chiamato “ghetto” dagli intervistati) del sud Italia e si trova irretito nello sfruttamento lavorativo, dove per lavorare bisogna sottostare a determinate regole e determinate condizioni abitative; chi vive in un'occupazione abitativa, dove la vita comunitaria è costante e qualsiasi decisione è presa su base assembleare, in ragione di una lotta comune per il diritto all'abitare, orientata dai movimenti civili cittadini; chi condivide la casa con moltissime altre persone, connazionali e non, e ogni mese cerca di mettere insieme la somma sufficiente a pagare l'affitto, anche solo per un posto letto; e c'è chi vive in strada, senza una dimora fissa, in un insediamento informale, e con disagi ormai strutturali e cronici.

La **precarietà abitativa emerge come perno centrale** che caratterizza la scarsa qualità di vita delle persone intervistate, tanto per chi vive in un'occupazione abitativa o in un insediamento informale, e infine, chiaramente, per chi è senza fissa dimora. Le condizioni sociali e abitative nelle quali vivono le persone coinvolte emergono come uno degli aspetti che maggiormente generano sofferenza ponendo le persone in condizioni di vulnerabilità e di esposizione a rischi per la salute.

Le persone che vivono negli insediamenti del Sud Italia esplicitano come **la sola esistenza di contesti abitativi talmente degradati sia una violazione dei diritti umani** e che tutte le persone che vi vivono subiscono un'ingiustizia: in diversi passaggi emergono sentimenti di indignazione e di rabbia, che accompagnano la descrizione delle condizioni sociali, abitative, igieniche.

“Niente lavoro, niente cibo e abitazioni non adatte a viverci dentro. Vedi dove viviamo? Come si può dormire qua dentro?”

Sicilia Orientale

Chi vive negli insediamenti informali rurali sottolinea come vivere in baracche, avere limitato accesso all'acqua o a fonti di acqua potabile, l'assenza di servizi igienici, di sistemi di smaltimento dei rifiuti, la lontananza dai centri abitati e dai servizi, rappresentano dei fattori di rischio per la salute.

“Qui non abbiamo i bagni, andiamo nei campi, ti pare giusto? E le infezioni? Non è sicuro. Alle volte se devo defecare... e se piove? Poi piove nelle baracche, stiamo soffrendo.”

Capitanata

“Queste non sono case, non sono posti dove vivere. È molto importante che possiamo vivere una vita decente. Questo posto non è buono per la salute e per la sicurezza.”

Capitanata

Questa consapevolezza si scontra però con il fatto che tali condizioni di vita non sono una scelta, ma una delle conseguenze di dinamiche sociali basate sullo sfruttamento, nelle quali le persone in condizioni di vulnerabilità sono largamente ricattabili e non hanno la possibilità e il diritto di reclamare e accedere a condizioni di vita dignitose.

“Questo posto non è salubre, non mi piace questo posto ma non ho altra scelta.”

Capitanata

La mancanza della possibilità di scelta in contesto urbano si esprime sulla precarietà delle soluzioni abitative (anche senza elettricità e senza acqua), ma soprattutto in merito al sovraffollamento nelle stanze e nelle abitazioni, che anche in questo contesto, non rappresenta una scelta ma un'esigenza

data dalle condizioni sociali di esclusione e ricattabilità che le persone vivono. Vivere in assenza di spazi adeguati e in condizioni di sovraffollamento viene riconosciuto non solo come un fattore di rischio per la circolazione di patologie di natura infettiva, ma anche come una causa di sofferenza che sta sul piano emotivo e psicologico, in quanto limite allo spazio personale e spesso necessità anche in assenza di legami affettivi o di affinità tra le persone.

“Purtroppo sì, sto così così. Perché se ci avessi una stanza con la luce. ...abito con cinque persone in... Sì non va bene. Se abito con cinque persone in una stanza c'è problema della testa che non va, la salute di tutti non va bene perché siamo tutti attaccati.”

Roma

Le implicazioni sulla salute emergono esplicitamente anche da chi, in contesto urbano, non ha una dimora fissa e vive con sofferenza le condizioni di deprivazione sul piano materiale e la difficoltà di accettare la propria condizione di esclusione e isolamento.

Diverse persone riportano le ripercussioni che questo ha sul piano della salute mentale, sulla sofferenza vissuta, sulla relazione con sé e con gli altri, alludendo a comportamenti che hanno luogo perché in assenza di relazioni sociali di supporto.

*“... poi vivendo per strada, non accettando il fatto di vivere per strada, influisce sul proprio stato mentale. Il suo corpo non accetta e quindi sale verso la testa e la persona reagisce in un modo sbagliato in un modo in cui se fosse nella sua famiglia non l'avrebbe fatto. (...) è difficile sopportare tutto questo. Io ad **esempio non ho una casa, non ho un indirizzo dove poter fare la doccia, sistemare me stesso... ho avuto anche delle ripercussioni anche mentali.** Quanto ha cambiato il mio modo di agire, di vedere, di stare con le altre persone.(...) Sì sì, io sento tanta paura nel mio corpo ed ho paura anche per gli altri.”*

Roma

La pandemia da coronavirus si inserisce quindi in condizioni sociali, economiche, abitative già precarie, nelle quali l'attuazione delle basilari misure di prevenzione diventa un'azione complessa. In particolare negli insediamenti informali rurali, dove manca l'acqua corrente, emerge come le scarse condizioni igieniche rappresentino già un rischio per la salute, e il coronavirus rappresenta un problema che si somma ai già molti pericoli esistenti per la salute delle persone.

In contesto urbano invece, in particolare nelle occupazioni abitative, è molto più forte la percezione della pericolosità del virus e del rischio di diffusione all'interno degli edifici occupati: la consapevolezza della condizione di vulnerabilità che le persone vivono in tali contesti, del rischio elevato di diffusione in un contesto così densamente abitato e delle conseguenze che questo può comportare, porta a tenere alta l'attenzione sulle misure di prevenzione per la tutela di tutti.

“Noi eravamo vulnerabili in quel momento perché prendevo io e lo portavo a casa dalla mia famiglia e quello era il problema che ci teneva impauriti.”

Roma

Le conseguenze della pandemia vengono riportate soprattutto sul piano sociale, economico, sulla perdita del lavoro, sull'impoverimento che ne è derivato, sulla gestione degli ambiti di quotidianità.

“Chi ha i bambini non ha nulla per fare la spesa, magari se hai dei risparmi, ma non credo che gli stranieri ma anche gli italiani ce la fanno adesso. È dura dappertutto. Un macello. Viviamo fino adesso le brutte conseguenze di questa malattia.”

Roma

Inoltre, chi vive in contesto urbano sottolinea come **le condizioni di vita delle persone senza fissa dimora si siano inasprite**, in un momento di chiusura dei servizi e di accesso impossibilitato a reti di sostegno e solidarietà, esacerbando le condizioni di esclusione di chi già le vive.

“Tante cose ho visto in strada: le persone che dormono in strada a Termini, c'erano tante persone, durante il COVID, le persone non potevano uscire e queste persone avevano difficoltà, come potevano mangiare? Questa cosa mi faceva male al cuore.”

Roma

Il tema della chiusura dei servizi durante il *lock-down* ha rappresentato una difficoltà per chi è inserito in percorsi di cura continuativi, e la loro interruzione viene riportata con particolare sofferenza per chi è seguito dai servizi di salute mentale. In particolare nel contesto urbano e nelle situazioni più organizzate viene anche riportato come l'attuazione delle misure di prevenzione ha portato la popolazione in generale a fare più attenzione alle condizioni igienico-sanitarie in casa e negli spazi condivisi, come pratica per la tutela della salute dei singoli e di tutta la collettività.

“Tutti sono diventati più attenti alle norme igieniche, l'utilizzo della mascherina e si è insegnato anche ai bambini a stare attenti e lavare le mani. Già questo vale tanto, perché prima era dato per scontato.”

Roma

Questi aspetti positivi non vengono percepiti invece **in contesto rurale**, dove le condizioni di isolamento e marginalità presenti sono diventate più vincolanti nel corso della pandemia e soprattutto nelle fasi più restrittive della sua gestione. La difficoltà di accedere a un permesso di soggiorno, la mancanza di un regolare contratto di lavoro, di servizi e di condizioni socio-abitative dignitose rimangono i bisogni prioritari e le principali richieste della popolazione che risiede nei ghetti e lavora nelle campagne in regime di sfruttamento e manodopera a basso costo. In tali contesti, infatti, **il rischio della diffusione del COVID-19 non viene infatti percepito come un problema prioritario**, perché la precarietà del contesto di vita, l'assenza di tutele, la sensazione di impotenza percepita in luoghi la cui esistenza è fondata sullo sfruttamento, rappresentano esposizioni a rischi e pericoli dai quali appunto, diventa prioritario difendersi.

“... nessuno può vivere in un posto come questo. Qui non sono al sicuro, dormo con un occhio aperto, il fuoco può arrivare in qualsiasi momento. (...) Tu permetteresti ad un tuo familiare di lavorare in queste condizioni?”

Capitanata

RETE DI SUPPORTO

“Io non parlo con nessuno. Tutto per me. Anche quando il mio cervello bolle proprio, io non parlo a nessuno.”

Nel corso delle interviste si è indagato anche quale sia l’impatto che la rete di supporto e le relazioni sociali hanno sulla qualità della vita delle persone migranti e che funzione abbia avuto l’emergenza sanitaria. Le aree indagate, in particolare, riguardano, da un lato, la rete familiare ed il rapporto con i propri familiari nel paese di origine, e dall’altro la presenza o meno di una rete di supporto comunitaria in Italia.

Le reazioni dei familiari che vivono nei paesi d’origine o in altri paesi all’esplosione dell’epidemia sono state diverse: molti hanno tenuto informati i familiari, facendo comprendere la serietà della situazione e l’importanza di tutelarsi e tutelare gli altri adottando le misure di prevenzione.

“Nel paese nostro, la prima settimana la gente non credeva e noi di qua dicevamo “guarda che è vero, questa è una cosa brutta” e la gente che continuava a non fidarsi, la gente diceva che non era vero, quando vedeva le notizie di qua diceva “È vero che sta succedendo tutto questo in Italia?” “Sì è vero, la gente sta morendo.”

Roma

Al diffondersi della pandemia, molte persone hanno vissuto con dolore e con molta preoccupazione la situazione nel proprio paese d’origine, amplificato dalla distanza e dall’impossibilità di affrontare insieme un momento di crisi.

“...paura, tristezza per i parenti, mio figlio, mia madre e tutti quanti. Perché al paese è proprio un caos. Qui bene o male si andava bene, perché tutti distanti e si seguivano le regole e quindi era una protezione, però vede le notizie del mio paese in cui la gente moriva anche per strada mi ha messo una paura tremenda, una tristezza.”

Roma

L’uso della tecnologia ha permesso di mantenere

i contatti coi famigliari con continuità e questo ha avuto un ruolo importante in termini di qualità di vita. **Il mantenimento delle relazioni coi propri affetti ha rappresentato una forma di sostegno fondamentale** in tale momento di crisi e di sospensione delle relazioni di prossimità, nel quale i sentimenti di solitudine e isolamento si sommarono ai timori, alle preoccupazioni e al dolore provocato dalla situazione di emergenza.

“Io chiamo ogni giorno due, tre volte mia madre. Prima di entrare a lavoro finisce il lavoro chiamo mamma. Anche la sera se vedo che mio fratello sta on-line chiamo mia mamma. Oggi se arrabbiata tanto perché mi ha visto un po’ dimagrito. Io dimagrisco tanto estate inverno sempre piche stress da lavoro. Oggi si è arrabbiata proprio. Se dimagrito? Perché sei dimagrito? Non mangi? Incazzata proprio.”

Roma

Questo anche considerando che il blocco della mobilità ha impedito a molte persone di ricongiungersi, di viaggiare, tornare nei paesi d’origine e incontrare i propri cari.

“...Nostalgia, io ho avuto tanta nostalgia in questi tre mesi, perché ho questi due figli al paese separati da me e io non potevo stargli vicini. Io dovevo partire il 9 o 8 di marzo ma non sono più potuta partire, perché era tutto chiuso. Dovevo andare a vedere i miei figli, mio padre, mia madre e mia sorella, e niente, non sono andata più. Tutto bloccato. E mi ha preso tanta nostalgia. Va be io li chiamo per sapere come stanno ma non è la stessa cosa che andare lì e vederli. Io vado lì tutti gli anni. Non è stato facile.”

Roma

La famiglia di origine, seppur distante, ha avuto in alcuni casi un ruolo di supporto non solo in termini morali ed emotivi, ma anche economici:

“durante il lockdown chiamavo mio padre che sta in Germania. Lui mi mandava un pochino di soldi e mi consolava un po’. Anche se pure lì stavano nello stesso modo. Si facciamo videochiamata e vedo che vive meglio. Pure lui voleva che io andassi lì da lui, perché dice che lì è meglio. Ma io sono qui. Mi hanno salvato gli italiani in mare e preferivo stare qui. Avere il mio lavoro.”

Roma

Tuttavia, non sempre il contatto con la famiglia di origine costituisce un momento di sostegno e condivisione delle forti difficoltà sperimentate, ma piuttosto una esacerbazione del vissuto di vergogna per le proprie condizioni ed il proprio fallimento migratorio. Le proprie condizioni, infatti, sono talmente complesse, rese ancor più insostenibili dallo scenario pandemico, che vengono paragonate ad una guerra, forse quella guerra dalla quale era scappato.

“No, ho preferito non dirlo. Per non farli preoccupare. Per non farli pensare che in Italia si vive per strada perché lì c’è la guerra e farli pensare che anche qui è ancora guerra è difficile. Non voglio farli preoccupare.”

Roma

Per quanto riguarda invece il supporto comunitario ed il suo ruolo come fattore protettivo in termini di qualità di vita, è necessario fare una distinzione in base ai diversi contesti nei quali è stata condotta la presente ricerca. Se da un lato, infatti, emerge forte la funzione dei movimenti per l’abitare nel costituire un collante per le comunità che costituiscono le occupazioni, emerge la forte frammentarietà ed isolamento delle comunità che vivono negli insediamenti del Sud Italia.

In particolare, **il senso di appartenenza a una comunità**, e quindi di sostegno mutuo e di responsabilità condivisa emerge come dimensione centrale nel contesto delle occupazioni abitative, quali situazioni auto-organizzate nelle quali assume fondamentale importanza il rispetto di regole condivise da parte di tutti i suoi componenti. Di conseguenza, l’impegno di tutti per il rispetto delle misure di prevenzione ha portato ad assumere un’organizzazio-

ne collettiva definita dal movimento per l’abitare, a tutela dei singoli e dell’intera comunità.

“L’occupazione la facciamo noi. Se le persone che vivono dentro l’occupazione sono coscienti, noi la teniamo viva l’occupazione, se tu l’occupazione la tieni abbandonata, la tieni tutta sporca, è normale che ti vengono le malattie, anche se non è il COVID. Noi il COVID l’abbiamo gestito bene, perché ogni nucleo è stato responsabile, non sono per il suo nucleo, ma anche per tutta l’occupazione. Noi, quando ancora non si chiudeva nessuna occupazione, abbiamo chiuso, abbiamo levato noi gli ospiti, chiudiamo e non entra nessuno, neanche i parenti stretti, dopo un tempo abbiamo aperto soltanto per i parenti stretti per evitare i contagi, perché se si contagiava uno chiudevamo tutta l’occupazione. E grazie a Dio qua nessuno ha avuto il contagio con nessuno, perché abbiamo avuto la responsabilità che uno per tutti, tutti per uno, non che la mia famiglia sta bene e me ne frego degli altri; abbiamo pensato tutti al benessere di tutti. Siamo di nazionalità diverse, però quando si ragiona di squadra siamo uniti, non che io faccio, quello non fa, facciamo tutti.”

Roma

Lo stato di emergenza ha amplificato il senso di solidarietà tra persone che condividono una condizione di esclusione, in particolare laddove queste sono coinvolte in forme collettive e auto-organizzate, nelle quali trovano una risposta a parte dei propri bisogni. C’è quindi, nel contesto delle occupazioni, chi racconta del sostegno ricevuto dal movimento in situazioni di difficoltà (per esempio nel garantire gli strumenti informatici per svolgere la didattica *on-line* con continuità), chi narra di aver condiviso le proprie risorse con altri, chi si è preoccupato in modo spontaneo per le persone senza fissa dimora, cercando di dare il supporto possibile nel rispetto delle norme per la prevenzione, mantenendo la consapevolezza sull’esistenza di bisogni che precedono il sopraggiungere della pandemia e rimangono irrisolti. In alcuni contesti, l’emergenza sanitaria, economica e sociale ha rafforzato il senso di comunità, la solidarietà e le pratiche di mutualità.

“Io penso che ci ha aiutato ad avere più riguardo della nostra salute e ad essere anche umanitari sinceramente, perché spesso ci perdiamo tra le altre cose... l'egoismo. Abbiamo capito che la vita è bella. Prima si pensava a ciò che è mio e ciò che non è mio... si è capito che anche con tutti i soldi che hai... Non vali niente... siamo uguali, una famiglia.”

Roma

L'appartenenza, però, a una realtà organizzata così ampia e gestita collettivamente su base assembleare, con i suoi obiettivi anche in termini di attivismo, porta anche, secondo alcuni partecipanti, ad un forte stress e quindi ad un impatto sulla salute.

“Sì perché diciamo le cose che ci stanno da fare per l'occupazione non è tutti i giorni. Ci chiedono, c'è una manifestazione per il 20, lo comunicano già da adesso. Questo lo sta programmando e dicendo. Se uno non può, ci stavano delle cose che non poteva chiedere giustificazione, doveva andare se no prendeva assenza, perciò per dire quelle cose così, quello è stressante.”

Roma

Al di fuori dei contesti organizzati sulla collettività e nati in maniera comunitaria, è più difficile che emerga un reale senso di supporto e appartenenza. Lo dimostrano anche le interviste raccolte negli insediamenti informali urbani e nei ghetti agricoli. Qui la percezione generale è legata ad **un senso di solitudine e isolamento profondo**, che si esplicita nel fatto di non poter chiedere aiuto a nessuno anche in situazioni di esplicito bisogno.

Questo senso di isolamento, secondo alcuni intervistati, è legato al fatto che le persone non abbiamo la possibilità e la capacità autonoma di costruire e vivere la propria comunità.

“Siamo diversi... siamo incrociati perché è il sistema che ci ha fatto stare insieme. (...) Ci sono delle cose positive ma anche negative, per esempio uno non capisce l'altro e viceversa. Puoi avere problemi, certe volte viene la polizia per calmare”

Roma

L'essere diversi porta, dunque, a mancanza di comprensione, difficoltà di entrare in empatia, e quindi inevitabilmente a scontro. A fronte di questo scontro, dunque, c'è l'assenza, secondo gli intervistati, di reti di solidarietà e la sensazione di poter contare sull'altro nel momento del bisogno in ragione di un senso di appartenenza ad una comunità.

(DIS)EMPOWERMENT E RISORSE**“Se fossimo uniti nessuno andrebbe in campagna”**

L'assenza di solidarietà menzionata nel tema precedente è proprio alla base di un **sentimento diffuso di mancanza di empowerment**; di impossibilità, cioè, di poter apportare qualche cambiamento alla propria condizione. Questo senso di impotenza e rassegnazione risulta fortemente diffuso, accanto alla consapevolezza di essere stati privati dei diritti fondamentali. A fronte di ciò, però, le persone intervistate si rivolgono ad una serie di risorse individuali, spirituali o, ove possibile, territoriali (nel caso di quelle persone che vivono in quei territori dove è presente qualche tipo di servizio, come nelle zone urbane romane).

Dunque, come abbiamo visto nel tema “Reti di supporto”, il fatto che le persone non abbiano la possibilità e la capacità autonoma di costruire e vivere la propria comunità porta all'assenza di relazioni e reti di solidarietà, e di conseguenza al senso di isolamento e alla difficoltà di gestire autonomamente alcuni ambiti della propria vita. Questa frammentazione comunitaria, sperimentata, come si è visto, in modo particolare nel contesto dei ghetti agricoli del sud Italia, è intrinsecamente legata all'impossibilità di apportare un cambiamento macro-strutturale alle proprie condizioni, secondo molti degli intervistati. Non è possibile, dunque, opporsi alle dinamiche di sfruttamento in assenza di un'organizzazione comunitaria, nella quale i suoi componenti possano definire le priorità, i bisogni e le istanze.

*“Il problema è che noi neri non siamo uniti. **Se fossimo uniti nessuno andrebbe in campagna.** (...) Guarda in che condizioni viviamo: io sono appena tornata dai campi, 4 euro all'ora, è davvero brutto e per essere pagata devi insistere. Siamo al 21 e non hanno ancora pagato il mese precedente, ti pare giusto?”*

Capitanata

Il senso di impotenza e l'incapacità di controllare, scegliere, autodeterminare aspetti importanti della propria vita ha un impatto negativo sulla salute e

sulla qualità di vita, con conseguenze dirompenti in termini di salute mentale:

“Io, purtroppo sto da solo certe volte e non va bene per niente. Io posso stare con la gente a chiacchierare a ridere ma certe volte mi siedo da solo e piango perché non so ... non lo so ... non sono i miei sogni stare qui, vivere questa vita, pure in Africa vivevo meglio.”

Roma

Per la maggior parte delle persone coinvolte nella ricerca, poi, **la fede religiosa rappresenta una delle principali forme di sostegno e di speranza**, che aiutano ad affrontare situazioni complesse e ingiuste, assumendo particolare importanza dove i sentimenti di isolamento e di impotenza sono preponderanti.

“A me non mi piace chiedere aiuto. Quando serve aiuto chiedo a Dio. Perché è l'unica persona che c'è e ti aiuta per tutta la vita.”

Roma

È proprio l'impossibilità di autodeterminare gli aspetti relativi alle proprie condizioni lavorative e di vita che rende fondamentale il ricorso alla fede, come dimostra questo importante estratto di una donna nigeriana che vive a Borgo Mezzanone, nel foggiano:

*“Con chi mi lamento? Se mi dici a chi rivolgermi... L'anno scorso ho avuto un incidente, stavo andando al lavoro, ho le prove! Sono andata dal mio Oga (capo, datore di lavoro) e quello mi ha risposto: “cosa vuoi da me?” E se fossi morta? C'era sangue dappertutto, hanno chiamato l'ambulanza. Mi sono fatta male al collo e ancora mi fa male. Se avessi avuto dei diritti lo avrei denunciato. **Non so come muovermi e perciò affido tutto a Dio.** Dio non dorme mai.”*

Capitanata

Di fronte alla pandemia e alle sue conseguenze sociali, molte persone riferiscono di non avere altra risorsa che pregare, come unico modo possibile per vivere una situazione di tali dimensioni da non essere gestibili “a livello umano”:

“Non so, ho fede in Dio, il mio Dio ha la verità, dicono che sia vero, ma noi ci siamo preparati autonomamente pregando Dio ogni giorno. L'unica cosa che noi possiamo fare è pregare Gesù, non è una cosa alla nostra portata, solo Dio può fare qualcosa, noi possiamo pregare per i nostri figli.”

Capitanata

Un'altra risorsa che si è rivelata importante nel diffondersi della pandemia è stato **l'utilizzo delle tecnologie digitali**, che hanno permesso di mantenere i contatti con gli affetti nonostante l'impossibilità di incontrarsi. Ciò ha garantito la comunicazione con i familiari nonostante le distanze geografiche, e per chi è in età scolare, ha garantito la continuità della didattica, nonostante la difficoltà e i cambiamenti che la forma *on-line* e non in presenza comportano.

“La tecnologia mi ha aiutato molto per esempio il telefono parlavo con gli amici anche se non ci vediamo c'è la videochiamata, quindi parlo con loro per stare bene.”

Sicilia Orientale

L'utilizzo della tecnologia, però, diviene “un'arma a doppio taglio” in termini di relazioni sociali: in alcuni casi le limita ulteriormente, come nel caso della Didattica A Distanza (DAD). La transizione della didattica alla modalità *on-line* significa garantire solo in apparenza continuità al processo di apprendimento, che viene depauperato della componente sociale e “informale” dello scambio accademico, tanto tra studenti quanto tra studenti e professori.

“All'inizio ero felice ma poi mi mancavano i miei compagni, volevo riandare a scuola per seguire le lezioni vedere gli amici. Tutte queste cose sono state rimpiazzate con la tecnologia che, diciamo, non ha lo stesso effetto di stare tutti insieme in classe a fare lezione. (...) Perché comunque in classe parli con il compagno hai quei piccoli

momenti anche con i professori, se non hai capito qualche cosa puoi andare a chiederglielo, anche cose private, invece con il lockdown non c'è stato.”

Roma

È proprio lo scambio ed il supporto informale tra studenti e tra studenti e professore, peraltro, a costituire uno strumento utile per complementare l'istruzione nei casi di maggiore difficoltà, come nel caso degli studenti stranieri o non madrelingua.

Tuttavia, è proprio la continuità della didattica come aspetto prioritario da tutelare che fa sì che la scuola venga riconosciuta come unica istituzione che ha effettivamente supportato le persone anche in condizioni di difficoltà economiche e sociali.

“Noi per esempio non avevamo un pc e facevo lezione sul telefono che molte volte si bloccava e non partecipavo alle lezioni e la scuola mi ha dato un pc per seguire le lezioni. Mi è stato molto utile per la tesina. La scuola ci ha aiutato gli altri no.”

Roma

La maggior parte delle **forme di sostegno** di fronte alla diffusione del COVID-19 e della conseguente crisi sociale oltre che sanitaria sono venute, in contesto cittadino come nelle campagne del Sud Italia, in particolare **dalle realtà del terzo settore**: c'è infatti chi narra, a Roma, dell'importanza degli aiuti delle associazioni che nel momento di sospensione totale dei servizi hanno garantito beni e servizi di prima necessità, e delle reti di volontariato che si sono create in città e che hanno svolto attività in particolare con e a favore delle persone che vivono in condizioni di marginalità. In contesto rurale, in particolare un abitante di un insediamento informale molto lontano dalla città, esprime grande gratitudine verso il personale socio-sanitario che, dalle prime fasi del diffondersi della pandemia in Italia, si è impegnato per informare persone difficilmente raggiungibili dai canali istituzionali e per dare loro gli strumenti per tutelare se stessi e gli altri.

“Sì, perché noi abbiamo fatto, diciamo, un programma, passavano delle persone in ogni casa e davano un prodotto e si portava qua e ci stavano le ragazze che lo distribuivano ad

ogni famiglia che aveva necessità, che aveva fatto richiesta, arrivavano col pacco ogni 15 giorni.”

Roma

“Dove vivo è molto lontano dalla città, a piedi ci vogliono quasi due ore. Non c'è nulla là, nessuna assistenza, nessun mezzo. Voi siete venuti a trovarci durante l'emergenza e ci avete spiegato le cose.”

Capitanata

Il riconoscimento per questo tipo di lavoro porta a vedere negli operatori di tale progetto socio-sanitario degli alleati, con i quali condividere le rivendicazioni per una vita migliore e condizioni di vita e lavoro dignitose.

“Può cambiare con il vostro aiuto, migliorando le condizioni abitative, i container vanno bene. (...) Voi dovete aiutare le persone nere a vivere in condizioni migliori. Queste non sono case, non sono posti dove vivere. È molto importante che possiamo vivere una vita decente. Questo posto non è buono per la salute e per la sicurezza. L'ambulanza non entra qui dentro anche se una persona sta morendo, questo deve cambiare.”

Capitanata

PROSPETTIVE

“Tutti noi abbiamo sogni più grandi di questo posto qui”

Un lavoro con regolare contratto, una casa dignitosa e i documenti per essere regolarmente presenti sul territorio: queste sono le rivendicazioni e i bisogni prioritari che portano trasversalmente le persone che vivono in tali contesti.

Le condizioni di vita qui narrate nulla hanno a che vedere con il progetto migratorio delle persone e tutti aspirano a un cambiamento di vita e di gestione delle politiche migratorie.

“Se potessi parlare con il Primo Ministro...Io vorrei che si sentisse la mia voce, vorrei dirgli che suo figlio e sua figlia non lavorerebbe mai in questi campi. E noi stiamo lavorando per voi, dovete rispettarci e trattarci come esseri umani. Abbiamo bisogno di aiuto. (...) Se avessi la possibilità di incontrare il primo ministro, lo prenderei per mano e direi “vieni con me a vedere questo”. Gli farei vedere dove viviamo, che ci svegliamo alle tre di mattina per andare a lavorare, già alle 2.30 vedrebbe delle persone che escono per andare a lavorare. Persone che non hanno casa, che non hanno niente. (...) Un buono contratto, un buon lavoro, quello ci serve. (...) Abbiamo bisogno di lavoro.”

Capitanata

Le rivendicazioni, come si vede, sono sempre formulate però in forma ipotetica, su sollecitazione dell'intervistatrice. Il reale potere individuale o comunitario di poter apportare un cambiamento è percepito come molto scarso, nonostante il bisogno di migliorare le proprie condizioni risulti impellente.

La speranza di rivolge sempre ad un cambiamento anche geografico, fisico, un cambiamento di luogo che corrisponde ad un cambiamento simbolico fatto di condizioni di vita più degne.

“Allora come tutto il mondo quello che voglio è stare bene, lavorare, guadagnare, avere soldi in regola. Farmi la vita come l'ho voluta. (...) Si di avere una casa, una moglie. Purtroppo lo vivo, lo devo vivere, stare così ma purtroppo io penso sempre a quello capito. Questo non è il mio posto.”

Roma

Discussione

Dai dati raccolti, **emerge forte la connessione tra salute e dinamiche di oppressione e sfruttamento** a cui gli intervistati devono far fronte. La salute, o l'assenza di essa, dunque, si configura come un perno centrale attorno al quale si sono costruite precarietà o sfruttamento lavorativo, assenza di documenti, condizioni abitative indegne, la mancanza di una rete di supporto ed il conseguente senso di *disempowerment*, ovvero di assenza di potere di cambiamento sulle proprie condizioni di vita.

Le aree tematiche individuate, a loro volta, sono inestricabilmente connesse tra loro, dando luogo a scenari di circolarità del disagio sociale. Come sottolineato dai partecipanti, infatti, **è difficile emanciparsi dalla condizione di sfruttamento lavorativo, o trovare un lavoro che permetta di crearsi condizioni di vita più degne, se non si ha una situazione documentale in regola**. L'assenza di un lavoro regolare e di un documento rendono poi quasi impossibile la creazione di condizioni abitative stabili, costringendo le persone a vivere in strada, nei ghetti, o a unirsi alla lotta per il diritto all'abitare e vivendo nelle occupazioni abitative.

La **rete di supporto** si configura come una risorsa nei casi in cui sia realmente presente, come ad esempio nelle occupazioni abitative, dove però le pressanti richieste della comunità (in termini di partecipazione alla vita assembleare, alle manifestazioni, agli eventi del coordinamento) rendono comunque difficile il bilanciamento tra vita privata e vita comunitaria, nonché tra spontaneità della partecipazione e semplice adempimento a delle rego-

le calate dall'alto. Nella maggior parte dei casi delle persone da noi intervistate, però, la rete di supporto risulta prevalentemente assente, con quasi tutti i partecipanti che dichiarano di "non rivolgersi a nessuno nel momento della difficoltà". Le persone, in questo caso, si rivolgono principalmente alla fede, "a Dio", come principale fautore del proprio destino, sul quale loro, però, non hanno potere. Coerentemente con questa consapevolezza, dunque, emerge forte il **senso di disempowerment** sperimentato dai partecipanti: una consapevolezza comune di non poter realmente apportare un cambiamento alla propria condizione, sebbene questa sia causa di forte sofferenza.

È in questo scenario, le cui caratteristiche risultano croniche piuttosto che transitorie, che la pandemia e le conseguenti crisi sanitaria e sociale si sono configurate come eventi da comprendere e gestire, in una vita già caratterizzata da sofferenza. Le persone intervistate sono risultate relativamente scettiche rispetto all'impatto che tale evento ha avuto sulle loro vite. La pandemia risulta come una sorta di danno collaterale a fronte delle difficoltà affrontate nella propria quotidianità. **Il coronavirus, dunque, rappresenta un problema che si somma ai già molti pericoli esistenti per la salute delle persone**. I nostri intervistati, inoltre, riportano di aver risentito soprattutto delle conseguenze sociali ed economiche della pandemia, con la perdita del lavoro o il totale isolamento dei ghetti durante la prima ondata ed il *lockdown* (con conseguente difficoltà anche nel reperimento di beni alimentari o di prima necessità).

Note conclusive

Dai risultati raccolti tramite i questionari **emergono alti livelli di PTSD cronico, pertanto non ascrivibile ad un vissuto traumatico recente, legato all'esperienza della pandemia da COVID-19**. È lecito supporre che gli alti livelli di PTSD, infatti, siano **riconducibili ad esperienze traumatiche sperimentate nel paese di origine, nel percorso**

migratorio e nella vita in Italia, mai propriamente prese in carico e quindi analizzate. Emerge altresì, **un vissuto relativo alla qualità della vita prevalentemente basso, specialmente in relazione all'ambiente di vita**. Le condizioni socio-abitative delle persone coinvolte nello studio, infatti, hanno un fortissimo impatto in termini di qualità

della vita e di salute. Gli indicatori della qualità della vita, occupazione, ambiente, salute fisica e mentale, relazioni parlano infatti di una precarietà esistenziale in cui si percepisce il 64% delle persone. **Precarietà esistenziale che può generare un senso di dipendenza dall'ambiente esterno poiché è come se non si percepisse più la capacità di incidere su di esso, o fossero vani gli sforzi di riuscirvi.**

Ciò è coerente con quanto emerso dalle testimonianze raccolte in forma qualitativa, attraverso le interviste ed i *focus group*: i partecipanti hanno messo in luce come le proprie condizioni di vita siano causa di estrema sofferenza, tanto che l'evento "pandemia" e le conseguenti restrizioni sperimentate, nonché la crisi sanitaria e sociale, hanno un impatto relativo. Le aree di sofferenza sono afferenti alla vita lavorativa, così come all'assenza di documenti, alle condizioni socio-abitative ed all'assenza di una rete di supporto, causando una sofferenza profonda ed una conseguente bassa qualità della vita.

È interessante notare come le persone coinvolte nelle interviste e nei *focus group* individuino **l'ottenimento di un documento ed un lavoro regolari, e conseguenti condizioni socio-abitative degne, come la chiave per migliorare la propria qualità di vita.** Tali aspetti sono vissuti come centrali, con particolare riferimento ad un cambio che debba essere anche "geografico", di cambiamento anche ambientale (ciò risulta anche coerente con il fatto che la QoL più bassa secondo i questionari raccolti è quella relativa all'ambito "ambientale"). Tuttavia, l'analisi quantitativa porta alla luce come molte delle persone la cui condizione lavorativa e documentale era stabile, sperimentassero comunque una qualità della vita generalmente molto bassa, e in alcuni casi sintomi riconducibili ad un Disturbo post traumatico da stress.

Ciò risulta particolarmente rilevante, in quanto è ipotizzabile che i vissuti traumatici legati all'esperienza migratoria rendano particolarmente difficile il raggiungimento di una qualità di vita soddisfacente per queste persone, anche a fronte di condizioni sociali migliori. **Risulta pertanto prioritario incre-**

mentare il livello di attenzione nella tutela della salute mentale dei migranti e rifugiati, in un'ottica che tenga in considerazione le matrici storiche, sociali e culturali della sofferenza esperita.

Molti dei partecipanti alle interviste, infatti, sottolineano come **le proprie condizioni di vita siano talmente indegne da non riuscire a porre l'attenzione su altri fattori,** come ad esempio l'emergenza sanitaria. Non ci si può permettere il "lusso" di occuparsi della propria salute, men che meno di quella mentale, a fronte di una vita trascorsa in mezzo ai rifiuti, dormendo "con un occhio aperto" per paura dei propri vicini o di un possibile incendio nel "ghetto", lavorando tutto il giorno per una paga misera sin da adolescenti senza garanzie contrattuali di nessun tipo.

A rendere ancor più drammatico il quadro in termini di qualità della vita e salute mentale, vi è **la consapevolezza di essere "soli" di fronte a tutta questa sofferenza.** Buona parte dei partecipanti riporta di non avere una rete di supporto. Se questo è vero da un punto di vista delle reti informali, amicali, rendendo difficile la collaborazione tra le persone che vivono fianco a fianco le condizioni di vita indegne fin qui descritte, la è altrettanto in termini di assenza di reti istituzionali che si facciano carico di queste persone. **L'assenza di servizi che intercettino i bisogni di salute, fisica e mentale,** di queste popolazioni risulta evidente, con conseguenze tragiche nel momento dello scoppio della pandemia. È solo in tale frangente, quando la salute pubblica dipende dall'accesso di tutti – nessuno escluso – ai servizi sanitari, che le istituzioni si sono dotate di strumenti, rivolgendosi alle ONG, per raggiungere queste popolazioni.

L'assenza di una rete, dunque, induce a rivolgersi alla **fede come principale strategia di sopravvivenza psichica per far fronte alle proprie condizioni di vita.** Ci si affida ad una divinità "esterna", super partes, che veglia sulla propria sopravvivenza, quando nessun altro lo fa. Ciò a fronte di una consapevolezza di non poter apportare cambiamenti alla propria vita, bloccati nel corto-circuito della precarietà lavorativa, documentale ed abitativa. Il *disempowerment* sperimentato da queste

persone risulta l'elemento emergente di **biografie segnate da una "rassegnazione" storica, coloniale, fatta di povertà, sfruttamento e discriminazione**. L'immobilismo "sociale" risulta quindi il vissuto prevalente e l'assenza di supporti esterni (se non la fede) il filo conduttore che lega le vite dei partecipanti, altrimenti simbolicamente isolati gli uni dagli altri. Quell'immobilismo e quell'isolamento idealmente riconducibili a un "vissuto post coloniale da stress", per usare un'espressione coniata da Comas-Díaz (37), che vuole proprio sottolineare la matrice politica e storica dei disturbi post traumatici da stress di cui soffrono le persone migranti razzializzate.

Il lavoro di prossimità di INTERSOS, dunque, ha come obiettivo proprio la messa in luce delle dinamiche strutturali di violenza e isolamento a cui queste popolazioni fanno fronte. Queste dinamiche sono alla base di condizioni di salute mentale e fisica fortemente deprivate, e la promozione della funzione delle istituzioni nella presa in carico di tali condizioni si pongono come principale *outcome* del lavoro svolto. Solo dando la priorità alla restitui-

zione di un senso di *empowerment* e visibilizzazione delle vite di queste popolazioni si può dunque costruire percorsi di emersione dalla condizione di immobilità esperita.

La ricerca, per la sua natura, ha tentato di porre le basi per il lavoro futuro, a fronte di una migliore conoscenza delle condizioni di vita a partire dalle voci delle persone direttamente interessate da queste dinamiche. Come tale, è interessante menzionare come il coinvolgimento dei partecipanti in questo processo ha costituito anche un trampolino di partenza per progetti di intervento strutturati, che vanno dalla creazione di percorsi di *advocacy* dal basso negli insediamenti informali al *capacity building* di promotori di salute all'interno delle occupazioni. Ad entrambi queste progettualità hanno preso parte alcuni dei partecipanti al presente studio, unitamente ad altri attori chiave individuati come *focal point* delle comunità di riferimento, con l'obiettivo di rendere sempre più diretto l'ascolto delle loro rivendicazioni da parte delle istituzioni sociali e sanitarie direttamente interessate nella tutela della loro salute in senso globale.

Conclusioni

Il lavoro condotto da INTERSOS nei progetti in risposta all'emergenza COVID-19 evidenzia i processi strutturali che producono esclusione, e il bisogno di sostenere il diritto alla salute delle popolazioni marginali in forma co-costruita con le popolazioni stesse, costruendo azioni di *advocacy* e di *empowerment* della comunità a partire dai bisogni esistenti.

L'emergenza COVID-19 si inserisce in condizioni di deprivazione estrema che già agiscono come determinanti negativi per la salute, e rappresenta un ulteriore fattore di esclusione e di isolamento che aumenta l'invisibilità dei bisogni e funge da amplificatore delle disuguaglianze sociali e in salute. Sono quindi quantomai necessarie **politiche pubbliche volte all'inclusione delle popolazioni migranti e di coloro che vivono in contesti di marginalità sociale, per tutelare re-**

almente la salute dei singoli e delle collettività. Affinché questo avvenga, **è necessario che il sistema sanitario recepisca che è imprescindibile potenziare la medicina territoriale, valorizzare l'offerta attiva dei servizi socio-sanitari, ed abbatterne gli ostacoli all'accessibilità ed alla fruibilità**; è necessario inoltre il coinvolgimento attivo delle comunità nella promozione della salute, e la **valorizzazione della mediazione linguistica-culturale nei servizi sanitari**. È inoltre imprescindibile affrontare i temi delle **precarietà abitativa e giuridica**, e dello **sfruttamento lavorativo** nelle campagne di tutta Italia, come drammatici elementi che sottraggono salute, e anch'essi devono essere affrontati a partire dalle stesse comunità interessate.

Gli approcci di prossimità e di partecipazione comunitaria hanno permesso, a partire dalle risorse

se disponibili nella comunità stessa, di colmare lacune istituzionali che a tutt'oggi spiccano come dei nodi irrisolti. In un'ottica di opportunità, si può quindi affermare che la pandemia ha permesso di accelerare la sperimentazione di approcci organizzativi integrati e territoriali che si sono mostrati particolarmente efficaci e necessari se applicati a popolazioni più difficili da raggiungere (c.d. *hard to reach*) e che sarebbero in generale auspicabili per la cura e la salute della popolazione in generale.

A partire dall'esperienza maturata sul campo e dai risultati delle indagini quantitative e qualitative condotte nei progetti di INTERSOS per l'emergenza COVID-19, **possiamo affermare che sostenere il diritto alla salute delle popolazioni marginali senza sfidare in forma co-costruita i processi sociali che producono esclusione, non migliora le condizioni di salute delle popolazioni stesse;** anzi, la mancanza dell'analisi critica delle dinamiche di sfruttamento alimenta la percezione, anche nei soggetti stessi, che essi siano incapaci di esercitare autonomamente il controllo sulla propria vita. Al contrario, promuovere la salute in un'ottica di equità significa porre l'attenzione su quali sono i processi che producono esclusione e inclusione, attraverso l'analisi del perché, del come e del per chi si producono contesti di deprivazione, a favore delle istituzioni e dei soggetti che invece mantengono povertà e sfruttamento [\(11\)](#).

Il lavoro di INTERSOS qui presentato pone alcune importanti riflessioni per la definizione delle politiche pubbliche volte alla tutela della salute delle popolazioni migranti e di coloro che vivono in contesti

di estrema marginalità sociale. Fra queste, si mostra la necessità di produrre evidenze scientifiche prodotte dall'esperienza sul campo e dall'integrazione di strumenti di ricerca quantitativa e qualitativa, perché possano "dare voce" alle persone le cui vite sono segnate da deprivazione e oppressione, per supportare le azioni di *advocacy* e *empowerment* delle comunità.

Se allora **la pandemia svela e amplifica problemi sociali che vanno ben oltre alla sola (e già elevata) criticità clinica**, diventa evidente come **gran parte della componente di rischio dei contesti qui descritti è prevenibile attraverso politiche nel segno dell'equità e della giustizia sociale.** "La medicina è una scienza sociale" scriveva il celebre patologo Rudolf Virchow, "e la politica non è altro che una medicina su larga scala."

La pandemia ha messo a nudo i problemi di giustizia sociale, la scarsa accessibilità e fruibilità dei servizi, la debolezza di una medicina territoriale che non è mai stata valorizzata a sufficienza. La pandemia duramente ci insegna che **la salute di tutta la popolazione è interconnessa, che le condizioni delle persone lasciate ai margini della società, occupanti, braccianti agricoli, senza fissa dimora, migranti senza titolo di soggiorno, riguardano tutti senza esclusione.**

È necessaria una forte **presa di responsabilità collettiva nell'accettare che il ruolo della politica e del Sistema Sanitario Nazionale è quello di contrastare le disegualianze**, a tutela della dignità e della salute di tutte e di tutti.

BIBLIOGRAFIA

1. International Organization for Migration (IOM) (2020) Migration Factsheet No. 6 – The impact of COVID-19 on migrants, International Organization for Migration, Geneva, Switzerland. <https://www.iom.int/migration-factsheets>
2. Marra M., Costa G. (2020) Un Health Inequalities Impact Assessment (HIIA) della pandemia di COVID-19 e delle politiche di distanziamento sociale. <https://www.disuguaglianzedisalute.it/un-health-inequalities-impact-assessment-hiia-della-pandemia-di-covid-19-e-delle-politiche-di-distanziamento-sociale/>
3. Da Mosto D. (2020) COVID-19 e Accoglienza. Le conseguenze dell'emergenza socio sanitaria sulla salute delle persone Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale nel contesto di Bologna e analisi delle misure di contrasto alla diffusione in un'ottica di equità. Scuola di Medicina e Chirurgia. Alma Mater Studiorum - Università di Bologna
4. Kluge, Hans Henri P et al. (2020) Refugee and migrant health in the COVID-19 response, The Lancet, Volume 395, Issue 10232, 1237 – 1239. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30791-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30791-1.pdf)
5. World Health Organization (WHO) (2020), Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/434978/Interim-guidance-refugee-and-migrant-health-COVID-19.pdf?ua=1
6. European Centre for Disease Prevention (ECDC). (2020) Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) in migrant <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-guidance-refugee-asylum-seekers-migrants-EU.pdf>
7. Istituto Superiore di Sanità (2020) L'epidemia di COVID-19 tra la popolazione di nazionalità straniera in Italia: Sorveglianza integrata nazionale. Aggiornamento nazionale 28 aprile 2020 https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_28-aprile-2020.pdf
8. INMP (2020) Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, Roma. https://www.inmp.it/pubblicazioni/IO_vers.2_20.10.2020.pdf
9. Lave J.; Wenger E. L'apprendimento situato. Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali. Trento: Erickson, 2006.
10. WHO (1986) La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada.
11. Labonté R, Laverack G (2008) Health Promotion in Action. From Local to Global Empowerment. Palgrave Macmillan

12. WHO Europe (2009) Community empowerment with case studies from the South East Asia Region. Conference working document
13. WHO (2007) Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. Geneva: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health
14. Wallerstein N, Mendes R, Minkler M, Akerman M (2011) Reclaiming the social in community movements: perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 years after Ottawa. Health Promotion International, Vol. 26:S2, 226-236
15. World Health Organization (2020). Responding to community spread of COVID-19. Copenhagen: World Health Organization.
16. Geraci S. (2017). Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy. In: Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 61, n.3, luglio-settembre 2017. Cultura e Salute Editore Perugia.
17. Bramston P. (2002). Personive quality of life: the affective dimension. In E. Gullone & R. Cummins (Eds.), The universality of personive well-being indicators. SIR Series. (Vol. 16, pp. 47–62). Kluwer Academic Publishers.
18. Cummins R., & Cahill J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. In Intervención psicosocial. Revista Sobre Igualdad y Calidad de Vida (Vol. 9, No. 2, pp. 185–198). Madrid: Colegio Oficial de psicólogos de Madrid.
19. WHO (1996) Quality of Life Assessment. The WHOQOL Group, 1994. What Quality of Life? The WHO-QOL Group. In: World Health Forum. WHO, Geneva, 1996
20. Braun V., Clarke V. (2006). "Using thematic analysis in psychology"; Qualitative Research in Psychology, 3(2): 77-101.
21. SIMM (2016), Raccomandazioni finali del XIV Congresso SIMM (Torino, 11-14 maggio 2016) https://www.simmweb.it/images/XIVCongrSIMM2016/2016.Raccomandazioni_finali_XIV_Congresso_SIMM_2016_final.pdf
22. WHO (1978) Alma Ata Declaration. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, 6-12 September 1978
23. WHO - Regional Office for Europe (2018) Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH. World Health Organization, Copenhagen
24. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2018). Immigration as a social determinant of health: Proceedings of a workshop. Washington, The National Academies Press
25. Mammana L. (2020) Migrazione e salute. Una ricerca- intervento sull'assistenza sanitaria alle persone Richiedenti e Titolari Protezione Internazionale in Emilia-Romagna. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

26. IOM, UN Migration (2020) World Migration Report 2020. Migration and health: current issues, governance and knowledge gaps
27. OECD/European Union (2015), Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264234024-en>
28. ZD Bailey, N Krieger, M Agénor, J Graves, N Linos, MT Bassett (2017) Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 2017; 389: 1453–63
29. Bodini C, (2017) Access to healthcare of migrants in the EU, in *Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report*, Londra, Zed Books, pp. 136 – 150
30. Krieger N. (2011) *Epidemiology and the People's Health. Theory and Context*. Oxford University Press, Inc
31. Institut national de santé publique, Quebec (2015) *Health Inequalities and Intersectionality*, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
32. Horton R. (2020) COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020 Sep 26;396(10255):874. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32000-6
33. Creamer M, Bell R, Failla S. (2003) Psychometric properties of the impact of event scale-revised. *Behav Res Ther*; 41(12): 1489–96
34. Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al. (2002) Reliability and validity of the Japanese-Language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Mental Dis*. 2002;190(3):175–182
35. Creamer et al. (2002) Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised, 2002 Dec;41(12):1489-96.
36. Fatma Ibrahim Abd El Latif, Hassan Ali Abd El Wahid, Amina Ahmed Mohamed and Hanaa Kassem Farg (2016) Physical and psychological health domains of quality of life in type 2 diabetic patients in relation to clinical factors of diabetes mellitus in Egypt *international Research Journal of Medicine and Medical Sciences* Vol. 4(1), pp. 7-16, March 2016 ISSN: 2354-211X.
37. Comas-Díaz L. (2000). An ethno-political approach to working with people of color. *American Psychologist*, 55(11), 1319–1325. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1319>

ALLEGATI

SCHEMA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Data _____ N. PROG. CONTATTO: _____

NOME E COGNOME: _____ Cell: _____

SESSO: _____ ETÀ: _____ PROVENIENZA: _____ Lingua parlata _____

VALUTAZIONE DI PAZIENTE SINTOMATICO PER AFFEZIONI VIE RESPIRATORIE.

Valutazione del rischio per prevenzione COVID-19 e procedure di intervento²⁵

TRIAGE

HA O HA AVUTO FEBBRE E/O TOSSE SI NO NON NOTO

HA VIAGGIATO NELLE ULTIME DUE SETTIMANE? SI – DOVE _____ NO NON NOTO

QUALCUNO DEI SUOI CONOSCENTI HA O HA AVUTO FEBBRE E/O TOSSE SI NO NON NOTO

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

1 DOVE VIVE?

CON CHI VIVE?

HA UNA CAMERA DA LETTO PERSONALE?

DOVE E CON CHI MANGIA

1.1 SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO²⁶ (NEGLI UTLIMI 14 GIORNI)?

Se sì, SPECIFICARE LOCALITÀ _____

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO ____/____/____.

SE RISPONDE **SI**, ed è senza dimora: assicurare il paziente e **CONTATTARE 112/118**.

Se RISPONDE **SI** ed ha una Dimora, assicurare il paziente, contattare il Medico di base e il SIS²⁷ di competenza.

25 Adattata da <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=30569&lang=it>.

26 Un viaggio internazionale con particolare riferimento a Cina, Sud Corea, Iran o una delle seguenti zone d' Italia: Regione Lombardia; Province di Padova, Treviso e Urbino (Marche) e province di Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli.

27 Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP).

28 Per le definizioni di caso si veda [Circolare Ministero della Salute del 09 marzo 2020](#)

2 ESPOSIZIONE?

- 2.1 ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)?
- 2.2 ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)9?
- 2.3 CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO (negli ultimi 14 giorni)?
- 2.4 CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI

SE RISPONDE **SI**, ed è senza dimora: rassicurare il paziente e **CONTATTARE 112/118**.

Se RISPONDE **SI** ed ha una Dimora, rassicurare il paziente, contattare il Medico di base e il SISP di competenza.

- 2.5 HA FREQUENTATO LUOGHI AD ALTO RISCHIO CONTAGIO (ES. OSPEDALI)?
- 2.6 LAVORA ATTUALMENTE?
- 2.7 EFFETTUA UN LAVORO A RISCHIO? (Es. Badante, sanitaria/o, commesso/a?)

3 FEBBRE

- 3.1 Negli ultimi 14 giorni hai avuto o pensi di avere avuto febbre?
 DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI: ___/___/___.
 TEMPERATURA ATTUALE: _____ °C

4. TOSSE?

Se si da quanto tempo? _____

SATURAZIONE (SpO2): _____

**NEL CASO DI FEBBRE E/O PRESENZA DI ANCHE 1 SOLO ELEMENTO TRA I SEGUENTI
 ALLERTA DIRETTAMENTE 118/112:**

- COSCIENZA ALTERATA
- PRESSIONE SISTOLICA BASSA (MINORE O UGUALE 100)
- HA DIFFICOLTÀ A RESPIRARE A RIPOSO.

**Nel caso non sussistano le condizioni precedenti, procedere a
 VALUTAZIONE DI CONDIZIONI DI RISCHIO, STATO VACCINALE, CLINICA:**

5. VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO NOTE AL MEDICO O RIFERITE ALLANAMNESI:

- Malattie Polmonari
- Malattie metaboliche
- Gravidanza
- Isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)
- Non autosufficiente
- Malattie cardiache
- Malattie renali
- Malattie sistema immunitario
- Malattie oncologiche

6. VALUTAZIONE DELLO STATO VACCINALE NOTO AL MEDICO O RIFERITO ALLANAMNESI:

- Vaccinato antinfluenzale
- Vaccinazione antipneumococco
- Nessuna delle precedenti vaccinazioni

7. VALUTAZIONE CLINICA:
(TOSSE, MAL DI GOLA, DOLORI MUSCOLARI, MALESSERE GENERALE, ANORESSIA, VOMITO, CEFALEA)

SE IL PROCESSO DIAGNOSTICO (CONDIZIONI DI RISCHIO, DATO VACCINALE E QUADRO CLINICO) È SUGGESTIVO DI **SOSPETTO IMPEGNO POLMONARE (POLMONITE)** SI RICHIEDE ATTIVAZIONE DEL **118/112** + SEGUIRE PROFILO 3 (Vd Tabella 1) PER VALUTAZIONE DOMICILIARE SECONDO DIRETTIVE REGIONALI.

SE IL SOSPETTO DIAGNOSTICO È FORTEMENTE SUGGESTIVO DI COVID19, RASSICURARE IL/LA PAZIENTE, DISPORRE L'ISOLAMENTO DOMICILIARE E ATTIVARE IL SISP DI COMPETENZA PER CONCORDARE L'EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE NASO-FARINGEO E/O ALTRE EVENTUALI PROCEDURE DEL CASO.

8. VULNERABILITÀ (MSNA/GBV/PSY/OVER65/OTHERS):

9. CONDIZIONE ABITATIVA

Con quante persone abita?

Quante persone dormono nella stessa camera da letto?

CONDIZIONE LAVORATIVA

Con quante persone si reca al lavoro e in che mezzo?

Con quante persone lavora?

10. ESITO CONSULENZA:

11. TNF CODICE FISCALE: _____
RESIDENZA: _____
DOMICILIO: _____

FIRMA PAZIENTE _____

APPENDICE

Il lavoro umanitario durante l'emergenza COVID-19: un'analisi delle esperienze dello staff INTERSOS in Italia

A cura di Silvia Scirocchi

1. INTRODUZIONE

2. NOTA METODOLOGICA

- 2.1 Obiettivi
- 2.2 Strumenti
- 2.3 Partecipanti
- 2.4 Analisi

3. RISULTATI

- 3.1 Il lavoro umanitario durante l'emergenza COVID-19: paura e responsabilità
- 3.2 Il COVID-19 come priorità?
- 3.3 Il rapporto con le istituzioni
- 3.4 Il rapporto con la stampa
- 3.5 La relazione con la popolazione beneficiaria
- 3.6 La mediazione e il ruolo dei mediatori e delle mediatrici
- 3.7 *L'équipe* come gruppo

4. DISCUSSIONE: QUALE COSTO EMOTIVO PER GLI OPERATORI UMANITARI?

5. NOTE CONCLUSIVE

1. Introduzione

Negli ultimi anni molti studi hanno sottolineato il **grande impatto che il lavoro umanitario ha in termini di salute mentale sugli operatori umanitari** e gli operatori che si fanno carico di popolazioni sopravvissute ad esperienze traumatiche. Molti degli studi si sono concentrati sul rischio di *burnout*, ansia, depressione e trauma vicario negli operatori umanitari impegnati nelle missioni all'estero (Eriksson, 2009; Ager et al., 2012; Lopes Cardozo, 2012; Connorton et al., 2012; Strohmeierl, Scholte & Ager, 2018), mentre altri sugli operatori che si occupano dell'assistenza a migranti e rifugiati in Italia (Gemignani & Gilberto, 2020; Nonnis et al., 2020) ed in altri contesti internazionali (Wirth et al., 2018; Guhan & Liebling-Kalifani, 2011; Akinsulure-Smith et al., 2018; Robinson, 2013). Questi studi hanno evidenziato l'alto rischio in termini di salute mentale che i lavoratori impiegati in questi settori corrono, e si sono occupati di analizzare il ruolo di vari fattori protettivi come l'intelligenza emotiva, le strategie di *coping* (Akinsulure-Smith et al., 2018), il supporto sociale, organizzativo e religioso (Eriksson, 2009) il mutuo-aiuto, delineando possibili scenari di intervento per supportare questi professionisti.

Allo stesso modo, molti studi recenti hanno studiato **l'impatto dell'emergenza COVID-19 sul lavoro degli operatori impiegati nel settore sanitario**, come medici, infermieri, operatori socio-sanitari in ambito internazionale (Dobson, 2020; Banerjee, Vijayakumar & Rao, 2020; per una revisione della letteratura attualmente a disposizione si veda de Brier et al., 2020) e in Italia (Barello, Palamenghi & Gragnola, 2020; Vagni et al. 2020), delineando anche potenziali scenari di intervento per farsi carico dei bisogni di salute mentale emersi (Chirico, Nucera & Magnavita, 2020).

Tuttavia, l'impatto che l'emergenza covid19 abbia avuto sugli operatori umanitari impegnati in interventi con popolazioni migranti e rifugiate rimane ancora un territorio inesplorato. Lo staff di INTERSOS si è trovato da marzo 2020 ad operare in prima linea

per contrastare l'emergenza COVID-19, fornendo servizi socio-sanitari essenziali per le popolazioni migranti che vivono condizioni di vulnerabilità. L'obiettivo di questo studio è stato quello **di esplorare i vissuti dello staff di INTERSOS in relazione al lavoro condotto a partire dall'emergenza sanitaria**.

In particolare, sono stati condotti **quattro focus group** con lo staff impegnato nell'intervento covid19 in quattro differenti regioni d'Italia: Lazio, Puglia, Calabria e Sicilia Orientale. Si è voluto dunque fornire uno spazio di discussione dove **riflettere come gruppo sull'andamento dell'intervento**, sui punti di forza e debolezza emersi, sulle emozioni e sulle esperienze vissute. Nel corso dei *focus group* è stato possibile affrontare temi relativi a vari vissuti gruppali e identitari dello staff, coerentemente con i diversi ruoli, esplorando il modo in cui i membri dell'*équipe* danno un senso al proprio agire professionale e negoziano il proprio senso di appartenenza e la propria funzione all'interno dell'organizzazione e dell'intervento. Sono stati altresì affrontati i temi della relazione con vari attori istituzionali e non, nonché l'impatto che le difficoltà affrontate sul campo e relative alle specificità dell'emergenza sanitaria hanno avuto sul benessere dello staff.

E dunque, come parlare di rischio da coronavirus, una malattia caratterizzata dal fatto di essere "invisibile", i cui sintomi possono spesso apparire poco chiari, così come le modalità di trasmissione, a persone che vivono in un insediamento informale o in una occupazione abitativa? Come accogliere le richieste di risposte ai bisogni sociali, ai diritti negati, che le comunità rivendicano, pur dovendo svolgere un intervento sanitario finalizzato all'identificazione del rischio da COVID-19? Come poter dare la priorità al rischio di infezione da covid19, un virus vissuto come invisibile e lontano, quando i bisogni impellenti ai quali le persone chiedono una risposta sono altri? Queste sono alcune delle domande con cui lo staff di INTERSOS si è trovato a fare i conti.

2. Nota metodologica

2.1 Obiettivi

L'obiettivo di questa parte del nostro studio è stato quello di esplorare i vissuti dello staff di INTERSOS in relazione al lavoro condotto a partire dall'emergenza sanitaria. Si è indagato, in particolare, il modo in cui i diversi staff operativi hanno accolto i cambiamenti a cui stavano andando incontro, trattandosi in tutti i casi di interventi già esistenti precedentemente all'emergenza e che hanno dovuto apportare modifiche all'intervento stesso. Un focus particolare si è tenuto in relazione alle emozioni provate nel corso dell'intervento e all'analisi delle stesse, così come ad una riflessione congiunta su quali siano stati i punti forza e i punti di debolezza dell'intervento.

2.2 Strumenti

Per esplorare le dimensioni sopra menzionate, si è utilizzato come strumento principale il *focus group*. Tutti i *focus group* condotti sono stati audio registrati, trascritti e analizzati attraverso un'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006). La struttura del *focus group* è stata pensata in maniera dinamica, senza una traccia precisa, ma guidando il filo della discussione attraverso una serie di stimoli creativi (Annesso 1. Guida *Focus group* staff).

In particolare, dopo aver presentato gli obiettivi, le modalità e i tempi dello studio e aver delineato alcune regole di base per la conduzione del *focus group*, si è chiesto ai partecipanti di iniziare ascoltando una traccia audio con la testimonianza di un giovane ragazzo che ha vissuto la prima ondata di COVID-19 dentro un centro di accoglienza, raccolta dal progetto "Guide Invisibili" (link: <https://soundcloud.com/guideinvisibili/sets/guide-mascherate-messaggi?fbclid=IwAR2zLoHz4LJ8gUOlu-CkjKAPG9p2UJ5wS4CyeASzZMij1TZ-1zzXn0GKHBul>). Tale stimolo uditivo aveva la funzione di permettere ai partecipanti di tornare con la mente all'inizio dell'emergenza sanitaria, alle giornate in cui staff e utenti hanno iniziato a cambiare drasticamente abitudini e in cui le varie *équipe* hanno dovuto riorganizzare gli interventi. Lo stimolo consisteva in una registrazione in cui un giovane ragazzo migrante racconta l'impatto del coronavirus dal suo punto di vista; tale traccia audio è stata presa da un progetto radiofonico romano chiamato Guide Invisibili.

A seguito dell'ascolto della traccia audio si è chiesto ai partecipanti di annotare su un foglio individualmente le sensazioni, frasi, parole, ricordi che lo stimolo uditivo aveva generato. Successivamente si è avviata la discussione, portando gli operatori a ripercorrere un po' collettivamente gli eventi legati all'inizio degli interventi COVID-19, chiedendo quando sia iniziato il progetto, come sia stato progettato, quali siano stati gli eventi salienti.

Successivamente, lo staff INTERSOS è stato sollecitato a riflettere su quali siano state le emozioni preponderanti provate nel corso dell'intervento. In particolare, è stato richiesto di apporre un segno colorato in corrispondenza di una serie di fogli attaccati al muro, sui quali erano segnate una serie di emozioni. I partecipanti avevano inoltre la possibilità di aggiungere altre emozioni, qualora ne sentissero il bisogno, su qualche foglio appeso al muro e lasciato bianco.

Questa attività è stata vissuta dai partecipanti ai *focus group* come particolarmente significativa, perché ha permesso la **creazione di uno spazio fisico e simbolico dove riporre e condividere le emozioni** provate nel corso dei mesi passati. Come si vedrà nella sezione dedicata all'analisi dei materiali raccolti, l'operatività, la necessità di rispondere ai bisogni emergenti con tempestività, rendevano impossibile, infatti, il fermarsi e lo stare con le proprie emozioni, sebbene queste fossero particolarmente forti ed invasive. Lo descrive bene una operatrice dello staff di Foggia:

“È molto significativo il fatto di trovarsi in una stanza dove siamo fisicamente circondati dalle emozioni, che appese al muro prendono un po' realtà, diventano un po' concrete e quindi le guardi anche in faccia. Probabilmente io ho attuato un po' questa strategia di mettere da parte, continuare e andare avanti, di una situazione che per sé e per il contesto in cui operiamo è difficile, per tutte le criticità che conosciamo, l'isolamento dentro l'isolamento, in questo preciso momento di coronavirus che sicuramente ha amplificato tutta una serie di disagi ed è molto complicata. È stato ritrovarsi effettivamente di fronte alle quelle emozioni, che abbiamo provato anche a riconoscerle anche se fermarsi un attimo, “cosa ho provato, cosa non ho provato”, darsi il giusto spazio per riconoscerle e...andare sempre avanti. Io ho un po' messo da parte, anche rispetto alla cronologia, devo avere il calendario davanti per ricordarmi tutti i momenti significativi, non mettere tutto quanto insieme e compresso. In realtà siamo, io sono qua da gennaio e siamo già a luglio: ne è passato di tempo! Ci sono stati momenti molto significativi che però ho compresso un po', un po' tutti quanti insieme. Quindi è sicuramente utile fermarmi un attimo e dare uno spazio per riconoscere tutti gli eventi che sono successi e le sensazioni che ho provato. Molto bello.”

Capitanata

Come attività successiva, si è chiesto ai partecipanti di delineare insieme quali siano stati i **punti di forza e debolezza dell'intervento** così come è stato condotto fino a quel punto. Si è ripercorso insieme, quindi, quanto emerso nella prima parte del *focus group*, appuntando sulla lavagna i punti di forza e i punti di debolezza menzionati. A chiusura del *focus group*, si è chiesto ai partecipanti di condividere quali siano le prospettive e i desideri futuri in relazione ai vari interventi.

2.3 Partecipanti

Sono stati condotti n. 4 *focus group*, con le *équipe* afferenti a quattro regioni in cui l'intervento COVID-19 di INTERSOS è stato implementato: Lazio, Puglia, Crotone e Siracusa. I *focus group* con le *équipe* delle regioni Puglia, Crotone e Siracusa sono stati condotti da una psicologa afferente all'*équipe* della regione Lazio (che quindi era esterna rispetto alle dinamiche interne delle differenti *équipe*). Il *focus group* condotto con l'*équipe* laziale è stato invece condotto da un'altra psicologa che si apprestava ad entrare nell'organico in quel periodo. Il *focus group* con l'*équipe* di Crotone, per motivi logistici, è stato svolto attraverso videochiamata.

Le *équipe* afferenti alle diverse regioni erano così composte:

Staff Lazio	Staff Foggia	Staff Crotone	Staff Siracusa
Totale partecipanti: 6	Totale partecipanti: 8	Totale partecipanti: 6	Totale partecipanti: 5
1 Coordinatrice medico	1 Referente medico	1 Coordinatore di progetto	1 Coordinatore di progetto
1 Medico	1 Coordinatrice di progetto	1 Medico	1 Medico
1 Infermiera	2 Medici	4 Mediatori	2 Mediatori
1 Psicologa	4 Mediatori		1 Operatore sociale
1 Mediatore culturale			
1 Operatore sociale			

2.4 Analisi

L'audio registrazione dei quattro *focus group* condotti è stata quindi analizzata attraverso la metodologia dell'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006).

A seguito dell'analisi, 7 aree tematiche sono emerse e saranno di seguito discusse:

- **Il lavoro umanitario durante l'emergenza COVID-19: paura e responsabilità**
- **Il COVID-19 come priorità?**
- **Il rapporto con le istituzioni**
- **Il rapporto con la stampa**
- **La relazione con la popolazione beneficiaria**
- **La mediazione e il ruolo dei mediatori e delle mediatrici**
- **L'équipe come gruppo**

3. Risultati

3.1 Il lavoro umanitario durante l'emergenza COVID-19: paura e responsabilità

Un elemento trasversale menzionato dai/le partecipanti ai *focus group* è stato quello della paura ad operare sul campo durante la fase acuta dell'emergenza, in particolare durante il *lockdown*. A fronte di un paese che si era quasi completamente fermato, con moltissime attività che si sono organizzate per favorire il lavoro da casa, lo staff di INTERSOS era presente "sul campo" più che mai. I contesti in cui le *équipes* si sono trovate ad operare, spesso, avevano un impatto emotivo molto forte, come ben descrive questo operatore parlando di Roma:

"Guarda, a me quello che mi ha colpito era quando, i primi giorni, l'aspetto spettrale della città: quindi il vuoto totale, sembrava MadMax post apocalittico. E gli unici che girano erano appunto le persone senza fissa dimora e quelli che non avevano niente. [...] Eravamo dei fantasmini che giravano con queste mascherine per Termini. Quello è stato il primo impatto."

Lazio

In questo scenario, **la paura di iniziare l'intervento** in una situazione di forte pericolosità ed incertezza emerge molto forte, sia dal punto di vista del coordinamento, che dal punto di vista personale della paura del contagio.

A volte, la paura di contagiarsi, contagiare i propri cari o non essere in grado di proteggere sufficientemente il proprio staff (nel caso dei coordinatori) emerge in modo preponderante e fa mettere in discussione la propria presenza sul campo:

*"E quindi io ricordo questa grandissima paura, l'apprensione dei miei, la chiamata di V. che mi disse "te la senti?" e io che lì per lì dissi subito sì, però poi continuavo a ca**rmi sotto sinceramente, ma tanto! Perché comunque poi, nei momenti di paura, io ho come il flash delle immagini di tutto quello che potrebbe succedere, e ricordo il flash dell'immagine dell'intubazione, della mancanza di respiro. [...] ricordo appunto i miei amici che mi dicono "S. ma dove vai? Ma che vai a fare?"*

Lazio

Ma accanto a questa paura emerge **la forte spinta a voler apportare un contributo** in un momento di crisi generalizzata, che in quanto tale colpisce inevitabilmente "i più vulnerabili", le persone socialmente escluse.

È proprio questa spinta, questo senso di responsabilità, a spingere gli operatori umanitari a scendere in campo, nonostante l'iniziale reticenza:

"Quando mi hanno chiamato per andare a lavorare per questo momento ho detto "non esiste proprio! Non voglio neanche uscire fuori!" [...] E quindi mi sono fatta esame da sola... Io non rinneo il lavoro che faccio. Il mio essere mediatrice. Ho accettato di lavorare con loro."

Puglia

“È stato difficile sicuramente. Perché in questo momento, anche andare fuori, per fare questo, ma... lo ho conosciuto P,AL e L due anni fa... Quando ho iniziato, prima c’era paura: perché per prendere questo coronavirus, ma quando lui mi ha detto ____ in questo momento, io dico no! Ma era importante, dobbiamo andare. Io ho detto che era importante, che dovevamo andare ad aiutare queste persone perché hanno dei bisogni. C’è tanta gente fuori che hanno dei bisogni, quindi noi dobbiamo fare questo sacrificio e aiutare loro. Quando mi hanno detto questo, io ho detto “sì, hai ragione””

Calabria

Molti operatori, quindi, raccontano di come si sono sentiti “in dovere” di superare la paura nello scendere in campo, in ragione della propria *mission*, della necessità di “aiutare chi ne ha bisogno”. L’assunzione di questa responsabilità così forte, a fronte tra l’altro dell’impotenza vissuta in relazione a condizioni di disagio estreme, hanno un costo emotivo per gli operatori umanitari, come sarà discusso nelle conclusioni.

3.2 Il COVID-19 come priorità?

*“Stavamo andando a trovare, cercare questo ragazzo per parlare, mi ricordo che sono passata in mezzo a una nube di rifiuti che stavano bruciando e io stessa mi sono detta “ma chi c**** se ne frega del coronavirus!” Cioè realmente, consapevole del fatto che okay, questo è il mio lavoro, questa è la mia attività, il focus del mio lavoro in questo momento, dopo di che... sono io la prima consapevole che qui le priorità di chiunque sono ben altre.”*

Puglia

Il conflitto costante tra la funzione del “progetto COVID-19” e i bisogni e le richieste del contesto sono un tema vissuto in maniera molto forte da tutto lo staff di INTERSOS, anche se in maniera diversa. I progetti su Roma e su Foggia, ad esempio, potevano contare su un lavoro già precedente con le popolazioni con cui ci si è trovati a lavorare durante l’emergenza sanitaria e questo ha fortemente aiutato nella costruzione di un rapporto di fiducia che permettesse di lavorare condividendo obiettivi.

Nonostante ciò, soprattutto nella prima fase dell’intervento, durante la quale sono stati svolti i *focus group*, in entrambi i contesti lo staff ha fatto i conti con **il grande scetticismo delle popolazioni verso la reale portata della crisi sanitaria**, soprattutto a Foggia, dove i casi da coronavirus a inizio pandemia erano realtisticamente molto pochi. Dal canto loro, lo staff del progetto crotonese lavora su quel territorio da molti anni, come nel caso di Foggia e Roma, ma ha incrementato le attività di team mobile in contesti di aggregazione informale che non si conosceva. Le **difficoltà di operare in contesti sconosciuti**, soprattutto per lo staff “nuovo”, che è stato integrato a partire dall’intervento COVID-19, sono evidenziate in maniera molto forte. Infine, lo staff di Siracusa si è trovato a lavorare ex novo, a fronte di precedenti interventi che però si erano focalizzati su altre aree della Sicilia, ma nonostante questo vi era grande conoscenza del territorio pregressa all’inizio dell’intervento e al lavoro con INTERSOS. Questo ha favorito la costruzione di un rapporto di fiducia con le popolazioni con cui si è andati a lavorare.

Nel corso dei *focus group* è stato più volte discusso come l’emergenza sanitaria sia stato un fenomeno che ha reso più evidente una emergenza sociale. Tuttavia, l’emergenza sociale sembra avere poco spazio nella discussione nazionale sulla pandemia, mentre chi si trova ad operare in prima linea per rispondere ai bisogni fondamentali delle persone che vivono in condizione di esclusione sociale la vive in maniera quotidiana e molto forte. Lo staff di INTERSOS, infatti, interviene con i suoi progetti nelle quattro regioni menzionate in zone di esclusione sociale, in particolare in un momento storico in cui queste aree, già isolate e ghettizzate precedentemente, vivono una condizione di estremo isolamento.

Ma è proprio la presenza dello staff di INTERSOS ed il suo intervento che portano alla luce disuguaglianze sociali e privazioni di diritti croniche, che in quanto tali andrebbero prese in carico in maniera olistica, strutturata e continua. Tuttavia, uno degli aspetti vissuti come più critici dallo staff di INTERSOS interpellato è la difficoltà nel lavorare in ottica emergenziale.

In altre parole, lo staff di INTERSOS si trova ad interfacciarsi con persone le cui **condizioni documentali ed abitative sono talmente critiche (persone senza documenti e/o senza fissa dimora da anni) che la sola presa in carico sanitaria, per quanto momentaneamente efficace nel tamponare l'emergenza e scongiurare l'insorgenza di ulteriori problematiche sanitarie, non è sempre sufficiente**. I partecipanti ai *focus group*, infatti, identificano in maniera trasversale la necessità di prendere in carico anche le condizioni sociali e psicologiche oltre a quelle prettamente sanitarie, per far sì che lo stesso intervento sanitario, ovvero l'intervento per cui hanno il mandato, sia efficace. La necessità di integrare l'intervento sanitario con componenti sociali e politiche, prendendo in carico in maniera olistica e continua i determinanti sociali di salute, emerge forte anche come richiesta da parte dei beneficiari. Lo staff racconta come, in tutti i contesti, un'altra delle difficoltà nel proprio operato è stata quella di portare l'attenzione delle persone sulla tematica dell'emergenza sanitaria.

"I problemi sono i documenti. Quando parli con una persona, anche se ha altri problemi della salute, ma la prima cosa che la persona vuole è il suo documento. [...] Tu mediatore parli con queste persone, puoi dire una cosa o dare un'altra informazione, qualche cosa "prima cosa che io voglio sapere, che io voglio avere, è il documento. Come devo fare?" Anche se non sta bene."

Puglia

I migranti con i quali lo staff si è trovato a lavorare, infatti, vedono comprensibilmente la tematica dell'emergenza sanitaria come secondaria rispetto alle proprie problematiche quotidiane: l'insalubrità degli ambienti, la grande precarietà abitativa, lo sfruttamento lavorativo, l'assenza di documenti.

Non mancano, nel corso dell'intervento, richieste di aiuto che esulano dall'emergenza sanitaria ed alle quali lo staff si trova a rispondere con gli strumenti a sua disposizione. Le *équipe* raccontano che la preoccupazione delle persone rispetto all'emergenza sanitaria in sé era talmente bassa nei primi mesi di intervento che molte persone negavano totalmente l'esistenza di questa crisi. Come sottolinea un medico dell'*équipe* di Foggia, il coronavirus era un elemento talmente distante e "sconosciuto" in quei contesti, a fronte tra l'altro di un indice di contagio in Puglia in generale bassissimo in quel periodo, che l'intervento in sé di contenimento del rischio sembrava a volte sconnesso dalla realtà:

"[...] dissociazione. Visto che all'inizio sembrava di stare al punto di partenza di un delirio. Come se qui non fosse mai arrivato. A lungo non abbiamo visto nessun col COVID-19. In quel periodo poteva anche non essere mai esistito, per quanto riguarda i luoghi in cui stiamo noi. Quindi, a un certo punto, io mi sono sentito un po' dissociato, era stranissimo parlarne. Sembrava di parlare di qualcosa di lontanissimo. Ed era molto difficile comunicarlo, perché questa cosa era avvertita."

Puglia

Come informare qualcuno rispetto alle norme di sicurezza da seguire se questi sente il virus come qualcosa di lontanissimo da sé e, giustamente, sottolinea l'impellenza di altri bisogni fondamentali? Come parlare di misure di igiene a persone che, per via del *lockdown*, stanno avendo difficoltà a procurarsi il cibo? Queste sono solo alcune delle difficoltà menzionate dallo staff dei progetti meridionali, che si sono trovati ad intervenire in dei ghetti che, con l'emergenza sanitaria, stavano vivendo un isolamento ulteriore rispetto al già drammatico isolamento vissuto negli anni precedenti.

Leggermente diverso è il caso dell'intervento romano, che si è trovato ad operare in un contesto nel quale il numero di contagi era più alto rispetto a quello delle regioni meridionali. Questo ha significato una maggiore conoscenza delle persone rispetto al pericolo reale e quindi una maggiore preoccupazione in merito.

“Posso dire che i ragazzi ci abbiano ancora più spinto a prendere la cosa molto più sul serio. Perché erano interessati, erano impauriti, perché sono sempre in giro, quindi sono stati loro a riportare questa voglia di prepararsi.

Lazio

L'emergenzialità dell'intervento di INTERSOS, d'altro canto, è vissuta come particolarmente critica in quei contesti in cui l'intervento sanitario si è costruito posteriormente al *lockdown*: Crotone e Siracusa, infatti, hanno attivato i loro interventi rispettivamente ad aprile e a maggio, ovvero subito dopo che le misure più restrittive sul movimento delle persone stavano venendo pian piano riviste. Le persone, in quel periodo, stavano iniziando a “tirare un sospiro di sollievo” e stavano tornando ad avere la possibilità di uscire dalle proprie case. Questo ha significato per lo staff un ulteriore sforzo nell'interfacciarsi con una popolazione di beneficiari che si chiedeva il motivo del loro intervento, in un momento per gran parte della popolazione a cui si rivolgeva il progetto in quel momento, la percezione era “il COVID è finito”.

Nonostante questo, lo staff si è sentito in dovere di organizzarsi, con gli strumenti personali e professionali a disposizione, per rispondere comunque a quei bisogni “altri dal COVID”, spesso anche extra-sanitari, che emergevano con grande forza.

“Sì, tipo oggi, per esempio, abbiamo accompagnato un altro ragazzo che ha un problema di documenti: questa è una delle cose più belle di INTERSOS. Puoi andare da altri: accompagnarlo, anche se non è previsto dal progetto puoi andare dall'avvocato.”

Sicilia

3.3 Il rapporto con le istituzioni

Le istituzioni ed il rapporto con esse hanno rivestito un ruolo centrale nella gestione dell'intervento, come riportato dai partecipanti ai *focus group*. Vi è stato un rinnovato interesse da parte di istituzioni quali la ASL o il Comune per il lavoro di prossimità nei luoghi di esclusione sociale, motivato dallo scenario di emergenza e dai pericoli legati alla salute pubblica. Ciò ha reso il lavoro di INTERSOS cruciale agli occhi delle istituzioni, che per questo si sono rivolte al mondo umanitario in cerca di supporto.

Sembrerebbe quasi, infatti, che **l'emergenza sanitaria abbia reso improrogabile il dialogo tra istituzioni pubbliche in merito a temi sociali e politiche relazionate con i luoghi di esclusione** nei quali INTERSOS si trova ad operare da diversi anni.

“Che poi tu, è stato effettivamente il primo esperimento che ha messo di fronte Prefettura, Questura, Centro per l'impiego, Ispettorato, il Comune referente dell'area, per parlare dell'insediamento e trovare delle politiche.”

Sicilia

Tra le funzioni ricoperte dalle organizzazioni umanitarie, quindi, una di queste è stata quella della **mediazione tra le comunità e le istituzioni**. Gli operatori umanitari, infatti, in quanto *frontline workers*, in prima linea nei contesti di isolamento, nonché conoscitori delle dinamiche comunitarie che li caratterizzano, lavorano da

sempre nel facilitare l'accesso delle persone ai servizi istituzionali di vario genere. Ciò è possibile grazie al rapporto di fiducia pregresso costruito con molte comunità e ad una conoscenza profonda dei contesti in cui si opera. Questa funzione, chiaramente, diventa fondamentale nel momento della pandemia, in cui le istituzioni hanno bisogno di strumenti per "avvicinarsi" alle comunità.

Non sono mancate le difficoltà, soprattutto nella prima parte dell'intervento, di mediare all'interno delle diverse comunità le misure sanitarie da mettere in atto. Gran parte dello staff, in particolare nei contesti romano e foggiano, hanno menzionato le difficoltà incontrate nella richiesta di effettuare un tampone, soprattutto nella prima parte dell'intervento. Se da un lato le pratiche burocratiche necessarie per effettuare un tampone richiedevano determinati tempi e modalità, vi era dall'altro la pressante necessità di lavorare con le comunità per far comprendere ciò che stava avvenendo. Al tampone, infatti, venivano frequentemente associate tutta una serie di dinamiche comunitarie e relazionali di stigmatizzazione, paura, isolamento e privazione della libertà di movimento. Ciò ha portato molte persone a negarsi ad effettuare il tampone, ponendo lo staff di INTERSOS nella posizione di dover prioritizzare o la libertà individuale o la salute pubblica, relazionandosi e spiegando la situazione alle istituzioni.

"E niente, le prime uscite che facevo lì con M e S, e c'era questo ragazzo che, dal mio punto vista, per certi criteri clinici, doveva fare un tampone. E lui, inizialmente, aveva acconsentito, forse dovevamo prenderci un po' più tempo per concordare con lui questa cosa, esser ancora più certi che volesse farlo realmente, ma visto che aveva acconsentito avevo chiamato l'ambulanza per venire poi al ghetto e fare poi il tampone e, nel momento in cui abbiamo chiamato l'ambulanza lui è scappato. [...] Dopo di che abbiamo trovato e ri-incontrato questo ragazzo, abbiamo parlato a lungo con lui per cercare di tranquillizzarlo sulle possibili conseguenze della cosa. [...] Noi non vogliamo certo fare i poliziotti della situazione. No, non è questo il senso del nostro lavoro, della nostra presenza qui. Ma quella di una tutela, per te e per gli altri. E questo non ha avuto alcun esito come speravamo. Non è andata... Non è riuscita questa cosa. E lì... In una situazione... Ovviamente non puoi obbligare una persona a fare un trattamento che non vuole fare, nonostante ora ci siano una serie di criticità etc etc, ma noi non avremmo attuato un atteggiamento repressivo. Cioè tu hai anche la responsabilità di essere lì, sul campo, responsabile con mandato istituzionale di fare prevenzione e monitoraggio in un insediamento dove le classiche, normali note misure di prevenzione non sono possibili e di isolamento impossibile, per cui anche questo è un grande scollamento."

Puglia

Come si può apprezzare anche da questo estratto, è forte **il tema della responsabilità di essere gli attori** che in prima linea sono stati **delegati dalle istituzioni** ad occuparsi della valutazione del rischio nei contesti dove le istituzioni stesse faticano a raggiungere le comunità.

La **paura della stigmatizzazione**, d'altro canto, è trasversale a contesti anche molto eterogenei, come quelli dei ghetti nei contesti agricoli e delle occupazioni abitative nei contesti urbani. Nonostante tutto, però, la collaborazione tra "pari" con altri *frontline workers* istituzionali, con gli operatori e le operatrici che all'interno delle istituzioni portano avanti il lavoro quotidiano, è stata sentita come particolarmente fruttuosa nel contesto romano.

*"Una cosa è comunicare l'isolamento a una persona che sta a casa da sola, non deve rendere conto a nessuno e già è difficile perché gli stai per dire che potrebbe essere malato di una malattia che sta facendo impaurire tutti, quindi devi saper gestire le emozioni o pensare come gestire la comunicazione di quello. Se poi forse puoi pensare che tutta l'occupazione lo sa, che puoi essere stigmatizzato o anche no, però può avvenire, ogni volta ci pensavo 300 volte, mi dicevo "C****o A, questo che fai, lo monitori senza dirlo troppo in giro, o lo segnali proprio?" E quando è stato poi, che è andata sempre bene, tranne una volta che un tizio mi voleva picchiare, dopo è tornato a chiedermi scusa, grazie anche a S, lì diciamo è stata difficile ma è andata bene. Le persone si sono sentite tutelate, credo..."*

almeno, questo è quello che mi hanno rimandato. Tutelate sia nella presa in carico per il COVID, quindi dire “sì, mi serviva il tampone, grazie, mi sono tolto il pensiero” e sia rispetto al contesto in cui vivevano. Ed è andata bene perfino la collaborazione con le istituzioni territoriali: c’era sicurezza di poter chiamare con nome e cognome, quindi se le istituzioni generali al tempo erano latitanti, gli operatori che d’altra parte come te, stavano in prima linea, però sull’istituzione...si sentiva.”

Lazio

Non solo nel contesto romano, poi, la collaborazione con le istituzioni è stato un elemento caratterizzante dell’intervento durante l’emergenza sanitaria. La percezione di tale sinergia tra organizzazione umanitaria e istituzione nella pianificazione del lavoro sul campo, peraltro, si sarebbe inevitabilmente acuita con l’emergenza sanitaria, rendendosi essenziale alla tutela della salute pubblica.

“La collaborazione delle aziende sanitarie, che si sono messe a disposizione immediatamente e, anche se non abbiamo avuto casi, la sensazione la percezione che almeno io avevo era che la presa in carico sarebbe stata repentina, e in questi contesti non sempre è così.”

Calabria

Eppure, **il rapporto con le istituzioni è anche un generatore di emozioni forti, come la rabbia**. L’essere in prima linea costringe gli operatori di INTERSOS a vedere con i propri occhi e vivere quotidianamente le condizioni nelle quali le persone si ritrovano a vivere, le violazioni di diritti sistematiche, le ingiustizie sociali. Il fatto è che si è in prima linea, soli, e spesso impotenti poiché le decisioni macro-strutturali che potrebbero cambiare lo status quo sono prese altrove, appunto dalle istituzioni. E le istituzioni, in fondo, pur non essendo presenti in prima linea, conoscono le dinamiche di violenza strutturale relative a quei luoghi, ma sembrano ignorarle, e questo non può che generare un forte senso di rabbia:

“Tanta rabbia Perché i luoghi dove vivono queste persone, quasi quasi tutti noi...nessun essere umano dovrebbe stare dove stanno loro. E quello porta rabbia, porta rabbia nel momento dove chi deve farsi carico che non sa, non ha soluzioni, o non ascolta quelle che vengono proposte. Pesano anche perché quei luoghi per decine d’anni sono stati popolati da operatori sanitari, operatori sociali, ricercatori e ricercatrici, giornalisti, di tutto: malgrado questo non c’è stato reale cambiamento. Questo ti fa venire la rabbia. Non è che tu sai cose che chi deve prendersene carico non sa. Ma allora perché questi luoghi esistono anche ora? La rabbia è inevitabile.”

Puglia

3.4 Il rapporto con la stampa

Tra le difficoltà e sfide riscontrate nel corso dell’intervento, tutto lo staff INTERSOS, nelle diverse regioni, ha menzionato delle complesse relazioni con la stampa. Qualcuno in forma più diretta, nel gestire l’operatività e contemporaneamente la presenza di giornalisti sul campo. Qualcun altro ha invece risentito degli effetti della strumentalizzazione politica sul proprio lavoro quotidiano.

Quest’ultimo è il caso di Siracusa e Foggia. A Siracusa sono tanti i casi di strumentalizzazione politica dell’insediamento informale di Cassibile, luogo in cui peraltro lo staff di INTERSOS si è trovato a lavorare per la prima volta in occasione dell’emergenza sanitaria. Le ripercussioni dell’immagine che la stampa dà dei luoghi dove INTERSOS opera ricade inevitabilmente sul lavoro condotto. Nel caso di Siracusa questo è ancora più vero: lo staff si è trovato a dover far fronte ad attacchi verbali molto violenti da parte della popolazione

dei cassibilesi, che vedevano in loro gli unici attori presenti ai quali comunicare la propria indignazione per la presenza dell'insediamento informale in quella zona della propria città.

“Sì, infatti c'è stata questa cosa di Striscia la Notizia, e noi eravamo qua. C'è stato questo reportage a Cassibile, dando un'immagine completamente distorta, che è un'immagine che non hanno i cassibilesi, che neanche i cassibilesi vogliono avallare, di questi qua che stanno lì a bivaccare a spese di, etc etc. Quindi, tra l'altro, attraverso un mezzo nazionale, poi molto seguito da populismo di bassa lega. E rimarcando questo caspita di COVID: “vedete? Vanno senza mascherina in giro! I cassibilesi sono molto preoccupati per la situazione!” È chiaro, se lo dice Striscia la Notizia, che comunque è trasmissione nazionale etc etc, noi siamo intervenuti in questa situazione, era inevitabile.

Sicilia

La **strumentalizzazione dei luoghi di esclusione sociale con fini politici** e il tipo di dialettica che si crea intorno a questi temi nei mezzi di comunicazione di massa rendono il lavoro molto pesante e causano forti reazioni emotive quali, per dirlo con le parole di un operatore di Foggia, “amarezza e tristezza”, tutte sensazioni che è difficile, come sottolinea lui, non “portarsi a letto”.

“Un'altra difficoltà che ha invaso il nostro spazio professionale è la strumentalizzazione politica, che è invisibile ai media, proprio da persone da cui nessuno si aspetterebbe mai, che ha danneggiato innanzitutto la Comunità che assistiamo. È una cosa che ci ha devastati, a me è arrivata a togliere un mese di lavoro... Un'amarezza, una tristezza sconcertante, in aggiunta ad un momento già durissimo. E so che anche altri condividono questo pensiero.”

Puglia

Dal canto suo, lo staff romano riporta le difficoltà incontrate nella gestione della presenza dei giornalisti sul campo. La presenza della stampa nei luoghi di aggregazione informale della capitale, infatti, non è vista positivamente dalle comunità migranti, che temono, per l'appunto, la strumentalizzazione.

Entrano inoltre in gioco fattori importanti come la vergogna del vivere in queste condizioni, nonché il timore che i materiali video possano arrivare fino alle proprie famiglie di origine, che non conoscono le condizioni di vita dei propri cari in Italia.

Tutti questi fattori fanno sì che la presenza della stampa sul campo durante l'operatività di INTERSOS vada gestita in modo molto efficace e con estrema sensibilità. Nonostante tutti gli sforzi per gestire la presenza dei giornalisti, l'impatto delle telecamere viene quasi sempre sentito dall'*équipe* mobile durante le uscite successive, nelle quali la popolazione guarda allo staff INTERSOS con più sospetto del solito per il fatto di aver favorito l'accesso alla stampa nei vari siti di aggregazione informale.

“Io ho detto a qualcuno, non mi ricordo più che, avrei preferito visitare 100 persone in due ore piuttosto che gestire i giornalisti e tutte quelle interviste. [...] Io mi rendevo conto che non è che venivano così, perché era bello. Ma perché era fondamentale comunicare cosa stava succedendo, cosa stavamo facendo. [...] Insomma, poi viene il giornalista e stavamo facendo il giro con il camper, con l'unità mobile, per capire se c'erano cose nuove... Ci fermiamo a Castro Pretorio per chiacchierare un po' con i ragazzi, era la prima volta che ci vedevano, e i giornalisti ci stavano seguendo non so da dove, si ferma davanti con la telecamera fuori dalla macchina, io dico “ragazzi, andate a vedere chi è quello” anzi no “vado a vedere chi sono loro” e i ragazzi stavano là. Insomma, questi si sono incazzati “andate via! Venite con le telecamere!”, io mando via i giornalisti. Proviamo a parlare con loro, ma erano incazzatissimi, ed eravamo sul furgone e chiamo chi di dovere e dico “scusate”. Quella è una delle... E non ci siamo più potuti tornare là...”

Lazio

3.5 La relazione con la popolazione beneficiaria

Spesso durante i *focus group* è emersa l'espressione "**isolamento nell'isolamento**". Molti partecipanti hanno menzionato la solitudine come un elemento fortemente complesso da affrontare nel corso dell'emergenza. La solitudine come elemento che caratterizza i contesti in cui si va ad operare, in quanto luoghi isolati ed esclusi dal resto della società, ma anche la solitudine provata nell'essere gli unici attori presenti. Una solitudine, peraltro, condivisa da buona parte della popolazione italiana, soprattutto in un momento in cui la socialità è stata "bloccata" per il contenimento del contagio.

Sul campo lo staff di INTERSOS ha sperimentato tutta una serie di emozioni, la cui portata il più delle volte è molto forte. Le emozioni preponderanti hanno a che vedere col vedere le condizioni in cui le persone si trovano ad operare. Ognuno risponde emotivamente alle condizioni a cui assiste quotidianamente in maniera diversa: **la rabbia, comprensibilmente, è una delle emozioni riconosciute come una reazione all'ingiustizia:**

"Mi fa arrabbiare veramente vedere fratelli dentro questi posti, che hanno una forma fisicamente e mentalmente, che hanno studiato in Africa, persone che hanno iniziato da zero, che avevano diplomi e adesso è come se devono iniziare da capo, o fanno lavori che non hanno mai fatto. Non è che con le sole parole possiamo cambiare tutto questo, so che è una questione politica. Ci vuole sempre il tempo di capire, di parlare con chi viviamo. Non è facile qua."

Puglia

È stato anche menzionato da parte di vari partecipanti afferenti a diverse *équipe*, **un senso di colpa ed imbarazzo** in conseguenza delle ingiustizie a cui si assiste quotidianamente nel proprio lavoro. L'imbarazzo è legato alla consapevolezza del proprio privilegio e delle possibilità avute in termini di "vita più degna." Tali differenze, probabilmente, provocano tanto imbarazzo perché, nel lavoro sul campo, diviene ancora più evidente come siano esclusivamente frutto di differenze di classe e di privilegio etnico, storicamente e politicamente connotate, pur essendo tutti, in fondo, ugualmente umani.

Questa umanità condivisa emerge forte nel lavoro quotidiano, in cui operatori e beneficiari si trovano immersi negli stessi contesti di disagio sociale, condividono spazi e difficoltà, ma poi, alla fine, i primi tornano nel caldo delle proprie abitazioni, lasciando i secondi nuovamente soli, impotenti nella propria invisibilità.

"Siracusa, bellissima città, quindi soprattutto la fase iniziale in cui giravamo anche per adattarci a Siracusa, da un punto di vista anche tra virgolette turistico, c'era questa cosa del giorno in una condizione disumana. E poi tu facevi 10, 200 metri ed eri in un'altra realtà. La realtà fashion, quella ricca... Quindi ricordo i primi giorni che c'era questo senso di...rabbia, angoscia, ingiustizia. Anche di angoscia perché io, ecco ora non c'erano, senso di colpa. Io ho vissuto tantissimo il senso di colpa in queste settimane per vari aspetti. Però, tra i sensi di colpa c'era anche questo: io ero lì, lavoravo poi uscivo, mi ritrovavo in un contesto agiato etc etc. Quindi l'idea che, nel 2020, in una città come Siracusa, all'interno dell'Italia, comunque c'è quella cosa. Esiste. Esiste quel grado di disumanità che è assolutamente disumano. Non è la povertà, non è un quartiere socialmente più difficile. È una condizione disumana. È un ghetto. Molto spesso io l'ho definita ghetto. Anche magari spontaneamente, senza rendermene conto. È un ghetto! Esattamente un ghetto. Quindi questa rabbia iniziale era giustificato da questo senso di colpa, tutto questo."

Sicilia

"Imbarazzo" ho messo io il puntino su imbarazzo, perché in qualche occasione, quando finivo di far la spesa e tornavo a casa, qualcuno faceva la spesa con me e non tornava a casa, perché la casa non ce l'aveva. È una cosa che io sento spesso. Nel luogo in cui abito, ci sono spesso persone accampate là vicino. E io quando torno a casa mi sento imbarazzata. Anche incazzata con chi non gli dà una casa e non dà una casa a tutti. Però, con la persona,

io mi trovo in imbarazzo. Io ce l'ho e tu no: io la mia spesa la metterò nella mia dispensa e nel mio frigorifero, e tu la porterai nel cartone che ti trovi vicino, se ti va bene."

Roma

Capita anche, però, che le emozioni provate non siano così forti come ci si potrebbe immaginare, a detta di alcuni operatori che lavorano in contesti di esclusione sociale da molto tempo, perché entra in gioco una sorta di "assuefazione". Il **senso di impotenza**, a quel punto, diventa il cardine centrale nell'emersione di emozioni quali frustrazione e imbarazzo. La prima legata appunto al sapere che a questa ingiustizia si può rispondere parzialmente, ma poi ci si "scontrerà sempre contro un muro". La seconda legata appunto alla gestione della relazione diretta con i beneficiari e con le loro aspettative, le loro speranze; ma l'impotenza e la sensazione di non avere realmente le risposte alle ingiustizie che caratterizzano i contesti di esclusione sociale entrano in gioco forti e rendono "imbarazzante" il dover deludere le aspettative delle persone.

"Io non ho sentito molta rabbia, ho scritto "frustrazione" e non "rabbia". E imbarazzo anche. Non lo so perché... davvero il contatto con certe realtà ti provoca... un po' anche perché sono assuefatto, forse. Magari la rabbia l'ho già provata, quindi a un certo punto la rabbia si scompone e ci si chiede perché la rabbia la si prova. Io ho trovato queste emozioni molto più proprie alla mia esperienza, appunto perché tante volte mi frustravo... Non è che mi incazzavo, non avevo grandi aspettative sulla situazione in generale. Perciò era più la frustrazione di quando ti scontravi su un muro. Certe volte mi sentivo proprio come Tomb Raider contro il muro. E poi nel rapporto con qualcuno che invece si crea un'aspettativa nei tuoi confronti... Provi disagio e imbarazzo, effettivamente, oltre a sentire la rabbia, la frustrazione del fatto che qualcuno continuerà la situazione e probabilmente sopravviverà, e poi il fatto che te entri ed esci quando vuoi. Devi fare pace con questa cosa. Personalmente sono emozioni che ho preso e ho assorbito, perché non si può vivere in maniera disagiata, in maniera imbarazzata, però effettivamente quando entro, quando sei con l'immondizia: tu puoi pure sederti e prenderti un caffè con lui, condividere un momento, però poi non stai là."

Puglia

Non manca poi il senso di impotenza nel rapporto con i beneficiari, nella consapevolezza di "non poter salvare tutti":

*"Sì, e spesso la rabbia si trasforma anche quando magari uno pensa di essere consapevole di queste cose, dai degli strumenti e poi ti aspetti che quella persona li utilizzi. Se non lo fa perché non ha la forza, perché in quel momento non ha la coscienza o modo di dire "guarda che io non ci sto in questo", e penso a Eric o al povero, sempre, Ismail, che tu gli dai degli strumenti e loro così ti dicono. Quindi tu sai di aver fatto un mare di fatica, per dargli quella cosa che non è scontata, e lui non l'accetta, o almeno non la riceve come tu t'aspetti che dovrebbe accettarla, e tu ti incazzi pure con lui. Ma invece no, è un rischio che abbiamo, ma io sempre mi dico che non è detto che noi sempre riusciamo, innanzi tutto credo che non dobbiamo mai pensare, lo dico ad alta voce perché in realtà è quello che penso, di salvare il mondo o il singolo, perché non siamo salvatori o salvatrici di nessuno. Però costruiamo, siamo costruttori di cose. E queste cose, cioè, far stare per forza le persone dentro quello che abbiamo costruito è una violenza ulteriore. Però questo me lo devo ripetere continuamente, è una cosa che un po' mi aiuta e un po' sta lì, della serie "ricordati". Perché rischio che, me ne rendo conto, e soprattutto con Ismail, è "adesso gli ho trovato un appuntamento e ci deve andare, se non ci va è str*****". E no. Se non ci va, è libero. E tu, nell'accettare quello, lo rendi davvero libero."*

Lazio

Infine, molti operatori hanno voluto anche porre l'accento sulle **emozioni positive nel lavoro**. D'altra parte, come hanno giustamente sottolineato, se non ci fossero anche emozioni positive non si avrebbe scelto di lavorare in questi contesti.

“Perché, in realtà, credo che, questo riguarda me, il motore delle cose che si fanno è di avere un principio positivo: per cui, se non ci fosse stata la speranza di cambiare anche solo poco poco poco, e fiducia nel fatto che possano cambiare, che ci sono persone con cui lavori per questo, altrimenti il resto non sarebbe venuto. E credo sia quella cosa che tutti noi...insomma, siamo ancora qui per questo.

Puglia

La felicità, la gioia, la soddisfazione sono quasi sempre legate ai ritorni positivi da parte delle persone con cui si è lavorato:

“Sì. Ogni tanto ti chiama una persona, ti ringrazia. Per una frase che avevi detto, quando hai parlato con tante persone. E lì, può darsi che abbia seguito quello che dicevi. E dopo tot mesi è tornato per dirti grazie. E fa di tutto per cercarti. E queste sono cose stupende.”

Puglia

Oltre che i *feedback* degli utenti, anche i grandi traguardi raggiunti come organizzazione sono motivo di orgoglio e soddisfazione, e aiutano a portare avanti il lavoro delineando nuovi obiettivi:

“Poi ci sono le cose che ti nutrono: le cose che ti nutrono sono le piccole soddisfazioni, le piccole felicità. Appunto soddisfazione può essere una cosa relativamente piccola: ad esempio l'acqua portata regolarmente a tutti gli insediamenti, perché è un problema macro ma comunque un obiettivo che abbiamo portato avanti noi, con la Comunità.”

Puglia

3.6 La mediazione e il ruolo dei mediatori e delle mediatrici

Tra lo staff coinvolto negli interventi umanitari portati avanti da INTERSOS durante l'emergenza sanitaria da coronavirus un ruolo centrale è stato ricoperto dai mediatori e dalle mediatrici. Sono proprio questi professionisti ad aver espresso, nel corso dei *focus group*, una **forte spinta ad essere presenti nei luoghi di esclusione durante questo delicatissimo momento storico**, a dispetto di paure e affaticamenti personali che loro, così come tutto lo staff, hanno potuto sperimentare. Nel caso dei mediatori e delle mediatrici questa *mission* sentita come **“missione di vita all'aiuto”** è sentita come estremamente forte, data anche la soggettività che caratterizza questi professionisti: si tratta di persone ancora più vicine alle esperienze soggettive dei beneficiari con cui INTERSOS si trova ad operare, condividendo spesso l'esperienza della migrazione, così come valori, credenze e culture. Questa vicinanza soggettiva, data da un posizionamento e delle biografie spesso comuni, sulla base di esperienze condivise di oppressione e isolamento, genera un sentimento di fratellanza e sorellanza molto forte, riportato in più occasioni dai partecipanti e dalle partecipanti ai *focus group*:

“Che cos'è veramente Borgo Mezzanone? Com'è la vita che vivono? Il primo giorno che sono andata a Borgo Mezzanone è stato con INTERSOS, mi sono stati vicini. Specialmente ho lavorato con B, che mi è stato vicino. Ogni volta mi diceva “stai tranquilla”, ogni volta mi dava coraggio. “Guarda che è così, è normale.” Perché vedendo come vivono loro... la vita purtroppo va così. Però, allora, mi metto pure io nei loro panni. Essere umile, essere come loro. Perché siamo tutti uguali. Il loro dolore si deve sentire. Il loro grido si deve sentire. Non ti devi sentire superiore perché magari tu lavori, stai qua, sai fare, e loro... No. Quindi così mi sentivo. Di essere proprio allo stesso livello.”

Puglia

“Bisogna imparare anche i loro problemi. Siamo lì come INTERSOS, però siamo anche tutti fratelli: Gambia, Senegal, tutti. Parliamo, giochiamo, facciamo tutto insieme. Anche una cosa bellissima. Il lavoro lì per me, o per tutti, è stato grandissimo.”

Sicilia

È il tal senso, che l'intervento di informazione e contenimento del rischio da coronavirus è vissuto in modo molto forte, come una responsabilità verso i beneficiari:

“Perché avevamo la responsabilità, o perché io avevo la responsabilità di spiegare meglio quello che sta succedendo. E quindi mi sono sentito questa responsabilità. E quindi mi preparavo, nel weekend, e cercavo al massimo di riposarmi per poter affrontare la settimana successiva. Leggevo delle cose, studiavo... E infatti ora, che magari le cose si sono un po' ridotte, mi sento la stanchezza che sta salendo piano piano.”

Lazio

Quello che allora rende ancora più forte l'imperativo di agire e contribuire a supportare “i propri fratelli e le proprie sorelle” è la consapevolezza di un destino comune, che poggia le sue radici su una comune esperienza di oppressione, di discriminazione, di sfruttamento. Nonostante questo, per ovvie ragioni legate alla complessità dell'intervento, questo è vissuto comunque come inevitabilmente pauroso e dispendioso sul piano psico-fisico, così come dal resto dello staff:

Così come per i beneficiari, **la fede riveste un ruolo centrale** nel fornire quella “ragione” per la quale andare avanti nella propria quotidianità lavorativa e non. La religione si configura, nelle parole tanto dei mediatori e delle mediatrici, così come in quelle dei beneficiari, come risorsa che aiuta a far fronte alle difficoltà della vita:

“Ho visto tante persone che sono morte... Per me è stato... Stavo male. Stavo proprio male. E ho detto “ma siamo tutti rischiando?”. Pregavo, pregavo, ho detto “sia fatta la tua volontà per questo momento”... Paura tremenda. Ma c'era anche gioia. Basta che c'è la fede che mi aiuta a superare le cose.”

Puglia

Oltre ad essere una spinta a superare le difficoltà, la religione svolge anche altre funzioni. Essendo un elemento di significazione della vita condiviso da mediatori e beneficiari, attraverso di essa il compito di “mediare” le norme sanitarie e di protezione diviene più semplice.

“Sì, dal punto di vista di cultura, anche religiosa, è stata difficile questa informazione, quello che sta succedendo. Anche andando in giro dici che ti cambia la vita, che sta succedendo questo, quello che succede ai cinesi o ai musulmani anche in Cina. Con alcuni di loro, tu devi entrare come un religioso. Come un prete religioso per anche far capire che c'è qualche malattia, per fargli capire che è reale. In realtà prima la Comunità non voleva sentire nessuno. A un certo punto anche io ho dovuto puntare sull'aspetto religioso per provare a convincerci.”

Puglia

Uno dei principali obiettivi del proprio lavoro comunemente riconosciuto dai mediatori e dalle mediatrici in ognuno dei contesti è infatti quello di informare le persone circa l'attuale emergenza sanitaria. Nel corso dei *focus group* **sono emerse le difficoltà che i mediatori e le mediatrici hanno affrontato**, scontrandosi con lo scetticismo e negazionismo di molti dei beneficiari. La comunicazione delle norme di sicurezza da adottare, come il distanziamento interpersonale, l'uso della mascherina o l'igiene delle mani, divengono cruciali obiettivi da raggiungere, pur sempre consapevoli dell'importante ruolo dell'approccio transculturale e dello sguardo sociale alle realtà dove si trovano ad operare.

*“Quelle misure di protezione era quasi impossibile applicarle dentro i ghetti. Anche culturalmente, la gente mangiava insieme, non è che chi prepara il caffè rispetta tutte le attenzioni... Sapendo tutte queste cose, e visto il lavoro che stiamo facendo, era un dovere andare e informare. Non solo informare: ma mediare. E la mediazione è stata così: prima c'erano delle informazioni sbagliate. Che se mangi un aglio, due o tre al giorno, non prendi la malattia; che questa è una malattia per i bianchi, non per i neri... Tutte queste cose. Abbiamo portato un'informazione corretta, mediata con attenzione, che piano piano ha superato questa disinformazione _____, però è stato molto difficile. È stato molto difficile. Perché ti dicono “fratello, da tempo noi siamo dentro la me***”, che ti devono dire? “Ma questa cosa è inventata dai governi”; no. _____. Bisogna andare per gradi, per sotto-comunità: fare la mediazione per riportare alla gente alla tutela consapevole della propria salute.”*

Puglia

“Tanti di loro, credo, dopo il lockdown dicevano “ma adesso il coronavirus è finito, voi cosa fate?” E quindi abbiamo queste difficoltà con loro: chi non crede a questo coronavirus, ma è una cosa reale. Non è colpa loro: tanti di loro non hanno la possibilità di guardare la televisione, possono solo sentire cosa dicono le persone, che le persone non stanno morendo. È difficile per queste persone capire che questa è una cosa reale.”

Calabria

“Tornando alla situazione COVID, un'altra cosa ha reso complicata la situazione. Il contatto. Il contatto fisico. In una comunità in cui il contatto fisico è la base della fratellanza. Abbiamo lavorato un sacco con i ragazzi, affinché non vivessero questa cosa come l'ennesimo _____. Ci interrogavano veramente, c'è stata una discussione tra di noi sulla tecnica da utilizzare.”

Sicilia

La stessa adesione alle norme di protezione personale da parte dei mediatori e delle mediatrici viene vissuta da questi con estrema difficoltà, soprattutto nell'entrare in relazione i/le beneficiari. L'indossare la mascherina, da qualcuno, può essere letto addirittura come “tradimento” verso la cultura di appartenenza e adesione alle norme imposte dal paese ospitante.

“Per me è un problema quando incontro le persone per la strada, il sorriso è il mio saluto... Una volta, dopo un mese che stavo alla Pista, con le ragazze nigeriane ____, a un certo punto stavo mi sono dovuto togliere la mascherina e loro, dopo un mese, mi hanno detto “non ti avevamo mai visto in faccia”.

Puglia

3.7 L'équipe come gruppo

Quando è stato richiesto allo staff di INTERSOS di riflettere su quali siano state le strategie messe in atto per far fronte alle difficoltà incontrate nel corso dell'intervento, il più delle volte sono emerse dimensioni relative alla **coesione ed al ruolo svolto dall'équipe come gruppo**. In ognuno dei contesti, lo staff come gruppo è stato menzionato come una fonte di supporto e sicurezza nel lavoro sul campo.

“A un certo punto non sapevamo più cosa sarebbe successo. Ogni giorno ce n'era una. Quindi ogni mattina era un “vediamo che succede”. Però la gestivo, perché pensavo che comunque non sono solo, sono in un team, conto sul team.”

Sicilia

Allo stesso tempo, le relazioni tra colleghi diventavano un punto di riferimento a livello personale per gestire le forti pressioni, grazie al sostegno mutuo extra-lavorativo. Semplici momenti di condivisione come la cura dell'orto, l'acquisto di cibo per fare una pausa durante il lavoro, o anche solo il sapere di poter contare sul proprio collega o sulla propria collega sono stati tutti elementi utili a sentire il carico di lavoro come meno gravoso. Come ben evidenziato da una dei medici dello staff di Foggia, tali momenti sono il simbolo di un processo di cura collettiva:

“Forse questo non riguarda proprio tutti, ma credo che ci sia stata tantissima cura comunque. Nel loro piccolo anche l'orto e il nostro “safe space” casalingo in giardino lo dimostrano. E c'è stata molta attenzione affinché riuscissimo a trovare del benessere, anche in una situazione di difficoltà.”

Puglia

Nel caso delle *équipes* di Foggia, Siracusa e Crotone la *guesthouse* si è posta come dimensione strutturale che ha in qualche modo reso inevitabile la creazione di rapporti profondi tra coloro che la vivevano. Alcuni membri dello staff si sono trovati a condividere tanto gli spazi domestici così come il lavoro quotidiano con persone che avevano conosciuto poco prima e questo ha richiesto una grande capacità di adattamento.

“Diciamo che forse per noi il lato COVID era l'incertezza minore di questa situazione, perché era l'unica dinamica che forse conoscevamo un pochino meglio, ma come diceva P noi siamo state chiamate il lunedì di pasquetta e siamo partite il giorno dopo, con un'associazione che conoscevamo di nome, con delle persone che non avevamo mai visto prima la sera, andando a vivere nella guesthouse, in un'area di una regione in cui nessuna delle due era mai stata prima, con delle dinamiche chiaramente peculiari che noi non conoscevamo minimamente. Questo ha creato un forte disorientamento iniziale, poi per fortuna, come diceva AL, si è creato un bel rapporto di fiducia imprevedibile, in cui anche loro si sono fidati di noi.”

Calabria

Nel caso di Roma, lo staff non si è mai trovato a condividere una *guesthouse*, ma è emerso durante il *focus group* come, in particolare durante il *lockdown*, gli altri membri dell'*équipe* fossero tra le poche persone incontrate durante quelle giornate in cui buona parte della popolazione si trovava tra le quattro mura domestiche.

Il trovarsi a condividere gli spazi domestici e/o il lavoro quotidiano in contesti anche potenzialmente rischiosi, richiedere inevitabilmente la creazione di un buon rapporto di fiducia. Il doversi “affidare” all'altro in un momento di emergenza, pur essendo l'altro “sconosciuto”, è un compito non facile con cui parte dello staff di INTERSOS, soprattutto quello relativo ai progetti aperti ex novo, ha dovuto fare i conti.

“E poi la fiducia che si è, fortunatamente, creata subito. Un rapporto di fiducia impensabile! Perché è avvenuto veramente in tempi rapidissimi.”

Calabria

È proprio questa fiducia nei propri colleghi, con i quali ci si trova fianco a fianco nel fronteggiare situazioni di rischio, che aiuta gli operatori umanitari a portare avanti il proprio lavoro. La consapevolezza che, qualsiasi cosa succeda, il proprio collega o la propria collega sanno quello che stanno facendo. La protezione, dunque, non dipende esclusivamente dall'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale o dalle misure di evacuazione di emergenza, ma dalla consapevolezza di trovarsi all'interno di un team coeso e preparato a fronteggiare le difficoltà insieme.

“La protezione di cui avete parlato voi, da un punto di vista più relazionale, il supporto: veramente mi hanno fatto sentire sin dal primo giorno protetta. Quindi anche quello è una cosa che è andata molto bene.”

Lazio

“Il mutuo aiuto viene nel frattempo: il mutuo aiuto può essere anche una battuta, una stronzata, un piatto di pasta... ma senza quello non... Non ci vai avanti.”

Foggia

Un team capace anche di organizzarsi e lavorare in ottica multidisciplinare, senza sovrapporsi, come riportato durante il *focus group* svolto con l'*équipe* del progetto siciliano:

“Sì, in effetti ognuno, avendo una formazione diversa, mediatore, medico etc etc, ognuno si affidava, se fra di noi ci richiamavamo all'ordine, e quindi io facevo un appunto di tipo medico, io venivo ascoltata “ah sì, chiaro, okay, giusto, bene”. Oppure R dal suo punto di vista, che è molto più globale, chiaramente è strategico nella situazione, “okay, perfetto”, oppure il mediatore che ti dà l'input proprio culturale... E quindi si riadattava il lavoro di ciascuno in relazione al consiglio che mi dava l'altro. Sì, questo è stato fondamentale.”

Sicilia

La fiducia, però, non può essere affidata all'altro se non si nutre per lui o lei un sentimento di stima dal punto di vista professionale. Un altro importante elemento emerso trasversalmente nei quattro contesti interpellati è l'ammirazione verso gli altri membri dell'*équipe*.

“Ho provato ammirazione per lo staff: non riusciremmo a lavorare senza questo tipo di relazione positiva.”

Puglia

Anche nel caso dei progetti più storici, le *équipe* hanno visto un ampliamento dell'organico, con tutto quello che questo comporta: rinegoziazione del senso di appartenenza al gruppo, formazione in itinere sul lavoro svolto, redistribuzione dei compiti. Tutte queste dinamiche relazionali gruppali, hanno attraversato le *équipe* nel corso dell'emergenza, richiedendo un ulteriore sforzo di adattamento a un contesto già di per sé in forte mutamento e caratterizzato da instabilità.

*“Poi è stato difficile provare ad impostare, sempre dal mio punto di vista, un' *équipe* che lavorasse in modo armonico ma anche in modo...consapevole. Creare una consapevolezza e una co-responsabilità diffusa. Non lo so se ci sono riuscita, però è quello che volevo, a cui aspiravamo come staff, come *équipe*. Questo lo dico perché prima la mia sensazione è che non ci fosse questo grado di co-responsabilità. Ho cercato anche di trattare insieme il rischio ma anche gli strumenti che stavamo provando a darci per affrontarla... Questo è stato difficile.”*

Lazio

Accanto alle numerose note positive menzionate dai partecipanti ai *focus group* in relazione al gruppo come risorsa grazie alla quale “il lavoro si fa più leggero”, non mancano le criticità, fisiologiche in un contesto di forte stress e convivenza “forzata”:

“Noi due giorni a settimana dormivamo tutti insieme a Rossano, perché l'area era talmente vasta che per comodità, per rendere l'intervento più efficace, abbiamo scelto di dormire lì 2 giorni a settimana. Quindi, veramente, era h24 7/7 oltre che tutte le settimane. Quindi, se non ci fosse stata voglia di scendere a compromessi anche sul lato personale, sarebbe stato molto complicato. C'è SG che adesso ammicca, però ci siamo scornati, più volte, durante il progetto. Perché magari poi, caratterialmente, non sempre hai una... diciamo compatibilità, no? Ci devi lavorare. Poi io sono abituato, sono lupo solitario. Quindi trovarmi con 5 persone per 7 giorni a settimana, diciamo che è stato una bella sfida, è stato stimolante. Però, alla fine, mi hanno dato più di quello che io ho chiesto. In termini anche di, non di risultato di progetto: in termini proprio umani e personali. E quindi è stato forse il fattore di protezione più importante all'interno di quello che è stato l'attività che abbiamo fatto.”

Calabria

La convivenza abitativa, lavorativa e relazionale si pone dunque anche come aspetto critico del lavoro umanitario. Le *équipe* devono negoziare dinamiche di invischiamento e conflitto molto forti, rendendo i confini tra personale e professionale estremamente labili e mettendo poi costantemente in discussione quegli stessi equilibri sui quali, per forza di cose, è necessario fare affidamento.

“Sul secondo mese, le due emozioni che ho messo sono “divertimento” [ride] per un sacco di momenti molto belli che si sono riusciti a creare con lo staff e che quindi hanno alleggerito il lavoro, che è quello che mi porto più dietro: i momenti in cui abbiamo riso tantissimo. E “gratitudine”. Perché appunto, per le dinamiche che siamo riusciti a costruire, il secondo mese è stato molto più leggero, è quasi volato, grazie a quello che avevamo costruito insieme.”

Calabria

4. Discussione: quale costo emotivo per gli operatori umanitari?

L'impatto che il lavoro con persone migranti e rifugiate ha sulla salute mentale degli operatori è stato ampiamente discusso in letteratura (ad es. Gemignani & Gilberto, 2020; Nonnis et al., 2020).

Come abbiamo visto in particolare nella sezione [“3.1 Il lavoro umanitario durante l'emergenza COVID-19: paura e responsabilità”](#), è emerso come lo staff si sia sentito in dovere di apportare il proprio contributo in questo momento di emergenza, intervenendo sul campo anche laddove la paura di contagiarsi era molto forte. Molti studi che hanno rilevato che hanno rilevato vissuti analoghi di responsabilità in relazione alla vita degli utenti nel personale che opera con migranti e rifugiati (Argentero & Setti, 2011), ma nel caso degli operatori INTERSOS impegnati nell'intervento COVID-19 entra in gioco un ulteriore fattore: la paura. L'affrontare questa paura e lo scendere in campo nonostante tutto comporta forte stress, entra in gioco un pensiero quasi onnipotente, di essere in dovere di aiutare e soprattutto di farlo in maniera trasversale, continuativa, a scapito eventualmente del proprio benessere extra-lavorativo.

Come visto nel paragrafo [“3.2 Il COVID-19 come priorità?”](#), infatti, non è possibile rispondere esclusivamente ai bisogni di natura sanitaria, legati al rischio di contagio, senza prendere in considerazione i bisogni di natura sociale, legale e psicologica delle persone con cui si opera. A fronte però di un intervento pensato e progettato, anche in accordo con le istituzioni (vedi [“3.3 Il rapporto con le istituzioni”](#)), per essere una risposta prettamente sanitaria alla crisi, gli strumenti per rispondere agli altri bisogni correlati scarseggiano inevitabilmente, sia in termini di risorse umane che di tempo.

Ciò conduce inevitabilmente al vissuto di non essere in grado di fare davvero la differenza nella vita dei migranti (Posselt, Deans, Baker e Procter, 2019). Il senso di responsabilità percepito, infatti, conduce i professionisti a comuni vissuti di impotenza (Kavukcu & Altintas, 2019) e la percezione di non avere sufficienti strumenti, in termini di abilità e conoscenze, per rispondere ai bisogni dell'utenza (Guhan & Liebling-Kalifani, 2011).

Nel caso dell'*équipe* di INTERSOS, infatti, gli operatori riportano di tentare di rispondere comunque ai bisogni emergenti, anche in un'ottica di salute globale e di un approccio ai determinanti sociali di salute. Consapevoli dell'inefficacia di un intervento circostanziato e settorializzato, lo staff si trova spesso ad operare anche al di fuori del proprio ruolo e dei propri limiti di tempo di lavoro.

Questa necessità di strutturare un intervento olistico, a fronte di un mandato emergenziale, durante un periodo in cui peraltro l'intervento è prevalentemente solitario (INTEROS opera in contesti in cui generalmente non arrivano ad operare altri enti, in particolare nel corso dell'emergenza sanitaria) causa un forte costo emotivo negli operatori di INTERSOS.

E la necessità di essere onnipresenti, di lavorare instancabilmente, in ragione del fatto che i problemi sono troppo complessi e troppo numerosi, emerge anche come dimensione di *setting* all'interno del *focus group* stesso. Un operatore, infatti, sottolinea come, se volessimo affrontare in questa sede tutti i problemi con cui gli operatori si sono trovati ad avere a che fare, “non andremo mai via”: “Se andiamo a toccare tutte queste

cose qua, non andremo via. Perché ci sono tante cose da dire. I problemi, se li vuoi risolvere, o anche se vuoi parlare di tutti i problemi, non possiamo avere il tempo.”

Probabilmente i problemi sono talmente travolgenti anche nel lavoro sul campo e le risposte da poter dare sono vissute come inevitabilmente parziali che è proprio questo senso di impotenza e perdita di controllo a far sentire gli operatori in dovere di “non fermarsi mai” pensando, nonostante questo, di “non fare abbastanza.” Come ben sottolineano Gemignani & Giliberto (2020): “Quando le sfide diventano troppo impegnative e travolgenti, lavorare di più, trascendere i confini professionali e l’assunzione di responsabilità sono risposte auspicabili da una logica di produzione neoliberale, ma sono anche eccellenti precursori del *burnout*”.

Non è però solamente il lavoro sul campo a generare un carico emotivo di difficile gestione: anche il rapporto con le istituzioni, la stampa e gli utenti stessi risultano elementi particolarmente stressanti nel lavoro degli operatori (si veda [“3.3 Il rapporto con le istituzioni”](#), [“Il rapporto con la stampa”](#), [“3.5 La relazione con la popolazione beneficiaria”](#)).

Spesso, il personale che lavora per rispondere ai bisogni di persone migranti o rifugiate, riporta di trovarsi a dover far fronte alle richieste ed aspettative da parte della società, degli utenti e delle mutevoli condizioni lavorative (Gemignani & Giliberto, 2020). In tal senso, lo stress lavorativo è strettamente connesso alle co-costruzioni personali, sociali, politiche e culturali sulla propria identità professionale. Questo è ancor più vero per i mediatori, le cui identità professionali sono costruite su identità, biografie e posizionamenti complessi, condivisi con le popolazioni con cui lo staff di INTERSOS si trova ad operare ([“3.6 La mediazione ed il ruolo dei mediatori e delle mediatrici”](#)).

L’identità professionale, insomma, poggia su un tessuto di responsabilità e posizionamenti ideologici complessi, negoziati all’interno dell’*équipe*, dell’organizzazione ed in relazione ad i vari attori istituzionali. In altre parole, lo staff di INTERSOS si è trovato, nel corso dell’intervento covid19, a sperimentare le pressioni di una negoziazione costante tra la propria *mission* e la paura di contagiarsi, tra l’impotenza e le richieste avanzate da utenti ed istituzioni, tra emozioni di affetto e cura verso gli utenti e la consapevolezza di essere portatori di soggettività distanti in quanto a privilegi sociali e, infine, tra il gruppo come risorsa come contesto di invischiamento tra relazioni personali e professionali.

Il fattore gruppo ([“3.7 L’*équipe* come gruppo”](#)) emerge come protettivo per buona parte dello staff: la coesione ed il mutuo supporto si configurano come elementi su cui poter contare nel momento di difficoltà, come riscontrato anche in altri studi di natura analoga (Ager et al., 2012; Eriksson et al., 2013; Lopes Cardozo et al., 2005). Contemporaneamente, l’invischiamento legato alla convivenza “forzata” dello staff tanto nel lavoro sul campo come nella dimensione domestica, con la *guesthouse*, pone gli operatori a dura prova.

5. Note conclusive

Tutti i vissuti condivisi dallo staff di INTERSOS che ha preso parte ai *focus group* sono relativi a dinamiche complesse e di difficile gestione. Gli operatori hanno anche menzionato molti aspetti positivi che li aiutano a condurre il lavoro quotidiano e sono simili a quelli emersi in letteratura: la soddisfazione sul lavoro (Argentero & Setti, 2011), quindi la consapevolezza di star apportando un beneficio, soprattutto quando gli utenti mostrano la loro riconoscenza; l'ambiente di lavoro favorevole (Sifaki-Pistolla et al., 2017), con delle *équipe* che mostrano coesione e mutuo supporto nel momento della difficoltà (Ager et al., 2012; Eriksson et al., 2013; Lopes Cardozo et al., 2005).

Tuttavia, emerge come lo staff sia comunque messo di fronte ad uno stress e un affaticamento emotivo consistente, che potrebbero costituirsi come precursori di burnout, trauma vicario e stress traumatico secondario. Il *burnout* comporta per chi ne soffre esaurimento emotivo, depersonalizzazione e un ridotto senso di autorealizzazione (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001). Il trauma vicario, invece, è il cambiamento nella visione del mondo che ha luogo come risultato del contatto prolungato con storie traumatiche durante molto tempo, e può causare angoscia e un cambiamento negli schemi cognitivi del lavoratore (Nimmo & Huggard, 2013). Lo stress traumatico secondario si verifica quando l'operatore inizia a mostrare risposte traumatiche simili a quelle delle persone direttamente esposte al trauma con cui si trova a lavorare (Pearlman & Saakvintne, 1995). I sintomi di stress traumatico secondario sono molto simili a quelli del Disturbo post traumatico da stress, come ipervigilanza e pensieri intrusivi, sebbene l'esposizione al trauma sia secondaria invece che primaria (Bride et al., 2004).

Come abbiamo visto, inoltre, la costruzione identitaria di molti dei partecipanti coinvolti in questo studio risulta particolarmente legata alla *mission* che questi professionisti sentono come loro. In altre parole, gli operatori umanitari si identificano fortemente con il lavoro che svolgono, come dimostra il forte senso di responsabilità e l'impulso a lavorare per apportare un cambiamento. Ciò significa che le conseguenze del burnout, del trauma vicario e dello stress secondario in questi professionisti possono essere configurarsi come profondamente debilitanti (Guskovict & Potocky, 2018). Inoltre, la cura di sé e degli aspetti relativi alla salute mentale dei professionisti umanitari è fondamentale per far sì che il lavoro con popolazioni sopravvissute a traumi sia efficace (Lipsky & Burk, 2009).

Nella gestione del costo emotivo relativo all'intervento COVID-19 è importante sottolineare anche l'importanza rivestita dal processo di ricerca in sé, in particolare con la creazione di spazi gruppali per i *focus group*. Tutti gli operatori coinvolti nei *focus group* hanno sottolineato l'utilità di tali momenti di riflessione congiunta sull'impatto emotivo, le difficoltà e le risorse relative all'intervento. **La condivisione dei vissuti nel contesto gruppale e la possibilità di fermarsi e creare uno spazio di riflessione congiunta hanno costituito un momento importante per le *équipe***, che si sono trovate spesso nell'impossibilità di creare spazi di condivisione strutturati, in ragione della grande quantità di lavoro dal punto di vista operativo.

La cura degli aspetti emotivo-relazionali gruppali, dunque, si pone come presupposto fondamentale per il funzionamento del progetto. La creazione di spazi di discussione per poter **capire insieme come "essere" gruppo** e non semplicemente stare nel gruppo perché è una condizione necessaria allo svolgimento delle operazioni sembra essere fondamentale, non ultimo per riflettere su dinamiche di potere tra i membri.

Questo conferma **l'importanza e l'urgenza di costituire questi spazi di riflessione e, eventualmente, presa in carico dei vissuti emotivi di questo gruppo di professionisti**, che si ponga come fattore protettivo rispetto alla cronicizzazione dei vissuti di stanchezza emotiva e all'esordio in situazioni di *burnout*, trauma vicario o stress traumatico secondario. Come visto, lo staff considera lo spazio gruppale come un contesto di cura e supporto che entra in gioco come fattore protettivo nel momento in cui il lavoro diviene troppo duro da tollerare (come rilevato anche da Ager et al., 2012; Eriksson et al., 2013; Lopes Cardozo et al., 2005). Risulta pertanto ancor più urgente ed importante la costituzione di spazi di cura gruppale predefiniti e condotti a livello professionale attraverso la **supervisione clinica**. Solo così, infatti, si potrà istituire **un pensiero sulla relazione tra potere e responsabilità, includendo fattori sociali, organizzativi e politici all'interno della discussione** e rendendo le persone più capaci di configurarsi mandati possibili. Ciò al fine di **aiutare le persone a sviluppare un senso di agentività ed efficacia rispetto al proprio operato**, nonché **contribuire alla condivisione delle difficoltà**, troppo spesso sperimentate solo sul piano individuale e non collocate in ottica gruppale, sociale, organizzativa e politica.

Bibliografia

Ager, A. et al. (2012). "Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, Northern Uganda," *J. Trauma Stress*, 25, 713-720.

Akinsulure-Smith, A. M., Espinosa, A., Chu, T., Hallock, R. (2018). "Secondary Traumatic Stress and Burnout Among Refugee Resettlement Workers: The Role of Coping and Emotional Intelligence." *Journal of Traumatic Stress*, 31, 202-212.

Argentero, P., Setti, I. (2011). "Engagement and vicarious traumatization in rescue workers," *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 84: 67–75.

Banerjee, D., Vijayakumar, H. G., Rao, T. S. (2020). "Watching the watchmen:" Mental health needs and solutions for the healthcare workers during the coronavirus disease 2019 pandemic." *International Journal of Health & Allied Sciences*, 9(5): 1-4.

Barello, S., Palamenghi, L., Graffigna, G. (2020). "Stressors and Resources for Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: Lesson Learned From Italy," *Brief Research Report*, 11: 1-5.

Braun, V., Clarke, V. (2006). "Using thematic analysis in psychology," *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101.

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). "Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale." *Research on Social Work Practice*, 13, 1–16.

Chirico, F., Nucera, G., Magnavita, N. (2020). "Protecting the mental health of healthcare workers during the COVID-19 emergency," *Bjpsych International*.

Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., Miller, M. (2012). "Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness." *Epidemiologic Reviews*, 34(1): 145–155.

De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., De Buck, E. (2020). "Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks: a rapid systematic review"

Dobson, H. (2020). "Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic," *Australasian Psychiatry*, 00(0): 1-5.

Eriksson, C. B. (2009). "Social support, organisational support, and religious support in relation to burnout in expatriate humanitarian aid workers." *Mental Health, Religion & Culture*, 12(7), 671–686.

Eriksson, C. B. et al. (2013). "Predeployment Mental Health and Trauma Exposure of Expatriate Humanitarian Aid Workers: Risk and Resilience Factors," *Traumatology*, 1-8.

Gemignani, M., Gilberto, M. (2020). "Constructions of burnout, identity, and self-care in professionals working toward the psychosocial care of refugees and asylum seekers in Italy." *Journal of Constructivist Psychology*.

- Guhan, R., Liebling - Kalifani, H. (2011). "The experiences of staff working with refugees and asylum seekers in the United Kingdom: A grounded theory exploration." *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 9: 205–228.
- Guskovict, K. L., Potocky, M. (2018). "Mitigating Psychological Distress Among Humanitarian Staff Working With Migrants and Refugees: A Case Example," *Advances in Social Work*, 18(3): 965-982.
- Kavukcu, N., Altintas, K. H. (2019). "The challenges of the health care providers in refugee settings: A systematic review," *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(2): 188–196.
- Lipsky, L. V. N., & Burke, C. (2009). *Trauma stewardship: An everyday guide to caring for self while caring for others*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Lopes Cardozo, B. et al. (2005). "The Mental Health of Expatriate and Kosovar Albanian Humanitarian Aid Workers," *Disasters*, 29(2): 152-170.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001). "Job burnout," *Annual Review of Psychology*, 52(1): 397–422.
- Nimmo, A., Huggard, P. (2013). "A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians," *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1: 37-44.
- Nonnis et al. (2020). "Burnout Syndrome in Reception Systems for Illegal Immigrants in the Mediterranean. A Quantitative and Qualitative Study of Italian Practitioners," *Sustainability*, 12.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K. W. (1995). "Treating therapists with vicarious traumatization and secondary stress disorders." In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). London, UK: Brunner-Routledge.
- Posselt, M., Deans, C., Baker, A., Proctor, N. (2019). "Clinician wellbeing: The impact of supporting refugee and asylum seeker survivors of torture and trauma in the Australian context," *Australian Psychologist*, 54: 1-12.
- Robinson, K. (2013). "Supervision found wanting: Experiences of health and social workers in non-government organisations working with refugees and asylum seekers," *Practice*, 25, 87-103.
- Sifaki-Pistolla et al. (2017). "Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis," *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52: 45–54.
- Strohmeierl, H., Scholte, W. F., Ager, A. (2018). "Factors associated with common mental health problems of humanitarian workers in South Sudan," *PLoS ONE* 7(9).
- Vagni et al. (2020). "Personal Accomplishment and Hardiness in Reducing Emergency Stress and Burnout among COVID-19 Emergency Workers," *Sustainability*, 12: 1-18.
- Wirth et al. (2018). "Working conditions, mental health and coping of staff in social work with refugees and homeless individuals: A scoping review." *Health & Social Care in the Community* 27(4).



INTERSOS



Promozione della salute. Crotone, stazione ferroviaria, giugno 2020



Visita medica. Roma, stazione Termini, ottobre 2020



Contact tracing e distribuzioni nell'insediamento informale dei lavoratori nella raccolta delle olive, Campobello di Mazara, dicembre 2020

Foto di copertina: visita medica a Palmori, Foggia © Giulio Piscitelli

“ *Alla popolazione si è chiesto **responsabilità individuale**, omologando gli individui ad una sola categoria, ignorando la difficoltà per molti di applicare le disposizioni che li avrebbero resi “responsabili”. Tutta questa attenzione alle responsabilità individuali **ha distolto l’attenzione dalle responsabilità pubbliche**, ugualmente dovute, che dovrebbero rendere gli individui **sufficientemente tutelati** al punto di poter richiamare credibilmente a tale responsabilità individuale.* ”

LA PANDEMIA DISEGUALE

Gli interventi di medicina di prossimità di INTERSOS negli insediamenti informali italiani durante l'emergenza COVID-19