

Margini

Rapporto

sulle condizioni socio-sanitarie
di migranti e rifugiati
negli insediamenti informali
della città di Roma



**Gli insediamenti informali
raggiunti da MEDU**

**L'accoglienza e
l'inclusione sociale**

L'impatto del Covid-19

Margini

Rapporto

sulle condizioni socio-sanitarie
di migranti e rifugiati
negli insediamenti informali
della città di Roma



IMMAGINE DI COPERTINA

Operatori della clinica mobile di MEDU forniscono informazioni sanitarie alle persone in attesa di una visita medica. Via Marsala, Stazione Termini (Foto Odino Vignali)



Medici per i Diritti Umani (Medu) è un'organizzazione umanitaria e di solidarietà internazionale senza fini di lucro, indipendente da affiliazioni politiche, sindacali, religiose ed etniche. Medu si propone di portare aiuto sanitario alle popolazioni più vulnerabili, nelle situazioni di crisi in Italia e all'estero, e di sviluppare, all'interno della società civile, spazi democratici e partecipativi per la promozione del diritto alla salute e degli altri diritti umani. L'azione di Medici per i Diritti Umani si basa sulla militanza della società civile, sull'impegno professionale e volontario di medici e altri operatori della salute, così come di cittadini e professionisti di altre discipline.

Margini Rapporto

sulle condizioni socio-sanitarie
di migranti e rifugiati
negli insediamenti informali
della città di Roma

GLI AUTORI

Mariarita Peca
Anita Carriero
Alberto Barbieri
Nadia Capriotti
Mirko De Angelis

CON LA COLLABORAZIONE DI

Marta D'Agosto e Valentina Ranaldi
(UNHCR Italia)

IL TEAM SUL TERRENO

Anita Carriero
Nadia Capriotti
Giulia Chiacchella
Manoelle Canton
Benedetta D'Alessandro
Mulugheta Nayu
Abdoullyaye Touré
Oscar Parolini

PER INFORMAZIONI

www.mediciperidirittiumani.org
info@mediciperidirittiumani.org

FOTOGRAFIE

Odino Vignali
Alberto Barbieri

GRAFICA

Laura Galli
Studio Reddot Grafica

INDICE

(2)

(4) **Introduzione e brevi cenni sui progetti di MEDU a Roma**

(6) **Obiettivi del rapporto**

(8) **L'accoglienza e l'inclusione sociale di richiedenti asilo e rifugiati: breve excursus**

(12) **La situazione a Roma: tra accoglienza e insediamenti informali**

(14) **Gli insediamenti informali raggiunti dalla clinica mobile di MEDU**

(16) **Caratteristiche della popolazione raggiunta**

(18) **Panoramica dei singoli insediamenti**

(20) • **L'edificio occupato in Via Collatina**

(26) • **La Stazione Termini**

(32) • **L'area Tiburtina / Verano**

Persone senza dimora presso l'insediamento informale di Piazzale Spadolini, Stazione Tiburtina. (Foto Odino Vignali)

Condizioni di salute e accesso alle cure (40)

Traumi psichici e intervento psicosociale (42)

Impatto del Covid-19 (44)

- **La prima fase della pandemia:** le misure di screening e contenimento (46)
- **La seconda fase della pandemia:** la campagna vaccinale (48)

Obiettivi raggiunti e buone prassi (52)

Conclusioni e Raccomandazioni (54)

Ringraziamenti (56)

Introduzione e brevi cenni sui progetti di MEDU a Roma

Il presente rapporto è frutto della collaborazione tra Medici per i Diritti Umani (MEDU) e l'Agenzia ONU per i Rifugiati (UNHCR) nell'ambito del progetto "Mobile clinic and Psyché center in Rome". Dal 2017 il partenariato tra MEDU e UNHCR ha permesso di fornire assistenza medica e orientamento socio-sanitario a persone migranti, richiedenti asilo, rifugiate e titolari di protezione internazionale (PoC¹: Persons of Concern) che vivono negli insediamenti informali della città di Roma (IS²: Informal settlements) in condizioni di emarginazione e disagio abitativo, tramite l'attività della clinica mobile. Il progetto ha altresì permesso di supportare dal punto di vista medico-psicologico e psicosociale le PoC sopravvissute a tortura, trattamenti inumani e degradanti e violenza di genere accolte presso i centri di accoglienza della città, tramite l'attività svolta dal centro Psyché. Parallelamente alle attività di assistenza descritte, il team di MEDU ha raccolto in modo sistematico i dati socio-anagrafici ed epidemiologici dei pazienti e, ove possibile, le loro testimonianze dirette, al fine di matu-

rare un'approfondita conoscenza dei diversi contesti e gruppi di popolazione, documentare e denunciare le violazioni dei diritti umani fondamentali e svolgere un'efficace azione di informazione dell'opinione pubblica e di advocacy istituzionale sulle condizioni di vita e di salute di questa fascia di popolazione.

La clinica mobile per la promozione della salute e dei diritti è un progetto nato a Roma nel 2004 con l'obiettivo di raggiungere i gruppi di popolazione più vulnerabili che vivono in strada o presso insediamenti informali, per promuovere la tutela della salute, la conoscenza dei diritti fondamentali e facilitare l'accesso alle cure ed ai servizi socio-sanitari del territorio. L'intervento prevede la presenza di un team multidisciplinare – composto da un coordinatore del progetto, un coordinatore clinico, due mediatori linguistico-culturali e un logista – e di un ampio gruppo di volontari, tra cui medici e operatori socio-legali, che raggiungono gli insediamenti informali in orario serale, fornendo prima assistenza sanitaria e orientamento socio-legale per favorire la conoscenza dei

¹ Tutte le persone per le quali l'UNHCR ha il mandato di fornire protezione, soluzioni e assistenza. Esse includono rifugiati, richiedenti asilo, rifugiati rimpatriati, apolidi e, in molte situazioni, sfollati interni (IDP) compresi coloro che potrebbero anche ricevere protezione e assistenza dallo Stato e da altri partner. Tratto da UNHCR Master Glossary of Terms: <https://www.unhcr.org/glossary/#p>

² Aree in cui sono stati costruiti gruppi di unità abitative su terreni sui quali gli occupanti non hanno alcun diritto legale o che occupano illegalmente; 2. insediamenti non pianificati e aree in cui l'abitazione non è conforme alle vigenti norme urbanistiche ed edilizie (abitazioni abusive). Dal glossario UN: <https://data.un.org/Glossary.aspx?q=INFORMAL+SETTLEMENT--> UNdata portal>



La clinica mobile per la promozione della salute e dei diritti è un progetto nato a Roma nel 2004 e dal 2016 è inoltre attivo il centro Psyché “Francesca Uneddu” per la salute mentale transculturale.

diritti e l'accesso ai servizi, alle reti di associazioni e agli enti di tutela del territorio. Gli insediamenti informali vengono individuati sulla base di un costante monitoraggio del territorio e di un *assessment* preliminare che tiene in considerazione diversi fattori, in particolare: le condizioni di vita e di salute della popolazione, le condizioni igienico-sanitarie dell'insediamento, la percentuale di persone vulnerabili, l'isolamento rispetto ai centri abitati e ai servizi. Prima di avviare le attività, il team incontra gli abitanti dei singoli insediamenti o, ove presenti, i rappresentanti designati dalle comunità, per individuare in modo partecipativo i bisogni prioritari e definire le modalità e gli obiettivi dell'intervento.

Dal 2016 è inoltre attivo il centro Psyché “Francesca Uneddu” per la salute mentale transculturale, un progetto nato per fornire supporto medico-psicologico e psico-sociale alle persone sopravvissute a tortura e traumi estremi e al contempo svolgere attività di documentazione e ricerca sul tema, con l'obiettivo di contribuire alla prevenzione e al contrasto della tortura e degli altri tratta-

menti crudeli, inumani e degradanti. I pazienti vengono riferiti nella maggior parte dei casi dagli operatori e psicologi dei centri di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati e più raramente dal team della clinica mobile. Nonostante le esperienze traumatiche vengano riferite in modo pressoché sistematico anche dalle PoC assistite dalla clinica mobile, l'esperienza pluriennale di MEDU ha permesso di constatare come l'isolamento e la precarietà delle condizioni di vita costituiscono ostacoli decisivi all'avvio di percorsi di cura continuativi e di medio-lungo termine. Dal 2017 ad oggi, 3.404 persone hanno ricevuto assistenza medica attraverso la clinica mobile di MEDU nel corso di 5.765 visite mediche (tra prime visite e visite di follow up) e più di 300 pazienti sono stati supportati dal centro Psyché per la salute mentale transculturale attraverso sedute individuali di psicoterapia, assistenza e orientamento sociale, attività psico-sociali.

Persone senza dimora trovano riparo presso l'insediamento informale di Piazzale Spadolini, Stazione Tiburtina (Foto Odino Vignali)



Obiettivi del rapporto

Negli undici mesi di intervento presi in considerazione dal presente rapporto (gennaio - novembre 2021), la clinica mobile ha raggiunto quattro insediamenti informali – la Stazione Termini, l'area Tiburtina/ Verano e due edifici occupati siti rispettivamente in Via Colatina e in Via di Santa Croce in Gerusalemme – con una popolazione complessiva di oltre mille e cinquecento persone, di cui 543 assistite da MEDU. I dati generali che verranno riportati in seguito fanno riferimento alla popolazione complessiva raggiunta nei quattro insediamenti, ma il report descriverà nel dettaglio, con capitoli dedicati, solo i primi tre di essi, in considerazione dell'elevata percentuale di PoC presente al loro interno. L'indagine intende infatti focalizzarsi in modo specifico sui richiedenti asilo e rifugiati come anche sulle persone in transito dirette verso altri paesi europei dove, nella gran parte dei casi, intendono presentare richiesta di protezione internazionale.

L'obiettivo del presente report è quello di fotografare in modo lucido e accurato – attraverso il ricorso a dati, immagini e testimonianze dirette – le condizioni di salute delle persone che vivono presso gli insediamenti informali raggiunti dalla clinica mobile in un periodo particolarmente critico, in cui alle usuali difficoltà che caratterizzano le condizioni di vita di migranti e rifugiati che vivono in condizioni di precarietà socio-abitativa, si aggiungono gli effetti peggiorativi della pandemia da Covid-19. In questo rapporto, la salute è intesa, coerentemente con la *vision* di MEDU che richiama la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente come “assenza di malattie o infermità”³. Nel trattare questo tema, verranno dunque anche richiamati alcuni dei fattori socio-economici e culturali che, secondo le testimonianze raccolte, influenzano in modo

³ Definizione della salute è contenuta nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS).

Operatrice sanitaria di MEDU durante le attività di screening e distribuzione dispositivi di protezione individuale presso la stazione Tiburtina. (Foto Odino Vignali)



Questo rapporto ha l'obiettivo di fotografare in modo lucido e accurato le condizioni di salute delle persone che vivono in alcuni degli insediamenti informali più grandi della città di Roma.

significativo le condizioni di salute psico-fisica dei gruppi di popolazione definiti *"hard to reach"*⁴. In particolare, si metteranno in relazione le condizioni di salute con le esperienze di accoglienza all'interno del circuito istituzionale e i relativi servizi rivolti all'integrazione, al fine di evidenziare come una "buona accoglienza" rappresenti un elemento decisivo per l'autonomia delle PoC e per la qualità della convivenza civile. Sulla base della realtà fotografata verrà poi proposta un'analisi delle criticità e delle buone pratiche riscontrate e verranno formulate delle raccomandazioni alle istituzioni locali e nazionali, nel tentativo di contribuire a riportare tra le priorità della politica la salute e l'accesso a condizioni di vita dignitose per le persone che vivono "ai margini" delle nostre città – tra cui un'elevata percentuale di migranti, richiedenti asilo e rifugiati.

È questo dunque un rapporto dal terreno, che senza avere la pretesa e lo scopo di porsi come uno studio sistematico sulle condizioni di salute delle PoC che vivono presso gli insediamenti informali e sulle cause della loro esclusione dal tessuto sociale, rappresenta pur tuttavia un osservatorio privilegiato, essendo Roma l'area metropolitana più grande d'Italia e la città che ospita il maggior numero di richiedenti asilo e rifugiati.

⁴ *"Hard to reach groups"* o *"hidden groups"* sono termini usati per descrivere quei sottogruppi di popolazione che possono essere difficili da raggiungere o coinvolgere in progetti di ricerca o di salute pubblica. Secondo la definizione di Sydor "le popolazioni *hard to reach* sono quelle di difficile accesso per i ricercatori" e secondo la definizione di Lambert e Wiebel le *"hidden populations"* sono "quelle svantaggiate e diseredate: i senza dimora, le persone con disturbi psichiatrici cronici, coloro che hanno abbandonato le scuole superiori, i criminali, le prostitute, i membri di bande, i fuggitivi e altre persone della strada". Si tratta di gruppi socialmente svantaggiati, difficili da raggiungere dai ricercatori in grandi numeri e in modo efficiente in termini di costi, per poter condurre studi statisticamente rilevanti. Si veda a questo proposito l'articolo: *"Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups"*, Billie Bonevski, Madeleine Randell, Chris Paul, Kathy Chapman, Laura Twyman, Jamie Bryant, Irena Brozek and Clare Hughes., PubMed Central (PMC) at the U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM)

Ingresso ai binari da Piazzale Spadolini, dopo lo sgombero avvenuto nel mese di luglio 2021. (Foto Odino Vignali)



L'accoglienza e l'inclusione sociale di richiedenti asilo e rifugiati: breve excursus

Nel 2014 i rifugiati e sfollati interni nel mondo sono stati quasi 60 milioni, il numero più alto dalla Seconda guerra mondiale⁵. Tra il 2013 e il 2014 sono sbarcate sulle coste italiane oltre 170.000 persone, culminando nel 2016 con la cifra più alta mai registrata: 181.436 migranti e rifugiati giunti via mare. Anche il numero di richiedenti asilo è aumentato esponenzialmente passando dai 63.000 del 2014 ai 130.000 del 2017, per poi diminuire drasticamente nel 2018 (54.000) a causa di una serie di avvenimenti ed azioni anche politiche, tra cui la firma del Memorandum Italia – Libia⁶ (febbraio 2017) e l'entrata in vigore del Decreto-legge su Sicurezza e Immigrazione nel 2018⁷. A fronte di 11.471 persone arrivate in Italia, nel 2019 sono state 43.783 le nuove domande di asilo, 26.963 invece nel 2020 (anno in cui sono sbarcate 34.154 persone), il 38% in meno rispetto all'anno precedente. L'andamento dei flussi migratori nel 2021 mostra un nuovo aumento se si considera che nel periodo 1 gennaio – 13 dicembre 2021 sono sbarcate in Italia 63.062 persone⁸.

Gli anni di picco degli arrivi attraverso la rotta del Mediterraneo Centrale (2014-2016) hanno messo a dura prova il sistema di prima accoglienza, chiamato a fornire in tempi rapidi una risposta straordinaria in termini numerici e di fornitura di servizi. La risposta istituzionale è stata di tipo emergenziale, con la richiesta urgente del Ministero dell'Interno

alle Prefetture di tutta Italia di aprire nuovi centri di prima accoglienza per richiedenti asilo⁹, dal momento che quelli esistenti erano insufficienti e già sovraffollati¹⁰. Tre anni dopo, nel 2017, l'accoglienza italiana dedicata ai richiedenti asilo continuava ad essere articolata in grandi centri governativi (Hub, Cara, Cda, Cpsa, ecc.), per un totale di 14.750 posti e in numerosi centri di accoglienza temporanea (ex Centri di accoglienza straordinaria/CAS) attivati dalle Prefetture su richiesta del Ministero dell'Interno e gestiti attraverso l'aggiudicazione di procedure pubbliche di appalto¹¹. Questi ultimi rappresentavano nel 2017 oltre il 90% dell'accoglienza che l'Italia garantiva ai richiedenti protezione internazionale¹². Negli anni successivi, nonostante il considerevole calo degli arrivi (in alcuni frangenti, per poi aumentare nuovamente nel 2020-2021), non si sono registrate sostanziali riforme e così l'approccio emergenziale continua a rappresentare la nota distintiva del sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati in Italia. Sebbene infatti le persone ospitate nei centri siano passate dalle 183.000 di fine 2017 alle 80.097 di gennaio 2021, l'attuale Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI), dotato di servizi atti a favorire l'autonomia e i processi di inclusione sociale, resta nettamente minoritario, contando circa 32.506 posti suddivisi in 855 progetti su tutto il territorio na-

⁵ UNHCR Global Trends 2014, disponibile su: <https://www.unhcr.org/556725e69.html>

⁶ Ufficialmente "Memorandum d'intesa sulla cooperazione nel campo dello sviluppo, del contrasto all'immigrazione illegale, al traffico di esseri umani, al contrabbando e sul rafforzamento della sicurezza delle frontiere tra lo Stato della Libia e la Repubblica Italiana"

⁷ Decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113 Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'Interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata. (18G00140) (GU Serie Generale n.231 del 04-10-2018)

⁸ Fonti: Dipartimento. Libertà civili e immigrazione del Ministero dell'Interno; UNHCR

⁹ Strutture ex art. 9 D.Lgs. 142/2015

¹⁰ Secondo i dati del Ministero dell'Interno nel 2014 gli sbarchi di migranti sulle coste italiane superarono quota 38.000, ossia circa 9 volte in più rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. Già il 19 maggio 2014, ben prima dei picchi di sbarchi dei mesi estivi (giugno, luglio ed agosto), i CARA risultavano sovraffollati con presenze (oltre 10.000) che superavano la capienza effettiva prevista (poco più di 8.500). Dati Ministero dell'Interno. Dal report di Amnesty International "I sommersi dell'accoglienza", disponibile al seguente link: <https://immigrazione.it/docs/2020/amnesty-i-sommersi-dell'accoglienza.pdf>

¹¹ Strutture ex art. 11 D.Lgs. 142/2015

¹² Dal report di Amnesty International "I sommersi dell'accoglienza", disponibile al seguente link: <https://immigrazione.it/docs/2020/amnesty-i-sommersi-dell'accoglienza.pdf>

L'andamento dei flussi migratori dalle coste africane mostra un nuovo aumento nel 2021.

Operatori sanitari di MEDU svolgono attività di orientamento socio sanitario presso l'insediamento informale di Piazzale Spadolini, Stazione Tiburtina (Foto Odino Vignali)



zionale¹³. Al 31 gennaio 2021, degli 80.097 richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale accolti in Italia, 54.343 (pari al 67,8%) erano ospitati nei CAS e 25.754 nel circuito SAI¹⁴.

Per comprendere come si sia arrivati all'attuale impianto del sistema di accoglienza, è utile ripercorrere brevemente l'evoluzione del quadro normativo su cui esso si fonda. Secondo il D.Lgs 142/2015, come poi modificato dalla L. 132/2018 (di conversione del D.L. 113/2018), le persone richiedenti asilo erano accolte in strutture di prima accoglienza per richiedenti asilo e, in caso di indisponibilità di posti, presso centri di accoglienza temporanea, mentre le strutture di seconda accoglienza (ex Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati – SIPROIMI), dotate di servizi atti a favorire l'integrazione, erano destinate ad accogliere solo i beneficiari di protezione internazionale. In seguito, il Decreto ministeriale del 20 novembre 2018, "riguardante la fornitura di beni e servizi per la gestione e il funzionamento

dei centri di prima accoglienza", è intervenuto introducendo tagli rilevanti ai finanziamenti per la gestione dei centri di accoglienza temporanea determinando la chiusura di molti centri di piccole dimensioni - meno capaci di alimentarsi attraverso economie di scala - e la drastica riduzione degli standard di accoglienza e dei servizi volti a favorire l'inclusione sociale. Nello specifico, l'assistenza generica alla persona, in particolare connessa al sostegno di bisogni specifici, ne è risultata gravemente sottodimensionata, con l'eliminazione ad esempio della figura dello psicologo, dell'insegnamento della lingua italiana, dell'orientamento legale e al territorio e la pesante diminuzione delle ore minime settimanali dell'assistenza sociale e della mediazione linguistico-culturale.

A dicembre 2020 il D.L. 130/2020 è stato convertito in L. 173/2020, contenente "Disposizioni urgenti in materia di immigrazione, protezione internazionale e complementare". Con l'adozione della Legge 173/2020 si è assistito ad un parziale ritorno al sistema di accoglienza in vigore prima del 2018. In par-

¹³ Numeri rete SAI aggiornati ad agosto 2021. Disponibile al seguente link: <https://www.retsai.it/wp-content/uploads/2021/09/2021-08-neri-SAI.pdf>

¹⁴ Una mappa dell'accoglienza. Centri d'Italia 2021. Openpolis, ActionAid, marzo 2021. Disponibile al seguente link: https://www.actionaid.it/app/uploads/2021/03/Centri_Italia_una-mappa_accoglienza.pdf

Da aggiungere che, in risposta alla crisi politica in Afghanistan del 2021 e alla necessità di ampliare il sistema d'accoglienza, il D.L. dell'8 ottobre 2021, ha previsto un incremento di 3.000 posti ordinari dedicati ai nuclei familiari all'interno della rete SAI, una misura apprezzabile, ma ancora apparentemente insufficiente.

Operatrice e mediatore della clinica mobile di MEDU mentre raccolgono una testimonianza presso l'insediamento informale Tiburtina/Verano (Foto Odino Vignali)



ticolare, la permanenza nei centri di accoglienza temporanea è prevista come provvisoria, fino al trasferimento, nei limiti dei posti disponibili, presso le strutture del SAI, che quindi sostituisce il SIPROIMI. Tali strutture sono destinate ad ospitare l'intera popolazione in accoglienza, inclusi i richiedenti asilo. Inoltre, in termini di servizi erogati, sono stati reintrodotti i servizi di assistenza psicologica, i corsi di lingua italiana, nonché l'orientamento degli ospiti ai servizi territoriali anche con riferimento ai centri di accoglienza temporanea¹⁵. Il SAI è diventato il fulcro dell'accoglienza che si sviluppa su due livelli di servizi, il primo livello riservato ai richiedenti asilo, in cui sono presenti servizi di assistenza legale, sanitaria e linguistica, mentre il secondo livello è riservato ai titolari di protezione internazionale ed è maggiormente incentrato su servizi per l'integrazione e l'orientamento lavorativo¹⁶.

Sulla base dell'esperienza di MEDU, il numero limitato di posti in progetti di accoglienza dotati di specifici servizi atti a favorire l'integrazione (sul modello dell'attuale SAI)

ha un ruolo centrale, anche se non esclusivo, nei fenomeni di esclusione sociale delle PoC. Di fatto, la quasi totalità delle persone assistite da MEDU presso gli IS ha dichiarato di essere stata accolta solo presso i centri ex CARA o ex CAS, spesso in mega-strutture isolate dai centri abitati e carenti di servizi volti a favorire la conoscenza dei diritti, del territorio e l'integrazione nel tessuto sociale¹⁷.

¹⁵ Si veda il nuovo schema di capitolato di gara di appalto approvato nel 2021 dal Mol, DM 24 Febbraio 2021, disponibile al link: <https://www.interno.gov.it/it/amministrazione-trasparente/bandi-gara-e-contratti/nuovo-schema-capitolato-appalto-fornitura-beni-e-servizi-relativi-alla-gestione-e-funzionamento-dei-centri>

¹⁶ Dal sito Openpolis: "Come funziona l'accoglienza dei migranti in Italia", 6 aprile 2021. <https://www.openpolis.it/parole/come-funziona-laccoglienza-dei-migranti-in-italia/>

¹⁷ Dal report "Centri d'Italia. Una mappa dell'accoglienza", Openpolis e Actionaid, marzo 2021. https://www.actionaid.it/app/uploads/2021/03/Centri_Italia_una-mappa_accoglienza.pdf

Operatori sanitari di MEDU svolgono attività di screening e distribuzione dispositivi di protezione individuale presso la Stazione Tiburtina. (Foto Odino Vignali)



La situazione a Roma: tra accoglienza e insediamenti informali

Anche a Roma, la fase dell'accoglienza ha ed ha avuto sicuramente un ruolo determinante nel favorire o ostacolare i percorsi di autonomia e l'accesso a condizioni di vita dignitose. Nonostante il modello dell'accoglienza diffusa - basato su piccole strutture inserite nel tessuto sociale e dotate di servizi per l'inclusione - sia ormai riconosciuto come virtuoso e capace di generare integrazione, a Roma resta dominante il modello dei centri di grandi dimensioni situati in zone periferiche della città o nei Comuni limitrofi, che nel corso degli ultimi anni sono addirittura aumentati rispetto al passato: se infatti nel 2018 i centri di grandi dimensioni - con una capienza superiore ai 100 posti - costituivano il 49,97% dei posti disponibili, nel 2019 essi rappresentavano il 68,41% del totale dei posti, con un aumento del 37% in pochi mesi. Ai centri di medie e piccole dimensioni rimaneva solo il 16,5% dei posti complessivi, contro il 29,4% dell'anno precedente¹⁸. Ad oggi, i progetti SAI presenti nel Lazio sono 40, per un totale di 2761 posti, di cui 38 per persone con disagio mentale o disabilità fisica e 89 per minori non accompagnati¹⁹. A Roma e provincia essi sono 10 per un totale di circa 1800 posti attivi, a fronte di 2100 posti distribuiti in 26 CAS solo nella città di Roma²⁰.

Secondo i dati ISTAT dell'ultimo censimento (2015) sono circa 8.000 le persone senza dimora²¹ presenti a Roma, più del 15% del totale nazionale, a cui vanno aggiunte alcune migliaia di persone che vivono presso insediamenti informali o edifici occupati.

Le stime del 2018 (Rapporto sulle povertà a Roma - Caritas), parlano invece di circa 14.000 persone tra strada e insediamenti precari. Tra queste, si concentrano migliaia di persone migranti con o senza permesso di soggiorno e di persone richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale in attesa dell'assegnazione di un posto in un centro di accoglienza o che, avendone già usufruito, si trovano costrette a cercare alternative alloggiative di fortuna.

Non esistono dei censimenti ufficiali della popolazione degli insediamenti spontanei, anche perché la frequenza delle operazioni di sgombero in assenza di soluzioni abitative alternative ha avuto come effetto la dispersione degli abitanti in ulteriori insediamenti sparsi sul territorio, spesso più inaccessibili e in condizioni di precarietà ancora più estreme, nel totale degrado e senza la possibilità di accedere a beni e servizi di prima necessità.

Nel corso degli ultimi anni, in particolare a partire dal 2014, si è assistito ad un aumento della presenza di richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione internazionale negli insediamenti precari della città di Roma, ma anche nei ghetti dello sfruttamento nel settore agricolo, dove MEDU opera dal 2014, in particolare nella Piana di Gioia Tauro (Calabria) e nell'area della Capitanata (Provincia di Foggia). A Roma si stima oggi una presenza di circa 2000 persone, tra richiedenti asilo, rifugiati, titolari di protezione internazionale e migranti in transito, presso gli insediamenti informali²².

¹⁸ Dal report di Openpolis: "Grandi centri per grandi gestori", sulla base di dati forniti dalla Prefettura. Il report è disponibile al seguente link: <https://www.openpolis.it/esercizi/grandi-centri-per-grandi-gestori/>

¹⁹ Dai Rete SAI, disponibili su: <https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2021/09/2021-08-08-numeri-SAI.pdf>

²⁰ Dato fornito dal Servizio Centrale e dalla Prefettura di Roma, Novembre 2021.

²¹ <https://www.fiopdsd.org/ethos-classificazione-senza-dimora/>

²² Si tratta di una stima basata sui dati raccolti da MEDU presso gli insediamenti precari raggiunti dalla clinica mobile e quelli forniti da altre associazioni che operano in rete con MEDU presso gli stessi e altri insediamenti (es. MFS, Intersos, etc.)

A Roma è possibile stimare la presenza di circa un centinaio di stabili occupati, in alcuni dei quali sono presenti movimenti di lotta per la casa.

Tale aumento è attribuibile a diversi fattori, tra i quali la crescita esponenziale dei flussi migratori a partire dal 2014, le criticità del sistema di accoglienza e integrazione fin qui descritte, la carenza di opportunità di inserimento socio-abitativo sia nelle grandi città che in territori particolarmente depressi dal punto di vista socio-economico. Nella città di Roma, ad esempio, secondo quanto riferito dai pazienti di MEDU che vivono presso gli IS e in particolare presso gli edifici occupati, un importante ostacolo all'autonomia abitativa è rappresentato dall'elevato costo degli affitti unito alla difficoltà da parte delle PoC di fornire sufficienti garanzie economiche ai proprietari degli immobili. Anche il possesso di un lavoro in regola e continuativo è un requisito piuttosto raro tra le persone assistite da MEDU, le quali si trovano nella maggior parte dei casi a svolgere lavori saltuari come magazzinieri, braccianti agricoli stagionali o in settori quali l'assistenza domestica e alla persona, quasi sempre sottopagati, frequentemente senza un contratto o, laddove sia presente, con irregolarità salariali e contributive. Inoltre, soprattutto presso gli stabili occupati, sono presenti anche nuclei familiari monoreddito, con entrate insufficienti a sostenere le spese necessarie per pervenire ad un'autonomia abitativa.

Gli insediamenti spontanei e le occupazioni abitative rappresentano un riparo temporaneo anche per i migranti che si fermano in Italia per brevi periodi prima di proseguire il viaggio verso altri Paesi europei dove intendono presentare richiesta di asilo, così come per i richiedenti asilo ai quali non viene assegnato un posto in accoglienza fino alla verbalizzazione della domanda di asilo o per quanti sono in fase di ricorso dopo un diniego della prote-

zione internazionale, o per quelli a cui, per vari motivi, l'accoglienza è stata revocata.

A Roma è possibile stimare la presenza di circa un centinaio di stabili occupati²³, in alcuni dei quali sono presenti movimenti di lotta per la casa. I più noti e di lunga durata sono: l'edificio occupato di Anagnina (denominato dagli abitanti "Selam Palace"), lo stabile di Via Collatina, il palazzo di Via Curtatone in zona Piazza Indipendenza (sgomberato nell'agosto 2017) e quello di Via Scorticabove, sgomberato nel luglio del 2018. Ma esistono numerosi altri insediamenti meno noti, più isolati e di minori dimensioni.

Anche le stazioni ferroviarie sono luoghi di vita e di transito per persone senza dimora, una popolazione molto eterogenea per storie di vita, nazionalità, età, condizioni sociali, vulnerabilità. È infatti possibile incontrare persone che vivono stabilmente nei pressi della stazione per periodi di tempo prolungati, altre che vi trovano riparo temporaneamente, persone con disagio psichico o storie di dipendenza da sostanze, persone indigenti, migranti senza documenti di soggiorno e PoC a volte sbarcate in Italia da poche settimane, in altri casi uscite dal sistema di accoglienza, in altri ancora, soltanto di passaggio. La presenza di servizi e associazioni che forniscono pasti, assistenza e orientamento sanitario, sportelli di assistenza sociale e legale e la possibilità di trovare un riparo per la notte e di riunirsi in piccoli nuclei durante il giorno, fanno delle stazioni luoghi di riferimento essenziali per chi non può contare su altre reti sociali di supporto e su risorse economiche minime per provvedere alla sopravvivenza.

²³ "Fuori Campo. Insediamenti informali, marginalità sociale, ostacoli nell'accesso alle cure e ai beni essenziali per migranti e rifugiati", Report Medecins Sans Frontiers, 2018

Gli insediamenti informali raggiunti dalla clinica mobile di MEDU

Nel corso degli anni, la clinica mobile ha raggiunto numerosi contesti di precarietà abitativa, quali stazioni, edifici occupati, baraccopoli e tendopoli, luoghi più o meno periferici situati all'interno del perimetro urbano, caratterizzati da sovraffollamento, condizioni igienico-sanitarie critiche e carenza di beni e servizi essenziali quali acqua corrente, servizi igienici, riscaldamento.

Nel corso del 2021, la clinica mobile ha operato presso la Stazione Termini e la Stazione Tiburtina e più in generale l'area del Verano, lo stabile occupato sito in Via Collatina e l'edificio occupato in Via di Santa Croce in Gerusalemme (noto come SpinTime). Ogni insediamento presenta specifiche caratteristiche quanto a tipologia, densità abitativa, posizione sul territorio (centrale o periferica), presenza o meno di referenti di comunità, caratteristiche della popolazione presente, ma in tutti la percentuale di stranieri è molto elevata e tra questi, una percentuale variabile ma significativa è costituita da richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale (34%).

In relazione alle caratteristiche della popolazione, pur non possedendo un registro formale di dati, l'esperienza pluriennale acquisita da MEDU nel lavoro di campo ha permesso di osservare come quella delle stazioni sia una popolazione estremamente eterogenea per età, nazionalità, storie di vita. Raramente le persone presenti alle stazioni di Termini e Tiburtina hanno un impiego. Alcune lavorano in modo saltuario, altre sono titolari di protezione internazionale che hanno terminato il loro percorso nel sistema di accoglienza, ma in assenza di un reddito sufficiente e di strumenti per conseguire l'autonomia e l'inclusione abitativa e lavorativa, si trovano a vivere in strada o in insediamenti informali. Vi sono poi richiedenti asilo in attesa di essere accolti nei centri dei circuiti

istituzionali e persone in transito provenienti da paesi dell'Africa Sub-Sahariana orientale e occidentale che, sbarcate da pochi giorni o settimane in Italia, dichiarano di volere raggiungere familiari e/o comunità di origine in altri paesi europei.

La popolazione degli edifici occupati è invece caratterizzata da una presenza più stabile e prolungata in Italia e dalla sussistenza di alcune condizioni quali la presenza di familiari, tra cui i figli in età scolare, una percentuale piuttosto elevata di persone con un impiego (più o meno saltuario, con o senza contratto), una discreta conoscenza della lingua italiana e del territorio, sebbene siano presenti anche molte criticità proprie della vita in condizioni di marginalità e isolamento. Gli edifici occupati interessati dall'intervento – siti rispettivamente in Via Collatina e in Via di Santa Croce in Gerusalemme – hanno una popolazione che oscilla tra le 450 e le 800 persone, tra cui persone singole e nuclei familiari con figli minorenni. Circa il 15% della popolazione è costituito da donne. Una prima differenza sostanziale tra le due occupazioni riguarda la provenienza degli abitanti. L'occupazione di Santa Croce in Gerusalemme presenta una popolazione molto eterogenea quanto a nazionalità. Sono infatti presenti persone provenienti dai Paesi dell'America Latina, dell'Africa Sub-Sahariana e dell'Europa.

L'occupazione di Via Collatina è caratterizzata invece dalla presenza di una comunità sostanzialmente omogenea per nazionalità, in quanto costituita in maggioranza da persone di nazionalità eritrea e in misura minore da etiopi, prevalentemente titolari di protezione internazionale. Un'altra differenza importante riguarda la storia e l'organizzazione interna dei due contesti. Lo stabile di via di Santa Croce in Gerusalemme si contraddistingue per la presenza di un movimento di lotta per il

La clinica mobile ha raggiunto numerosi contesti di precarietà abitativa, quali stazioni, edifici occupati, baraccopoli e tendopoli.

diritto alla casa, un'organizzazione interna piuttosto strutturata e una vita associativa molto attiva. L'edificio di Via Collatina ha un comitato di gestione, formato da 3 o 4 persone, che viene eletto dagli abitanti annualmente e si riunisce periodicamente alla presenza della comunità di abitanti, ma non sempre i suoi rappresentanti riescono a gestire in modo efficace e organizzato la vita comunitaria dell'insediamento, assai complessa e sovente caratterizzata da conflittualità.

Nonostante alcune differenze e specificità, tuttavia, la popolazione di entrambi gli insediamenti ha incontrato ostacoli simili nel percorso di integrazione in Italia. Se da un lato gli insediamenti precari rappresentano una soluzione abitativa indispensabile alla sopravvivenza, dall'altro essi diventano spesso luoghi di vita permanenti, con una conseguente "cronicizzazione" delle condizioni di esclusione dal tessuto sociale e relazionale del territorio.

Clinica mobile di MEDU presso Piazza dei Cinquecento, Stazione Termini. (Foto Odino Vignali)



Caratteristiche della popolazione raggiunta

Nei quattro IS visitati dalla clinica mobile durante il periodo di intervento considerato nel presente rapporto, sono state realizzate 929 visite mediche (tra prime visite e successive visite di follow up) a 543 persone.

Con riferimento alle caratteristiche della popolazione assistita, la netta maggioranza delle persone era costituita da uomini (88%) e solo il 12% era rappresentato da donne (grafico 1). Per quanto riguarda l'età, il 43% della popolazione apparteneva alla fascia 30-50 anni, seguita da quella 18-30 (32%), mentre il 14% era costituito da persone di più di 50 anni e l'11% da minori (grafico 2). In relazione alle aree geografiche di provenienza, il 45% proveniva da Paesi dell'Africa Subsahariana Orientale, il 19% da Paesi dell'Africa Subsahariana Occidentale, il 13%

era costituito da nordafricani, il 9% da persone provenienti dall'Asia e dal Medio Oriente, l'11% da europei, il 3% da persone provenienti da altre aree, l'1% non ha fornito l'informazione (grafico 3). Il tempo di permanenza delle persone presenti in modo stabile in Italia (75% del totale) è risultato nella maggior parte dei casi piuttosto lungo, dal momento che il 58% viveva in Italia da oltre 3 anni a fronte dell'8% che vi viveva da un periodo compreso tra 6 mesi e 3 anni, e dell'8% da meno di 6 mesi; l'1% non ha fornito l'informazione. In aggiunta, il 24% degli assistiti era costituito da persone, provenienti dall'Eritrea, dall'Etiopia (Tigray) e dal Sudan, che hanno transitato a Roma solo per pochi giorni o settimane perché dirette verso altri paesi europei (grafico 4). Questo gruppo di popolazione è riapparso sullo scenario a par-

Grafico 1. Demografia della popolazione beneficiaria (N=543)

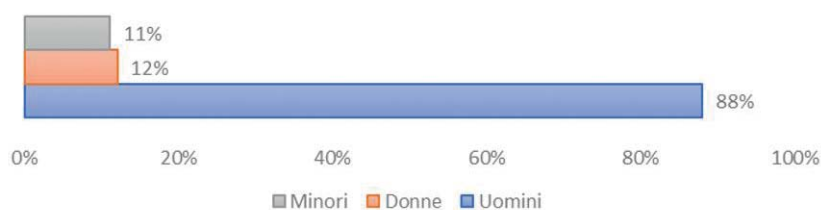
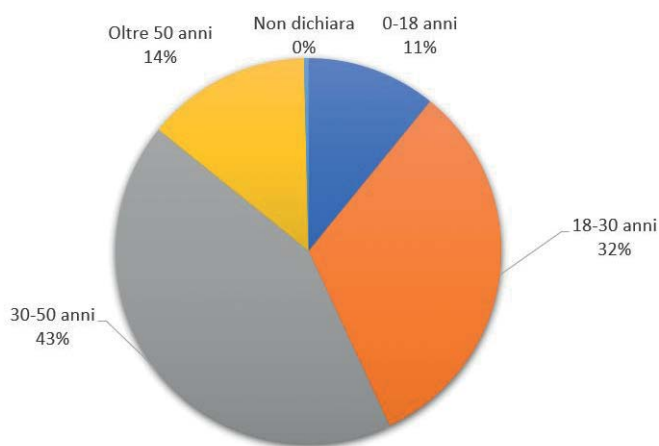
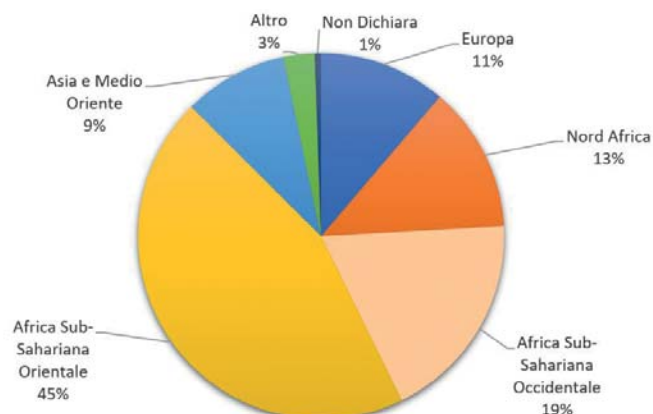


Grafico 2. Popolazione beneficiaria (N=543) per fasce d'età



(16)

Grafico 3. Popolazione beneficiaria (N=543) per aree di provenienza geografica



Spesso le persone in transito recentemente sbarcate in Italia hanno riferito storie di trattamenti inumani e degradanti e di abusi subiti nei centri di detenzione formali o informali in Libia.

tire dal mese di giugno 2021, dopo un periodo di drastico calo dei flussi a causa delle restrizioni dovute alla pandemia. Tra le persone in transito molti erano minori non accompagnati, con un'età compresa fra i 15 ed i 17 anni, i quali rappresentavano il 37% del totale dei transitanti. Spesso le persone in transito recentemente sbarcate in Italia hanno riferito storie di trattamenti inumani e degradanti e di abusi subiti nei centri di detenzione formali o informali in Libia.

In relazione allo status giuridico, la maggior parte della popolazione era costituita da migranti in condizione di irregolarità (45% tra irregolari in transito e irregolari stabilmente presenti sul territorio) seguiti da titolari di protezione sussidiaria (13%), rifugiati (11%), richiedenti asilo (7%) e titolari di protezione speciale (3%). Il 19% era inoltre costituito da persone con altro status giuridico e il 2% non ha fornito l'informazione (grafico 5).

Per quanto riguarda nello specifico le PoC, la maggioranza era costituita da persone provenienti dall'Africa Sub-Sahariana Orientale, in particolare da Eritrea, Etiopia, Somalia e Sudan (48% dei casi), dall'Africa Occiden-

tale, principalmente da Burkina Faso, Camerun, Costa D'avorio, Gambia, Ghana, Guinea, Mali, Niger, Nigeria, Senegal (28% dei casi) e da Paesi del Medio Oriente quali Afghanistan, Iran, Palestina, Pakistan, Siria (14%) e del Nord Africa, quali Egitto, Libia e Tunisia, in percentuale dell'11%.

Quanto allo status giuridico, il 20% delle PoC era costituito da richiedenti asilo, il 33% da rifugiati, il 39% da titolari di permesso di soggiorno per protezione sussidiaria, il 8% da titolari di permesso di soggiorno per protezione speciale. Circa la metà dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale assistiti (49%) ha dichiarato di essere stata ospitata nei centri del circuito di accoglienza istituzionale (CAS, SAI, o centri dell'emergenza sociale del Comune di Roma) per un periodo di tempo medio-lungo, in media dai sei mesi a un anno e di essersi poi trovata a vivere in strada o a cercare soluzioni alloggiative di fortuna in contesti abitativi precari (stazioni, baraccopoli, edifici occupati ecc.). I restanti, in parte non hanno fornito l'informazione, in parte hanno dichiarato di non essere mai stati accolti.

Grafico 4. Popolazione beneficiaria (N=543) suddivisa tra persone stabili e in transito

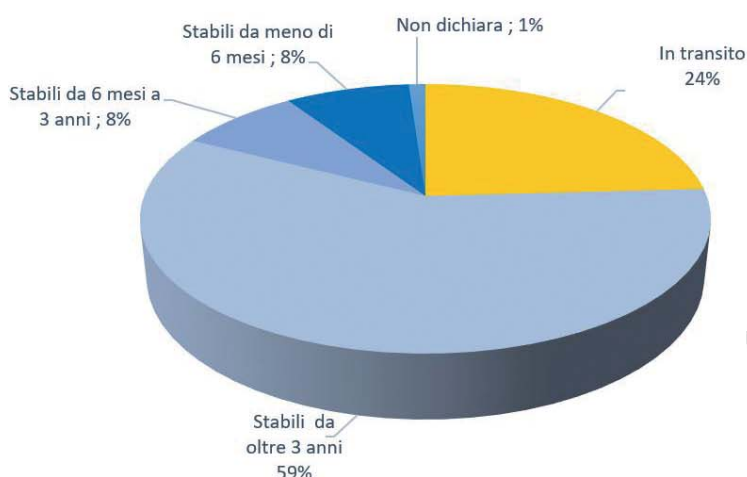
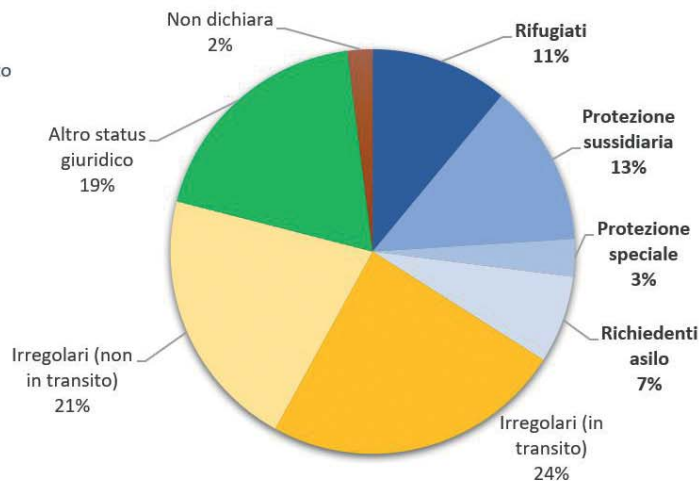


Grafico 5. Popolazione beneficiaria suddivisa (N=543) per status giuridico



Panoramica dei singoli insediamenti

- L'edificio occupato in Via Collatina
- La Stazione Termini
- L'area Tiburtina / Verano

La clinica mobile di MEDU lungo il Verano. (Foto Odino Vignali)



Ogni insediamento presenta specifiche caratteristiche, ma in tutti la percentuale di stranieri è molto elevata e tra questi, una percentuale variabile ma significativa (34%) è costituita da richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale.

Il team multidisciplinare di MEDU all'interno dello stabile occupato di Via Collatina. (Foto Alberto Barbieri)



• **L'edificio occupato in Via Collatina**

Lo stabile di Via Collatina è una tra le più popolose occupazioni abitative presenti a Roma. L'edificio – prima sede dell'INPDAP e poi passato a privati – è stato occupato nell'ottobre del 2004 da un gruppo di rifugiati eritrei con il sostegno dei movimenti di lotta per la casa in seguito allo sgombero di un altro edificio ubicato nella stessa zona. Il palazzo è dislocato nella periferia est della città, consta di sette piani con 301 stanze, dove vivono attualmente circa 450 persone, nella quasi totalità dei casi rifugiati e titolari di protezione internazionale di nazionalità eritrea ed etiope, tra cui circa 30 nuclei familiari con figli minorenni, tutti nati in Italia. Da molti anni i movimenti di lotta per la casa hanno lasciato l'occupazione, che da allora è autogestita dai suoi abitanti. Al piano terra del grande edificio sono state allestite alcune attività informali, in particolare due ristoranti, un piccolo market e una sala del barbiere. Annualmente la comunità nomina un comitato di gestione ed alcuni collaboratori, che hanno il compito di gestire le problematiche interne, e prendere decisioni sulle questioni di interesse collettivo, soprattutto riguardo la gestione degli spazi comuni. Le condizioni dello stabile sono precarie e insalubri, caratterizzate da sovraffollamento e promiscuità nell'utilizzo dei servizi igienici, presenza di stanze anguste e poco areate dove vivono le famiglie o più singoli in gruppi di 3 o 4. Le cucine sono allestite all'esterno dalle abitazioni, lungo i corridoi. Ad ogni piano sono presenti 2 o 3 servizi igienici, usati in condivisione tra più persone o nuclei. L'acqua e l'elettricità sono presenti e per riscaldarsi vengono utilizzate le stufe elettriche. In passato l'ACEA ha provato in varie occasioni a staccare la corrente elettrica, ma in seguito alle proteste degli abitanti è stata sempre ripristinata.

Sulla base dei dati raccolti nel corso del 2021, delle 82 persone assistite nel corso di 183 visite mediche – di cui 64 uomini e 18 donne – l'87% era di origine eritrea e il restante 13% etiope (grafico 6). Per quanto riguarda le fasce di età, la più rappresentata era quella tra i 30 e i 50 anni (57%), seguita dagli over 50 che erano circa il 17%. I minori rappresentavano il 14% mentre la fascia 18-30 il 12% del totale (grafico 7). Si tratta di una popolazione stabile, presente in Italia anche da molti anni, basti pensare che il 71% dei pazienti assistiti da MEDU viveva nel nostro paese da oltre 3 anni. L'età media dei pazienti visitati era di 38 anni, più alta rispetto a quella della popolazione degli altri insediamenti precari, con conseguenze evidenti anche dal punto di vista sanitario. Nonostante ciò, non si è riscontrata una maggiore attenzione alla salute dal momento che anche le persone anziane assistite dal team della clinica mobile ricorrevano solo in rari casi – per lo più in caso di patologie gravi o acute – e in modo non adeguato alla medicina del territorio, utilizzando per lo più il pronto soccorso in caso di bisogno.

In relazione allo status giuridico, il 32% degli abitanti aveva lo status di rifugiato, il 20% era titolare di protezione sussidiaria, il 4% di permesso di soggiorno per protezione speciale, il 5% era richiedente asilo, il 15% era costituito da persone irregolari in transito verso altri Paesi europei, il 7% da persone irregolari non in transito, il 17% da persone titolari di altre tipologie di permesso di soggiorno, soprattutto per motivi familiari, in seguito a procedure di ricongiungimento familiare, e motivi di lavoro (grafico 8). In seguito allo sgombero dell'insediamento di Piazzale Spadolini, nei pressi della Stazione Tiburtina, avvenuto nel mese di luglio 2021, molte persone in transito hanno trovato per un breve periodo ospitalità presso lo stabile di Via Collatina.

Le principali problematiche riferite dagli abitanti riguardano le difficoltà di accesso al lavoro, alla casa, alle opportunità di inclusione sociale.

Tra le persone assistite sono state rilevate alcune vulnerabilità, che hanno riguardato circa l'11% dei casi, trattandosi di un dato senz'altro sottostimato stante la difficoltà di rilevare alcuni vissuti nel setting della clinica mobile e nel tempo circoscritto di una visita medica. Le maggiori vulnerabilità riscontrate avevano a che fare con le condizioni sociali ma anche sanitarie: presenza di nuclei monoparentali con figli minori a carico (10%), soprattutto madri sole, minori stranieri non accompagnati (30%), vittime di trattamenti inumani e degradanti, anziani (30%) e persone con problemi di salute importanti (20%).

Le principali problematiche riferite dagli abitanti riguardavano la difficoltà di accesso al lavoro, alla casa, alle opportunità di inclusione sociale. Un altro ostacolo all'inclusione sociale, questa volta di tipo amministrativo, era rappresentato dalla difficoltà di accesso alla residenza anagrafica. Dall'introduzione del cosiddetto decreto Lupi, poi tradotto in legge (art 5, L. 80/2014) non è più possibile riconoscere la residenza presso uno stabile occupato, ma è invece necessario fare richiesta della residenza fittizia, la cosiddetta "Via Modesta Valenti"²⁴, prevista per le persone senza dimora, attraverso una procedura che richiede fino ad 8-10 mesi di attesa prima dell'effettiva conclusione della pratica, con evidenti conseguenze sul piano dell'accesso a diritti fondamentali, quali l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la possibilità di partecipare ai bandi per l'inserimento dei figli minori al nido o alla scuola dell'infanzia del territorio, la possibilità di usufruire di misure di sostegno al reddito.

Le relazioni tra gli abitanti dello stabile e il tessuto sociale del territorio sono pressoché inesistenti, principalmente a causa dell'isolamento dell'edificio, situato in un'area estremamente periferica della città, tra fabbriche ed edifici abbandonati. Di conseguenza, le persone che popolano l'insediamento tendono ad organizzarsi internamente per provvedere alle necessità quotidiane, alimentando così un'economia informale e pratiche di mutuo supporto. In tal senso, la comunità di connazionali rappresenta una risorsa e un riferimento importante, nonostante la presenza di divisioni interne e momenti conflittuali. Ciò è apparso evidente soprattutto durante i mesi della pandemia, quando per far fronte all'emergenza sanitaria e contenere la diffusione del virus, gli abitanti del palazzo hanno dato vita ad alcune prassi virtuose di auto-organizzazione, acquisendo una maggiore consapevolezza circa l'importanza della collaborazione e della solidarietà attiva. In questo contesto, è stato quindi possibile impostare un protocollo per l'isolamento dei casi positivi e dei loro contatti diretti, organizzare incontri formativi/informativi di comunità, decidere di volta in volta come gestire gli spazi comuni. La creazione di relazioni significative, di reti informali che aiutano ad affrontare la precarietà del quotidiano nel tentativo di creare una stabilità esistenziale, l'auto-organizzazione e le pratiche di mutualità, possono essere interpretati come le componenti di un processo di empowerment comunitario in atto nello stabile di Via Collatina.

²⁴ La posizione anagrafica in "Via Modesta Valenti", in nome di una donna senza dimora morta nel 1983 alla Stazione Termini, è riservata alle persone senza dimora che hanno stabilito nel Comune di Roma il proprio domicilio oppure a quelle persone che pur vivendo nel territorio comunale non hanno una dimora fissa (senza tetto). La residenza anagrafica è indispensabile per esercitare una serie di diritti tra cui il diritto di voto, ottenere i documenti d'identità e le relative certificazioni, ottenere ogni tipo di sussidio economico, inoltrare domanda di assegnazione di alloggio popolare, iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale, iscriversi all'Ufficio di Collocamento, inoltrare domanda di pensione, etc.

Grafico 6. Popolazione beneficiaria (N=89) per aree di provenienza geografica, Collatina

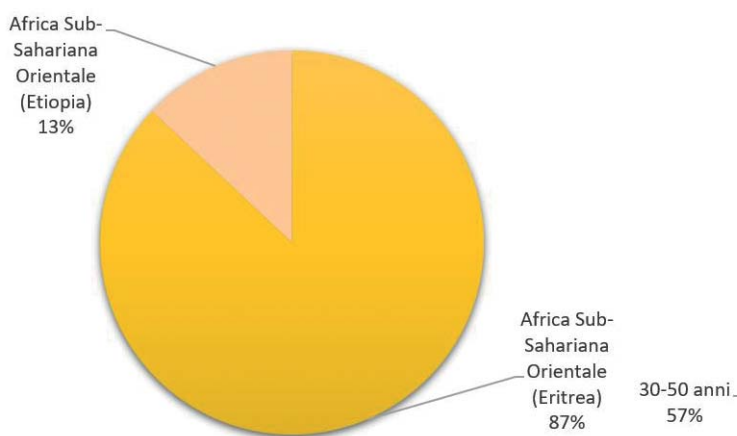
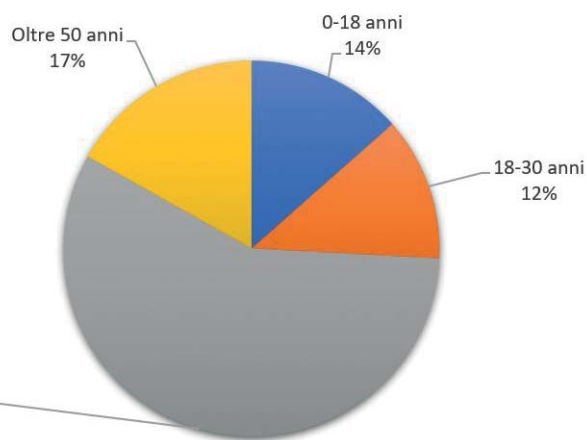


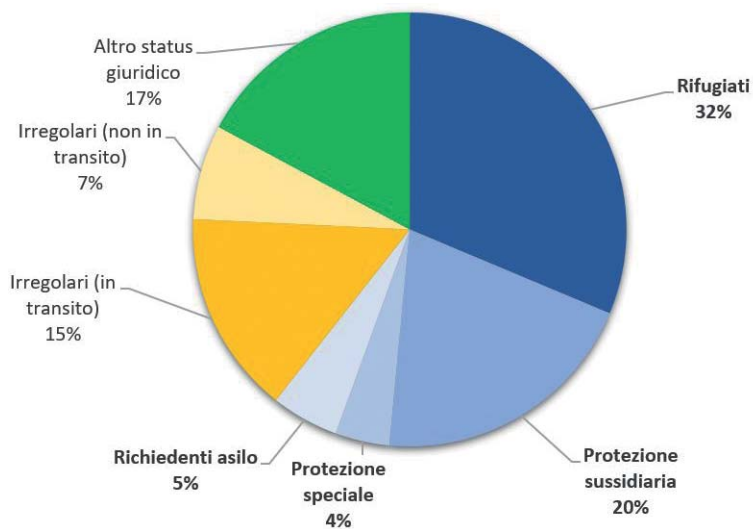
Grafico 7. Popolazione beneficiaria (N=89) per fasce d'età, Collatina



Il signor B, abitante dello stabile di Via Collatina dal 2014 (Foto Odino Vignali)



Grafico 8. Popolazione beneficiaria (N=89) suddivisa per status giuridico, Collatina



Clinica mobile di MEDU presso lo stabile occupato in via Collatina. (Foto Odino Vignali)



LA TESTIMONIANZA DI B.



Abito nello stabile di Via Collatina da molto tempo, ho 46 anni e sono arrivato in Italia nel 2008. Ricordo come fosse ieri il mio viaggio per raggiungere l'Italia: il 26 luglio 2008 ho lasciato il mio paese, l'Eritrea, e ho raggiunto il Sudan, camminando per un giorno intero. Ho attraversato il deserto del Sahara, per alcuni tratti a piedi, per altri tratti su dei pick up con moltissime altre persone ammassate, in balia dei trafficanti. Dopo circa 20 giorni di viaggio, sono finalmente arrivato in Libia e sono stato portato prima in un centro di detenzione vicino ad Agedabia, poi in un altro vicino a Tripoli, dove sono rimasto rinchiuso per alcuni mesi con altre 400 persone. Eravamo rinchiusi in un magazzino per il bestiame, c'era un odore terribile, non avevamo uno spazio vitale dove poter stare, i carcerieri ci davano da mangiare una volta al giorno e ci picchiavano senza motivo. Il giorno in cui mi sono imbarcato, un centinaio di persone sono rimaste nel magazzino.

Sulla barca con me c'erano 270 persone, tutti migranti provenienti da Tunisia, Nigeria ed Eritrea, rimasti per 20 ore in mare e poi tratti in salvo. Arrivato in Italia dopo un viaggio durato circa 8 mesi, sono stato ospitato in due diversi centri di accoglienza a Roma, prima uno in zona Monteverde dove sono rimasto un anno e successivamente uno in zona Boccea. Ho fatto richiesta di protezione internazionale ed ho ottenuto lo status di rifugiato, poi ho iniziato a lavorare come magazziniere in una ditta nella zona di Collatina, e da lì il passo è stato breve: venuto a conoscenza dello stabile occupato a Via Collatina, sono riuscito ad entrare in contatto con la comunità di eritrei e a trovare un'abitazione. Il palazzo è diventato quindi la mia casa a partire dal 2014. Il lavoro come magazziniere era molto duro, lavoravo anche 10 o 13 ore al giorno, maneggiavo sempre scatoloni pesanti, ma il guadagno era basso circa 600-800 euro al mese, che non mi permettevano di rendermi autonomo anche per la ricerca di una casa in affitto. Attualmente sono in congedo per malattia, ormai da 10 mesi, mi pagano circa il 60% del mio stipendio. Non sono più in grado di lavorare. Ho un'ernia del disco. Prendo costantemente farmaci antidolorifici e sono in attesa di una risonanza magnetica, probabilmente dovrò operarmi.



LA TESTIMONIANZA DI M.



Ho 35 anni e vengo dall'Eritrea. Vivo ormai da molto tempo nel palazzo di Via Collatina. Sono arrivata in Italia nel 2008, ho presentato richiesta di protezione internazionale e poi sono stata accolta in un centro vicino Latina per circa un anno, fin quando ho ottenuto lo status di rifugiato. Lasciato il centro un'amica mi ha ospitata per qualche tempo, ma poi ho dovuto cercare un'altra soluzione alloggiativa e, grazie a una connazionale, sono venuta in contatto con la comunità di eritrei del palazzo occupato di Via Collatina. Ho iniziato a lavorare come assistente agli anziani e come babysitter, quasi sempre in nero, ma questi lavori non mi hanno mai permesso di avere un'autonomia economica per poter affrontare il costo di un affitto. Ho due bambine piccole, una di 3 anni, l'altra di 9 mesi. Il papà delle bambine vive in un altro paese, nel Nord Europa. Da più di 3 anni ormai non riesco a lavorare: oltre che delle mie figlie, devo occuparmi anche di mia madre che è anziana. Tutte loro dipendono dal mio supporto economico che però ora consiste solo nel reddito di cittadinanza, oltre che in qualche aiuto economico che ricevo da mio marito di tanto in tanto. È molto difficile vivere così, con le bambine piccole non riesco a lavorare, mia madre è anziana e non può occuparsene, non riesco ad iscrivere le bambine al nido perché non ho ancora l'iscrizione all'anagrafe di questo Municipio, ho fatto domanda quasi dieci mesi fa ma ancora la pratica non si è conclusa.



• La Stazione Termini

Ogni giorno sono presenti alla stazione Termini e nelle aree limitrofe tra le 150 e le 200 persone senza fissa dimora, tra cui un'elevata percentuale di persone migranti e titolari di protezione internazionale. Nelle ore serali, le persone che trovano riparo alla stazione sistemano i propri giacigli di cartoni e coperte lungo i marciapiedi di Via Marsala, Via Giolitti e piazza dei Cinquecento, le strade che delimitano la stazione ferroviaria. Nella zona sorgono ogni tanto anche piccoli insediamenti e rifugi di fortuna.

La popolazione incontrata dal team MEDU nel 2021 era caratterizzata da un'estrema eterogeneità sia per la provenienza geografica che per lo status giuridico e le problematiche riscontrate. Dei 153 pazienti assistiti dal team di MEDU nel corso di 229 visite mediche, il 90% era costituito da uomini e il 10% da donne. Più della metà delle persone assistite aveva un'età compresa fra i 30 e i 50 anni (55%), il 24% aveva più di 50 anni, mentre il 19% aveva tra i 18 ed i 30 anni, l'1% aveva meno dei 18 anni o non ha dichiarato la sua età (grafico 9). In relazione alle aree geografiche di provenienza, quasi un terzo della popolazione proveniva da paesi dell'Africa Sub-Sahariana (occidentale e orientale), il 28% dal Nord Africa, il 13% da Medio Oriente ed Asia, il 27% dai Paesi europei (Italia compresa) ed il restante 4 % da vari altri paesi (grafico 10).

Per quanto riguarda lo status giuridico, il 39% degli assistiti non era in possesso di alcun documento di soggiorno, l'8% era costituito da persone titolari dello status di rifugiato, l'11% da persone titolari di protezione sussidiaria, il 3% da persone titolari di permesso

di soggiorno per casi speciali, il 2% da persone richiedenti asilo, il 31% da persone titolari di altre tipologie di permesso di soggiorno (grafico 11).

Tra le persone incontrate presso la stazione sono state riscontrate frequentemente problematiche complesse e stratificate. In molti casi si trattava di persone che presentavano condizioni giuridiche precarie (frequenti sono stati i casi di persone in fase di ricorso avverso il diniego della protezione internazionale e di titolari di protezione umanitaria scaduta), ma molto frequenti erano anche le vulnerabilità di tipo sanitario (patologie croniche, dipendenze, disagio psichico). La precarietà delle condizioni di vita è da considerarsi nel suo complesso e nell'interdipendenza tra diversi fattori e dimensioni quali quella legale, sanitaria, sociale che possono essere affrontate in modo efficace solo se considerate nel loro insieme.

Pur trattandosi di un dato senz'altro sottostimato e non esaustivo, tra i pazienti visitati, il 20% presentava specifiche vulnerabilità, la cui emersione è risultata particolarmente difficile e delicata, stante la precarietà del contesto di intervento e l'impossibilità di svolgere colloqui approfonditi o di incontrare più volte gli stessi pazienti. Nella maggior parte dei casi si trattava di vulnerabilità di tipo sanitario (30%) dovute sia alla difficoltà di accesso ai servizi del territorio, sia alla presenza di un numero rilevante di persone con un'età superiore ai cinquanta anni (70% dei vulnerabili), di persone con disagio psichico e di persone sopravvissute a violenze e torture subite nel paese di origine o lungo le rotte migratorie.

Tra le persone incontrate presso la stazione Termini sono state riscontrate problematiche complesse e stratificate, spesso di tipo sanitario come, ad esempio, patologie croniche, dipendenze e disagio psichico.

Clinica mobile di MEDU presso Via Marsala, Stazione Termini. (Foto Odino Vignali)



Grafico 9. Popolazione beneficiaria (N=153) per fasce d'età, Stazione Termini

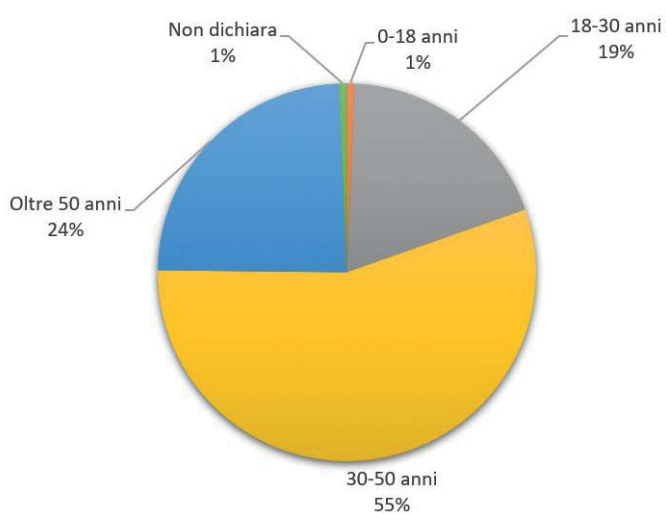
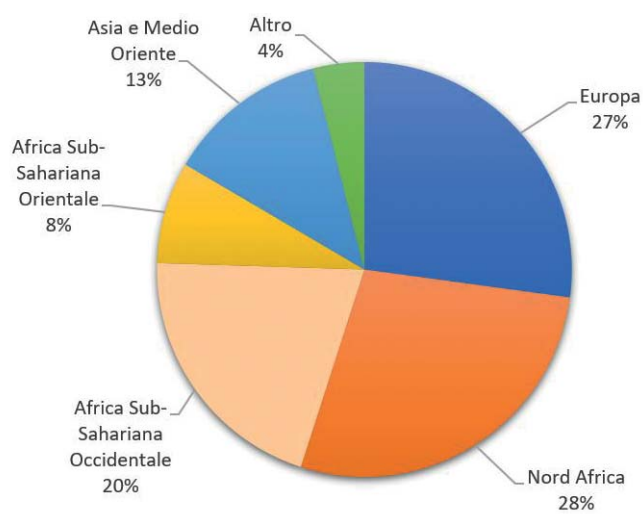


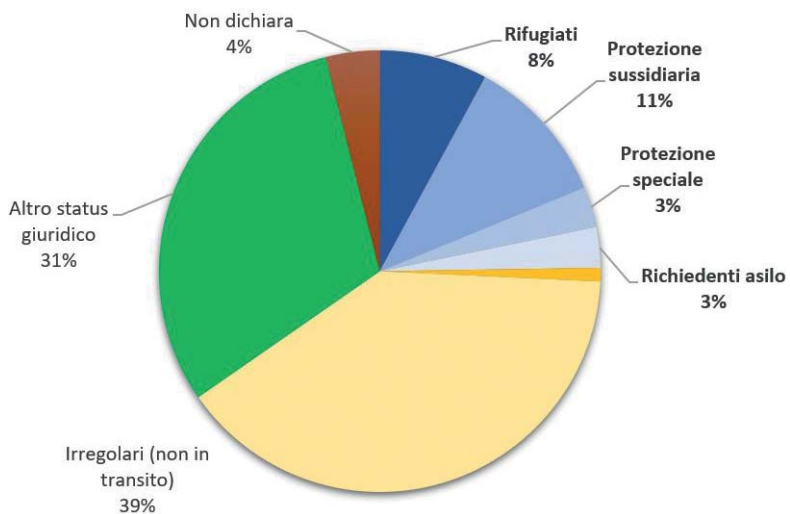
Grafico 10. Popolazione beneficiaria (N=153) per aree di provenienza geografica, Stazione Termini



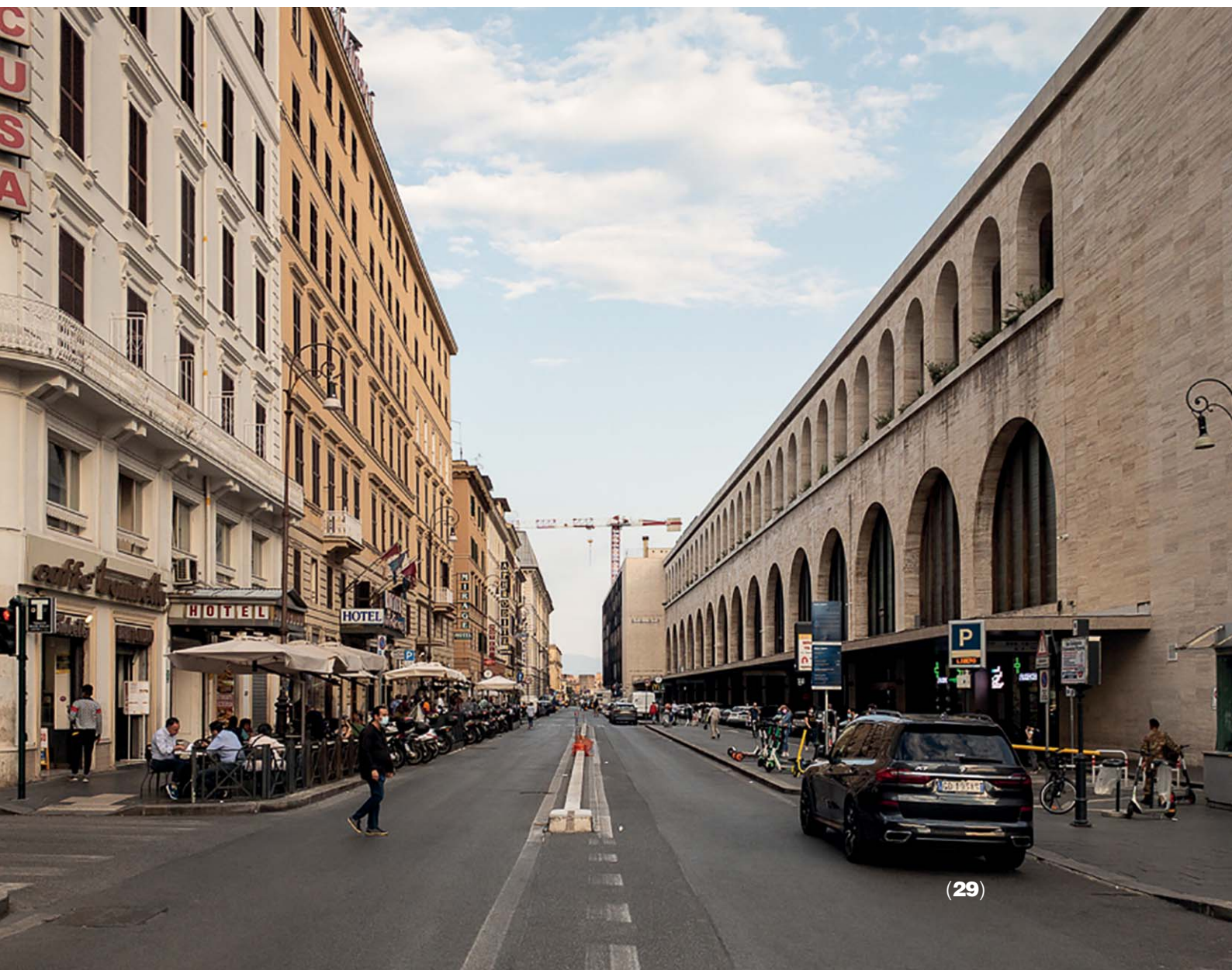
Operatrice sociale e mediatore culturale di MEDU svolgono attività di orientamento socio-sanitario in Via Marsala, Stazione Termini. (Foto Odino Vignali)



Grafico 11. Popolazione beneficiaria (N=153) suddivisa per status giuridico, Stazione Termini



Via Marsala, una delle strade che delimitano la stazione Termini dove trovano riparo molte persone senza dimora. (Foto Odino Vignali)



LA TESTIMONIANZA DI J.

“

Ho 34 anni, vengo dalla Costa d'Avorio e sono arrivato in Italia nel luglio 2009. Dopo qualche tempo che vivevo in Italia, dei connazionali mi hanno consigliato di andare a cercare lavoro al sud, vicino a Foggia, dove mi hanno detto che avrei trovato facilmente un impiego nella raccolta dei pomodori. Ho fatto richiesta di asilo ed ho ottenuto una protezione umanitaria di 2 anni. Il mio permesso di soggiorno però ora è scaduto. Sono venuto a Roma, da due o tre mesi, sono stato fermato più volte dalla polizia per dei controlli. Una di queste volte mi hanno portato in Questura, dove ho avuto un altro appuntamento per rinnovare il documento, anche se con il decreto Salvini la protezione umanitaria non esiste più e sarà difficile ottenere il rinnovo. Vivo per strada perché non ho un lavoro, se non saltuario, non ho documenti e non so dove andare. Mi sento perso.

”

LA TESTIMONIANZA DI F.

“

Sono partito nel 2013 dal mio paese, il Mali. Ho attraversato il Niger, il Burkina Faso e sono arrivato in Libia, dove per due mesi sono rimasto rinchiuso in un centro di detenzione. Ho pagato ai trafficanti 700 euro per salire su una barca che mi ha portato in Europa. In Libia ho visto morire molte persone nel centro dove ero detenuto. Sono arrivato in Italia nel 2014, a Siracusa, in Sicilia, e poi sono stato trasferito in un centro di accoglienza nelle Marche, dove ho ottenuto un permesso di soggiorno per protezione sussidiaria. Poco dopo ho dovuto lasciare il centro e sono venuto a Roma. Da allora vivo per strada e ogni tanto mi ospitano dei connazionali. Sono anni che vivo così, purtroppo non ho un lavoro e per questo non posso pagarmi una stanza in affitto. Ora sto facendo un corso di panificazione, grazie al sostegno di un'associazione che mi ha parlato di questa opportunità, spero che questo mi aiuti a trovare un lavoro. Nonostante sia qui ormai da sette anni e mi trovi bene in Italia, è molto difficile integrarsi, anche se si parla bene l'Italiano. Se non hai un lavoro o una casa è molto dura.

”

• L'area Tiburtina / Verano

A ridosso della stazione Tiburtina, in un'area isolata e distante dalle abitazioni, è presente un piazzale che per circa tre anni, fino al luglio 2021, ha rappresentato un rifugio di fortuna per molte persone migranti con o senza titolo di soggiorno, titolari di protezione internazionale, richiedenti asilo e persone in transito verso altri Paesi europei.

Presso Piazzale Spadolini, un presidio permanente di volontari dell'associazione Baobab Experience, con il supporto di altre associazioni e singoli cittadini, ha distribuito cibo, indumenti e beni di prima necessità, oltre a fornire informazioni e orientamento di tipo legale e sociale fino al momento dell'ultimo sgombero, avvenuto nel mese di luglio 2021.

La storia di questo insediamento va fatta risalire ad almeno 7 anni fa, quando lo sgombero di uno storico insediamento precario - la baraccopoli situata nei pressi della Metro Ponte Mammolo, popolata da un centinaio di rifugiati eritrei - e l'arrivo dei primi grandi flussi di persone migranti in transito a Roma - circa 50.000 solo nel 2015²⁵ - hanno prodotto una situazione emergenziale, con un enorme numero di persone che si sono riversate in strada nell'area del Verano. Inizialmente un nutrito gruppo di volontari ha utilizzato i locali del centro di accoglienza Baobab, in quel momento inutilizzati a causa del fallimento della cooperativa sociale che lo gestiva, per accogliere e far fronte ai bisogni primari dei migranti. La struttura è diventata in breve un centro di accoglienza auto-gestito, un punto di riferimento fondamentale per i migranti in transito, arrivando ad ospitare e a distribuire pasti anche a 900 persone al giorno. Da giugno 2015 a settembre 2016 (data dello sgombero definitivo

del centro) sono stati 53 mila i migranti accolti presso il Baobab, di cui il 95% transittanti²⁶. In seguito allo sgombero del centro di Via Cupa si è assistito al sorgere e alla successiva rimozione di numerosi insediamenti spontanei nella stessa area o in zone limitrofe alla Stazione Tiburtina, tra cui quello sorto nella primavera del 2017 in un piazzale in disuso per bus turistici. La tendopoli sorta sul Piazzale - rinominato dai volontari dell'associazione Baobab "Piazzale Maslax", in memoria di un ragazzo somalo di 19 anni che si è tolto la vita - è stata anch'essa sgomberata dopo circa un anno e mezzo, a novembre 2018, ma a pochi passi, sul retro della stazione Tiburtina, si è assistito al sorgere di un nuovo insediamento, che ha ospitato dalle 60 alle 120 persone al giorno, fino allo scorso luglio 2021, quando è stato sgomberato in modo definitivo. Le persone che trovavano riparo durante la notte sistemando cartoni e coperte sotto il porticato della Stazione Tiburtina, sono state quindi costrette ad abbandonare definitivamente l'area.

Dei 268 pazienti assistiti a Tiburtina/ Verano (per un totale di 403 visite mediche effettuate) la quasi totalità era costituita da uomini (99%) e solo una minima parte (1%) da donne. Quasi la metà delle persone assistite aveva tra i 18 ed i 30 anni (48%), il 32% tra i 30 ed i 50 anni, il 16 % era costituito da minori ed il restante 4% aveva oltre i 50 anni (grafico 12). Per quanto riguarda le aree di provenienza, il 51% proveniva da paesi dell'Africa Sub-Sahariana Orientale (Eritrea, Etiopia, Somalia e Sudan), il 23% dall'Africa Sub-Sahariana Occidentale (Burkina Faso, Costa D'Avorio, Ciad, Gambia, Mali, Niger, Nigeria, Camerun, Guinea, Senegal), il 12% da paesi dell'Asia e del Medio Oriente (Af-

²⁵ Dal sito dell'Associazione Baobab Experience, Presidi, 2015-2020 Baobab Experience - Cronistoria <https://baobabexperience.org/presidi/>

²⁶ Ibidem

La presenza cospicua di persone in transito provenienti dal Corno d’Africa, tra cui molti minori non accompagnati e persone con specifiche vulnerabilità è una caratteristica dell’insediamento di Tiburtina.

Operatori della clinica mobile di MEDU svolgono attività di orientamento socio-sanitario e legale a Piazzale Spadolini. (Foto Odino Vignali)



ghanistan, India, Pakistan, Iran e Palestina), il 10% dal Nord Africa (Egitto, Libia e Tunisia), e il 4% da Paesi europei (grafico 13). In relazione alla situazione giuridica, nel 60% dei casi si trattava di persone irregolari, di cui il 43% in transito verso altri paesi europei. Il 7% degli assistiti deteneva invece lo status di rifugiato, il 12% era titolare di protezione sussidiaria, il 2% della protezione speciale, il 10% era richiedente asilo, l'8% delle persone era in possesso di altre tipologie di permesso o di origine comunitaria, mentre il restante 1% non ha dichiarato (grafico 14).

La presenza cospicua (circa la metà degli assistiti) di persone in transito provenienti dal Corno d'Africa, soprattutto dall'Eritrea e dal Sudan, tra cui molti minori non accompagnati e persone con specifiche vulnerabilità ha rappresentato fin dall'inizio una caratteristica specifica dell'insediamento. Tra le cause che spingono i migranti a non fermarsi in Italia, quelle riferite più frequentemente sono state la presenza di parenti, amici o conoscenti in altri Paesi e la convinzione di poter accedere a maggiori opportunità lavorative e di integrazione, in Paesi quali l'Inghilterra, la Germania, la Francia e la Svezia.

Fattori riferiti quali la difficoltà di accedere ad alternative legali per raggiungere i paesi desiderati e la carenza di informazioni utili per fare delle scelte più consapevoli sul personale progetto migratorio, fanno sì che persone migranti e rifugiate decidano di proseguire il loro viaggio verso altri paesi europei, spesso senza conoscere adeguatamente i rischi in cui incorrono, quali la tratta e il grave sfruttamento, quello di essere rimandati in Italia in applicazione del Regolamento Dublino III o le ulteriori difficoltà e pericoli del prosieguo del viaggio. Un'attività informativa e di orientamento più sistematica e capillare sia nei Paesi di origine che nelle prime fasi della permanenza in Italia permetterebbe alle persone in transito di valutare in modo più attento i rischi del viaggio, i limiti imposti dalle normative nazionale ed europea, le possibili alternative legali per raggiungere altri Paesi europei, con la conseguenza, forse, di rendere più consapevoli le scelte e meno drammatiche le condizioni di viaggio.

Oltre alle persone in transito, come accennato in precedenza, nell'insediamento erano presenti anche molte persone titolari di protezione internazionale stabilmente soggiornanti

Una veduta dell'insediamento informale di Piazzale Spadolini prima dello sgombero avvenuto nel mese di luglio 2021. (Foto Odino Vignali)



in Italia, che spesso avevano già usufruito dell'accoglienza in centri SPRAR, ora SAI.

Il team ha rilevato sia tra le persone in transito che tra le persone stabilmente presenti un considerevole numero di persone con bisogni specifici. Circa il 28% del totale dei pazienti visitati infatti presentava una delle seguenti vulnerabilità: vittime di tortura e trattamenti inumani e degradanti che riportavano segni fisici e psichici delle violenze subite (63%), minori non accompagnati (circa il 18% del totale), persone con importanti problemi di salute (13%), donne in stato di gravidanza (1%).

Tra le PoC, con molta frequenza sono stati riscontrati sintomi di disagio psichico, con l'elevato rischio di un aggravarsi delle condizioni di salute mentale in considerazione della precarietà delle condizioni di vita e della difficoltà di effettuare una presa in carico medico-psicologica tempestiva. Il disagio psichico viene infatti acuito dalle condizioni di vita, fino a condurre a situazioni di acuzie, che necessitano di ricovero nei reparti SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) degli ospedali, come è accaduto a 5 pazienti assistiti da MEDU nel 2021. Le persone con di-

sturbi gravi non adeguatamente prese in carico, finiscono con l'alternare fasi di ricovero ospedaliero con periodi di vita in strada, stante la carenza di risorse e di competenze specifiche all'interno dei servizi di salute mentale territoriali e il numero estremamente esiguo di posti in centri di accoglienza dedicati a persone con vulnerabilità psichiche²⁷.

Alle criticità già descritte si è aggiunta la totale assenza – per circa un anno e mezzo, fino alla riapertura avvenuta a luglio 2021 – di strutture di accoglienza per i minori non accompagnati in transito, che prima dell'inizio della pandemia venivano accolti presso un centro dedicato di cure primarie e accoglienza gestito dall'organizzazione Intersos. La chiusura del centro durante la pandemia ha avuto evidenti conseguenze sul piano della protezione. Inoltre, i repentini e continui sgomberi senza soluzioni alternative di accoglienza, hanno contribuito al peggioramento delle condizioni di vita delle persone migranti, richiedenti asilo e rifugiate che si sono viste costrette a spostarsi e a disperdersi in luoghi ancor più isolati e invisibili.

²⁷ Si pensi che su tutto il territorio nazionale i posti nel sistema di accoglienza SAI dedicati a persone fragili - con disagio mentale e disabilità- sono 797 e nel Lazio solamente 38. Dal sito Rete SAI-Sistema di Accoglienza e Integrazione-Ministero dell'Interno. I numeri del SAI, settembre 2021. <https://www.retesai.it/i-numeri-dello-sprar/>

Piazzale Spadolini dopo lo sgombero avvenuto nel mese di luglio 2021. (Foto Odino Vignali)



Grafico 12. Popolazione beneficiaria (N=268) per fasce d'età, Stazione Tiburtina - Verano

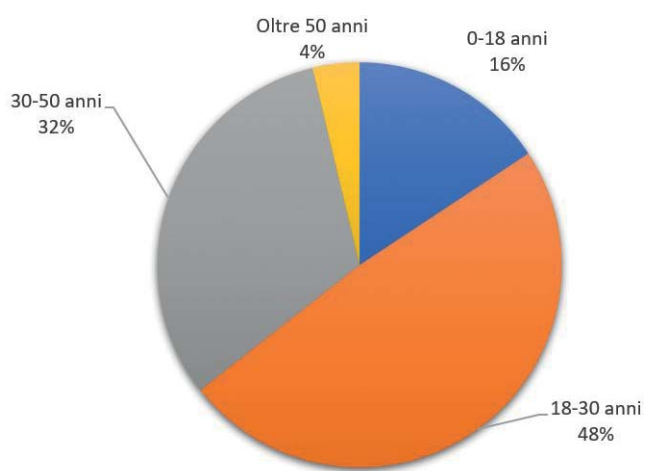
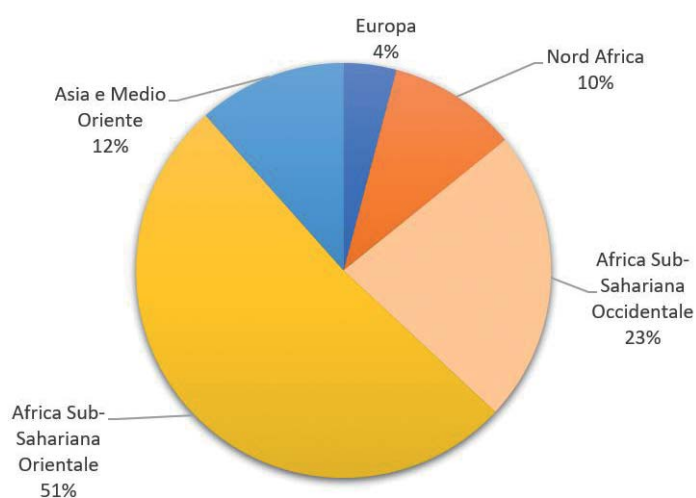


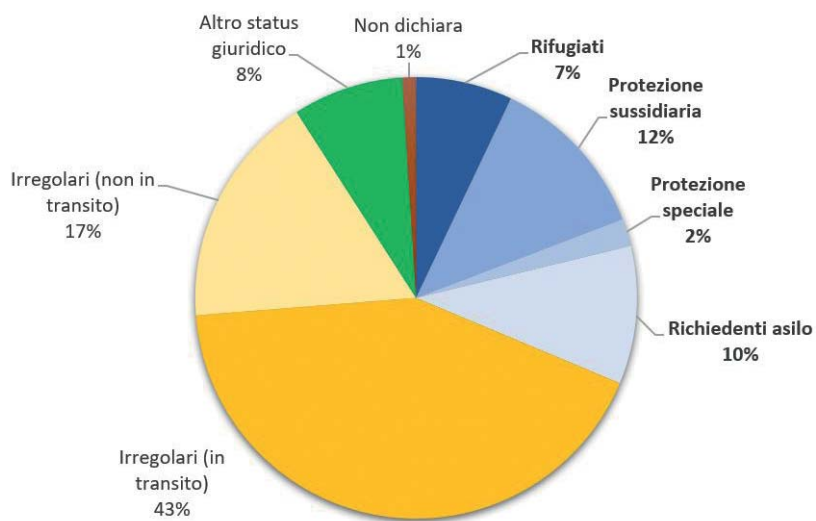
Grafico 13. Popolazione beneficiaria (N=268) per aree di provenienza geografica, Stazione Tiburtina - Verano



Operatori di MEDU svolgono attività di orientamento socio-sanitario presso l'insediamento informale di Piazzale Spadolini, Stazione Tiburtina (Foto Odino Vignali)



Grafico 14. Popolazione beneficiaria (N=268) suddivisa per status giuridico, Stazione Tiburtina - Verano



Insediamento informale di Piazzale Spadolini, Stazione Tiburtina. (Foto Odino Vignali)



LA TESTIMONIANZA DI M.

“

Vengo dall'Eritrea, ho 17 anni e a soli 13 sono partito da solo dal mio paese. Dopo aver vissuto per 4 anni in un campo profughi in Etiopia, sono ripartito, passando per il Sudan, dove sono stato rapito da un gruppo di trafficanti che mi ha portato in Libia. Sono stato rinchiuso in un centro di detenzione vicino Cufra, al confine tra Sudan e Libia. Per 5 mesi ho subito violenze e torture, avevamo a disposizione pochissima acqua e cibo durante il giorno, mi picchiavano spesso per estorcermi del denaro. Appena ti portano nel centro di detenzione, i trafficanti ti dicono che hai 15 giorni di tempo per pagare, dopodiché iniziano a torturarti. Mi picchiavano con un bastone anche mentre ero al telefono con la mia famiglia per chiedere che mi mandassero i soldi. Dopo aver pagato mi hanno trasferito in un altro centro a Zawiya, vicino Tripoli, dove sono rimasto un altro mese, poi ci hanno fatto imbarcare e mi sono salvato arrivando in Italia. Il mio viaggio non è ancora finito, perché non voglio rimanere in Italia, mi dicono che è difficile trovare una casa e un lavoro. Voglio arrivare in Inghilterra, dove vive mio zio.

”

LA TESTIMONIANZA DI Y.



Ho 15 anni, sono arrivata in Italia da meno di un mese, a fine giugno 2021. Vengo dall'Eritrea, ma ho vissuto in un campo profughi Sudan fin da quando ero bambina, con mia madre e la mia sorella maggiore. Ho iniziato il viaggio per arrivare in Europa insieme a mia sorella. Insieme abbiamo attraversato la Libia, passando da un gruppo di trafficanti ad un altro e così, in uno di questi passaggi, io e mia sorella siamo state separate e io sono stata rinchiusa per alcuni mesi in due diversi centri di detenzione, il primo al confine tra Sudan e Libia, il secondo vicino Tripoli, poco prima di imbarcarmi per l'Italia. Durante i mesi della detenzione in Libia, sono stata violentata molte volte e solo dopo aver pagato più volte i trafficanti, mi hanno fatto salire su una barca con altri 70/80 migranti di diverse nazionalità e sono arrivata in Italia. Io però non voglio restare qui, voglio arrivare in Inghilterra per raggiungere mio fratello, per questo ho lasciato il centro dove mi hanno accolto in Sicilia e sono venuta a Roma²⁸.



²⁸ Durante una serata estiva a Piazzale Spadolini dove la clinica mobile svolge attività sanitaria e di orientamento, Y. si avvicina per una richiesta di aiuto al team di MEDU. Qualche giorno dopo viene accompagnata ad un consultorio per effettuare una visita ginecologica, in presenza di una mediatrice culturale, una psicologa e un'ostetrica, e scopre di essere incinta da 3 mesi. Y. manifesta la ferma volontà di interrompere quella gravidanza, frutto delle orribili violenze subite. Dopo alcuni colloqui, si convince ad entrare nel circuito di accoglienza e protezione per minori stranieri non accompagnati. Il percorso per l'interruzione di gravidanza è però lungo e tortuoso, a causa dei lunghi tempi burocratici per la nomina di un tutore e il rimpallo di responsabilità tra i vari soggetti titolari della protezione della minore. Il giudice tutelare, l'assistente sociale del Municipio, temporanea tutrice della minore, il responsabile del centro, non si assumono la responsabilità di autorizzare al percorso di IVG e solo in seguito alla nomina della tutrice ufficiale che condivide e autorizza il percorso scelto dalla minore, è possibile finalmente procedere. Nel frattempo le settimane passano, un tempo che in casi come questi fa la differenza. Y. viene sottoposta ad IVG solo una settimana prima del limite massimo consentito dalla legge, un aborto terapeutico con le ulteriori conseguenze psicologiche di un trauma che si aggiunge al precedente dovuto alle violenze a cui è sopravvissuta.

Condizioni di salute e accesso alle cure

Le condizioni di salute della popolazione degli insediamenti precari assistita dal team della clinica mobile sono influenzate in modo determinante dalla precarietà delle condizioni di vita. Inoltre, le barriere linguistiche e culturali, l'isolamento, l'esclusione sociale, la mancanza di informazioni e gli impedimenti burocratici – primo tra tutti la già menzionata difficoltà ad ottenere l'iscrizione anagrafica²⁹ – impediscono di fatto un corretto e diffuso utilizzo dei servizi di salute.

In relazione all'integrazione sanitaria, infatti, è emerso come nonostante quasi il 70% del totale dei pazienti assistiti dalla clinica mobile fosse iscritto al SSN, meno del 30% ricorreva al Medico di Medicina Generale (MMG) e ai servizi sanitari di base (consultori, screening e progetti di prevenzione) in caso di bisogno. Se si delimita il campo di indagine alle PoC assistite, tra i richiedenti asilo e i rifugiati la percentuale degli iscritti al SSN è del 71% di cui solo il 25% ricorreva abitualmente al medico di base. Tenendo conto del consistente numero di persone con vulnerabilità socio-sanitarie tra le PoC, il dato relativo alla mancata integrazione sanitaria appare preoccupante. L'accesso alle cure molto spesso si riduce al ricorso al pronto soccorso in caso di emergenze, mentre la medicina del territorio viene scarsamente utilizzata, oltre che a causa delle difficoltà sopra riportate, anche perché la salute viene percepita spesso come secondaria rispetto alle tante problematiche quotidiane e viene presa in considerazione solo in presenza di patologie gravi o dai sintomi invalidanti, con evidenti conseguenze sullo stato di salute. Va inoltre considerato che le persone in transito (24% del totale degli assistiti) non hanno diritto ad alcuna forma di accoglienza istituzionale e non possono iscri-

versi al SSN. Nonostante sia prevista anche per loro, come per tutte le persone migranti prive di titolo di soggiorno, la possibilità di accedere alle cure urgenti ed essenziali per mezzo della tessera STP (Straniero Temporaneamente Presente), di fatto non usufruiscono di gran parte dei servizi sanitari per mancanza di informazioni e per brevità del tempo di permanenza a Roma.

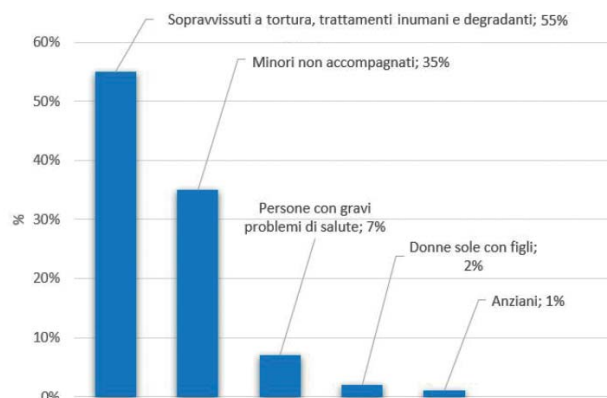
Un dato che accomuna tutti gli insediamenti precari in cui opera MEDU è l'elevata percentuale, in particolare tra le PoC, di persone con specifiche vulnerabilità. Esse costituiscono infatti il 55% delle PoC assistite (incluso anche le persone in transito, intenzionate a chiedere asilo in altri Paesi europei). In particolare, il 55% è sopravvissuto a torture trattamenti inumani e degradanti, il 35% è costituito da minori stranieri non accompagnati, il 7% da persone con gravi problemi di salute, l'1% da anziani, e un ulteriore 2% da donne sole con figli (1 su 11 PoC di sesso femminile incontrate in totale) (grafico 15). Il dato delle vulnerabilità è probabilmente sottostimato, in quanto non sempre le caratteristiche dell'intervento e il setting della clinica mobile favoriscono la loro emersione. Una stima accurata richiederebbe infatti un luogo protetto e un tempo adeguato.

Per quanto riguarda le patologie riscontrate tra i pazienti assistiti, si sono osservate prevalenze differenti a seconda che si trattasse di persone in transito o presenti sul territorio in maniera stabile.

Nel gruppo delle persone migranti in transito, le affezioni maggiormente riscontrate sono state quelle della cute e annessi cutanei (nel 29% dei casi), di cui il 63% consisteva in acariasi quali scabbia, dovute alle condizioni di viaggio e alle scarse condizioni igienico-sani-

Grafico 15.

PoC (N=305) suddivisi per tipologia di vulnerabilità



tarie nonché alle situazioni di promiscuità in cui le persone si trovano costrette a vivere durante il transito. Il 14% ha richiesto assistenza per traumatismi, anch'essi legati alle difficili condizioni di viaggio. Circa il 12% ha presentato affezioni dell'apparato respiratorio spesso associate a debilitazione fisica. Nel 9% dei casi si sono osservate affezioni all'apparato digerente in cui le sintomatologie più frequenti erano l'epigastralgia e/o la stipsi. Tali sintomatologie verosimilmente possono essere associate sia alle condizioni di vita dei transitanti durante il viaggio sia ad una dieta povera ed inadeguata in quel periodo. I disturbi psichici sono stati rilevati solo nel 3% dei casi, ma è pur vero che in circa il 39% delle persone assistite, pur non essendo state riscontrate patologie conclamate, è stata rilevata una sintomatologia aspecifica spesso connessa a sintomi psicosomatici. È verosimile infatti che alcune sintomatologie a carico di altri organi riferite dai pazienti possano in realtà essere somatizzazioni suggestive di un disturbo da stress post-traumatico o di altri disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.

Nel gruppo delle persone stabilmente presenti in Italia, invece, le patologie maggiormente rilevate riguardavano sia l'apparato gastroenterico (15%) sia quello osteo-articolare (13%). Rispetto alle patologie dell'apparato digerente, in molti casi si è trattato di malattie croniche che hanno un substrato infettivo (es: substrato batterico nel caso di gastro-esofagiti da *Helicobacter Pylori*) e che non sono state trattate nel tempo, cronicizzandosi o con una valenza spesso psico-somatica. Rispetto alle patologie osteo-articolari, molte di quelle riscontrate sono verosimilmente correlabili alle difficili condizioni di vita in cui vivono le persone per anni o a sequele di precedenti traumatismi non trattati in maniera adeguata. Le patologie re-

lative al sistema respiratorio hanno interessato l'11% della popolazione stabile assistita e consistevano soprattutto in infezioni respiratorie acute o affezioni su base allergica. Probabilmente il dato è sottostimato, in quanto è possibile supporre che in alcuni casi, per timore di essere costrette all'isolamento per sintomatologia imputabile a Covid-19, le persone con sintomi respiratori non si siano rivolte ai clinici. Il 10% ha riportato in visita traumatismi di varia natura spesso conseguenza di atti violenti e aggressioni subite in strada. L'8% ha presentato delle affezioni a livello del sistema nervoso che nella maggior parte dei casi riguardavano o forme di epilessia o di radicolopatia. Si trattava spesso di patologie già diagnosticate ma non prese in carico dal SSN o per scarsa compliance del paziente con il trattamento o per difficoltà nel reperire il farmaco. Il 6% della popolazione presentava problematiche di tipo oculovisivo mentre il 4% problematiche dell'apparato urinario, dell'apparato dentale o di quello cardio-vascolare.

Globalmente i dati raccolti confermano la presenza di quadri morbosi strettamente correlati alle precarie condizioni di vita o da esse aggravati e cronicizzati.

Per favorire l'accesso alle cure il team di MEDU ha svolto una continua attività informativa e di orientamento/accompagnamento per l'utilizzo dei servizi, supportando la popolazione degli insediamenti precari nelle pratiche burocratiche per il rilascio/rinnovo della tessera sanitaria e l'assegnazione del MMG, ma anche nella prenotazione di visite specialistiche e di accertamenti diagnostici. Tra le PoC, quindici pazienti che necessitavano di una presa in carico psicologica e psichiatrica, sono stati riferiti ai servizi di salute mentale del territorio e al Centro MEDU-Psyché.

Traumi psichici e intervento psicosociale

Come si evince dai dati fin qui riportati, tra i più allarmanti c'è sicuramente la presenza sistematica tra le persone assistite da MEDU di migranti e rifugiati sopravvissuti a violenze e torture subite nei paesi di origine o lungo la rotta migratoria verso l'Europa, in particolar modo durante il periodo di detenzione in Libia. Nonostante l'elevata – e sicuramente sottostimata – percentuale di persone sopravvissute ad eventi traumatici presente presso gli IS raggiunti da MEDU, le reali possibilità di effettuare una presa in carico medico-psicologica e psicosociale sono molto residuali. Nell'esperienza di MEDU, infatti, la precarietà delle condizioni di vita e le condizioni di isolamento rispetto al tessuto sociale, ostacolano l'avvio e la continuità dei percorsi di cura.

Le oltre 800 persone migranti e rifugiate assistite da MEDU in quasi 8 anni (dal 2014 a fine 2021) nell'ambito dei progetti di supporto medico e psicologico attivi in diverse Regioni – in particolare Lazio, Toscana, Sicilia – sono state riferite nella maggior parte dei casi da operatori e psicologi che provenivano, infatti, per la gran parte, da centri di accoglienza di grande dimensioni (CAS e SAI) mentre i

pochi casi presi in carico da insediamenti precari o dalla strada assai difficilmente erano in grado di aderire con continuità ai percorsi di cura. L'85% delle persone assistite ha riferito di aver subito in Libia torture e trattamenti inumani e degradanti e tra questi i 4/5 presentavano ancora segni fisici compatibili con le violenze riferite. Nello specifico, il 79% ha dichiarato di essere stato detenuto/sequestrato in luoghi sovraffollati ed in pessime condizioni igienico sanitarie, il 75% di aver subito costanti deprivazioni di cibo, acqua e cure mediche, il 65% gravi e ripetute percosse. Inoltre, un numero inferiore, ma comunque rilevante di persone ha subito stupri e oltraggi sessuali, ustioni provocate con gli strumenti più disparati, falaka (percosse alle piante dei piedi), scariche elettriche e torture da sospensione e posizioni stressanti (ammanettamento, posizione in piedi per un tempo prolungato, sospensione a testa in giù, ecc). Tutti i migranti e rifugiati detenuti hanno subito continue umiliazioni e in molti casi oltraggi religiosi e altre forme di trattamenti degradanti. Nove persone su dieci hanno dichiarato di aver visto qualcuno morire, essere ucciso o torturato. Alcune per-

Operatori socio-sanitari della clinica mobile di MEDU forniscono informazioni sanitarie alle persone che trovano riparo lungo i marciapiedi di Via Marsala, Stazione Termini. (Foto Odino Vignali)



La precarietà delle attuali condizioni di vita impedisce l'avvio di percorsi di cura per migranti e rifugiati sopravvissuti ad abusi e torture.

sono sopravvissute sono state costrette a torturare altre persone migranti per evitare di essere uccise. Numerosissime le testimonianze di persone costrette ai lavori forzati o a condizioni di schiavitù per mesi o anni. Questi dati, probabilmente addirittura sotto-stimati, rappresentano con ogni probabilità un quadro fedele delle violenze sistematiche a cui vengono sottoposti pressoché tutte le persone migranti e rifugiate che giungono dalla Libia nel nostro paese³⁰.

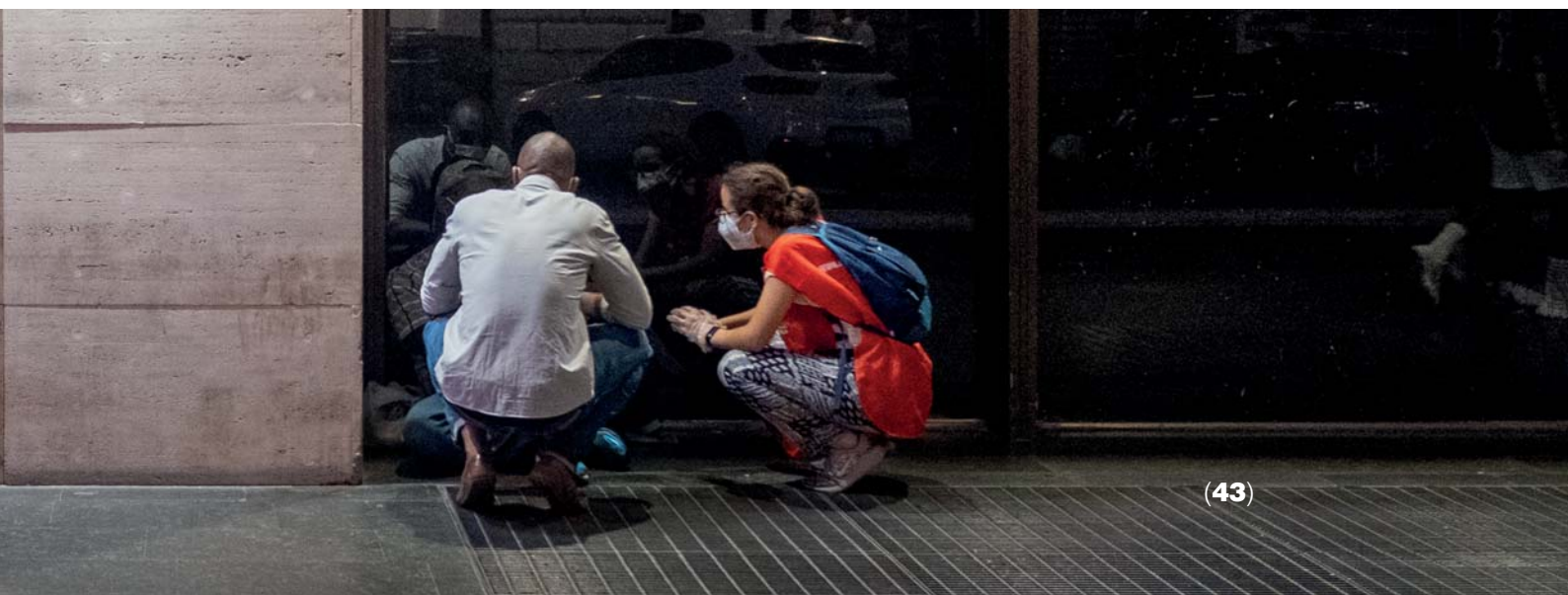
Oltre ai segni fisici vi sono poi, spesso più insidiose e invalidanti, le conseguenze psicologiche e psicopatologiche della violenza intenzionale. Tra i disturbi psichici più frequentemente rilevati dai medici e dagli psicologi di MEDU presso il centro Psyché, vi sono il Disturbo da stress post traumatico (PTSD) e altri disturbi correlati ad eventi traumatici ma anche disturbi depressivi, somatizzazioni legate al trauma, disturbi d'ansia e del sonno. Spesso questi disturbi ricevono meno attenzione delle malattie fisiche, vengono ignorati o diagnosticati in ritardo. Questo, oltre a com-

portare un peggioramento e una cronicizzazione del quadro clinico, rappresenta un formidabile ostacolo al processo di integrazione dei migranti forzati alimentando un circolo vizioso in cui il disturbo post-traumatico favorisce l'isolamento dell'individuo che a sua volta amplifica il disagio psichico³¹.

È necessario, pertanto, adottare misure che permettano di promuovere l'individuazione precoce delle persone sopravvissute a traumi estremi e la conseguente presa in carico specialistica, che deve tenere insieme la dimensione clinica (medico-psicologica) e quella psico-sociale, garantendo sempre la presenza di mediatori culturali con specifiche competenze. Di fondamentale importanza è poi investire in un sistema di accoglienza basato su realtà di piccole dimensioni, inserite nel tessuto sociale del territorio e dotate di servizi specifici volti all'individuazione della vulnerabilità e a favorire una reale inclusione per il beneficio delle persone accolte e di tutta la collettività.

³⁰ "La fabbrica della tortura. Rapporto sulle gravi violazioni dei diritti umani dei migranti e dei rifugiati in Libia (2014-2020)", MEDU, marzo 2020.

³¹ Per un approfondimento sul tema: Barbieri A, Visco-Comandini F, Alunni Fegatelli D, Dessì A, Cannella G, Stellacci A, Pirchio S. Patterns and predictors of PTSD in treatment-seeking African refugees and asylum seekers: A latent class analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2021 Jun;67(4):386-396. doi: 10.1177/0020764020959095. Epub 2020 Sep 22. PMID: 32962504; Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Geraci, S. (2012). Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. *Italian J Public Health*; 9:67-74; Chu, T., Keller, A.S., Rasmussen, A. (2012). Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *J Immigr Minor Health*; 15, 890-897.



L'impatto del Covid-19

La crisi sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha causato un peggioramento delle condizioni di vita delle persone che vivono presso gli insediamenti precari. Le condizioni igieniche e la promiscuità abitativa degli insediamenti informali – con spazi comuni, cucine e servizi igienici condivisi – hanno costituito un perdurante fattore di rischio per lo sviluppo di focolai più o meno estesi di Covid-19³². A ciò, si sono aggiunte le difficoltà legate all'accesso ai servizi.

In effetti, durante il periodo della pandemia e in particolare nei mesi del *lockdown* e delle chiusure del 2020, molti servizi ed uffici sono stati chiusi al pubblico o hanno ridotto gli orari di apertura, con inevitabili conseguenze per l'accesso ai diritti di questa fascia di popolazione che già in una situazione ordinaria incontra non poche difficoltà di accesso ai servizi fondamentali. Gli sportelli dell'Ufficio Immigrazione del Comune di Roma per la richiesta di accoglienza, ad esempio, sono ri-

³² I focolai rilevanti nelle occupazioni si sono sviluppati tutti nel corso del 2020: Santa Croce (settembre 2020), Collatina (ottobre 2020).

Medici e operatori della clinica mobile di MEDU presso lo stabile occupato in Via Collatina. (Foto Odino Vignali)



Con l'avvento della pandemia, diversi servizi aperti al pubblico hanno subito drastiche riduzioni, escludendo molte persone dalla possibilità di chiedere e ottenere un posto nel circuito dell'accoglienza.

masti chiusi per un anno e mezzo e hanno funzionato solo su appuntamento, escludendo di fatto una larga fetta di popolazione – quella non intercettata dalle associazioni che spesso fanno da tramite per le segnalazioni – dalla possibilità di chiedere e ottenere un posto nel circuito dell'accoglienza. La stessa Questura, in alcuni periodi della pandemia è stata aperta con orario parziale, rimandando di alcuni mesi gli appuntamenti per le procedure di rinnovo dei permessi di

soggiorno. Sebbene un decreto ministeriale poi convertito in legge (L. 87/2021 art.11) sia intervenuto a prorogare la validità dei documenti, le ricadute in termini di accesso ad alcuni diritti sono state evidenti. Il rinnovo dell'iscrizione al SSN per le persone in possesso di documenti scaduti non è stato possibile fin tanto che le autorità sanitarie locali, con alcuni mesi di ritardo, non hanno emesso delle circolari per prevedere una proroga della validità dell'iscrizione sanitaria³³.

³³ Nota dell'Unità di Crisi della Regione Lazio per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, Direzione regionale salute ed integrazione sociosanitaria del 28/06/2021 recante per oggetto: Assistenza sanitaria agli stranieri. Proroga della validità dell'iscrizione al SSR dei cittadini stranieri obbligatoriamente iscritti al SSR, dei richiedenti protezione internazionale e della validità dei tesserini STP/ENI. political violence. J Immigr Minor Health; 15, 890–897.



- **La prima fase della pandemia:**
le misure di screening e contenimento

Nei primi mesi della pandemia le istituzioni sanitarie non sembrano aver garantito un adeguato accesso alle misure di prevenzione, contenimento e screening per il Covid-19 alle persone in condizioni di precarietà abitativa e marginalità sociale. Nella città di Roma, nel periodo tra marzo a maggio 2020, le azioni di protezione nei confronti di queste popolazioni fragili sono state portate avanti dalle organizzazioni della società civile che già prestavano assistenza socio-sanitaria nei contesti di marginalità. Una situazione a cui si è cercato di porre rimedio nei mesi, consolidando e strutturando il lavoro di rete e avviando un'interlocuzione sistematica tra ASL e organizzazioni sanitarie del privato sociale. Tale collaborazione è stata sancita dalla stipula di specifici Protocolli di intesa. Il supporto delle organizzazioni del terzo settore si è in effetti rivelato cruciale per garantire il successo della strategia delle "tre T" pianificata dalle autorità sanitarie territoriali per raggiungere le cosiddette popolazioni hard-to-reach (occupazioni abitative, insediamenti informali): testare più persone possibile con i tamponi, tracciare tramite indagini epidemiologiche i contatti dei casi positivi per poi testarli ed eventualmente isolarli dalla comunità o trasferirli in alberghi sanitari e, infine, trattare i malati con l'assistenza ospedaliera o domiciliare coordinata. La presenza di team di specialisti con un'approfondita cono-

scenza delle caratteristiche dei contesti e della popolazione ha inoltre permesso di implementare una campagna informativa efficace rispetto alle misure da adottare (misure igienico sanitarie, distanziamento, gestione spazi comuni ecc.). Nello specifico, il team Covid di MEDU ha svolto le seguenti attività: screening sistematico (rilevazione della temperatura e di possibili sintomi Covid correlati) della popolazione presente negli insediamenti, segnalazione dei casi sospetti alle ASL per l'effettuazione in *outreach* dei tamponi ed eventuale isolamento o trasferimento in alberghi sanitari, indagine epidemiologica, contact tracing e follow up clinico dei pazienti positivi.

Fin dall'inizio della pandemia, inoltre, il team di MEDU ha individuato dei referenti riconosciuti dalle comunità all'interno degli insediamenti informali che hanno assunto il ruolo di focal point sanitari, con il compito di contattare i sanitari di MEDU in presenza di casi sospetti o accertati e di promuovere le misure di prevenzione e contenimento tra gli abitanti.

Durante le prime fasi della pandemia, le azioni di protezione nei confronti delle popolazioni degli insediamenti precari sono state portate avanti dalle organizzazioni della società civile che già prestavano assistenza socio-sanitaria nei contesi di marginalità.

Operatori e la clinica mobile di MEDU in Via Marsala, Stazione Termini. (Foto Odino Vignali)



• **La seconda fase della pandemia:** la campagna vaccinale

Le National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine hanno recentemente pubblicato il “Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine” (Framework)³⁴, dove vengono fornite raccomandazioni per una campagna vaccinale adeguata. Il documento contiene indicazioni importanti in merito alla campagna vaccinale a favore delle popolazioni più vulnerabili, tra cui rifugiati, migranti, senza dimora e apolidi. Il documento sottolinea tra l’altro che gli enti sanitari devono prendere in considerazione le differenze culturali per ridurre le ostilità nei confronti del vaccino. La mancanza di fiducia nei confronti delle istituzioni è una delle prime barriere all’accesso al vaccino da parte delle comunità di migranti. In questo senso, la collaborazione con le organizzazioni umanitarie che operano con continuità all’interno degli insediamenti informali e instaurano relazioni di fiducia con le popolazioni che vi dimorano è un elemento di cruciale importanza. Il Framework offre inoltre alcune indicazioni per ridurre le reticenze alla vaccinazione da parte delle popolazioni straniere: fornire informazioni riguardo al vaccino nella lingua madre e in un modo appropriato a ciascun contesto socio-culturale; coinvolgere i membri della comunità nella campagna informativa sul vaccino, stabilire una relazione di fiducia e collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e le figure di riferimento nelle comunità³⁵.

L’accesso alla campagna vaccinale da parte della popolazione degli insediamenti informali monitorati da MEDU ha incontrato non poche difficoltà. Le modalità di prenotazione attraverso i canali ordinari sono risultate poco accessibili per motivi quali la presenza di barriere linguistiche, le limitate conoscenze informatiche, la mancanza di informazioni. Ciò ha reso necessaria la presenza di un tramite – spesso rappresentato dagli operatori e dai volontari delle stesse associazioni – che supportasse i beneficiari nell’accesso effettivo al vaccino. Nei contesti ove è stato possibile (edificio di via Collatina), il team di MEDU ha effettuato un censimento delle persone con accesso prioritario alla vaccinazione (anziani e pazienti con severe patologie croniche) nei primi mesi della campagna vaccinale (febbraio-marzo 2021), supportando le stesse nelle procedure di prenotazione. La creazione di canali di accesso differenziati per la popolazione migrante senza permesso di soggiorno o con uno status giuridico incerto, ha poi causato un grande ritardo nell’accesso al vaccino da parte di queste persone, risultando oltremodo discriminatoria. Nel mese di giugno 2020, si sono moltiplicati gli appelli delle organizzazioni della società civile e del Tavolo Immigrazione e Salute (TIS)³⁶ alla Regione Lazio affinché fosse garantito un piano vaccinale mirato per le persone non in possesso di tessera sanitaria e per tutti gli esclusi a causa della mancanza di residenza e/o di documenti. Il 16 giugno, la Regione Lazio

³⁴ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Board on Health Sciences Policy; Committee on Equitable Allocation of Vaccine for the Novel Coronavirus. Framework for Equitable Allocation of COVID-19 Vaccine. Kahn B, Brown L, Foege W, Gayle H, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020 Oct 2. PMID: 33026758.

³⁵ A breve verrà pubblicato un articolo scientifico dal titolo “Access to COVID-19 vaccination during the pandemic in the informal settlements of Rome”, basato sui dati raccolti da MEDU

³⁶ Il Tavolo Immigrazione e Salute è stato istituito nel 2018, in seguito all’emanazione dei cosiddetti “Decreti Sicurezza”, con il fine di promuovere iniziative di advocacy sui temi del diritto alla salute e dell’accesso alle cure per migranti, richiedenti asilo e rifugiati. Da allora, la rete si è consolidata ed è stata formalizzata da 10 diverse organizzazioni (ASGI, Emergency, Centro Astalli, Intersos, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere, 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 e l’Istituto Superiore di Sanità (ISS).

La mancanza di fiducia nei confronti delle istituzioni è una delle prime barriere all'accesso al vaccino da parte delle comunità di migranti.

impegnava con una nota le Asl a vaccinare quanti non avessero una tessera sanitaria perché in condizioni di fragilità sociale. Di fatto, nella città di Roma, le autorità sanitarie hanno attivato interventi mirati e in modalità *outreach* presso queste popolazioni con notevole ritardo (giugno 2021), a distanza di almeno 6 mesi dall'inizio della campagna nazionale (gennaio 2021).

Questo ritardo della campagna vaccinale può essere rilevato anche dai dati raccolti da MEDU, a partire dal mese di giugno 2021, da cui emerge che la percentuale di persone vaccinate (almeno con prima dose) tra i pazienti raggiunti per la prima volta da MEDU negli insediamenti informali nel mese di giugno era del 4% a fronte di un dato nazionale di copertura vaccinale (almeno con prima dose) del 54%³⁷. Nel mese di novembre questo gap risultava solo parzialmente colmato, essendo il 64% le persone vaccinate (almeno con prima dose) tra i pazienti raggiunti per la prima volta da MEDU a fronte di una copertura vaccinale nazionale del 79%³⁸.

Se si analizzano più nel dettaglio i dati dei pazienti con primo accesso alla clinica mobile di MEDU prendendo in considerazione la variabile dello status giuridico, si può notare come la popolazione PoC (titolari di protezione internazionale, permessi speciali, richiedenti asilo) risulti quella con maggiore copertura vaccinale (57%) nel periodo giugno-novembre 2021 insieme alle persone con altri permessi di soggiorno (55%) rispetto ad una copertura nettamente inferiore per gli individui in condizione di irregolarità (20%), come evidenziato nel grafico 16. Analizzando l'evoluzione della copertura vaccinale su base mensile (pazienti con primo accesso

alla clinica mobile di MEDU) si può notare che solo nel mese di novembre la copertura vaccinale tra le persone in condizione di irregolarità ha registrato un evidente aumento, imputabile probabilmente anche ad un incremento delle attività di vaccinazioni in *outreach* delle ASL territoriali in collaborazione con le organizzazioni umanitarie (grafico 17).

Per quanto riguarda le condizioni alloggiative, i pazienti senza dimora presentavano una copertura vaccinale (34%) sensibilmente inferiore rispetto a quelli che vivevano in edifici occupati (48%; periodo giugno-novembre), probabilmente poiché questi ultimi presentano una maggiore stabilità in termini alloggiativi, legali o socio-sanitari e mantengono un rapporto di lungo periodo con il team di MEDU (grafico 18). Analizzando l'evoluzione temporale della copertura vaccinale, si nota un incremento della percentuale di vaccinati tra le persone senza dimora nei mesi di agosto e novembre, probabilmente anche in virtù di specifiche attività di vaccinazione in *outreach* delle ASL territoriali in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore (grafico 19).

Se si prende in considerazione poi il progetto migratorio ovvero la stabilità o la transitorietà della permanenza in Italia, si può notare come i migranti in transito presentino una copertura vaccinale estremamente bassa (5% nel periodo giugno-novembre) rispetto ai pazienti stabili (50%), come evidenziato nel grafico 20. Com'era del resto prevedibile, i migranti in transito risultano la popolazione più vulnerabile e allo stesso tempo più difficile da raggiungere la cui percentuale di vaccinati non è aumentata nel corso dei mesi se non nell'ultimo mese di novembre, anche qui forse in

³⁷ Dati del Ministero della Salute, 23 giugno 2021

³⁸ Dati del Ministero della Salute, 17 novembre 2021

conseguenza di una più capillare azione di vaccinazioni in *outreach*.

Venendo a considerazioni metodologiche, nel corso della campagna vaccinale, l'intervento del team di MEDU ha nelle linee essenziali rappresentato un'applicazione pratica delle raccomandazioni contenute nel Framework (si veda sopra). Dal punto di vista dell'informazione e della promozione della salute, a partire dal mese di maggio 2021, sono stati elaborati in collaborazione con la ASL Roma 2 e distribuiti presso gli insediamenti informali dei volantini informativi sulla campagna vaccinale anti Covid-19. Grazie alla collaborazione di diverse organizzazioni, tra le quali MEDU, Intersos, Caritas Roma, Medici del Mondo, Medici senza Frontiere, Sanità di Frontiera, questi volantini sono stati tradotti in 10 lingue diverse, e introdotti in una campagna informativa sul vaccino che fino a quel momento era stata pensata e realizzata in un'ottica esclusivamente mono-culturale. Inoltre, grazie alla collaborazione in rete dei team multidisciplinari di queste organizzazioni, sono state supportate le persone più fragili sia nella prenotazione che nella risoluzione di problemi burocratici che impedivano l'accesso al vaccino.

In base a valutazioni qualitative e quantitative, la nostra esperienza conferma l'efficacia di questo approccio nel promuovere l'accesso al vaccino presso la popolazione degli insediamenti precari. In effetti, se nel semestre preso in considerazione (giugno-novembre) il gap nella copertura vaccinale delle popolazioni prese in considerazione da questo report rispetto alla popolazione nazionale è andato a ridursi notevolmente, è ragionevole ritenere che ciò si sia verificato anche grazie alla continua azione di prossimità svolta dalle organizzazioni della società civile. Se si prende in esame il gruppo dei PoC, la copertura vaccinale dei pazienti della clinica mobile appartenenti a questo gruppo di popolazione nel mese di novembre è risultata essere in linea con il dato nazionale nello stesso periodo (grafici 21 e 22). Tra le PoC del campione di MEDU (prime visite e successive), i soggetti che avevano eseguito entrambe le dosi del vaccino erano il 70% (77% il dato na-

zionale), quelli con una sola dose il 16% (2% a livello nazionale) mentre coloro che non si erano vaccinati erano il 14% (21% a livello nazionale). Se dunque si rileva ancora un gap rispetto al completamento di entrambe le dosi dovuto essenzialmente al ritardo con cui la campagna vaccinale ha raggiunto con strategie ad hoc i gruppi vulnerabili di rifugiati e richiedenti asilo, purtuttavia è significativo che il numero dei non vaccinati tra i PoC sia addirittura inferiore al dato nazionale.

La prossimità e la continuità dell'intervento, la relazione di fiducia instaurata nel corso di anni di attività, il rafforzamento della collaborazione con altre associazioni e, in particolar modo, con le istituzioni sanitarie locali, una campagna informativa efficace e culturalmente sensibile, l'azione di advocacy istituzionale e di accompagnamento per rimuovere gli ostacoli burocratici nell'accesso al vaccino hanno rappresentato gli elementi chiave della strategia adottata, un'esperienza da non disperdere e alla quale attingere per la prevenzione e promozione della salute anche oltre l'emergenza.

Grafico 16. Percentuale vaccinati Covid-19 (almeno una dose) per status giuridico (giugno - novembre)

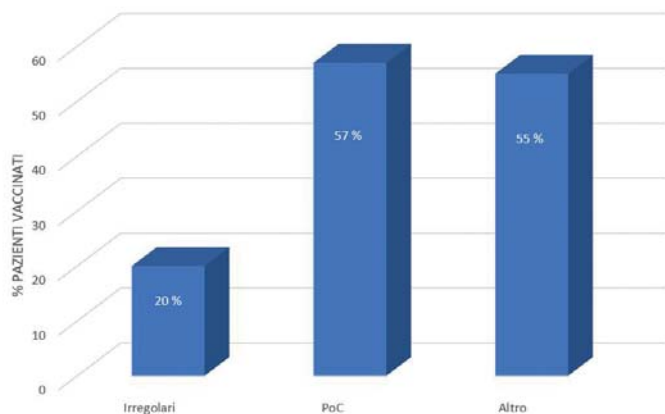


Grafico 17. Percentuale vaccinati Covid-19 (almeno una dose) per status giuridico da giugno a novembre

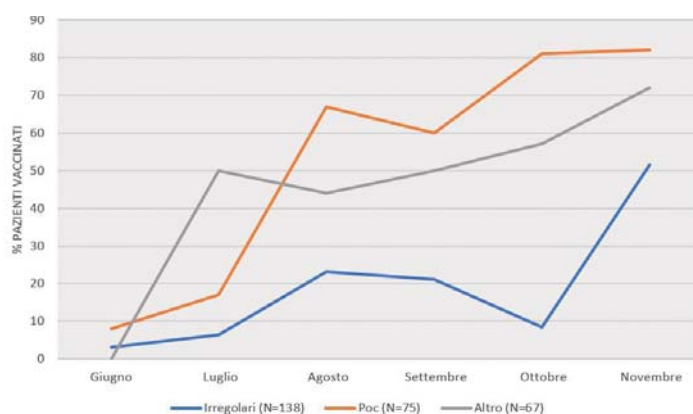


Grafico 18. Percentuale vaccinati Covid-19 (almeno una dose) per condizioni alloggiative (giugno - novembre)

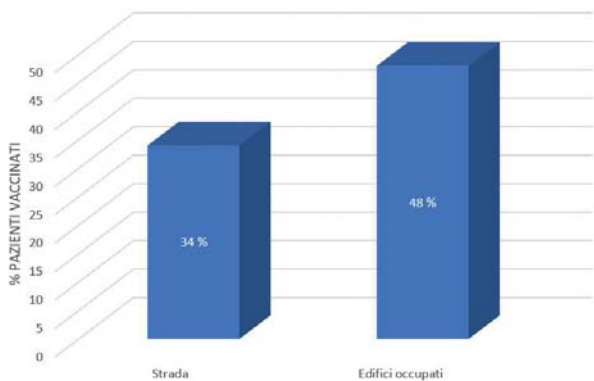


Grafico 19. Percentuale vaccinati Covid-19 (almeno una dose) per condizioni alloggiative da giugno a novembre

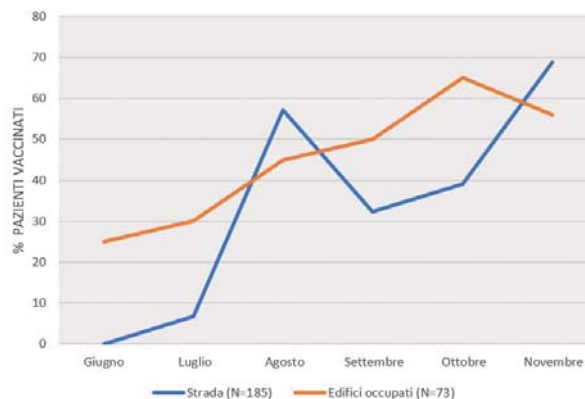


Grafico 20. Percentuale vaccinati Covid-19 (almeno una dose) transitori o stabili (giugno - novembre)

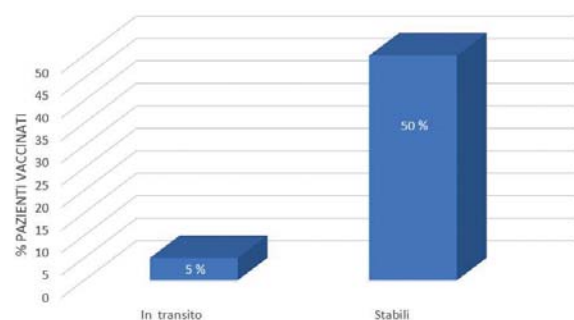


Grafico 21. Percentuale vaccinati tra i PoC (prime visite e successive; N=49) presso la clinica mobile MEDU (novembre)

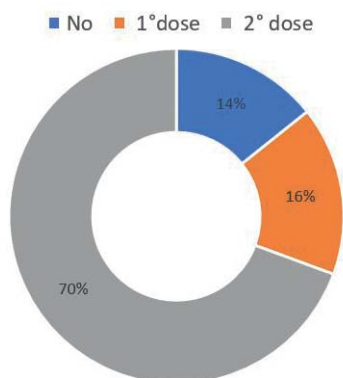
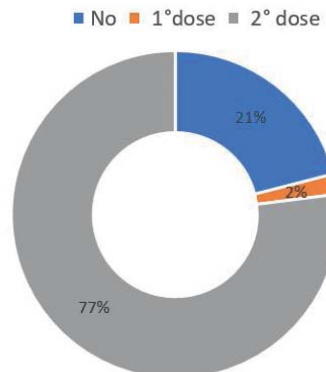


Grafico 22. Copertura vaccinale popolazione italiana (novembre). Fonte: Ministero della salute



Obiettivi raggiunti e buone prassi

La metodologia di lavoro adottata dalla clinica mobile di MEDU negli insediamenti informali ha permesso di ottenere importanti risultati in termini di tutela della salute dei gruppi di popolazione più vulnerabili e al contempo di far emergere e consolidare alcune buone prassi relative ai processi di promozione della salute e dell'inclusione sociale.

- In primo luogo, il consolidamento del lavoro di rete tra le associazioni e i servizi ha permesso di utilizzare un modello di una presa in carico integrata e multilivello, necessario per affrontare situazioni estremamente complesse.
- Inoltre, la collaborazione con gli attori istituzionali, soprattutto con le autorità sanitarie, è stata fortemente incrementata in conseguenza dell'emergenza da Covid-19, mettendo in luce l'efficacia di un approccio basato sulla sussidiarietà tra servizi pubblici e organizzazioni del terzo settore, nel quale il privato sociale mette a disposizione competenze specifiche, e le autorità sanitarie si impegnano nel coordinare i diversi attori al fine di garantire un miglior impatto degli interventi di salute pubblica. Tale metodologia si è dimostrata efficace per far fronte all'emergenza ma, se valorizzata e messa a sistema, può rappresentare una preziosa risorsa per promuovere la salute e l'equità nell'accesso alle cure anche in tempi ordinari.
- Per quanto riguarda l'individuazione delle persone con bisogni specifici, l'approccio di prossimità garantito dalla clinica mobile, la presenza di un team multidisciplinare formato da medici, psicologi, operatori sociali e mediatori culturali e la continuità dell'intervento hanno permesso di ottenere risultati soddisfacenti in termini di individuazione, presa in carico e/o referral ai servizi. È stato quindi possibile gestire i casi più complessi in modo tempestivo ed efficace, coordinando gli interventi con altri attori associativi e istituzionali. Di fondamentale importanza sono state poi le attività informative realizzate in maniera diffusa e capillare secondo un approccio culturalmente sensibile e con il coinvolgimento diretto delle comunità attraverso i focal point sanitari (referenti con funzioni di promotori di salute designati dalla comunità degli abitanti). Questi due fattori hanno contribuito ad accrescere la conoscenza dei diritti e delle procedure per l'accesso ai servizi, promuovendo l'integrazione sanitaria e al contempo l'empowerment dei singoli e delle comunità. Un esempio di successo in tal senso è stata l'attività informativa svolta per promuovere la campagna vaccinale all'interno degli insediamenti precari, che ha permesso di chiarire dubbi sull'utilità del vaccino e sulle procedure per accedervi.

Durante la pandemia, la stretta collaborazione tra i servizi sanitari pubblici e le organizzazioni della società civile ha permesso di migliorare l'accesso alle cure per le popolazioni lasciate ai margini. Essa rappresenta una buona pratica che non dovrà essere dispersa.

In relazione ai focal point sanitari individuati all'interno degli edifici occupati, essi hanno rappresentato un punto di riferimento stabile per la comunità, sia durante le fasi più critiche della pandemia che successivamente, nel periodo dedicato all'informazione e sensibilizzazione per la campagna vaccinale. Il coinvolgimento della comunità è un processo graduale e non privo di difficoltà, che richiede tempi lunghi a causa della complessità delle problematiche che le persone affrontano nel quotidiano e delle inevitabili divisioni interne, ma in molte circostanze, durante il periodo pandemico si sono instaurate delle prassi virtuose di auto-organizzazione, che hanno permesso di acquisire una consapevolezza diffusa sulle misure da adottare per l'isolamento dei casi positivi. Si è inoltre assistito ad una maggiore partecipazione a momenti formativi/informativi di comunità e una maggiore capacità di prendere decisioni condivise sull'utilizzo degli spazi, in particolare di quelli comuni.

La comunicazione costante con le comunità, il loro coinvolgimento attivo nella programmazione e implementazione delle attività di prevenzione e promozione della salute e dei diritti e la circolazione di informazioni comprensibili e fruibili sono degli elementi di fondamentale importanza per permettere un'adeguata tutela della salute e dei diritti fondamentali delle popolazioni *hard to reach*, promuovendone l'autonomia e il protagonismo nelle scelte che riguardano la vita individuale e collettiva. Le comunità, con il supporto delle organizzazioni umanitarie, sono state stimolate ad identificare le principali problematiche e i rischi più rilevanti all'interno dei contesti di appartenenza, ricercandone le cause e attivandosi per proporre delle soluzioni.

Conclusioni e Raccomandazioni

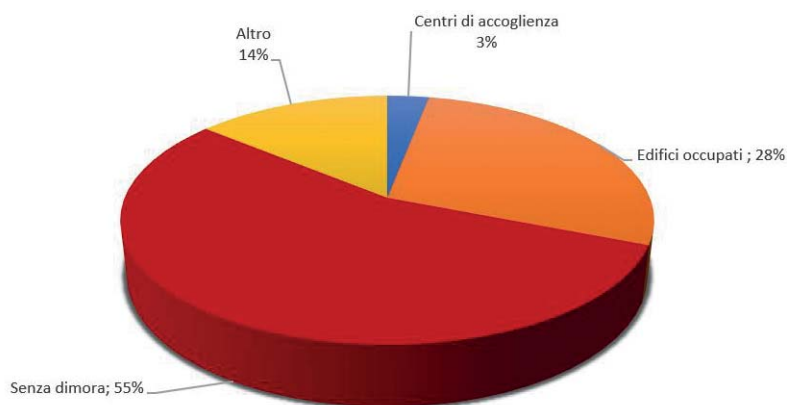
Le occupazioni abitative e gli insediamenti spontanei presentano le caratteristiche di veri e propri ghetti urbani, dove le popolazioni vivono quotidianamente una situazione di sostanziale esclusione dall'accesso ai diritti fondamentali e al tessuto sociale territoriale. Più che di popolazioni *difficili da raggiungere* (*hard to reach*) si potrebbe parlare a ragione di gruppi umani al margine, ovvero di coloro che troppo spesso sono *gli ultimi* ad essere raggiunti secondo le priorità dettate ai servizi sociali e sanitari. Questo ribaltamento semantico tra causa ed effetto è emerso con ancor maggiore drammaticità durante un periodo di emergenza sanitaria come quello della pandemia, accentuando il circolo vizioso tra esclusione e marginalità.

Le principali criticità rilevate negli undici mesi di intervento presi in considerazione dal presente report possono essere così sintetizzate:

- Presenza, presso gli insediamenti informali raggiunti da MEDU, di un'elevata percentuale di richiedenti asilo e rifugiati che vivono in condizioni di isolamento e marginalità sociale. Il 55% di essi si trova a vivere in strada, in contesti estremamente precari, quali la stazione Termini e l'area Tiburtina/Verano, il restante 28% in edifici occupati (grafico 23);
- Elevata percentuale, tra i richiedenti asilo e rifugiati, di persone con bisogni specifici non adeguatamente prese in carico dai servizi, in particolare persone con problemi di salute e disagio psichico, anziani, persone sopravvissute a tortura e trattamenti inumani e degradanti, minori non accompagnati;
- Ostacoli nell'accesso ai diritti fondamentali, tra cui l'iscrizione anagrafica, l'iscrizione al SSN, l'accesso ai servizi sociali e alle misure di sostegno al reddito, l'accesso ad un'abitazione dignitosa;
- Scarsa integrazione sanitaria della popolazione assistita, con oltre la metà dei pazienti non iscritta al SSN (35% tra le PoC) e impossibilitata ad accedere ai servizi e alle misure di prevenzione e tutela della salute anche nei mesi di picco della pandemia;
- Ritardo, da parte delle istituzioni sanitarie, nella programmazione e implementazione delle misure di screening e contenimento del Covid-19 e nell'avvio della campagna vaccinale presso le popolazioni *hard to reach*;
- Come già menzionato sopra, si rileva un approccio emergenziale all'accoglienza con la prevalenza del sistema di accoglienza straordinario sul Sistema di Accoglienza e Integrazione atto a favorire l'inclusione socio-abitativa e lavorativa e l'accesso ai diritti.

Grafico 23.

PoC (richiedenti asilo, titolari di permesso speciale/umanitario o di protezione sussidiaria, rifugiati; N=176) suddivisi per condizione alloggiativa



A fronte delle criticità descritte, MEDU formula alcune raccomandazioni con l'intento di promuovere migliori condizioni di salute psico-fisica e di benessere integrale delle persone che vivono presso gli insediamenti informali descritti.

Al Governo

- Incentivare il passaggio ad un sistema di accoglienza sul modello del SAI, basato su realtà di piccole dimensioni, inserite nel tessuto sociale del territorio, potenziando l'offerta di servizi specifici volti all'individuazione della vulnerabilità e a promuovere l'autonomia abitativa, lavorativa e l'inclusione sociale.
- Proseguire e potenziare i servizi di informativa socio-legale a migranti e rifugiati quali misure di prevenzione al fenomeno degli *onward movements*.
- Promuovere la *governance* ed un più efficiente sistema di gestione dei casi vulnerabili o con necessità specifiche a livello nazionale e a cascata a livello regionale e locale.
- Sostenere un dialogo con rappresentanti delle comunità *hard to reach* per la partecipazione effettiva di questa popolazione ai piani nazionali di accoglienza ed integrazione.
- Uniformare e promuovere a livello nazionale l'accesso alla vaccinazione per la popolazione *hard to reach* prendendo spunto dalle buone prassi sviluppate nel territorio romano.

Al Comune di Roma e alla Prefettura

- Evitare sgomberi forzati degli insediamenti informali in assenza di concrete misure di accoglienza alternative e di tutele minime, in particolare per le persone con fragilità e bisogni speciali.
- Predisporre strutture a bassa soglia e dotate di servizi di base per l'accoglienza temporanea delle persone in transito, tra le quali è presente un numero consistente di minori non accompagnati.
- Prevedere attività di *outreach* nei principali luoghi di transito dei migranti, al fine di fornire informazioni sui servizi a bassa soglia esistenti, sull'accesso alla protezione in Italia, la normativa vigente, i rischi del viaggio e le alternative legali per raggiungere altri Paesi europei.
- Garantire l'accesso effettivo alle informazioni da parte delle persone che vivono presso gli IS attraverso la programmazione e l'implementazione di campagne informative periodiche, con materiali multilingue

e il supporto di mediatori culturali, su temi quali la prevenzione, l'accesso ai servizi sanitari e sociali, l'accesso alla protezione internazionale e ai diritti fondamentali.

- Ridurre le barriere burocratiche e amministrative che ostacolano l'effettività dei diritti, in primo luogo permettendo alle persone senza dimora o che vivono in insediamenti informali di effettuare l'iscrizione anagrafica e di ottenere in tempi celeri la "residenza fittizia" presso i diversi Municipi del territorio.

Alle Autorità Sanitarie

- Potenziare i servizi sanitari territoriali di prossimità, in particolare nelle zone della città ad alta intensità abitativa e a rischio di maggiore isolamento, dove è maggiore il numero di insediamenti precari e di persone a rischio di esclusione socio-sanitaria.
- Prevedere l'implementazione di approcci di salute culturalmente adattati, oltre che la presenza di mediatori linguistico-culturali presso i principali presidi sanitari territoriali (ambulatori, consultori, centri di salute mentale, etc.).
- Collaborare in modo strutturato, sulla base di un approccio di sussidiarietà e di specifici protocolli, con le organizzazioni del terzo settore nell'implementazione di attività di screening, prevenzione e promozione della salute presso i gruppi di popolazione *hard to reach*.
- Fare tesoro e replicare la metodologia di intervento adottata dalle organizzazioni del terzo settore nella programmazione delle future iniziative per la prevenzione e il contenimento del Covid-19 presso gli IS.
- Adottare misure e strumenti che permettano di promuovere l'individuazione precoce delle persone sopravvissute a traumi estremi e la conseguente presa in carico specialistica, che deve tenere insieme la dimensione clinica (medico-psicologica) e quella psico-sociale, garantendo sempre la presenza di mediatori culturali con specifiche competenze.

Ringraziamenti

Un vivo ringraziamento a tutti i volontari e le volontarie della clinica mobile di MEDU, anima di questo progetto, per il prezioso e costante impegno a tutela della salute e dei diritti delle persone più vulnerabili.

Ai focal point e ai comitati degli insediamenti informali che con il loro impegno volontario hanno dato un contributo essenziale al lavoro di salute comunitaria.

Ai colleghi della UOC Assistenza Stranieri della ASL Roma 2 e della UOSD Salute Migranti della ASL Roma 1, per la collaborazione nelle attività di screening e contenimento del Covid-19 presso gli insediamenti informali.

All'assessore del Municipio I di Roma Capitale Emiliano Monteverde e alla consigliera regionale Marta Bonafoni per il supporto nelle fasi più difficili della pandemia.

Alla rete di organizzazioni della società civile, in particolare Medici Senza Frontiere, Intersos, Sanità di Frontiera, Medici del Mondo, l'area sanitaria della Caritas, Baobab Experience per l'impegno comune nella promozione della salute presso i gruppi di popolazione più fragili.

Un ringraziamento particolare ad UNHCR Italia, all'Otto per Mille della Chiesa Valdese, a Latter-day Saint Charities per avere creduto nei nostri progetti e sostenuto negli anni la clinica mobile di MEDU ed il Centro Psyché "Francesca Uneddu".

Medici per i Diritti Umani desidera inoltre ringraziare tutte le persone che con le loro storie di vita e le loro testimonianze hanno contribuito a dare linfa vitale a questo rapporto, con l'auspicio che possa contribuire a rendere migliore il loro domani.



Con il supporto di:



www.mediciperidirittiumani.org • www.unhcr.org

Margini

Rapporto

sulle condizioni socio-sanitarie
di migranti e rifugiati
negli insediamenti informali
della città di Roma

Nella città di Roma oltre 14mila individui vivono sulla strada o in situazioni abitative di grave precarietà. La pandemia da Covid-19 ha contribuito ad accrescere il numero di queste persone e ad aggravarne le condizioni di vita. Questo rapporto, realizzato da Medici per i Diritti Umani (MEDU) in collaborazione con l'Agenzia ONU per i Rifugiati (UNHCR), si pone l'obiettivo di raccontare in modo lucido e accurato – attraverso dati, immagini e testimonianze dirette – le condizioni socio-sanitarie di migranti, richiedenti asilo e rifugiati che vivono in alcuni dei più grandi insediamenti informali della capitale d'Italia, tra edifici occupati ed aree intorno alle grandi stazioni ferroviarie.

Sulla base della realtà fotografata dagli operatori e dei volontari di MEDU, il rapporto propone un'analisi delle numerose e gravi criticità rilevate ma anche di alcune buone pratiche emerse nel corso della pandemia, formulando raccomandazioni alle istituzioni locali e nazionali, nel tentativo di contribuire a riportare tra le priorità della politica la salute e i diritti di una popolazione vulnerabile confinata ai margini socio-esistenziali, prima ancora che geografici, delle nostre città.

CONTATTI

www.mediciperidirittiumani.org
info@mediciperidirittiumani.org



Con il supporto di:



www.mediciperidirittiumani.org • www.unhcr.org