

SALUTE E FRAGILITÀ SOCIALE IN TEMPO DI PANDEMIA. UN PUNTO DI VISTA

accogliere
è già curare



ANNO 2021

**SALUTE E FRAGILITÀ SOCIALE
IN TEMPO DI PANDEMIA.**
UN PUNTO DI VISTA

ANNO 2021



SALUTE E FRAGILITÀ SOCIALE IN TEMPO DI PANDEMIA.

UN PUNTO DI VISTA

ANNO 2021

A cura dell'Area sanitaria e dell'Area Studi e Comunicazione della Caritas di Roma

Redazione

Salvatore Geraci
Giulia Civitelli
Elisa Vischetti
Antonella Torchiaro
Gonzalo Castro Cedeno
Marica Liddo
Giusy Merlini
Maria Chiara Maestrini
Simona Meloni
Alessandra Mannino
Amedeo Balducci
Claudio Tascioni
Claudio Arzeni
Raffaella Esposito
Alberto Colaiacomo

La foto di copertina (mod.) e quelle alle pagine 24, 29, 30, 58, 72 sono di Stefano Montesi.

La foto a pagina 82 per concessione di Medici del Mondo Italia.

Le altre foto sono dell'archivio Caritas o liberamente tratte dal web.

Elaborazioni grafiche

Mastergrafica srl - Teramo

CARITAS ROMA

Piazza San Giovanni in Laterano, 6 • 00184 • Roma
Tel. 06.69.886.424/425 • direzione@caritasroma.it
www.caritasroma.it

Chiuso in redazione il 13 luglio 2021

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati. I diritti di traduzione, memorizzazione elettronica, riproduzione e adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi microfilm e copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

*“Un servizio sanitario gratuito,
che assicuri un buon servizio
accessibile a tutti.
Non bisogna perdere questo bene prezioso.
Bisogna mantenerlo!
E per questo occorre impegnarsi tutti,
perché serve a tutti
e chiede il contributo di tutti”.*

Papa Francesco,
Angelus 11 luglio 2021

INDICE

Introduzione

di Mons. Paolo Ricciardi

6

TESTIMONIANZA "Maestre di vita" nella "tempesta"

8

TESTIMONIANZA Accanto, in punta di piedi

10

PARTE PRIMA

Dal globale al locale

14

COVID-19 e disuguaglianze

di Gavino Maciocco

16

La trappola del virus

di P. Camillo Ripamonti

22

Salute psichica e pandemia nelle persone più fragili

di Massimiliano Aragona

26

Una resilienza di prossimità

a cura del Centro Studi Caritas

30

PARTE SECONDA

L'altra pandemia

36

a cura dell'Area sanitaria Caritas

Accoglienza, tamponi e vaccini: tra carità e giustizia sociale

38

Box Le Strutture Ponte o di isolamento prudenziale a Roma

41

Box L'Esperienza dei Centri di accoglienza per minorenni

43

Box I Servizi per la salute mentale nel Lazio in tempo di pandemia COVID-19

45

L'Area sanitaria della Caritas: il senso di un impegno	48
Box GrIS Lazio - L'importanza delle reti	51
Box L'attività sanitaria di prossimità a Roma: un'esperienza di rete nata durante la pandemia	53
<i>La Storia - Diario del Poliambulatorio</i>	
Ahmad	56
Ekow	57
Il Poliambulatorio della Caritas in tempo di pandemia: accogliere è curare	58
Box Il Centro Odontoiatrico Caritas	63
Box Il progetto Ferite invisibili	66
TESTIMONIANZA <i>Non sei, non siamo soli</i>	70
Box Breve cronistoria del focolaio sviluppato presso l'Ostello Caritas	71
TESTIMONIANZA <i>Sguardi</i>	73
TESTIMONIANZA <i>L'esperienza COVID-19 in Ostello</i>	74
PARTE TERZA	
Per non concludere	77
Imparare dalla pandemia ... per andare oltre <i>di Giovanni Baglio, Salvatore Geraci, Maurizio Marceca</i>	78
<i>La Storia - Diario del Poliambulatorio</i>	
Rami	86
Franz	87
Marius	88
Miriam e Tessa	89
Per non concludere: perché gli ultimi non rimangano ultimi	91
Appendice	92

INTRODUZIONE

Nessuno si salva da solo.

Le parole e i gesti di Papa Francesco, nella giornata memorabile del 27 marzo, sono vivi nel cuore e nella memoria di tutti voi. Piazza San Pietro, il 27 marzo 2020, pur essendo vuota, *non è mai stata così piena*. Allo stesso tempo anche le nostre comunità hanno sperimentato improvvisamente un grande vuoto, ma la fede e la carità di tanti hanno riempito questo vuoto della pienezza della nostra speranza: anche in mezzo alla tempesta, Gesù è nella nostra barca.

In questi mesi abbiamo raccontato e ascoltato tante storie di dolore e di servizio, di sofferenza e di offerta, di solitudini e di generosità.

È importante *raccontare*, perché le narrazioni di storie innescano un “contagio” nel bene.

Il libretto che avete tra le mani offre anche alcune testimonianze donateci da varie persone, presenti in differenti ambienti, con ruoli e professioni diverse eppure, in questo scorcio di storia che stiamo attraversando, legati dalla stessa realtà: l'Amore verso ciascuna persona, non solo nella lotta contro il COVID-19, ma nella lotta contro l'indifferenza.

Come vescovo ausiliare, delegato per la Pastorale della Salute, mi sono trovato anch'io davanti a numerose persone, attraversate da storie dolorose, segnate da ferite profonde, come la perdita dei loro cari senza poterli neanche salutare. Direttamente e indirettamente, attraverso il servizio dei cappellani, ho ascoltato grida di solitudini, disorientamento e sconforto legate alle restrizioni necessarie per evitare il contagio. Ho raccolto l'ansia e la tensione in particolare di tanti operatori sanitari, medici, infermieri, che hanno visto in poco tempo stravolta la loro vita, senza più orari. Ho raccolto la tristezza di chi non poteva assistere e raggiungere i propri cari ricoverati in ospedali diventati improvvisamente “blindati”. Ho percepito la difficoltà delle tante case di riposo per anziani, isolati ancora di più e senza nessuna possibilità di relazione con i loro cari.

In questo momento buio, ho visto la fede e l'amore di tanti che erano lì, anche con coraggio creativo, a rischiare la loro vita per difendere e salvare quella degli altri. Le divise “spaziali” nei reparti COVID-19, i guanti di protezione, i “caschi” collocati sui pazienti per farli respirare, non hanno impedito ai sentimenti di penetrare e di arrivare al cuore, accarezzando l'anima e sollevando lo spirito.

A volte, con i sacerdoti, le religiose e i laici impegnati nella pastorale della salute, ho sperimentato anch'io un senso di impotenza pastorale, non potendo, come faccio normalmente, accostarmi al malato, stringergli la mano, abbracciarlo, ascoltarlo da vicino. Abbiamo tutti moltiplicato, è vero, gli incontri *on line*, per la formazione e per la condivisione. È stata una occasione bella per far sentire la vicinanza a tanti operatori “entrando” anche virtualmente nelle case, ma con un rinnovato desiderio di relazioni vere. D'ora in poi dire “*in presenza*” significherà ancora di più un impegno nell’“*esserci*” sempre, nel non tirarci mai indietro, nel farci accanto come il Samaritano che ha un “*cuore che vede*” e una mano che tocca.

Nessuno si salva da solo.

Insomma abbiamo visto e toccato con mano l'amore di Dio, attraverso la forza di chi, con la fede, ha "sconfitto" la tristezza ed ha dato conforto e sostegno a chi è più debole e fragile. L'amore ha sempre la prima e l'ultima parola sulla nostra vita, sulle nostre scelte, sui cammini previsti ed imprevisi della nostra esistenza.

Nella barca in tempesta del nostro tempo, abbiamo visto che Gesù non ha messo a tacere *tutto e subito* come quella notte sul lago... Ci è bastato sapere che era ed è su questa barca. Il suo "sonno" è testimonianza di abbandono fiducioso, perché noi, in movimento - "da svegli" - verso l'altro, ci possiamo ricordare sempre che quando c'è Lui possiamo tutto.

La storia, la nostra storia, passa anche attraverso questo libretto - per cui ringraziamo Caritas Roma - perché continuiamo insieme ad essere presenti lì dove manca la salute, per donare comunque e sempre la salvezza.

+ Paolo Ricciardi,
Vescovo ausiliare di Roma, Delegato per la Pastorale della Salute

“Maestre di vita” nella “tempesta”

Improvvisa e destabilizzante, l'emergenza da Coronavirus ha sconvolto, a livello mondiale, la quotidianità di ciascuno di noi.

Nelle strutture dove vivono ospiti con disabilità fisiche e psichiche, come la Casa Santa Maria della Provvidenza di Roma, questo momento critico è stato vissuto con particolare intensità a causa della necessità di tutelare persone che già vivono una condizione di fragilità cercando di non destabilizzarne l'equilibrio.

L'emergenza è stata affrontata prontamente ma non sono mancate le problematiche. L'aspetto più difficile, ad ogni modo, è stato costruire nuove abitudini da vivere nel quotidiano cercando di proporle alle ospiti della struttura a seconda delle loro capacità di comprensione.

Fondamentale il lavoro degli operatori che con competenza, creatività e flessibilità hanno costruito una quotidianità nuova, volta a far vivere con leggerezza un momento di grande disagio.

Le parole di Andrea Lisi, coordinatore infermieristico e referente COVID-19 della Casa, ci aiutano a capire meglio come è stata vissuta questa esperienza.

Nel momento in cui in Italia ci si è resi conto che il COVID-19 non era una realtà lontana, ma un potenziale pericolo per la salute di tutti noi, nella nostra Casa, dove ospitiamo oltre 160 persone con disabilità fisica e psichica e dove lavorano oltre 170 operatori, ci siamo subito mossi per cercare di essere preparati nel miglior modo possibile ad un nuovo tipo di assistenza sanitaria.

Purtroppo sin da subito ci siamo imbattuti in un “nemico invasore” che ci ha colto all'improvviso. Abbiamo dovuto fare i conti con le difficoltà legate alla mancanza dei dispositivi di protezione individuale e con quelle organizzative.

È stato triste dover prendere la difficile decisione di vietare le visite familiari per le nostre pazienti: è stato molto doloroso. Le ragazze non capivano come mai non potevano più vedere i loro cari e hanno sofferto moltissimo per questa lontananza. Abbiamo cercato il più possibile di non far mancare loro il calore dei familiari, mettendole in contatto con loro tramite telefonate e videochiamate. In questa situazione anche noi operatori abbiamo cercato di fare la nostra parte, stando accanto a loro non soltanto per l'aspetto legato all'assistenza sanitaria, ma curando anche di più le attenzioni e l'affetto verso ciascuna.

Nonostante tutte le nostre precauzioni, ad aprile del 2020 nella notte tra il venerdì e il sabato Santo, abbiamo avuto il primo reparto in cui quasi tutte le ospiti (circa 15) sono risultate positive al COVID-19. Di conseguenza abbiamo dovuto isolare tutte le pazienti del gruppo, insieme ad alcuni operatori che se ne prendevano cura. È iniziata così la vera sfida e quella che ci sembrava essere una realtà lontana è diventata la nostra realtà perché il virus è entrato e usci-

TESTIMONIANZA

to nella nostra Casa a più riprese. Arginata la prima ondata, abbiamo dovuto affrontare una seconda ondata molto più difficile sia per il maggior numero di pazienti colpite (circa 50) sia per la maggior gravità della malattia sviluppata. Questo ha richiesto la completa riorganizzazione di tutta la Casa, con la formazione di cinque reparti COVID-19 isolati dal resto dei gruppi in quarantena.

Personalmente in questa seconda ondata mi sono sentito messo alla prova da Dio come persona e come infermiere. La mia difficoltà più grande è stata chiedermi se veramente le decisioni che prendevo per la salute delle ragazze erano quelle che Dio voleva.

L'esperienza più forte per me è stata con Gabry. Mi voleva molto bene, mi preparava spesso il caffè, più volte ha voluto ricamare il mio nome sulle mie divise da infermiere: aveva una grande fiducia in me ed eravamo molto amici. Un giorno anche lei è risultata positiva al COVID-19 ed ha cominciato ben presto a manifestare difficoltà respiratorie. La situazione si è mostrata subito grave, anche perché Gabry soffriva già di patologie cardiopolmonari. Nonostante tutte le terapie e gli sforzi dei medici della Casa, purtroppo, quando mi sono reso conto che la situazione era troppo grave, ho dovuto decidere di chiamare il 118 e farla ricoverare: era l'unica possibilità per sperare di salvarla. Non è stato facile per me prendere questa decisione. Ricordo ancora lo sguardo angosciato di Gabry che, mentre veniva portata in ambulanza, mi ha detto: "Perché mi fai andare via?" non riuscendo a comprendere il motivo della mia decisione. Mi sono sentito solo, non compreso, "vuoto". Non riuscivo a guardarla negli occhi. Lei mi chiedeva aiuto e le sembrava che la stessi tradendo. Ma non potevo fare diversamente, anche se ero straziato. Non l'ho più rivista. Pochi giorni dopo è partita per il Cielo.

Comunque, abbiamo superato questa ondata, anche se con alcune perdite, avendo cercato di fare tutto, sempre, nel migliore modo possibile, con grandi sacrifici da parte di tutti gli operatori, avendo la massima attenzione e, soprattutto, amore per ciascuna delle pazienti.

Ora siamo usciti dall'emergenza, riuscendo anche a vaccinare le ragazze e il personale di quasi tutta la Casa. Resta la realtà di un'esperienza forte, in alcuni momenti "dura", in cui non sono mancate le difficoltà e le tensioni.

In tutto questo, "maestre di vita" sono state ancora una volta le nostre ragazze disabili che, nonostante i loro limiti, hanno conservato la loro serenità insegnando a noi che la vera forza non è di coloro che hanno il potere di eliminare la "tempesta", bensì di coloro che sanno trovare il modo di difendersi e quando null'altro possono, sanno convivere con coraggio adattandosi ai cambiamenti.

Andrea Lisi
Coordinatore Infermieristico e referente Covid-19
Casa Santa Maria della Provvidenza
Opera Femminile Don Guanella

Accanto, in punta di piedi

Vorrei raccontarvi qualcosa del mio vissuto nei reparti COVID-19.

Entrare in contatto con i malati è un'esperienza carica di emozioni. Non è mai un cliché, anzi, è sempre diversa e sorprendente, perché, nella sua unicità, l'essere umano trasmette la novità del Creatore nella sua creatura. Tanto più se il contesto è impregnato di cruda realtà, al limite tra la dignità umana e il mistero del male, inevitabilmente emerge tutta la fragilità dell'esistenza. Relazioni che liberano dalle maschere di ogni giorno, a volte indossate fuori dal reparto, direi fuori dall'autenticità della "stagione della malattia".



Indossati i dispositivi, suono al citofono.

Aprono, saluto il personale, sono contento di trovare una buona accoglienza (i reparti COVID-19 non sono semplici: sempre attività e poche pause). Cerco qualcuno che possa informarmi sulle ultime novità e segnalare qualche caso più urgente o qualcuno che ha richiesto il Cappellano. Nella stanza numero uno c'è Mario, potrebbe avere voglia di parlarmi. Questa sensibilità del personale nel cogliere chi desidera il dialogo con l'assistente spirituale è meravigliosa, per loro sono scontate le indicazioni che mi offrono, invece per me spesso di grande aiuto, quasi profetiche, come questa volta.

Porte di vetro nella parte alta per poter osservare senza dover aprire e "sporcarsi" (esistono due zone, "pulita" e "sporca", cioè contaminata o no dal virus ... comunque la prudenza non è mai troppa).

Finalmente entro, saluto "in punta di piedi" per non disturbare, rispondono quasi tutti.

È necessario presentarsi e farlo chiaramente. Mario, nuovo in stanza, gira la testa dall'altro lato.

Vado da Luigi, accogliente e affettuoso, addirittura mi fa accomodare accanto a lui, sulla sedia. Non lo vedo da una settimana. Spesso è stato portato a fare controlli fuori dall'ospedale o è stato addormentato. La mia sorpresa nasce dall'ultimo incontro. Ricco imprenditore, cinquantenne, arrabbiato per aver contratto il virus in ospedale, aveva dichiarato di farla pagare ai responsabili e noi preti rappresentavamo il Dio indifferente ... ma tutto ciò era scomparso!

TESTIMONIANZA

Luigi era praticamente guarito dal virus e in quei giorni anche nel suo cuore. Spiega ai presenti che tutto aveva acquistato un altro valore, che il suo tempo andava speso per la famiglia e che con la sua disponibilità economica avrebbe aiutato Francesco, il senza fissa dimora ricoverato nella sua stessa stanza, a sistemarsi per la convalescenza.

Incredibile: mi ringrazia per le parole rivolte a Giovanni, occupava il letto dov'è Mario (che sta ascoltando tutto il racconto). Non ricordo, poche parole capaci di scatenare l'ira dell'imprenditore, ora pronto a tornare a messa e a dedicarsi agli altri. Forse a cambiare il suo cuore è stata l'umanità del personale, scoprire che non si può ripagare la tenerezza di un lavoro fatto con passione e sacrificio. Hanno giocato un ruolo importante la paura di morire e la fiducia latente in Dio, affiorata nei lunghi silenzi e nelle notti in bianco tra allarmi dei respiratori e l'incessante sibilo dell'ossigeno ... queste cose però lasciamole a Dio!

Adesso posso parlarvi di Mario, in fondo è lui il vero protagonista. Concluso il lungo dialogo con Luigi, congedandomi, saluto gli altri, ormai semi addormentati. Fissandomi dice, con il pollice verso il basso, un vero super unlike: "Padre sono arrabbiato con Dio e anche con te". Anni fa avrei ribattuto in difesa del mio Signore, poi le dure lezioni dell'ospedale ti insegnano che Dio non ha bisogno di avvocati e che si difende benissimo da solo. Ho preferito rispondere: "Va bene, sei arrabbiato con Dio, ma io che ti ho fatto, neanche ci conosciamo!"



Lo so, sembra di vedervi: qualcuno sorride, qualcuno pensa che sono sgarbato, qualcun altro avrebbe preferito che lo istruissi sull'Amore di Dio o che non si bestemmia ... in realtà Mario aveva paura, molta più di Luigi, perché Mario aveva un cancro in fase avanzata che lo stava distruggendo, aveva il COVID-19 e aveva un segreto.



Quella visita è stata per me faticosa, entrare in relazione accogliendo tanto dolore fisico e tanta sofferenza interiore lascia sempre una nuova ferita e può riaprirne altre.

Sdraiato sul letto, con una maglietta a maniche corte, sopra le lenzuola con il pannolone così da poter avere l'evidenza del suo corpo tatuato, asciutto, di chi era in forma e muscoloso. Ossigeno nel naso e flebo nel braccio. Mi avvicino senza fretta, non vorrei forzare l'incontro, ho imparato a intuire sia quando sono indesiderato e sia chi vorrebbe semplicemente sfogarsi un po', perché inchiodato al letto non può fare altro.

TESTIMONIANZA

Sono vicino, mi aggredisce con una serie di frasi (che non posso trascrivere) sull'ingiustizia nel mondo, dove gente malvagia sta bene e prospera mentre chi lavora dalla mattina alla sera finisce in ospedale. Mario avrà passato i cinquanta, non potrei dirlo con certezza vista la sua malattia, è vispo e lucido. Racconta la sua vita, le vicende lavorative sfavorevoli che s'intrecciano prima con una serie di persone ingannatrici, poi con il cancro, ancora con la pandemia e infine con il contagio.

Come non pensare che Dio se la prenda proprio con lui.

Adesso apre il lungo monologo al tema famiglia: una moglie meravigliosa, dei figli splendidi, mostra le foto dallo smartphone e insiste rammaricato sulla passione per l'attività fisica, fatta in modo naturale, l'alimentazione sana da sempre praticata quasi ossessivamente. Tuttavia a questo punto si è riacceso il suo odio per l'ingiustizia e mi saluta. Gli dico che ripasserò: è d'accordo e ringrazia per la "chiacchierata".

Esco dal reparto pregando il Signore che faccia la sua parte, tornando a casa ammaccato per bene.



TESTIMONIANZA

Ci rivediamo dopo qualche giorno, poiché una volta dormiva, poi non sono entrato in reparto oppure era al telefono, oggi accetta la mia presenza. Mantiene lo stesso atteggiamento, qualcosa però è cambiato ... avverto che inizia a parlare del padre come se fosse molto importante nella sua vita. Anche il papà aveva un tumore, che poi lo ha condotto alla morte ... Mario inizia a commuoversi. Vuole rivelare un segreto come in confessione, una cosa che non ha mai detto a nessuno, si vergogna molto.

Ho poggiato le braccia sulle protezioni del letto già da un po', sono seduto (la volta precedente potevo solo restare in piedi), Mario afferra il mio avambraccio sinistro e stringe, quasi per vedere se sotto la tuta bianca c'è il corpo, soprattutto per avere tutta la mia attenzione.

Adesso piange e parla con difficoltà, singhiozza, deve riprendere fiato. Digrigna anche i denti, la sua rabbia è tutta rivolta contro sé stesso: aveva capito benissimo che il padre non avrebbe superato quel giorno e lo ha lasciato solo ugualmente, lo ha abbandonato perché doveva andare ... a farsi una canna, fuggendo dalla morte.

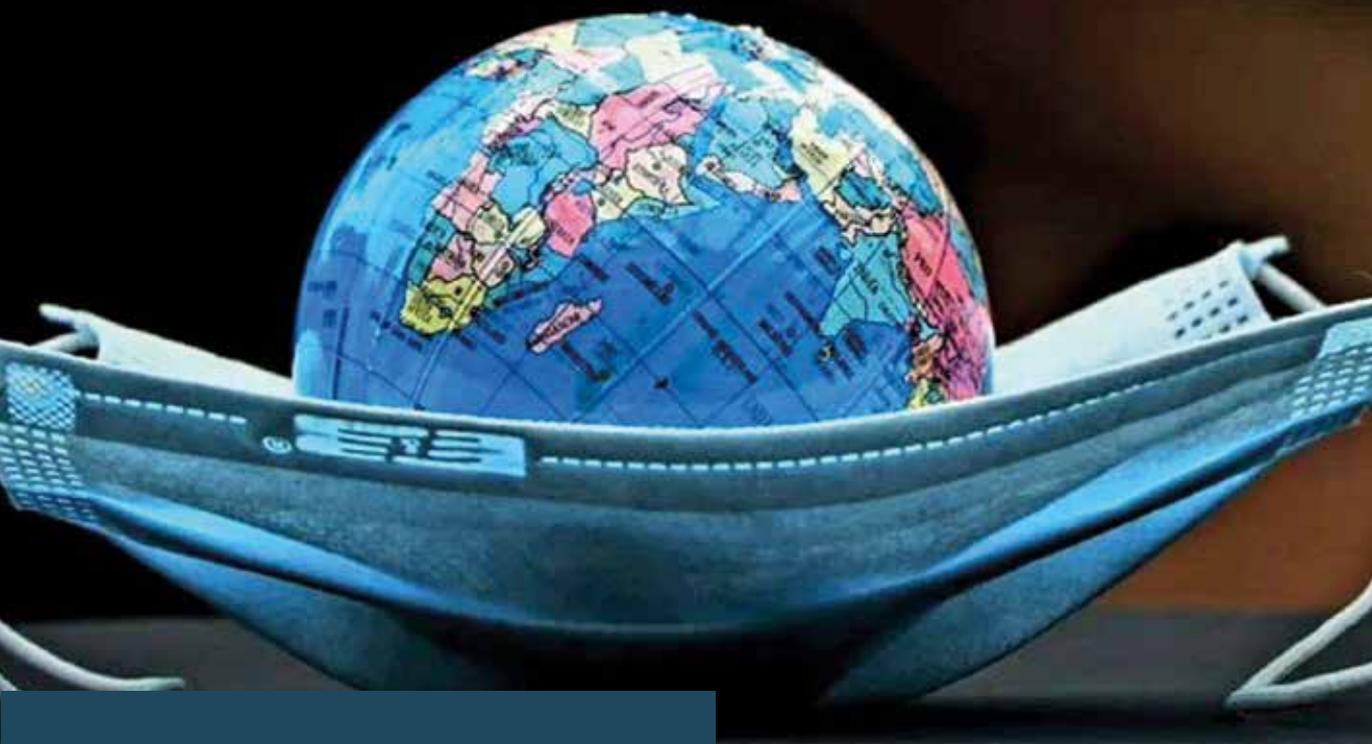
Dentro di me sento un'emozione profondissima: Mario ce l'ha fatta, è riuscito finalmente a raccontarlo a qualcuno, sono anni che ha perso il padre e quella sua fuga di fronte al dolore e al terrore della perdita gli era rimasta dentro a macerarlo ... adesso si è liberato. Lui non poteva saperlo ma io ero felice e lodavo il Signore, perché testimone di un miracolo.

Non so se Mario è ancora con noi, se sta abbracciando sua moglie e i suoi figli, di certo so che ha molto amato il padre e che le sue lacrime, mentre "confessava" di averlo lasciato solo, sono state tra le più sincere che io abbia mai visto. Si era liberato da quel cancro che gli cresceva dentro. Si era negativizzato e tornò a casa.

Non parlammo mai più, lo trovai spesso addormentato o al cellulare, eppure vedendomi entrare sorrideva e alzava il pugno con il pollice verso l'alto.

Padre Umberto D'Angelo

PARTE PRIMA



*DAL
GLOBALE
AL
LOCALE*

COVID-19 e disuguaglianze



*di Gavino Maciocco
(Università di Firenze)*

Nessuna pandemia nell'ultimo secolo (e ce ne sono state diverse) ha avuto gli effetti catastrofici della COVID-19: effetti letali sulla salute della popolazione, con conseguenze distruttive anche sull'economia, sull'istruzione, sulle comunicazioni, insomma su ogni aspetto della vita sociale.

La pandemia "Spagnola" del 1918-19 fece certamente molte più vittime (si parla di un numero di 20, forse 50 milioni di morti), ma era un mondo completamente diverso, che usciva stremato da una guerra mondiale, con capacità assistenziali nemmeno lontanamente paragonabili a quelle odierne. Infatti la terza ondata - quella più letale - avvenne nell'inverno del 1919, quando alle polmoniti influenzali si aggiunsero le polmoniti batteriche, contro cui non erano ancora disponibili gli antibiotici.

La domanda è quindi questa: perché un'epidemia infettiva nel terzo millennio, in società così avanzate come le nostre, ha avuto un effetto talmente devastante? Dal tipo di risposta che sapremo dare a questa domanda risiede la possibilità di attrezzarci per rispondere in maniera adeguata a futuri attacchi di questo genere. Una risposta potrebbe essere questa: noi ci troviamo di fronte non a una "semplice" pandemia (ovvero a un'epidemia che coinvolge contemporaneamente più continenti), ma di fronte a una "sindemia". Questo termine - la crasi delle parole sinergia, epidemia, pandemia ed endemia - è stato introdotto negli anni Novanta del secolo scorso da un antropologo medico, Merrill Singer, per significare gli effetti negativi sulle persone e sull'intera società prodotta dall'interazione sinergica tra due o più malattie¹.

Oggi parliamo di "sindemia" perché ci troviamo di fronte all'interazione della pandemia infettiva, COVID-19, con un'altra pandemia altrettanto grave e distruttiva, anche se meno visibile e acuta, rappresentata dalla diffusione delle malattie croniche - dalle malattie cardiovascolari, ai tumori, passando per l'obesità e il diabete - che negli ultimi decenni (a partire dagli anni 80 del secolo scorso) ha registrato una formidabile accelerazione in tutte le parti del mondo.

Gli effetti distruttivi della "sindemia" - dell'interazione tra le due pandemie - li abbiamo cominciati a conoscere fin dall'inizio della COVID-19 quando le statistiche ci dicevano che la mortalità si concentrava nei gruppi di popolazione affetti da malattie croniche. Le statistiche americane registravano significative differenze nella mortalità tra gli afroamericani e i bianchi, circa il doppio, perché i primi erano maggiormente colpiti da malattie croniche (e poi perché erano più esposti al contagio: facevano lavori più rischiosi, vivevano in abitazioni più affollate, etc)². Si è scoperto allora che le due pandemie interagiscono entrambe su un substrato sociale di povertà e producono una terribile dilatazione delle diseguaglianze. Quando avremo anche

Perché un'epidemia infettiva nel terzo millennio, in società così avanzate come le nostre, ha avuto un effetto talmente devastante?

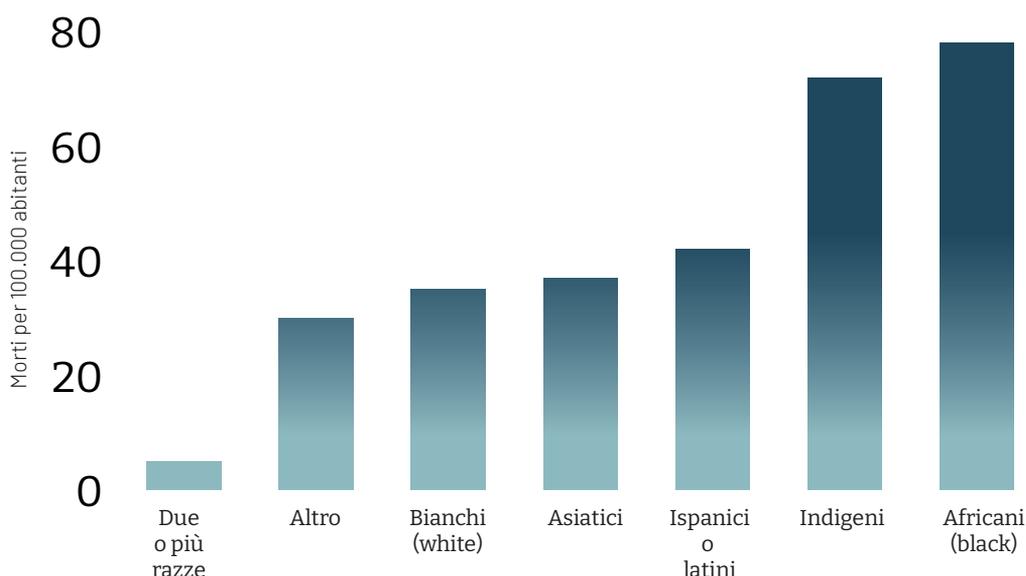
1 Singer M. et Al, Syndemics and the social conception of health, Lancet 2017; 389:941-950.

2 Ravazzini M, Covid-19 in USA. Le diseguaglianze su base etnica, Salute Internazionale, 16 Aprile 2020, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/covid-19-e-usa-diseguaglianze-su-base-etnica/>.

noi la possibilità di studiare la distribuzione della mortalità da COVID-19 tra le varie classi sociali, scopriremo che anche in Italia – come in USA e anche in UK – le diseguaglianze nella salute si sono enormemente dilatate.

La pandemia COVID-19 ha tragicamente portato alla luce un determinante di salute – la discriminazione razziale – tendenzialmente poco considerato, o peggio rimosso. Ma quello che è avvenuto negli USA è stato così sconvolgente da risvegliare la consapevolezza di una piaga mai rimarginata all'interno della società americana, quella del razzismo strutturale, conseguenza di secoli di schiavitù inflitti alla popolazione nera. Questa rappresenta il 13% dell'intera popolazione USA, ma gli afro-americani sono il 26% di tutti i morti da COVID-19. In alcune località come la Contea di Milwaukee, Wisconsin, dove i residenti neri sono il 26% della popolazione, la percentuale dei decessi di afroamericani arriva al 73% del totale³. Al 20 agosto 2020 il dato nazionale di mortalità, suddiviso per gruppi etnici, dimostrava che la mortalità (x 100.000 ab) da COVID-19 dei "black" era più del doppio di quella dei "white" (un dato purtroppo incompleto perché in molti certificati di morte è stata omessa l'appartenenza etnica/razziale), vedi Figura 1.

FIGURA 1. USA. Morti Covid-19 x 100.000 abitanti, suddivisi per appartenenza etnica/razziale, al 20 agosto 2020



Fonte: adattata da <https://southwestern.edu/live/news/14268-scholarly-perspectives-on-covid-19-part-4-social>

La pandemia COVID-19 ha mostrato l'enormità delle diseguaglianze nella salute in USA – si legge in un editoriale del New England Journal of Medicine (NEJM) del 17 settembre 2020 -. Ha inoltre gettato la luce sul razzismo strutturale. Riconoscere

³ Millett G. A, Assessing differential impacts of COVID-19 on black communities Annals of Epidemiology 47(2020)37 e 44.

che le diseguglianze nella salute hanno cause strutturali evidenzia la necessità di trovare soluzioni di tipo politico⁴. Un altro editoriale del NEJM, sempre del 17.9, descrive il significato e anche le conseguenze del “razzismo strutturale”⁵: “Il razzismo strutturale – ovvero il modo con cui le società coltivano la discriminazione attraverso sistemi iniqui che si rinforzano a vicenda – ha ricevuto poca attenzione come determinante della salute della popolazione, in parte perché c’è la sensazione che la ricerca empirica sul tema sia limitata. In verità, la metanalisi di 293 studi rivela che il razzismo è significativamente associato a uno stato di peggiore salute fisica e psichica. Il razzismo strutturale esiste perché le pratiche discriminatorie in un settore rinforzano pratiche parallele in altri settori, creando sistemi interconnessi che alla fine producono iniquità nelle leggi e nelle politiche. Di conseguenza, istruzione, lavoro, casa, credito, sanità e giustizia rinforzano pratiche che permettono o addirittura incoraggiano discriminazioni, stereotipi e diseguale distribuzione delle risorse. Questi sistemi colpiscono la salute attraverso una varietà di percorsi: traumi da privazione economica causata dal ridotto accesso al lavoro; maggiore esposizione all’uso di sostanze; inadeguato accesso all’assistenza sanitaria; diminuita partecipazione a stili di vita salutari; violenza fisica e traumi psicologici provocati dalla brutalità della polizia, tollerata dalle istituzioni”.

“*I can’t breathe*” – non riesco a respirare – è la frase angosciata esalata dai pazienti nel momento della crisi respiratoria causata dalla polmonite da coronavirus. “*I can’t breathe*” sono le ultime parole pronunciate prima di morire da George Floyd, un afroamericano di 46 anni ucciso a Minneapolis dalla polizia, il 25 maggio 2020. Tutto il mondo ha potuto constatare con orrore il comportamento di un poliziotto che premeva il ginocchio sul collo di una persona stesa per terra e ammanettata (senza che peraltro vi fossero gli estremi per una tale misura), fino a provocargli la morte per asfissia (quel poliziotto e altri 3 suoi colleghi sono stati incriminati per omicidio). Tutto ciò avveniva nel pieno della pandemia COVID-19, quando era già evidente che i gruppi più colpiti erano i *black* e le altre minoranze etniche. Tutto ciò ha contribuito a creare un potente movimento di protesta – contro il comportamento della polizia e più in generale contro il razzismo – che si è diffuso in tutti gli USA e anche in molti altri paesi: per giorni sono continuate le manifestazioni, il cui slogan era *Black lives matter*.

Molteplici sono le cause che sono alla base dell’eccesso di mortalità della popolazione afroamericana in USA. I *black* si sono trovati in prima linea di fronte all’ondata epidemica perché più di altri impiegati in lavori diventati “essenziali”: infermieri, addetti all’assistenza e alle pulizie negli ospedali e nelle residenze per anziani, commessi nelle catene di supermercati, operai delle industrie alimentari, etc. I *black* vivono spesso in contesti urbani e abitativi dove è più difficile mantenere il distanziamento fisico. I *black* soffrono maggiormente di malattie croniche (anche a causa di un’alta prevalenza di obesità) e possono andare incontro a forme più gravi di COVID-19. I *black* sono meno coperti dall’assicurazione sanitaria e hanno molti più ostacoli di

4 Berkowitz S. A, Covid-19 and Health Equity – Time to Think Big, N Engl J Med 383;12, September 17, 2020.

5 Egede L.E. and Rebekah J. Walker R.J, Structural Racism, Social Risk Factors, and Covid-19 – A Dangerous Convergence for Black Americans, N Engl J Med 383;12, September 17, 2020.

altri a eseguire un tampone. I *black* sono più poveri, molto più poveri: il reddito medio annuo (2016) di una famiglia *black* è 17.150 dollari, quello di una famiglia *white* è 171.000 dollari⁶.

La pandemia ha scoperto una realtà della società americana tenuta per troppo tempo nascosta e compressa, e bisogna fare qualcosa. "La pandemia da COVID-19 – scrive A. Berbovitz⁴ – colpisce tutti, ma non egualmente. Lo stesso modello di potere, privilegio e disegualianza che percorre la vita Americana ha trovato il suo apice e la sua sintesi nella crisi sanitaria. Tuttavia ogni Americano è vulnerabile al COVID-19. Questo fatto dovrebbe ispirare i valori di azioni collettive, di solidarietà e universalismo. (...) *Now is the time to think big*". "Speriamo – scrive L. Egede⁵ – che l'esperienza Americana della pandemia possa diventare uno stimolo per cambiare un sistema che perpetua la cattiva salute". Infine in un altro editoriale del NEJM M. K. Evans afferma: "Un'azione diretta per eliminare le persistenti disegualianze nella salute ci obbliga a insistere sulla nostra domanda per un sistema che riconosca l'assistenza sanitaria come un diritto umano, fornendo la strada per una salute equa per tutti"⁷.

Anche in Inghilterra c'è stato l'effetto razzismo sulla pandemia: il tasso di mortalità per 100 mila abitanti è stato il più alto tra i *black*, 486 nelle donne e 649 negli uomini e il più basso tra i bianchi, 220 nelle donne e 224 negli uomini (tra gli uomini un rapporto di 3 a 1 a sfavore dei *black*, più alto che negli USA)⁸.

Fiona Godlee, direttore del *British Medical Journal* (BMJ), in un editoriale dal titolo "*Racism: the other pandemic*" contesta il governo che, dopo aver pubblicato i dati sulle disegualianze nella mortalità da COVID-19, non ha preso alcuna iniziativa per contrastarle, per mitigarle⁹. Anche perché il capo di quel governo, il conservatore Boris Johnson, sul tema dell'equità sociale in precedenza aveva affermato che la disegualianza era essenziale per il successo della società e che lo spirito dell'invidia sociale era un ottimo stimolo per l'attività economica¹⁰. "Il razzismo – conclude F. Godlee – è un problema di sanità pubblica ed è un fondamentale determinante di salute. Se noi siamo in grado di vedere il razzismo per quello che è, una cicatrice nella società che danneggia noi tutti, e se noi sapremo agire affrontandolo in tutte le sue forme, allora la luce che COVID-19 ha gettato sul razzismo ci guiderà in un mondo migliore".

Gli Italiani, "Brava gente", respingono sdegnati la qualifica di razzisti, come acutamente argomentato nel libro di Luigi Manconi, dal suggestivo titolo "Non sono razzista, ma"¹¹. In Italia, è vero, non siamo in presenza di un "razzismo strutturale" come quello americano e in parte come quello britannico, ma troppi sono gli indizi che ci costringono a riflettere su quale sia il livello di razzismo che affligge la nostra so-

6 McIntosh K. Et al. Examining The Black-white gap, February 27, 2020, <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2020/02/27/examining-the-black-white-wealth-gap/>

7 Evans K. et Al, Diagnosing and Treating Systemic Racism, N Engl J Med 383;3, July 16, 2020.

8 Public Health England, Beyond the data: Understanding the impact of COVID-19 on BAME groups, June 2020.

9 Godlee F, Racism: the other pandemic, BMJ 2020;369:m2303.

10 Horton R. Covid-19. La catastrofe. Il Pensiero Scientifico Editore, 2020, p. 85.

11 <https://www.saluteinternazionale.info/2017/09/le-migrazioni-e-i-muri-dentro-di-noi/>

cietà. Uno studio sul confronto tra le società europee con l'immigrazione e con culture diverse pone l'Italia ai primi posti (insieme alla Danimarca) nella diffidenza nei confronti degli immigrati africani (il 33% degli italiani li bolla come "NOT honest", rispetto a una media europea del 25%). In Italia non siamo in presenza di un "razzismo strutturale" ma è anche vero che la discriminazione razziale è stata usata come strumento di propaganda politica¹². Basti pensare alla decisione della sindaca leghista di Lodi, che imponeva alle famiglie degli immigrati di fornire certificati impossibili da raccogliere e costringeva i bambini di quelle famiglie a rinunciare alla fruizione del pulmino e della mensa scolastica¹³.

Del razzismo *made in Italy* ne sanno qualcosa i ragazzi di colore adottati dalle famiglie italiane. Avvenire, il quotidiano dei Vescovi, dedicò nel maggio 2019 a questo tema un'intera pagina, riportando tra l'altro una ricerca di Stefania Lorenzini, docente di pedagogia interculturale all'Università di Bologna. Il crescendo dell'intolleranza e della discriminazione razziale ha coinvolto inevitabilmente anche i ragazzi adottati. Ecco i numeri della vergogna: il 71% di loro ha subito episodi di bullismo da parte dei compagni di scuola; il 74% non è accettato dal gruppo classe, il 65% fa fatica a creare amicizie, il 74% rimane solo nell'intervallo; il 67% è costretto a cambiare scuola per offese, minacce, insulti. La massima autorità che presiede alle adozioni internazionali lo scorso 10 aprile ha diffuso una nota in cui esprime "profonda preoccupazione per i recenti episodi di razzismo nei confronti di quei figli adottivi che a causa del colore della loro pelle vengano fatti oggetto di atti di bullismo e vessazione"¹⁴.

E l'Italia non si è fatta mancare neanche episodi in stile *Klu Klux Klan* quando il 3 febbraio 2018 un uomo di 28 anni, Luca Traini, fisico atletico e capelli rasati, nel pieno centro di Macerata si è messo a sparare dalla propria auto in corsa prendendo di mira passanti di pelle scura, ferendone sei¹⁵.

Poi è arrivata la pandemia che, anche in Italia, ha fatto dilatare le diseguaglianze a danno dei gruppi più vulnerabili della popolazione. Non abbiamo dati certi sulle sofferenze patite dalle centinaia di migliaia di migranti irregolari, di persone senza dimora e ai margini estremi della società. Sofferenze certamente economiche, perché esclusi da ogni forma di "ristoro" ufficiale. Ma anche difficoltà sanitarie, nell'accesso ai servizi COVID-19 e non-COVID-19: le hanno sofferte milioni di cittadini iscritti al SSN, figurarsi i soggetti irregolari e senza tetto¹⁶.

La pandemia, anche in Italia, ha fatto dilatare le diseguaglianze a danno dei gruppi più vulnerabili della popolazione.

12 <https://www.pewforum.org/2018/05/29/nationalism-immigration-and-minorities/>

13 <https://www.ilfattoquotidiano.it/2018/12/13/lodi-bambini-stranieri-esclusi-da-mensa-scolastica-il-tribunale-di-milano-condotta-discriminatoria-del-comune/4834540/>

14 https://milano.corriere.it/19_maggio_19/milano-urlo-negro-merda-un-13enne-partita-basket-mamma-clima-intolleranza-3bcdce4-7a1f-11e9-803b-c780e724b630.shtml

15 https://www.repubblica.it/cronaca/2018/02/03/news/macerata_sparatoria-187934230/

16 <https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino/>

La trappola del virus



*di P. Camillo Ripamonti
(Presidente Centro Astalli)*

All'inizio del 2020 il COVID-19 ha colto tutti di sorpresa. Ma la crisi economica, sociale e sanitaria che stiamo vivendo non è stata determinata solo dalla pandemia. In molti casi essa ha estremizzato condizioni difficili preesistenti e ha dato un'inattesa accelerazione a quell'avanzare lungo la pericolosa china della trasformazione dei diritti di tutti in privilegi di alcuni. Molti infatti, in poche settimane, si sono trovati a essere esclusi dall'esigibilità di alcuni diritti (la salute, la casa, il lavoro, l'educazione) che, almeno sulla carta, dovrebbero essere garantiti a tutti i "cittadini", nell'accezione più generale e inclusiva del termine, cioè quella di persone. Ma negli anni abbiamo utilizzato la cittadinanza non come elemento di costruzione di comunità di vita, bensì come uno strumento per escludere alcune persone e tra queste migranti e rifugiati. Essi si sono trovati in non poche occasioni a non avere i requisiti per vedersi riconosciuti quei diritti umani fondamentali che dovrebbero essere universalmente garantiti senza ostacoli o limitazioni. *«I migranti vengono considerati non abbastanza degni di partecipare alla vita sociale come qualsiasi altro, e si dimentica che possiedono la stessa intrinseca dignità di qualunque persona [...] Non si dirà mai che non sono umani, però in pratica, con le decisioni e il modo di trattarli, si manifesta che li si considera di minor valore, meno importanti, meno umani»* (Fratelli tutti, n. 39).

Per questo è importante non far dipendere tutto quanto è successo e sta succedendo dalla pandemia, come se essa fosse una sorta di "anno zero". Il rischio sarebbe di coprire le nostre responsabilità individuali e comunitarie dietro l'alibi del COVID-19. Invece c'è stato un prima, quello caratterizzato da una certa deriva in cui ci siamo abituati alla *cultura dello scarto*. In quel tempo, il nostro senso di umanità si è intorpidito e quello di giustizia

È importante non far dipendere tutto quanto è successo e sta succedendo dalla pandemia, come se essa fosse una sorta di "anno zero".

affievolito, tanto che alcune persone sono diventate sacrificabili. *«Certe parti dell'umanità sembrano sacrificabili a vantaggio di una selezione che favorisce un settore umano degno di vivere senza limiti»* (Fratelli tutti, n. 18). Alcuni tra coloro che erano in una situazione di maggiore stabilità socio-economica (lavorativa, abitativa, ecc.) non hanno avvertito come propria la battaglia dei diritti per tutti, forse perché li hanno dati per acquisiti. O quando si sono battuti lo hanno fatto per la paura e l'ansia di perdere i propri privilegi perché alcune persone ne venissero escluse. Nel caso dei migranti è stato usato il criterio geografico: eppure nessuno dovrebbe rimanere escluso, *«a prescindere da dove sia nato, e tanto meno a causa dei privilegi che altri possiedono per esser nati in luoghi con maggiori opportunità. I confini e le frontiere degli Stati non possono impedire che questo si realizzi. Così come è inaccettabile che una persona abbia meno diritti per il fatto di essere donna, è altrettanto inaccettabile che il luogo di nascita o di residenza già di per sé determini minori opportunità di vita degna e di sviluppo»* (Fratelli tutti, n. 121).

Ecco che allora il tempo della cultura dello scarto ha fatto da presupposto al periodo della pandemia e l'emergenza sanitaria si è abbattuta sui più fragili costringendoli sempre più all'angolo, mettendoli in trappola. Infatti, dove il diritto alla casa, al lavoro, alla salute, all'educazione non sono stati sufficientemente garantiti, si è finito per lasciare ancora più ai margini bambini, donne e uomini che le agende politiche degli ultimi anni hanno considerato solo come un problema da lasciare fuori della porta dell'Europa. Abbiamo trattato tante persone solo come numeri, come un costo, non guardando alla ricchezza delle loro vite capaci di nutrire il futuro del nostro Paese e dell'intera Europa. Così come afferma la Commissione Europea nel *Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027*: «Garantire un'efficace integrazione e inclusione dei migranti nell'UE è un investimento sociale ed economico che rende le società europee più coese, resilienti e prospere».

Negli ultimi decenni, quello di cui non ci siamo sufficientemente resi conto è stato il processo che ha man mano reso fragili alcuni diritti comuni a tutti, quelli che afferiscono alla nostra vita quotidiana. Dopo aver trasformato i diritti in privilegi della comunità dei cittadini italiani, alcune forze politiche e parti della società "civile" hanno cavalcato lo scontro sociale giustificando questa erosione dei diritti con la scarsità delle risorse e adducendo come unica soluzione quella di ridurre i contendenti delle già scarse risorse, secondo la logica del "noi escludente", piuttosto che immaginare nuovi paradigmi economici per la nostra società. Nel far questo non ci si è resi conto che si sono indeboliti i diritti di tutti, anche i nostri. Ma se in un tempo passato questo modo di agire sembrava mettere al sicuro chi abitava la terra dei padri protetto dal privilegio di nascita, oggi questa azione ha mostrato tutti i propri limiti, escludendo le persone più vulnerabili senza distinzione di provenienza.

Pensiamo ad alcuni diritti specifici: *il diritto alla casa*. Durante l'emergenza sanitaria le politiche abitative portate avanti nel nostro Paese hanno mostrato tutta la loro fragilità. In particolare le persone che vivono per strada o in insediamenti informali si sono trovate in grande difficoltà: quella di adeguarsi alle indicazioni delle autorità sanitarie nel periodo di *lockdown* (pensiamo per esempio allo slogan *#iorestoacasa*) o in caso di positività per le quarantene. O ancora, tutti coloro che vivono in abitazioni senza contratti regolari, non avendo la possibilità di pagare



l'affitto a seguito della perdita del lavoro (magari anche questo irregolare) e non avendo accesso agli ammortizzatori sociali, si sono trovati in balia degli eventi, magari con la famiglia, senza tutela alcuna.

Il diritto lavoro. In piena pandemia si è fatta strada l'idea dell'emersione del lavoro nero, soprattutto quello agricolo e domestico (idea inserita nel decreto legge del 19 maggio 2020 n. 34 e successivamente nella legge n. 77 del 17 luglio 2020). Questa legge, che ancora a metà 2021 trova difficoltà di attuazione, ha però evidenziato alcuni tratti peculiari del rapporto tra lavoro e immigrazione nel nostro Paese. Innanzitutto il fatto che in Italia si rende periodicamente necessaria l'emersione del lavoro irregolare e questo ci mostra da una parte una peculiarità della modalità di lavoro a cui spesso sono costretti i migranti e dall'altra ormai l'inadeguatezza dell'attuale legislazione nel garantire flussi regolari di lavoratori. Inoltre questa idea ha svelato come le persone migranti siano perlopiù considerate solo come forza lavoro e non come soggetti di diritti.

Il diritto alla salute si affronterà più nello specifico nel libro. Possiamo qui fare solo un cenno alla difficoltà in piena emergenza sanitaria nell'accesso ai servizi per alcune categorie di persone fragili: anziani, persone con disabilità o persone migranti senza un regolare titolo di soggiorno. Infine *il diritto all'educazione.* Durante il *lockdown* e successivamente a periodi alterni, la scuola e il mondo dell'educazione hanno risentito di un duro colpo, i cui effetti non abbiamo ancora ben chiari. Ma se consideriamo i figli di immigrati o di rifugiati, questa ferita è ancora più profonda. Per loro la scuola è il luogo non solo di apprendimento e di socializzazione ma è tappa fondamentale per avviare processi di integrazione positivi per sé e per le proprie famiglie. Le difficoltà della didattica a distanza, spesso conseguenza del divario digitale, della poca familiarità - specie dei genitori - con la lingua italiana, di situazioni abitative al limite della dignità umana, hanno reso ancora più urgente investire sulla scuola. Si sono evidenziati anche per l'educazione quei limiti derivanti dalla mancanza di una progettazione di largo respiro che la pandemia ha estremizzato.

Per uscire da questo sistema occorre, allora, non una ripartenza, ma un nuovo inizio che metta al centro le persone, soprattutto le più vulnerabili.

Uscire dalla pandemia richiede uno sforzo di creatività e una nuova visione del nostro essere comunità. Pensare di ritornare a dove eravamo rimasti prima che il coronavirus funestasse le nostre vite sarebbe un male ancora peggiore della pandemia. Per vincere questo male è necessario riscoprirsi comunità solidali e fraterne e capire finalmente che solo una nuova idea di amicizia sociale ci renderà più forti, più al sicuro, più sani.

**Uscire dalla pandemia
richiede uno sforzo
di creatività
e una nuova visione
del nostro essere comunità.**

Salute psichica e pandemia nelle persone più fragili



di Massimiliano Aragona

*Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti
ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)*

La fragilità sociale, intesa come disuguaglianze socioeconomiche in generale, ma anche come fragilità specifiche, è legata a doppio filo con le problematiche di salute mentale. Ovvero, le difficili condizioni sociali ed economiche aumentano la sofferenza convogliata su codici che i clinici leggono come patologia mentale, e di converso la patologia mentale porta a maggior rischio di ritiro sociale, perdita del lavoro, etc., con conseguente rischio di marginalizzazione che a sua volta, in un circolo vizioso, peggiora ulteriormente le cose. Per questo l'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani è stata pensata già dall'origine con un'impronta fortemente sociale, nel senso di un radicamento forte nel tessuto sociale (il concetto di territorialità), una preferenza netta per gli interventi di prossimità rispetto a quelli ospedalieri (lasciati volutamente come intervento emergenziale che subentra solo in caso di problemi nei progetti territoriali), e soprattutto con una spinta a promuovere attività pro-sociali e di facilitazione all'inserimento lavorativo.

Purtroppo nel tempo questa spinta è venuta meno in molte (ma non tutte) realtà italiane, con un progressivo "ritiro" degli operatori della salute mentale (via via ridotti di numero e con risorse decrescenti) dalle attività propositive nel territorio. Ciò ha comportato un aumento delle difficoltà di accesso ai servizi territoriali, che in alcune realtà sono preclusi a chi non ha la residenza, a chi non ha una delle gravi patologie previste nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), a chi non riesce a fare valere con la sufficiente forza i propri diritti, a chi non può attendere i non sempre brevissimi tempi di attesa per una prima visita. Al contempo, le attività riabilitative, di formazione lavorativa e di inserimento attivo sono state progressivamente ridotte man mano che i budget aziendali venivano decurtati.

Su tutto ciò è piombata l'emergenza pandemica, con effetti negativi generali (es. perdita di lavoro, soprattutto per chi già aveva un lavoro precario) e specifici (blocco delle attività gruppali e riabilitative, aumento delle difficoltà di accesso ai servizi territoriali con conseguente rischio di maggior ricorso ai servizi di urgenza/emergenza).

Un discorso a parte va fatto per la salute mentale dei migranti, la quale, oltre a quanto già detto, presenta rischi ulteriori per: 1) barriere culturali/linguistiche; 2) stress intrinseco alla migrazione; 3) barriere d'accesso ai servizi ancora più forti (spesso i migranti non hanno la possibilità di affittare una casa con regolare contratto, e quindi non hanno la residenza); 4) scarsa capacità degli operatori nel cogliere le determinanti culturali sottese ad alcune forme di sofferenza mentale dei migranti; 5) maggior prevalenza di storie psicotraumatiche (soprattutto nei richiedenti asilo); 6) scarso supporto sociosanitario per le cronicità; 7) peggioramento, negli ultimi anni, delle capacità di accoglienza del sistema, e contemporaneamente maggiore espulsività dai centri di accoglienza con conseguente aumento del numero delle persone finite a vivere in strada; 8) tassi di incarcerazione ancora più alti rispetto alla popolazione autoctona, usualmente per la maggior difficoltà ad accedere, a parità di reato, alle misure di pena alternative al carcere.

Stando così le cose, si possono avanzare alcune proposte di miglioramento.

Sul piano della prevenzione, la auspicata ripresa economica va accompagnata da politiche di redistribuzione del reddito che permettano di mitigare l'aumento delle disuguaglianze sociali a cui si è assistito negli ultimi anni. Nel contempo va attivamente contrastato il lavoro nero e precario e promossa la regolarizzazione e stabilizzazione dei lavoratori, sia italiani che nati all'estero.

Per i migranti, poi, occorre promuovere attivamente l'arrivo legale e in sicurezza (ad es. con i corridoi umanitari e la riattivazione dei flussi per i migranti economici), migliorare le condizioni di accoglienza nei centri (che devono avere un rapporto utente/operatore sufficiente a poter cogliere i bisogni di salute sul nascere, e non solo quando la situazione è ormai emergenziale), garantire tempi certi e ragionevoli per ottenere il permesso di soggiorno, favorire l'empowerment con l'avvio precoce al lavoro.

Nell'organizzazione dei servizi bisogna ridurre la soglia d'accesso a quelli territoriali (che dovrebbero accogliere chiunque in atto stia vivendo sul territorio di competenza, indipendentemente da domicilio o residenza). Ciò per consentire trattamenti precoci prevenendo i ricoveri d'urgenza. Per chi ha subito violenza intenzionale bisogna organizzare in ogni Dipartimento della Salute Mentale (DSM) almeno una equipe dedicata, secondo quanto previsto dalle linee guida del Ministero della Salute.

Infine, bisogna aumentare la formazione degli operatori al lavoro transculturale e implementare la disponibilità di mediatori culturali nei setting di salute mentale.

**Sul piano della prevenzione,
la auspicata ripresa
economica va accompagnata
da politiche di redistribuzione
del reddito che permettano
di mitigare l'aumento
delle disuguaglianze sociali
a cui si è assistito
negli ultimi anni.**





Una resilienza di prossimità

*I Centri di ascolto parrocchiali della Diocesi di Roma
durante la pandemia*



a cura del Centro Studi Caritas

È ancora presto per un bilancio di cos'è stato il COVID-19 nelle vite di ognuno e di come il suo impatto abbia trasformato la società e la città in cui viviamo. Troppo forte ancora il coinvolgimento emotivo, parziali i dati statistici, precarie le situazioni di famiglie e imprese in bilico tra la speranza e la rassegnazione, vasta la platea di coloro che vivono "congelati" nelle numerose misure di sostegno messe in campo dal Governo e dalle istituzioni.

Alcune tendenze però paiono emergere e mettono a fuoco una città in cui sono aumentate le disuguaglianze, si sono smarriti dei punti di riferimento tradizionali, si ricomincia con fatica e, soprattutto, vi è una consistente fascia di popolazione che vive nella più assoluta precarietà.

Se, infatti, le conseguenze sono state la malattia e l'impoverimento, queste non hanno interessato tutti allo stesso modo. La pandemia ha colpito chi già era escluso o sfruttato, gli aiuti non hanno raggiunto coloro che ne avevano bisogno più di altri, le politiche per fronteggiare l'emergenza hanno fatto passare in secondo piano le emarginazioni che sono più gravi perché già presenti da decenni nel tessuto sociale della città. L'informazione spesso non ha aiutato a conoscere e comprendere fino in fondo il dramma dei più emarginati: ha concentrato l'attenzione verso quelle categorie di "nuovi poveri" spinta dall'evidenza del fenomeno e pressata da specifici gruppi di interesse, prestando invece poca e scarsa attenzione a quelli che sono "gli ultimi degli ultimi".

**L'ennesima crisi, in realtà,
si è abbattuta su una città
che già viveva
profonde sofferenze,
in cui convivevano
fasce di popolazione
molto agiate
e famiglie invisibili.**

L'ennesima crisi, in realtà, si è abbattuta su una città che già viveva profonde sofferenze, in cui convivevano fasce di popolazione molto agiate e famiglie invisibili. Un divario che non era solo di reddito ma riguardava la qualità della vita, la fruibilità dei diritti e la prospettiva di miglioramenti sociali.

L'avvento del COVID-19, quindi, oltre a trovare una Capitale in forte affanno, ha comportato un peggioramento epocale delle condizioni di precarietà socio-economica sofferta da un numero sempre maggiore di persone e di famiglie e allo stesso tempo l'allargamento della forbice tra classi sociali, con forti polarizzazioni.

Dal I rapporto BES 2020¹ si evince l'allarmante dato relativo all'aumento della deprivazione materiale che sta colpendo la città: alla fine dello scorso anno il 9,4% della popolazione romana si trovava infatti in difficoltà a causa dell'impossibilità di poter affrontare spese improvvise o quelle legate all'abitazione (mutuo, locazioni, spese condominiali, bollette). Allo stesso tempo anche il dato della grave depri-

¹ *Benessere equo e sostenibile*, Istat 2021.

vazione abitativa (immobili insicuri o precari, immobili mal riscaldati, immobili in condizioni igieniche inadatte, alloggi in strada – roulotte o tende, ecc.) segna un andamento in accelerazione, con una percentuale del 6,9% sull'intera popolazione, superiore di quasi 2 punti percentuali rispetto al dato nazionale (pari al 5%). Complessivamente, nella Capitale, la quota di popolazione a rischio povertà è del 18%.

Ancora più preoccupante è la misurazione Istat su base nazionale del sovrappollamento abitativo: nel 2018 il 27,8% delle persone vive in condizioni di sovrappollamento abitativo. Tale condizione di disagio è più diffusa per i minori, il 41,9%, dato che penalizza drammaticamente non solo la vita privata nell'abitazione, ma anche la concentrazione e la partecipazione alla didattica a distanza in situazione COVID-19.

I dati contenuti nel Rapporto 2020 della Caritas romana vedevano una notevole disuguaglianza nella distribuzione dei redditi con l'aumento di sacche di disagio sociale. Circa il 40% dei contribuenti romani presentava un reddito fino a 15.000 euro, un altro 40% tra 15.000 e 35.000. Solo il 17,5% della popolazione dichiarava redditi imponibili tra 35.000 e 100.000 euro.

Per comprendere meglio la multifattorialità delle situazioni di disagio nel territorio romano si può andare a considerare poi la condizione reddituale nel Comune², dove il Municipio con valori più bassi risulta essere il VI con un reddito medio pari al 17.023 euro a fronte di quello medio del II Municipio pari a 38.846,37 euro. Sempre il VI Municipio è quello che presenta il più alto indice di disagio sociale, pari a 4,96; gli succedono immediatamente il V Municipio con 2,33 e il IV con 1,87. Analizzando nel dettaglio le zone urbanistiche si può notare che esse corrispondono alle zone di maggiore distribuzione del reddito di Cittadinanza.

Una popolazione provata che, nel marzo 2020, è costretta a fronteggiare l'emergenza sanitaria COVID-19: in pochi giorni la crisi assume le tinte drammatiche del bisogno alimentare.

Ed è a questa umanità in grave sofferenza che la Diocesi ha voluto offrire strumenti di sostegno, di accompagnamento ma soprattutto la premura e la vicinanza ad ogni famiglia e singola persona.

In particolar modo si è cercato di rispondere in maniera graduale e per ordini di priorità e gravità alle diverse tipologie di bisogni emersi in questa contingenza.

Come tutti ricordano, la repentina perdita di lavoro (specialmente nei casi di tipologie di occupazioni senza protezioni od ammortizzatori) da parte di molte persone a causa del *lockdown* ha reso necessario attivare immediatamente un aiuto alimentare rapido e diffuso, che potesse raggiungere il maggior numero di persone in necessità. Evidentemente è ben presto maturata la consapevolezza della pervasività del disagio multifattoriale che si stava allargando a diverse fasce della popolazione. Per questa ragione la Diocesi ha ritenuto opportuno organizzare diverse modalità di aiuto che, in sinergia tra loro, potessero offrire un programma complesso di sostegno alla città.

2 *La povertà a Roma: un punto di vista. Nessuno si salva da solo*, Caritas di Roma 2020.

In questo modo si sono potute offrire risposte a differenti esigenze, adattandole al mutamento non solo delle condizioni di necessità ma anche della tipologia di persone e famiglie da sostenere. Gli interventi hanno trovato forma in vari progetti: gli Aiuti alimentari, gli Empori Caritas, il Fondo Anticrisi, i Buoni Spesa, il Fondo Gesù Divino Lavoratore.

In più di un'occasione gli aiuti più immediati hanno rappresentato l'opportunità per un primo contatto e conoscenza per una lettura maggiormente approfondita e completa dei diversi fattori di debolezza che andavano a colpire la persona o il nucleo familiare; la interconnessione tra i progetti ha permesso di garantire così, in tutte le occasioni di necessità, la prosecuzione di un percorso di accompagnamento specifico per mezzo del passaggio ad uno degli altri progetti a disposizione, soprattutto quelli a più forte vocazione di promozione sociale.

La rete delle Caritas parrocchiali nella diocesi di Roma rappresenta la spina dorsale dell'ascolto e dell'accoglienza delle persone fragili sul territorio della Capitale. Sono 206 i Centri di ascolto coordinati dalla Diocesi che riescono a lavorare in rete, attraverso un sistema informatico e una serie di protocolli per la presa in carico delle famiglie in difficoltà.

Proprio grazie all'organizzazione così capillare e partecipata la Chiesa di Roma è riuscita a rispondere, almeno in parte, alle esigenze di chi è stato travolto dalla crisi economica.

Il vero impatto della crisi, almeno nei primi due mesi di *lockdown* ad aprile e maggio, è stato l'aumento della richiesta di aiuti alimentari. Una vera e propria emergenza nella quale la Caritas si è organizzata promuovendo 137 punti di distribuzione e 13 centri di stoccaggio per gli alimenti. Affiancando a questa azione anche il potenziamento del servizio nei cinque Empori della solidarietà che esistono in Diocesi.

Sono state 7.476 le persone che si sono rivolte per la prima volta ai Centri di ascolto nel 2020. Queste si aggiungono alle 40.607 che le parrocchie avevano già preso in carico nel corso degli anni, di queste 13.684 erano quelle seguite con continuità (incontrate più volte nel corso dell'anno).

Complessivamente, quindi, le persone che in questa fase hanno ricevuto aiuto dai Centri di ascolto parrocchiali sono state 21.160 su 48.083 iscritte nei database delle parrocchie.

Nel 48,7% dei casi le nuove persone (7.476) che si sono rivolte ai centri parrocchiali sono italiani, seguiti da filippini (16,3%), peruviani (4,9%), romeni (4,7%) e altre 97 nazionalità.

Nel 64,4% dei casi, il rappresentante della famiglia che ha varcato per la prima volta la soglia del Centro di ascolto è una donna. La suddivisione per classi di età ci dice che il 54% dei nuovi iscritti sono al di sotto dei 45 anni (4,1% al di sotto dei 25 anni), mentre gli ultrasessantacinquenni sono il 14,7%.

ISCRITTI AL SIS* DALLE PARROCCHIE PER ANNO DI ISCRIZIONE E NAZIONALITÀ

Cittadinanza	Totale iscritti	Iscritti al 31.12.2019	Iscritti nel 2020	Aumento % su totale	Totale seguiti nel 2020	Aumento % nuovi su seguiti
Italia	17.544	13.901	3.643	26,2	9.927	36,7
Filippine	1.876	659	1.217	184,7	1.400	86,9
Perù	2.999	2.634	365	13,9	1.016	35,9
Romania	8.566	8.216	350	4,3	1.984	17,6
Sri-Lanka	974	783	191	24,4	458	41,7
Altre 141 nazionalità	16.124	14.414	1.710	11,9	6.375	26,8
Totale	48.083	40.607	7.476	18,4	21.160	35,3

* Sistema Informativo Sociale

Dal mese di maggio, inoltre, alla distribuzione alimentare si sono affiancate altre iniziative per sostenere le famiglie con maggiori difficoltà. È stato costituito un Fondo anticrisi che ha elargito oltre 650 mila euro per un migliaio di microinterventi per spese prevalentemente legate all'abitazione. Ogni parrocchia ha potuto presentare fino a tre famiglie per aderire a tale contributo.

Grazie al sostegno della Fondazione Roma sono stati messi a disposizione 50 mila buoni spesa per un valore di 20 euro, gestiti anche questi in collaborazione con le parrocchie che hanno permesso alle famiglie di recarsi nei supermercati e scegliere i prodotti più rispondenti alle loro preferenze, gusti e bisogni in una dimensione il più possibile vicina a quella solita della vita del quotidiano di ciascuno.

Dal mese di settembre è stato attivato il Fondo "Gesù Divino Lavoratore", istituito da papa Francesco con una donazione di un milione di euro alla Diocesi di Roma per aiutare le famiglie che «lottano per poter apparecchiare la tavola per i figli e garantire ad essi il minimo necessario». Da quella forte sollecitazione ad una solidarietà «della porta accanto» sono poi seguiti diversi sostegni anche dalle istituzioni: sia la Regione Lazio che Roma Capitale hanno aderito all'Alleanza per Roma donando 500.000 euro ciascuno.

La Caritas di Roma è stata poi incaricata di realizzare il Progetto di sostegno. Esso prevede 2 misure complementari: una economica e l'altra più di impronta promozionale, con percorsi di tirocinio o di sostegno di microprogetti lavorativi per gli utenti presi in carico. Ogni nucleo familiare può beneficiare del sostegno per 3-5 mesi, per un massimo di 600 euro mensili.

In un sondaggio realizzato nei Centri di ascolto parrocchiali nel mese di settembre 2020³ è emerso che il primo impatto dell'emergenza è stato il blocco della rou-

3 Cfr. *La povertà a Roma: un punto di vista*, cit.

tine della vita parrocchiale (41,5%), seguito dalla riduzione dei volontari (25%), dalla paura (10%), dal forte disorientamento (6,2%). Va sottolineato però che questa riduzione si è risolta nell'azzeramento completo delle attività di carità solo in una minima percentuale dei casi (6,5%).

Malgrado le difficoltà, in tante parrocchie, i Centri d'ascolto sono rimasti prevalentemente aperti, un buon 33,4% addirittura in presenza, in particolare nei popolosi settori Sud e Est. Un altro 22% è rimasto aperto e ha funzionato da remoto (per esempio, telefonicamente), un altro 25,4% dichiara di aver ridotto effettivamente il funzionamento e meno di un quinto del totale dichiara la chiusura vera e propria. I Centri d'ascolto, dunque, hanno continuato ad essere una presenza viva e attiva sul territorio, presentandosi spesso come unico e insostituibile riferimento per la collettività più prossima.

Le disposizioni di sicurezza hanno però comportato una diversa strutturazione nell'offerta dei servizi: mense, scuole d'italiano per stranieri, accoglienza, servizi docce e vestiario, anche laddove sono rimasti attivi e funzionanti, hanno ridimensionato le loro attività. Svetta invece la funzione di presidio per aiuti alimentari (in 158 centri), la richiesta di aiuti economici (in 130), ma anche a dispensario farmaceutico (86 centri), accompagnamento a visite mediche (56).

Il numero delle persone assistite dalle parrocchie è letteralmente esploso: l'85,9% dei centri ha registrato un'impennata del numero delle persone assistite (che in alcuni casi è arrivato a decuplicare). Anche se la maggior parte delle parrocchie ha visto un aumento fino a 50 persone e in 6 casi l'aumento delle persone assistite è stato addirittura di oltre 500.

Da un ulteriore sondaggio, realizzato dall'Area sanitaria della Caritas diocesana nel giugno 2021 in 87 centri di ascolto parrocchiali aderenti alla "Rete diocesana delle parrocchie per la salute", emerge che, durante il primo anno di pandemia, il 18% delle parrocchie ha predisposto un apposito servizio sanitario

Tra queste, il 47% aveva attivi interventi di "consulenza psicologica", il 36% di "dispensazione e raccolta farmaci", il 34% di "ambulatorio, visite mediche, visite specialistiche", il 18% "collaborazioni con associazioni del territorio per visite mediche".

Tra le richieste ricevute, anche da quelle che non hanno attivi servizi sanitari, spicca il "sostegno per acquisto di farmaci" (81%), "sostegno al pagamento di ticket sanitario" (47%), "accompagnamento a visite mediche" (44%), "sostegno per il reperimento di mascherine" (28%), "visite mediche specialistiche" (22%), "cure odontoiatriche" (9%).

Nell'85% delle risposte le richieste di aiuto sono arrivate indifferentemente sia da persone italiane che straniere, mentre nel 13% dei casi le richieste hanno riguardato "soprattutto persone italiane".

Gli operatori parrocchiali hanno inoltre evidenziato che nel 71% dei casi a motivare il ricorso alla parrocchia sia stata la "mancanza di risorse economiche"; nel 48% perché la parrocchia è "luogo che ispira fiducia e in cui è possibile entrare in relazione"; nel 28% perché trovano "operatori qualificati per orientarli" verso il Servizio sanitario; nel 20% perché "non hanno altri riferimenti per avere informazioni".

PARTE SECONDA

a cura dell'Area sanitaria Caritas



L'ALTRA PANDEMIA

Accoglienza, tamponi e vaccini: tra carità e giustizia sociale



Rispetto alla tutela della salute delle persone socialmente fragili, in questo tempo di pandemia si sono amplificate le diseguaglianze e i problemi di giustizia sociale e sono emerse molte criticità relative all'accessibilità e alla fruibilità dei servizi sanitari. Si sono determinate, proprio in relazione alle misure di prevenzione e gestione dell'emergenza, ulteriori barriere di tipo burocratico e amministrativo che si sono sommate a quelle già esistenti o che di quelle barriere, mai rimosse, non hanno tenuto conto.

Coerentemente con la Costituzione Italiana (in particolare con l'articolo 32¹) e con il corpo normativo relativo all'assistenza sanitaria e alla migrazione, la politica e le strategie di sanità pubblica dovrebbero intervenire in modo equo tenendo in considerazione tutte le persone presenti sul territorio nazionale (indipendentemente dalla titolarità di presenza) e mantenendo uno sguardo di sistema a difesa e promozione del bene comune. Tuttavia durante questo periodo di emergenza le politiche, anche quando formalmente orientate da principi di equità e garanzia dei diritti, non sono state sempre applicate in modo inclusivo ed in grado di garantire, anche operativamente, l'accesso ai diritti. Le persone socialmente più fragili hanno goduto di un diritto alla salute "minore", "incompleto", e l'accesso all'assistenza sanitaria è stato

per loro reso difficile da diverse pietre di inciampo e da un vuoto di attenzione istituzionale. Gli ostacoli si sono presentati in tutto il territorio nazionale (anche se con differenze nei singoli contesti regionali e locali) e su più aspetti legati alla gestione dell'emergenza sanitaria (rispetto alle accoglienze, rispetto ai tamponi, rispetto ai vaccini) che per lungo tempo non sono stati affrontati in modo sistematico; viene quindi da interrogarsi su quale sia stata effettivamente la tutela politica e istituzionale della fragilità sociale e dei diritti di cui queste persone sono portatrici. Se la categoria degli "esclusi" costituisce l'anello più debole del tessuto sociale, essa misura anche la "volontà costituzionale" di tutelare ognuno.

La società civile ha cercato di intervenire per individuare la presenza di ostacoli, indicando le possibili soluzioni da attuare per superarli e sollecitando dovuti interventi di rimozione da parte delle istituzioni. Il metodo di lavoro privilegiato per contrastare le diseguaglianze che si stavano ampliando è stato quello del lavoro di rete che ha permesso di mitigare gli impatti negativi in termini di accesso ai diritti e

Le persone socialmente più fragili hanno goduto di un diritto alla salute "minore", "incompleto", e l'accesso all'assistenza sanitaria è stato per loro reso difficile da diverse pietre di inciampo e da un vuoto di attenzione istituzionale.

1 Art. 32 della Costituzione Italiana: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

giustizia sociale che la pandemia ha prodotto².

Roma è una città in cui molte persone, italiane e straniere, vivono in condizioni di grave marginalità e precarietà estrema (circa 8.000 sono le persone senza fissa dimora)³ e nella quale, durante l'emergenza sanitaria, si è ancora di più ridotta la possibilità di essere tutelati nei diritti di cui ogni persona è titolare, come il diritto alla salute.

"lo resto a casa", così è stato soprannominato il DPCM del 9 marzo 2020⁴ firmato da Giuseppe Conte, che invitava a rimanere nelle proprie abitazioni e ad uscire solo in caso di comprovate esigenze lavorative, motivi di salute o altri motivi di necessità. Si dava inizio al *lockdown* nazionale. Eppure per le persone in condizioni di fragilità quello che poteva sembrare scontato (rimanere a casa) non lo era affatto, perché la casa o non c'era o, se c'era, era una baracchina, una stanza affollata, magari in un edificio occupato, o un centro di accoglienza con altre cento persone. Nelle strade deserte sono rimasti gli ultimi degli ultimi, chi non aveva altra possibilità e magari veniva anche multato perché non rispettava le indicazioni del governo. I diversi decreti che venivano emanati a livello nazionale e regionale non tenevano conto di questa popolazione, nonostante si stia parlando di almeno qualche migliaia di persone a livello di Roma e del Lazio. I centri organizzati per un'accoglienza solo serale si sono re-inventati per un'accoglienza H24 chiudendo le porte a nuovi ingressi, e pochissimi (più nella seconda ondata dell'autunno-inverno 2020), almeno nel Comune di Roma, sono stati i posti aggiunti per accogliere chi era per strada. Diverse associazioni, collegate nel Tavolo Immigrazione e Salute (TIS), hanno sin da marzo elaborato proposte concrete e prodotto diversi documenti destinati ai decisori relativamente alla gestione dei senza dimora, alla possibilità di effettuare accoglienze in sicurezza (vedi Box "Le Strutture Ponte o di isolamento prudenziale a Roma"), al degrado degli insediamenti informali rurali ed urbani, all'impatto che la pandemia poteva avere sui diritti delle persone straniere.

La problematica non era relativa solo all'accoglienza (intesa come misura di prevenzione della diffusione dell'infezione) ma anche ai percorsi diagnostici e di presa in carico. All'inizio della pandemia, e per alcune persone anche oggi, non era facile o scontato arrivare alla diagnosi di laboratorio dell'infezione da Sars-Cov-2. La non esistenza iniziale, e la scarsa disponibilità nelle prime fasi, dei tamponi nasofaringei e del kit per l'analisi della presenza virale, rendevano necessaria una diagnosi basata solo sulla sintomatologia clinica. Almeno nella Regione Lazio, da quando i kit diagnostici sono stati diffusi a livello del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'unica modalità per eseguire il tampone nasofaringeo nei casi sospetti era la prenotazione dal ReCUP (il Centro Unico di Prenotazione Regionale) o dal portale regionale online utilizzando la ricetta elettronica rilasciata dal medico di medicina generale oppu-

2 Torchiaro S, Civitelli G, Liddo M, Geraci S. "La rete come strategia per l'equità in salute: punti di forza e criticità" in *Osservatorio sulle Migrazioni a Roma e nel Lazio. Sedicesimo Rapporto*, 2021, Centro Studi e Ricerche IDOS e Istituto di Studi Politici "S. Pio V".

3 Istat, *Le persone senza dimora*, Statistiche Report Istat del 10 dicembre 2015.

4 Gazzetta Ufficiale, *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020*, GU Serie Generale n. 62 del 09-03-2020.

LE STRUTTURE PONTE O DI ISOLAMENTO PRUDENZIALE A ROMA

Come gestire il rischio di infezione da Sars-cov-2 derivante dall'introduzione di persone provenienti da contesti di vulnerabilità in comunità (chiuse)? L'urgenza di una risposta a tale quesito è andata mutando di pari passo con l'evoluzione del quadro epidemiologico e delle misure di contenimento nazionali, pur connotandosi sempre e a tutt'oggi come una questione fondamentale. Se a livello nazionale si è assistito a soluzioni disparate e fortemente discriminatorie quali le *navi quarantena*, a livello locale una nota del 9 Marzo 2020 (Prot. N. 17323) emanata dalla giunta capitolina sospendeva formalmente le nuove accoglienze sia del circuito ordinario (compreso quello SAI) che del circuito straordinario per l'emergenza freddo. Provvedimento comprensibile dato il momento di grande insicurezza e la mancanza di linee di indirizzo nazionali. Successivamente, però, anche in seguito ad alcuni parziali tentativi nazionali di inquadramento generale non è seguita, a livello locale, la definizione di percorsi uniformi. Fin da marzo 2020 la rete di associazioni attive sul territorio romano, coerentemente alle indicazioni del TIS, ha proposto alle autorità competenti soluzioni operative eque ed efficaci. Una di queste è stata la possibilità di istituire centri di *isolamento prudentiale* anche dette *strutture ponte*, ossia luoghi dotati di stanza singola con bagno in camera dove persone provenienti dalla strada o potenzialmente esposte a più di una condizione di rischio per COVID-19 e candidate all'accoglienza potessero espletare un periodo di isolamento e ricevere tampone naso-faringeo per ricerca Sars-Cov-2 ad inizio e/o fine quarantena. Le strutture *ponte*, che pure sarebbero state un'opportunità per una ripresa in sicurezza delle accoglienze in pieno *lockdown*, sono state accolte come una possibilità e realizzate soltanto in vista della seconda ondata, a discrezione di alcuni organismi virtuosi dell'istituzione pubblica e con grande supporto da parte di alcuni attori del privato sociale. Così, grazie alla collaborazione tra Dipartimento delle Politiche Sociali del Comune di Roma (Ufficio Immigrazione), della ASL Roma 2 (Dipartimento di Prevenzione e UOC Tutela immigrati e stranieri) e di Intersos sono stati istituiti ad Agosto 2020 e a Gennaio 2021 due strutture *ponte* per la riapertura in sicurezza delle accoglienze per Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) nel circuito SAI (Ex Siproimi). Due ulteriori esperienze di centri *ponte* sono state proposte da Caritas. La prima è *iniziata a gennaio 2021 presso l'Ostello 'Don Luigi Di Liegro'* grazie alla collaborazione tra Caritas, Croce Rossa e Ifo: target stavolta sono state le persone italiane e straniere candidate all'accoglienza prevalentemente presso i centri Caritas o presso l'accoglienza diffusa nelle parrocchie. L'altra ha riguardato i minori stranieri non accompagnati (MSNA) candidati ad accoglienza presso centri Caritas: per loro è stato previsto un percorso prudentiale presso il centro ponte *Tata Giovanni* in collaborazione informale con ASL Roma 1 e Intersos. Inoltre, anche altre strutture istituite formalmente come alberghi COVID-19, ossia dedicati a persone positive che non potessero espletare l'isolamento presso idonea abitazione, sono state utilizzate come strutture *ponte*. Soluzioni estemporanee queste ultime, dove persone in condizione di fragilità sociale o con problemi di salute mentale venivano collocate senza accompagnamento o supervisione oppure dove la stessa struttura, seppure con le idonee accortezze, accoglieva persone fragili positive e negative contemporaneamente, con possibili evidenti criticità.

Non da tutti gli attori pubblici e del privato sociale è stata compresa o accolta la proposta di istituire *strutture ponte*; l'obiezione più frequentemente esplicitata si riferiva al fatto che, non essendo i centri di accoglienza a bassa soglia delle strutture chiuse, non avrebbe avuto senso isolare chi, a termine del periodo, sarebbe potuto uscire durante il giorno dal centro senza problemi. Tale obiezione non teneva conto né della grande fragilità degli ospiti già presenti nelle strutture né della portata, in termini di sanità pubblica, dell'innesco di possibili focolai all'interno di tali contesti, situazioni la cui probabilità doveva essere il più possibile ridotta.

STRUTTURE PONTE:

- ▶ *Centro Barzilai* per RTPI candidati ad accoglienza in circuito SAI (Ex Siproimi): collaborazione tra Dipartimento delle Politiche sociali del Comune di Roma, ASL Roma 2 (Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e Unità Operativa Complessa (UOC) Tutela Immigrati e Stranieri) e Intersos;
- ▶ *Casa Bakhita* per RTPI candidati ad accoglienza in circuito SAI (Ex Siproimi): collaborazione tra Dipartimento delle Politiche Sociali del Comune di Roma, ASL Roma 2 (SISP e UOC Tutela Immigrati e Stranieri) e Intersos;
- ▶ *Centro di Pronta Accoglienza Minori "Tata Giovanni"*: per MSNA candidati all'accoglienza in centri dedicati;
- ▶ *Ostello don Luigi Di Liegro*: per senza dimora in collaborazione con Croce Rossa.

ALCUNE STRUTTURE ALBERGHIERE PER PERSONE COVID-19 POSITIVE:

- ▶ *Urban Garden Hotel* (zona Rebibbia – ASL Roma 2)
- ▶ *Villa Primavera* (zona Ottavia – ASL Roma 1)
- ▶ *Pineta Palace Hotel* (zona Pineta Sacchetti – ASL Roma 1)
- ▶ *Hotel "Casa tra noi"* per persone con fragilità di tipo sociale: zona Ottaviano (ASL Roma 1 e IFO)

re tramite segnalazione alla ASL di competenza del domicilio per l'attivazione delle USCAR (Unità Speciale di Continuità Assistenziale Regionale). Da quando sono stati creati i percorsi per la conferma laboratoristica della diagnosi, non sono state dunque prese in considerazione le persone prive di tessera sanitaria e/o di medico di medicina generale e le persone prive di domicilio. Inoltre inizialmente i luoghi del SSN dove eseguire l'esame erano esclusivamente postazioni *drive-in*, escludendo così tutti coloro non in possesso di mezzo automobilistico proprio; solo tardivamente sono stati attivati alcuni (pochi) siti *walk-in*. Per le persone presenti negli edifici occupati, nei centri di accoglienza e nei luoghi dove era possibile effettuare isolamento in presenza di un caso sospetto, anche in assenza di tessera sanitaria, poteva essere effettuata segnalazione (necessariamente mediata da medici del privato sociale) all'autorità sanitaria per l'esecuzione del tampone a domicilio con tempistiche e modalità diverse per ogni ASL. Rimanevano escluse tutte le persone senza dimora, senza tessera sanitaria, con codice STP o ENI⁵ che non potevano ricevere ricetta elettronica. In alcuni casi l'unica via per fare diagnosi e presa in carico adeguata era l'invio (a volte improprio in termini clinici, ma appropriato in termini di sociali e di sanità pubblica) in pronto soccorso tramite chiamata al 118 (con attese anche di diverse ore), pur nella consapevolezza della situazione di sovraccarico delle strutture ospedaliere. Alcune organizzazioni hanno iniziato, dopo l'estate, ad effettuare gratuitamente tamponi antigenici per le persone senza dimora senza però strutturare preventivamente in accordo con le ASL del territorio dei percorsi da seguire in caso di riscontro di positività. Da marzo 2020 il Tavolo Immigrazione e Salute, a livello nazionale, e le associazioni presenti sul territorio romano, a livello locale, avevano iniziato a chiedere che fossero indicati dei percorsi per la diagnosi e presa in carico di persone in condizioni di marginalità sociale, eppure le risposte sono state vaghe e tardive a livello nazionale o scarse a livello regionale⁶.

Le associazioni hanno chiesto alle Istituzioni un intervento integrato e urgente che è stato definito 3 P⁷:

- Percorsi da prevedere per l'ingresso nei centri di accoglienza collettivi, da mettere in atto per poter garantire sicurezza ai beneficiari, alle persone già presenti nelle strutture e agli operatori. La proposta era quella di istituire delle strutture *ponte* dove le persone accolte dalla strada potessero effettuare un periodo di 'isolamento fiduciario' con esecuzione di un tampone all'inizio e alla fine di tale periodo. Solo una volta accertata la doppia negatività (iniziale e finale) la persona poteva essere accolta in un centro collettivo.
- Procedure intese come indicazioni puntuali e scientificamente corrette su come procedere in termini di prevenzione e gestione nelle varie fasi dell'accoglienza, e

5 Straniero Temporaneamente Presente (STP) ed Europeo Non Iscritto (ENI).

6 Per la questione dell'accesso ai tamponi, è sufficiente citare che, per chiarire le modalità di prenotazione per chi era in possesso di codici STP ed ENI, nel Lazio è stata emanata una nota della Regione solo il 4 dicembre 2020.

7 Le attività di monitoraggio condotte presso le strutture di accoglienza dal Tavolo Immigrazione e Salute e dal TA hanno evidenziato bisogni e criticità emersi attraverso la rilevazione e permesso la sistematizzazione e la formalizzazione in proposta alle Istituzioni di un modello di intervento, strutturato in un iter e detto delle "3P" (Percorsi, Procedure, Processo), un secondo monitoraggio è stato pubblicato a febbraio 2021.

L'ESPERIENZA DEI CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MINORENNI

L'emergenza da COVID-19, il *lockdown* totale del nostro Paese e le misure adottate nei mesi successivi, hanno creato situazioni e vissuti difficili per bambini, adolescenti e adulti. Condizione di vita ancora più delicata è stata quella affrontata dai ragazzi e dalle ragazze accolti all'interno delle comunità socioeducative, lontani dalle loro famiglie. Essi, al di là dei percorsi che hanno portato al loro ingresso nei centri, hanno dovuto imparare non solamente, come tutti i loro coetanei, nuove abitudini, ma anche a rimanere sempre a debita distanza gli uni dagli altri, a sottoporsi al monitoraggio quotidiano del loro stato fisico, ad assistere a quello di tutti coloro che entravano e uscivano dai centri, a vedere gli educatori col viso coperto. Il loro progetto di autonomia verso l'età adulta ha subito un notevole rallentamento, in alcuni casi, soprattutto nei mesi del *lockdown* totale è rimasto sospeso, congelato.

Ogni operatore e ogni equipe educativa ha dovuto gestire le proprie ansie e preoccupazioni, nel tentativo di continuare a tutelare chi viene affidato alle loro cure, cercando di trovare soluzioni rispettose del diritto alla salute di tutti. L'interlocuzione con i referenti istituzionali non sempre è stata possibile, abbiamo chiesto indicazioni che, il più delle volte, non sono arrivate. Le circostanze erano sicuramente di estrema incertezza per tutti e, alcuni quesiti, di difficile soluzione.

Una delle molte procedure messe in atto per tutelare la salute di ogni ragazzo e ragazza che viene accolto, è stato l'isolamento prudenziale, atto a ridurre il più possibile il rischio di contagio di coloro che sono già stati accolti, degli operatori che vi lavoravano e dell'intera comunità. Uno dei Centri di accoglienza per minorenni, promossi da Caritas Roma, disponendo di ambienti adeguati, cioè di stanze con bagno, da più di un anno sta svolgendo questa importante funzione: al termine del periodo di quarantena (con esecuzione di un tampone all'inizio e un tampone alla fine) i ragazzi vengono trasferiti – se negativi - in un altro centro, per poter iniziare a svolgere vita comunitaria e cominciare il proprio percorso d'autonomia. Questa procedura di accoglienza ha avuto diverse evoluzioni in base all'evoluzione pandemica e alle risorse disponibili: si è passati dall'ingresso al Centro previo test sierologico o triage medico, all'ingresso con triage medico nei giorni successivi, alla riduzione, quindi, del periodo di quarantena da quindici a dieci giorni fino alla procedura ad oggi (fine giugno 2021) attuata (tampone, isolamento prudenziale di dieci giorni, tampone) e che è in fase di ridifinizione coerentemente con l'evoluzione della pandemia e le indicazioni nazionali e locali. Queste prassi, seppur necessarie per la tutela della salute, hanno aggiunto ulteriore complessità ad una situazione già difficile e stressante come quella che si trova ad affrontare un minore non accompagnato, appena giunto in un territorio straniero e sconosciuto o un ragazzo/ragazza allontanato dalla propria famiglia per gravi motivi. Di seguito evidenziamo alcuni aspetti degni di nota che hanno caratterizzato, in generale, l'accoglienza dei minorenni sul nostro territorio:

- ▶ mancanza di strutture dedicate nella fase di accoglienza per isolamento prudenziale e positività al COVID-19;
- ▶ condizioni di stress rispetto alle misure di quarantena;
- ▶ criticità nei cambiamenti delle modalità di relazione per coloro che erano in accoglienza;
- ▶ interruzione, sospensione e rallentamento dei percorsi di inclusione.

Le equipe educative dei singoli Centri hanno cercato nuove strategie per continuare ad accompagnare i ragazzi, utilizzando ogni strumento che potesse aiutarli a sostenere una situazione di totale o parziale isolamento, sviluppando una riorganizzazione del lavoro e delle attività, che abitualmente vengono proposte. La sfida educativa è stata quella di trovare modalità diverse nella comunicazione con i ragazzi, privilegiando nuovi canali di espressione. Sono stati realizzati, oltre a riunioni e corsi di formazione, a distanza, con personale e associazioni sanitarie, video che spiegavano il COVID-19 e le precauzioni da tenere in struttura, misure continuamente aggiornate, in base alle normative sanitarie vigenti. Sono state organizzate lezioni di italiano L2 e collegamenti con istituti scolastici in remoto sia per i ragazzi in isolamento, sia per coloro che erano comunque nella situazione di dover seguire le lezioni a distanza.

Questo periodo ha avuto un notevole impatto emotivo sulla vita lavorativa di tutti gli operatori sociali quotidianamente impegnati nell'accoglienza dei più vulnerabili. La relazione è il nostro strumento principale, abbiamo dovuto imparare nuove modalità per sostenere e per sostenerci, nella consapevolezza che ogni paura che abbiamo incontrato e incontreremo durante il nostro percorso umano e professionale, se condivisa e affrontata insieme, ci permette di tirare fuori energie e coraggio (cor-agire agire con il cuore) inaspettati, ci aiuta *ad avere coraggio di essere felici e di rendere felici gli altri, anche nei momenti più bui cercando sempre l'essenziale.*

in particolare in caso di sospetto e/o di caso positivo (seppur asintomatico).

- Processo, inteso come il monitoraggio che ogni territorio dovrebbe effettuare dei percorsi e delle procedure, per utilizzare al meglio competenza, esperienza e disponibilità dei vari attori coinvolti, istituzionali e non, e per poter correggere, integrare e ottimizzare il sistema d'accoglienza, in una parola "governare" il tutto in modo condiviso e corresponsabile.

Veniva suggerito di dare mandato all'Istituto Superiore di Sanità di coordinare la produzione di specifiche "Indicazioni *ad interim*", come già stava facendo per altre problematiche e le associazioni con competenza sanitaria si erano dichiarate disponibili a collaborare.

Tali sollecitazioni sono state parzialmente raccolte dal Ministero della Salute, che nell'estate 2020 ha attivato un tavolo istituzionale, coordinato dall'INMP e che ha portato alla pubblicazione di una prima versione di *Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità sociale e precarietà amministrativa nel quadro dell'epidemia di COVID-19* a fine luglio 2020. Le associazioni operanti sul campo sono state coinvolte solo tardivamente per l'elaborazione di tale prima versione, mentre alcune sollecitazioni sono state raccolte, anche se in modo valutato non soddisfacente, nella seconda versione pubblicata ad ottobre dello stesso anno.

In attesa di indicazioni chiare e condivise per l'accoglienza in sicurezza, le strutture si sono organizzate autonomamente. Il 60% attraverso una soluzione "fai da te" per la gestione di soggetti positivi con stanza di isolamento o altra struttura messa a disposizione dallo stesso ente, il 28% aveva potuto accedere a trasferimenti in strutture messe a disposizione dagli enti locali⁸. Nel complesso le soluzioni individuate sono state molto eterogenee ed influenzate dalla necessità di trovare una risposta con le risorse disponibili. Di fronte alla necessità di gestione di casi sospetti ad esempio questo era stato il ventaglio di soluzioni applicate:

- trasferimento in struttura dedicata ai casi sospetti istituita da un ente pubblico (5% dalla Regione, 7% dal Comune, 9% dalla ASL);
- isolamento di 14 giorni in stanza singola (con o senza servizi igienici riservati) all'interno della struttura o in altra struttura dell'organizzazione (46%);
- esecuzione del tampone ed isolamento interno alla struttura (26%);
- richiesta e attesa di indicazioni (7%).

A maggio del 2020, soltanto il 21% delle strutture dichiarava di aver potuto beneficiare di una "soluzione istituzionale" mentre il 72% aveva dovuto risolvere il problema in autonomia. Nel secondo monitoraggio⁹ effettuato presso le strutture di accoglienza, ancora il 70% aveva potuto gestire casi positivi che non necessitavano di ospedalizzazione grazie a soluzioni individuate a proprio carico, anche se erano aumentate quelle che avevano potuto beneficiare di una soluzione messa a disposizione dalle ASL (dal 9% al 21%). Lo stesso monitoraggio rilevava una criticità crescente legata all'assenza di strutture ponte per l'isolamento fiduciario ed una persistente

8 Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, *Dossier COVID 19. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 1 giugno 2020, TA-TIS.

9 Il Secondo Dossier Covid-19 elaborato da TA e TIS è stato pubblicato nel febbraio 2021 ed aggiornava i dati tramite una rilevazione effettuata nel mese di ottobre.

I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE NEL LAZIO IN TEMPO DI PANDEMIA COVID-19

"La pandemia, che da lunghi mesi stiamo affrontando, ci ha resi tutti più consapevoli della centralità del bene salute, intesa come salute fisica e salute mentale, e dell'importanza delle relazioni umane e sociali. Abbiamo capito che da una pandemia nessuno può uscire da solo e che le parole chiave della sanità del futuro sono prossimità, comunità, presa in carico globale della persona, domiciliarità."

Con queste parole il Ministro della Salute Roberto Speranza ha aperto i lavori della 2° Conferenza nazionale della salute mentale, il 25 giugno u.s. Nel suo messaggio ha affermato che: *"non sempre chi ha sperimentato periodi di sofferenza mentale ha trovato Servizi adeguati ai propri bisogni e non sempre ha potuto contare su un vero e proprio progetto terapeutico riabilitativo [...] La realtà continua a presentare criticità e le persone con disturbi mentali continuano a ricevere risposte non sempre pienamente adeguate [...] Fra le principali criticità (che la pandemia ha evidenziato) troviamo le ampie disuguaglianze che ancora persistono fra Regioni e all'interno delle stesse (nell'accesso alle cure, nell'offerta assistenziale, nelle risorse disponibili, nel ricorso ai Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), nello sviluppo della rete territoriale) e la necessità di rafforzare l'attenzione alle nuove forme di disagio, osservate già prima, ma aggravate nel corso della pandemia, in particolare fra gli adolescenti e i giovani adulti nei confronti dei quali dobbiamo essere capaci di mettere in atto azioni più incisive, a partire dalla prevenzione"*.

A partire dai risultati del Tavolo tecnico ministeriale, si rileva come il dramma "pandemia coronavirus" ha sottolineato ancora una volta le troppe disuguaglianze territoriali che caratterizzano la funzionalità dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) del Lazio. Nelle ASL ogni DSM ha risposto all'emergenza fronteggiando la situazione in assoluta diversità, con modalità assistenziali spesso inaccettabili e fuori norma. In modo particolare la pandemia ha reso più fragili le risposte dei Centri di salute mentale (CSM), dei Servizi psichiatrici ospedalieri (SPDC) e ha, se non azzerato, comunque significativamente ridisegnato le attività riabilitative dei Centri diurni (CD) e delle strutture residenziali. In modo particolare le tre ASL romane hanno operato scelte diverse e tali difformità hanno generato ancor più disservizio e disorientamento per le famiglie, compromettendo la continuità delle cure dei pazienti in carico. Come descritto da Giuseppe Rizzo nel suo reportage romano dell'aprile 2020, *"La pandemia nella testa di chi soffre una malattia psichiatrica", "la quarantena ha modificato la trama delle giornate di tutti ma per tanti (i pazienti psichiatrici) quella trama era già fatta di fili sottili, in grado di rompersi facilmente [...] Sono stati chiusi i laboratori terapeutico riabilitativi, sospese le attività all'esterno delle strutture residenziali, bloccate le visite dei parenti [...] Tutto questo non è stato indolore, specialmente per l'utenza più giovane [...] In un mondo che si è fermato per cercare di contenere il contagio del coronavirus, è emerso come la pandemia ha reso più evidenti le debolezze nel perimetro della salute mentale"*.

La gestione delle situazioni cliniche e dei relativi trattamenti terapeutico riabilitativi è stata e continua ad essere particolarmente complessa perché le problematiche riguardanti le misure di prevenzione e contenimento dell'infezione da COVID-19 hanno generato sui pazienti psichiatrici una pressione emotiva maggiore che in altri e per la gran parte di essi è diventata insostenibile, determinando il riacutizzarsi di sintomatologie in parte risolte.

Grande risalto è stato dato dai mezzi di comunicazione alle condizioni delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani ma perché nessuno ha acceso i riflettori sulle strutture psichiatriche residenziali? Sono state monitorate accuratamente? A chi interessa la sorte di chi vi è ospitato? Il Tavolo tecnico per la salute mentale del Ministero ha affermato che la pandemia ha colpito maggiormente i più fragili, specialmente coloro che stanno nelle strutture residenziali. Sappiamo com'è la situazione attuale nelle grandi strutture riconvertite delle ex cliniche psichiatriche del Lazio?

In questo contesto regionale di silenzi, omissioni ed anarchia, si auspica che trovino accoglienza le parole di Papa Francesco, nel suo messaggio augurale alla 2° Conferenza nazionale della salute mentale: *"Questi nostri fratelli e sorelle, nella sensibilità che accompagna la loro fragilità, hanno avvertito con particolare gravità i devastanti effetti psicologici della pandemia. È dunque auspicabile che da una parte non manchi il potenziamento del sistema sanitario di tutela della malattia mentale e dall'altra parte si promuovano le Associazioni e il volontariato che si pongono accanto ai malati e ai loro familiari [...] La pandemia ha posto gli operatori sanitari di fronte a enormi sfide [...] per non lasciare indietro nessuno, prendersi cura di tutti in modo inclusivo e partecipato e far prevalere la cultura della comunità sulla mentalità dello scarto."*

difficoltà nel reperimento dei tamponi¹⁰.

La capacità di iniziativa da parte del privato sociale è stata fondamentale per contenere il rischio di contagio ed evitare una diffusione sistematica di focolai legati all'accoglienza¹¹, come avvenuto in altri paesi europei¹² (European Centre for Disease Prevention and Control, 2021) ma purtroppo ha costretto ad una iniziale riduzione della capacità di accoglienza.

Altro tema ad oggi ancora complesso e non del tutto risolto è quello dell'inclusione nella campagna vaccinale delle persone in situazioni di marginalità sociale e amministrativa. L'implementazione della campagna ha accumulato un ritardo nei confronti dei più deboli a causa di direttive insufficienti da parte delle istituzioni. La campagna vaccinale era stata avviata da alcuni mesi, quando a febbraio, l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), nella sezione "FAQ - Vaccini COVID-19" del proprio sito, sanciva formalmente la possibilità, per qualsiasi persona presente sul territorio nazionale, di accedere alla vaccinazione, indicandone operativamente le procedure. A distanza di quasi sei mesi la formalità non è ancora stata tradotta in indicazioni nazionali e locali chiare né in un'operatività efficace. Il 4 febbraio 2021, il Tavolo Immigrazione e Salute rivolgeva formalmente al Ministro della Salute, On. Roberto Speranza, una *"Richiesta di Indicazioni Nazionali per una campagna vaccinale anti-SARS-CoV-2/COVID-19 realmente inclusiva dei soggetti socialmente più fragili"*. Il 17 marzo a livello regionale, il GrIS Lazio¹³, presentava all'assessore regionale alla Sanità e integrazione Socio-Sanitaria, Dott. Alessio D'Amato, una *"Richiesta di Indicazioni regionali per una campagna vaccinale anti-SARS-Cov-2/COVID-19"*, anche in questo caso, specificando che fosse *"realmente inclusiva dei soggetti socialmente più fragili"*.

Nonostante i chiarimenti espressi dall'AIFA, affinché l'ostacolo amministrativo costituito dall'assenza di tessera sanitaria fosse superato, la gestione della macchina burocratico-amministrativa ha comunque posto degli ostacoli supplementari la cui rimozione sembra non essere stata in alcun modo prioritaria per i decisori politici. Le prenotazioni, di fatto, sono state per lungo tempo possibili soltanto tramite i medici di medicina generale o tramite i portali regionali con i dati della tessera sanitaria, escludendo chi non ha la tessera sanitaria e non è iscritto al servizio sanitario regionale. Le proposte effettuate affinché la situazione fosse risolta, come permettere la registrazione al portale con altri codici (STP o ENI) o dare mandato alle ASL di raggiungere questa popolazione con forme di offerta attiva in collaborazione con l'associazionismo, sono state accolte in modo tardivo e parziale. Ancora il 31 maggio 2021, trentadue associazioni scrivevano al Commissario Straordinario per l'Emergenza COVID-19 Gen. Francesco Figliuolo, responsabile nazionale dell'implementazione della campagna di vaccinazione, una *"Richiesta urgente di Indicazioni*

10 Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, *Dossier COVID-19. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 2 febbraio 2021, TA-TIS.

11 I dati riportati nel secondo monitoraggio TA-TIS e rilevati tra marzo ed ottobre 2020 registravano un'incidenza di casi positivi pari al 4,2% (TA, TIS, 2021).

12 ECDC, *Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA*, Technical Report 3 giugno 2021, European Centre for Disease Prevention and Control.

13 Gruppo Immigrazione e Salute, rete di associazioni impegnate nella promozione dell'accesso all'assistenza sanitaria in riferimento al territorio laziale.

nazionali per porre fine alle disparità di accesso alla campagna vaccinale anti-SARS-Cov2/COVID-19”.

Nell'accesso al diritto alla vaccinazione si sono verificate delle disparità enormi, c'è stato un gruppo di persone socialmente fragili che è stato lasciato indietro, non incluso in una campagna vaccinale di massa e privato della possibilità di tutelare la propria salute. Limiti amministrativi, silenzi politici, che hanno rischiato di tradursi in atti discriminatori. A metà giugno, nella Regione Lazio¹⁴, è stata finalmente data disposizione alle ASL di individuare percorsi adeguati all'interno di ogni singola azienda, per una fattiva inclusione nella strategia vaccinale dei soggetti socialmente fragili presenti sul territorio nazionale e che, per ostacoli di carattere amministrativo e per condizioni di marginalità, non sono ancora riusciti ad accedere alla vaccinazione. Alle azioni di *advocacy* promosse dalle reti nazionali come il Tavolo Immigrazione e Salute ed il Tavolo Asilo e dalle reti a livello locale e regionale, tra cui i Gruppi Immigrazione e Salute, è corrisposto un attento lavoro di ricerca ed analisi, in qualche modo sintetizzato dal supporto scientifico della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

In questi mesi di crisi e stravolgimento della prossimità fisica, le azioni di *advocacy* hanno rappresentato la concretizzazione di una capacità di intervento, comunitario e politico, all'interno del tessuto sociale e in relazione alle istituzioni e ai decisori politici.

In una situazione complessa come quella della pandemia chi si è impegnato, per lavoro o volontariato, nell'ambito sanitario in contesti già di per sé complessi, come quelli della marginalità sociale, ha potuto toccare con mano come, per tutelare i diritti di ogni persona, non siano sufficienti le iniziative di singole persone o singole associazioni e neanche del Terzo Settore in rete senza il supporto pubblico istituzionale. La posta in gioco è molto alta, e non basta esserci fornendo gel igienizzanti, mascherine, prestazioni puntuali, ma è necessario continuare a costruire e ricostruire reti di presa in carico attorno a chi rimane sempre più escluso. Si tratta di promuovere politiche a tutela di diritti già riconosciuti, mettendo in atto quella forma di carità che non è semplicemente rivolta a singole persone ma che si trasforma in carità sociale e politica, a tutela del bene comune.

In questi mesi di crisi e stravolgimento della prossimità fisica le azioni di advocacy hanno rappresentato la concretizzazione di una capacità di intervento, comunitario e politico, all'interno del tessuto sociale e in relazione alle istituzioni e ai decisori politici.

14 Con la nota prot. DEL 16/06/2021 ad oggetto: “Offerta vaccinale anti SARS-Cov-2 per immigrati stranieri senza permesso di soggiorno (STP), cittadini comunitari non in regola amministrativamente (ENI), stranieri che hanno fatto domanda di regolarizzazione, immigrati accolti in strutture d'accoglienza, ivi compresi gli operatori dei centri, rom, sinti e camminanti, italiani e stranieri presenti in insediamenti informali ed edifici occupati e persone senza dimora italiane e straniere”.

L'Area sanitaria della Caritas: il senso di un impegno



L'Area sanitaria della Caritas di Roma dal 1983 è impegnata nella tutela sanitaria di gruppi di popolazione vulnerabile, in particolare immigrati che vivono in condizione di marginalità e fragilità giuridica e sociale, rom e persone italiane e straniere senza dimora.

Agli inizi degli anni ottanta nella capitale furono istituite mense, ostelli, centri d'ascolto per dare risposte concrete ma anche per capire "dal di dentro", per studiare il fenomeno, per stimolare le autorità a farsene carico. È questa la spinta che ha trasformato un piccolo centro medico della periferia romana, nato per dare una risposta immediata a dei bisogni senza risposta, nell'attuale Area sanitaria: complessa ed efficace rete di servizi e progetti, laboratorio transculturale per una medicina centrata sulla persona.

L'ispirazione è nelle intuizioni, all'indomani dell'istituzione del SSN, di un sacerdote romano, fondatore della Caritas Capitolina, mons. Luigi Di Liegro, che volle un servizio sanitario a bassa soglia d'accesso per persone in condizioni di fragilità sociale e culturale. Prima un Centro Medico e poi un Poliambulatorio che ben presto si caratterizza anche con una specifica capacità relazionale in ambito transculturale. Nel 1985 si attiva un servizio odontoiatrico con le stesse caratteristiche di bassa soglia e nel 1987 si sperimenta il primo Camper sanitario per l'offerta attiva di cure mediche e prevenzione nei campi Rom della capitale. Subito dopo la prima "farmacia solidale": un dispensario gratuito di medicinali collegato al Poliambulatorio che anticipava quanto previsto da una successiva legge del 2016. Ed ancora, alla fine degli anni '80, l'attuazione di un progetto altamente innovativo per l'epoca, in collaborazione con Regione Lazio, con l'apertura, non senza polemiche e attriti con parte della popolazione, di alcune case famiglia per malati di aids "senza famiglia". Infine, solo per citare alcune progettualità degli ultimi anni, l'attenzione alle comunità etniche valorizzandone le competenze e rendendole protagoniste anche nei percorsi di prevenzione; l'offerta di informazione e orientamento sanitario "per strada" con particolare riferimento alle donne migranti; l'istituzione di uno di primi centri per la riabilitazione e cura delle vittime di violenza intenzionale e tortura; una specifica attenzione alla comunità cinese, fornendo strumenti per la conoscenza e la comunicazione in sanità; il banco della salute al Mercato Esquilino con la ASL territoriale; e arrivando all'attualità, l'impegno operativo durante l'emergenza COVID-19, garantendo sorveglianza sanitaria delle persone più fragili mediante valutazione del rischio COVID-19 (*triage*), continuità terapeutica e cure primarie per tutte le persone fragili e senza dimora che hanno effettuato accesso al Poliambulatorio anche nel periodo di primo *lockdown*, nonché le predisposizioni di modelli per l'accoglienza in sicurezza.

Gruppi di popolazione vulnerabile, in particolare immigrati che vivono in condizione di marginalità e fragilità giuridica e sociale, rom e persone italiane e straniere senza dimora.

L'attenzione a chi non ha voce, il lavoro di rete, il rapporto costruttivo con le Istituzioni, un nuovo modo di lavorare insieme tra pubblico e privato sociale in una reale ottica costituzionale di sussidiarietà orizzontale, essere avanguardia in ambito socio sanitario per intercettare bisogni nascosti ed iscriverli nell'agenda della sanità pubblica, una puntuale raccolta di dati messi a disposizione del decisore pubblico, una specifica e costante attenzione alla formazione: sono state le prassi della Caritas romana, di alcuni decenni, e sono le basi della teorizzazione operativa della Sanità Pubblica di Prossimità (SPP), di cui si parlerà nell'ultimo capitolo di questo volume.

Nel tempo si sono definiti quattro ambiti d'impegno che sono i pilastri su cui si fondano le politiche della Caritas romana in questo settore: al centro c'è la persona, portatrice di bisogni specifici, alla quale riconoscere la massima dignità. Ciò implica che ogni azione assistenziale sia volta, più o meno direttamente, alla promozione dell'inserimento in un percorso di autonomia e di riappropriazione dell'esercizio dei diritti fondamentali. In questo paradigma si collocano i quattro pilastri:

- Il primo ambito è comunque quello assistenziale: rispondere concretamente ad un bisogno di salute, non sostituendosi a ciò che è garantito dallo Stato ma integrando le riposte ed intercettando i bisogni di chi si trova al margine del sistema; ad oggi sono state oltre 100.000 le persone assistite presso le strutture sanitarie della Caritas.
- Il secondo pilastro è quello della conoscenza: non è possibile fornire risposte se non si conosce il fenomeno, se non si riflette su ciò che si fa. Attraverso ricerche, approfondimenti e studi si è cercato di analizzare ciò che sottende a disuguaglianze ed ingiustizie, sperimentando anche percorsi teorico-pratici di inclusione sanitaria.
- Il terzo ambito d'azione è quello formativo: conoscere e condividere le scoperte, le informazioni e le riflessioni è forse il modo più efficace per promuovere una cultura d'accoglienza; è l'occasione per fare di un'esperienza assistenziale, un percorso di crescita continua, per affinare le strategie relazionali e cliniche, per rimotivarsi all'incontro con le persone e non con le singole malattie, per capire i punti critici del sistema ed avviare interventi migliorativi.
- Ultimo pilastro è quello dell'impegno per i diritti di tutti ed in particolare dei soggetti più deboli: i tre ambiti precedenti si sintetizzano in denunce d'inadempienze, di diritti negati o nascosti, ma anche in proposte di politiche e di scelte percorribili sul piano organizzativo, in modelli che siano permeabili alle domande più flebili, spesso nascoste.
- Progetti come Ferite Invisibili, InformaSaluteSuStrada, Banco della Salute, Centro studi e documentazione, Odontoiatria sociale, solo per citarne alcuni, si collocano pienamente nell'operatività dell'Area sanitaria, nell'ambito dell'ascolto e della cura di individui e famiglie più o meno fragili, nella specifica ricerca scientifica, nella formazione specializzata e nell'impegno per riconoscere dignità, rispetto e diritti legali per ogni persona.

Ne è scaturita così la *Mission* dell'Area sanitaria che sintetizza quanto abbiamo

GrIS LAZIO - L'IMPORTANZA DELLE RETI

Il GrIS Lazio (Gruppo Immigrazione e Salute) è una rete di 50 organismi, aziende sanitarie, associazioni, cooperative che si occupano dell'assistenza sanitaria, sociale e legale ai cittadini stranieri e nasce nel 1995 con l'impegno a difendere il diritto alla salute di immigrati e migranti.

I punti di forza sono stati la costruzione della rete, di una casa comune pubblico-privato sociale, l'azione di *advocacy* istituzionale, il "doppio livello partecipativo", al di fuori e dentro l'istituzione regionale.

La pandemia COVID-19 ha avuto un forte impatto sulla popolazione e sui servizi sanitari, ed anche per noi ha significato discontinuità: è stato rimandato il tanto atteso congresso della SIMM (Società italiana di Medicina delle Migrazioni) e non è stato possibile mantenere la continuità delle assemblee di rete in presenza. Ciò ha significato perdere un luogo di incontro e confronto in un momento particolarmente delicato.

All'inizio dell'epidemia, abbiamo sofferto un senso di spaesamento e disorientamento, di isolamento, ma siamo stati costretti a interrogarci su quanto avveniva nei territori, sulle misure messe in atto per contrastare e contenere la diffusione del virus, caratterizzate dall'essere estensive e tempestive, ma scarsamente attente alle persone che vivono in condizioni di povertà estrema e grave marginalità sociale.

In questi anni di crisi economica e sociale, la riflessione sulle disuguaglianze di salute, ci ha portato ad avviare campagne secondo strategie e pratiche di prossimità, in favore delle fasce di popolazione vulnerabili. Un metodo messo in campo all'inizio della pandemia, dalle cliniche mobili di diverse associazioni, "sentinelle" nei territori laziali, dagli spazi urbani della Capitale ai campi dell'Agro Pontino. Nel periodo del *lockdown*, siamo riusciti a sviluppare una rete invisibile di relazioni tra attori diversi (ASL e associazioni) che ha permesso di svolgere attività di prevenzione negli insediamenti informali, segnalare tempestivamente casi positivi o sospetti, contenere la diffusione dell'infezione nei focolai epidemici.

Nel corso dei mesi, sono emerse numerose criticità messe in evidenza in un documento presentato dal Coordinamento romano delle associazioni (composto da INTERSOS, Medici del Mondo Italia (Mdm), Medici per i Diritti Umani (MEDU), Medici Senza Frontiere (MSF), Poliambulatorio Caritas, Sanità di Frontiera), come i casi di persone senza dimora che non potevano essere inserite nelle strutture di accoglienza, perché presentavano sintomi o avevano avuto contatti con casi confermati o sospetti. È andata emergendo una impermeabilità istituzionale di fronte alle proposte presentate (come le "strutture ponte"). Anche il Gruppo di lavoro per la tutela e la promozione della salute degli immigrati non si è riunito in questo periodo interrompendo un canale di comunicazione con la Regione Lazio.

La normativa è inclusiva, ma sono noti gli ostacoli che hanno incontrato gli stranieri per accedere ai drive in per effettuare i tamponi. Nel mese di novembre 2020 riusciamo a fare un incontro da remoto, a parlare delle esperienze sul campo durante il *lockdown*, discutere delle barriere di accesso ai servizi sanitari.

A gennaio 2021 riprendono gli incontri dell'assemblea di rete, a distanza, ma con grande partecipazione, vengono eletti referente e componenti del consiglio di coordinamento, riprende l'attività del gruppo di lavoro regionale. Ma il 19 marzo dobbiamo inviare una lettera all'Assessore alla Sanità sulla difficoltà di accesso alle vaccinazioni delle persone prive di permesso di soggiorno, senza codice fiscale, residenza o fissa dimora.

Cosa ci ha insegnato la pandemia? L'importanza della rete, o meglio delle reti, perché anche quando sono sfilacciate, i nodi permettono interazioni tra pubblico e privato sociale nei territori, intersezioni, che permettono di fare massa critica, di resistere, di rispondere attivamente alle crisi.

Avere coraggio, sviluppare il pensiero critico, ampliare le prospettive. Nella rete, ma anche all'interno di singole ASL, si analizzano e si mettono in discussione il Programma regionale di potenziamento delle cure primarie o il Piano strategico nazionale dei vaccini, perché parlano di categorie fragili e vulnerabili da prendere in carico, da vaccinare, ma in realtà non considerano i target più a rischio di esclusione.

Sviluppare una *advocacy* critica, intransigente per superare gli ostacoli che impediscono il reale esercizio del diritto alla salute, come previsto dall'art. 32 della Costituzione e dalla normativa sull'immigrazione.

Abbiamo capito che la prossimità non può ridursi alla prestazione sanitaria o sociale, è relazione, capacità di ascoltare, osservare e apprendere da (e con) gli immigrati e i migranti nei servizi a bassa soglia, nei territori dell'invisibilità sociale.

La prossimità diventa il luogo delle relazioni che definiscono i contorni della nuova sanità pubblica.

La spinta di questo processo dal basso ha portato alcune ASL ad ampliare l'offerta vaccinale alle persone socialmente vulnerabili, sviluppare reti di collaborazione con le associazioni, obbligare le istituzioni a prendere atto che anche queste persone andavano vaccinate.

Perché il nodo strategico resta la tutela della salute nella consapevolezza che immigrati e migranti possono svolgere un ruolo da protagonisti nel rivendicarla come proprio diritto.

scritto: *“Mettersi in relazione con ogni Persona partendo dalla stima e dal valore della vita di ciascuno, a qualsiasi cultura o storia appartenga, per conoscere, capire e farsi carico con amore della Promozione della Salute specialmente di coloro che sono più svantaggiati, affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi ad ogni livello, dai singoli, dalla comunità e dalle istituzioni, diritti e dignità di tutti, senza nessuna esclusione”*.

L'esperienza Caritas è stata valorizzata a partire dal 2002 dalla Regione Lazio che ne ha finanziato le strutture sanitarie (Poliambulatorio, Centro Odontoiatrico, “Servizio di cura per le vittime di tortura e violenza intenzionale”) e alcune attività sanitarie innovative attraverso un progetto pluriennale rinnovabile, per effettuare interventi a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale. Tale progetto, perfettamente integrato con i servizi sanitari pubblici, ha svolto un ruolo di integrazione dell'offerta sanitaria, intercettando la domanda più nascosta, ottimizzando i percorsi assistenziali (evitando ricoveri impropri e intasamento dei Pronto soccorso per accessi inappropriati), contribuendo alla formazione continua degli operatori e condividendo anche in ambito di programmazione istituzionale la consolidata esperienza degli operatori delle strutture Caritas. Non è casuale che, con Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, all'Area sanitaria della Caritas di Roma è stata conferita la *Medaglia d'oro al merito della sanità pubblica*.

L'Area sanitaria della Caritas di Roma fa parte storicamente di diverse reti territoriali nazionali¹ e locali impegnate nell'ambito della tutela e della promozione della salute. Per quanto concerne le reti locali, basti pensare al decennale impegno nell'ambito del Gruppo immigrazione e salute (GrIS) Lazio, nonché alla presenza presso il Gruppo di lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati della Regione Lazio, i quali sono stati e sono spazi fruttuosi di discussione e laboratori di soluzioni normative inclusive ed eque. A tali reti locali si associano

ulteriori partecipazioni a percorsi diversificati, multidisciplinari e sempre volti ad arricchire il dibattito, il confronto e l'azione concreta in favore del diritto alla tutela della salute e del sistema sanitario pubblico. Il contesto pandemico ha in qualche modo ridisegnato la rete di enti, servizi ed organizzazioni del contesto romano. Paradossalmente, la prima fase della pandemia ha travolto proprio le reti più consolidate nel tempo, quelle con una componente istituzionale significativa, in

**L'Area sanitaria
della Caritas di Roma
fa parte storicamente
di diverse reti territoriali
nazionali e locali impegnate
nell'ambito della tutela
e della promozione
della salute.**

¹ Solo per citare le più significative: la Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM); il Coordinamento nazionale immigrazione della Caritas Italiana (CNI); il Tavolo immigrazione e salute (TIS).

L'ATTIVITÀ SANITARIA DI PROSSIMITÀ A ROMA: UN'ESPERIENZA DI RETE NATA DURANTE LA PANDEMIA

L'attività sanitaria di prossimità a Roma: un'esperienza di rete nata durante la pandemia.

A marzo 2020 l'Italia si è improvvisamente fermata. Tutti si sono chiusi in casa nel tentativo di difendersi da un nemico invisibile e insidioso. Tutti, eccetto coloro che una casa non ce l'avevano, perché persone senza dimora o migranti in transito.

Alcune associazioni sanitarie da anni attive a supporto della popolazione ai margini in varie aree della Capitale - presso stazioni ferroviarie, insediamenti spontanei, insediamenti Rom - e nelle occupazioni abitative, hanno sentito la necessità di iniziare a coordinarsi sistematicamente per confrontarsi in maniera continuativa sulle questioni d'interesse.

Il Coordinamento delle Associazioni Sanitarie a Roma, vede la partecipazione di diverse organizzazioni umanitarie, quali: Intersos, Medici del Mondo Italia (MdM), Medici per i Diritti Umani (MEDU), Medici Senza Frontiere (MSF), Poliambulatorio Caritas, Sanità di Frontiera.

La rete delle associazioni ha garantito una presenza costante sul territorio nei luoghi di maggiore esclusione - difficilmente raggiungibili da interventi da parte delle istituzioni - ed ha potuto individuare le situazioni di maggiore fragilità. Le ASL territoriali sono state le istituzioni con le quali la rete di coordinamento ha potuto confrontarsi, per segnalare le criticità dovute all'epidemia presenti negli insediamenti informali.

In particolare con la ASL Roma 2 sono stati siglati dei protocolli di intesa, mettendo in piedi un sistema di sorveglianza attiva del COVID-19 in comunità *hard-to-reach*.

La strategia si è sviluppata in tre steps:

Step 1: sorveglianza attiva:

- ▶ Linea telefonica dedicata per la segnalazione di casi sintomatici o sospetti.
- ▶ Training a referenti di comunità su misure di prevenzione e controllo delle infezioni, sanificazione ed isolamento.
- ▶ Visite mediche, triage e screening per la valutazione del rischio COVID-19 negli insediamenti informali mediante cliniche mobili.
- ▶ Tracciamento dei contatti di casi positivi all'interno degli insediamenti.
- ▶ Distribuzione di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)/gel igienizzante.
- ▶ Promozione di salute su argomenti specifici, secondo i bisogni delle comunità.
- ▶ Orientamento ai medici di medicina generale/ambulatori ENI/STP ed ai servizi sanitari territoriali.

Step 2: Segnalazione casi a UOC Tutela Immigrati e Stranieri.

Step 3: Presa in carico dei casi da parte di UOC Tutela Immigrati e Stranieri per l'indagine epidemiologica, con eventuale effettuazione del tampone, supporto al contact-tracing.

Superata la fase critica della pandemia, il coordinamento delle associazioni ha iniziato a lavorare per l'accesso alla campagna vaccinale da parte delle popolazioni target, segnalando puntualmente tutti gli ostacoli burocratici che impedivano un reale accesso al vaccino. A partire da febbraio 2021 inoltre le associazioni hanno collaborato con la ASL Roma 2 alla produzione di materiali informativi sui vaccini - realizzati in 10 lingue diverse - distribuiti agli abitanti degli insediamenti informali, resi pubblici tramite vari canali web e diffusi in tutte le reti alle quali le associazioni partecipano¹.

I punti di forza emersi da questa esperienza sono stati:

- ▶ La condivisione costante di informazioni, criticità, riflessioni sulle strategie da adottare per garantire monitoraggio epidemiologico ed assistenza alla popolazione socialmente fragile;
- ▶ l'interlocazione strutturata con le ASL;
- ▶ la proposta di un modello di intervento che ha valorizzato le risorse interne delle comunità.

Il Coordinamento delle Associazioni Sanitarie a Roma ha reso possibile un consolidamento sia del lavoro di prossimità sia del confronto con le istituzioni sanitarie, che va oltre la gestione della situazione di emergenza dovuta alla pandemia.

Tale collaborazione, nata e consolidatasi in una fase estremamente critica, propone un modello di intervento efficace, basato sul principio di sussidiarietà tra pubblico e privato sociale e sull'empowerment della popolazione, utile a far emergere criticità e a superare le barriere che ostacolano l'accesso al diritto alla salute degli invisibili.

¹ GrIS Lazio; TIS; SaniMapp; Jumamap.

conseguenza dello sforzo di ciascuno nel riorganizzarsi per rispondere all'emergenza e ridefinire priorità e percorsi orientati al specifici. La sinergia tra servizio pubblico e privato sociale si è, nel migliore dei casi, "congelata" o si è ridotta a faticose interazioni bilaterali. Gli stessi rapporti inter-istituzionali sono stati sospesi o comunque non coordinati e in alcuni casi volutamente ignorati. Il GrIS è stato travolto dall'epidemia: non ci si poteva vedere di persona, cosa che favoriva relazioni e progettualità comune; gli operatori sono stati completamente assorbiti dalla quotidianità incerta e problematica; l'organizzazione pubblica ha accentrato i tavoli decisionali ma non è riuscita a creare connessioni tra istituzioni e comunque non considera il possibile ruolo di reti tematiche consolidate come il GrIS; quest'ultimo ha perso anche i propri riferimenti regionali. Tutto ciò di fatto ha annullato quella capacità di azioni sinergiche che negli anni aveva caratterizzato il GrIS anche nella produzione di indicazioni operative per la programmazione. Dopo le prime riunioni di gennaio e febbraio 2020, tutto è stato congelato. Si sono create sinergie locali tra qualche associazione e alcune ASL o Enti ospedalieri, ma si è persa completamente la visione regionale o almeno quella cittadina. Non beneficiando di una visione strategica comune (pubblico e privato), nella programmazione pubblica, alcuni settori, come quello della fragilità sociale, non sono organicamente presidiati.

Nonostante il persistere di difficoltà, alcune circostanze hanno con forza riattivato le connessioni e riavviato i lavori del GrIS Lazio: il ruolo proattivo delle associazioni collegate tra loro e delle ASL e Ospedali con cui hanno costantemente avuto contatti e collaborazioni più o meno operative; le relazioni in essere tra le



Il GrIS nel 2019, prima della Pandemia

persone che compongono il GrIS e che superano il mero aspetto organizzativo-istituzionale; la forte motivazione di tutti e ciascuno per una sanità pubblica, di cui anche il Terzo settore fa parte in un'ottica di sussidiarietà orizzontale, che ponga attenzione e includa sempre le persone più fragili. Dopo qualche incontro preparatorio (fine 2020), dal 2021 il GrIS è pienamente operativo con un nuovo gruppo di coordinamento, con riunioni mensili di grande intensità e partecipazione, seppur a distanza, con proposte puntuali e circostanziate. Anche la parte istituzionale si è riattivata. Con il Gruppo regionale che ha ripreso i lavori, sono state emanate delle indicazioni regionali particolarmente significative (esenzione dal ticket per i minori non accompagnati e per i richiedenti asilo), pubblicata la nuova mappatura degli ambulatori Stp/Eni, avviata una riflessione su indicatori organizzativi e di qualità degli ambulatori per gli stranieri. Sul tema COVID-19 ancora manca un'adeguata sinergia con le istituzioni, ma certamente l'azione di proposta congiunta pubblico/privato sociale può essere maggiormente efficace rispetto al recente passato.

Durante la pandemia, le azioni concrete, su "strada" da parte di molte associazioni (ad eccezione dell'Area sanitaria Caritas che si è concentrata, come vedremo, a mantenere aperto un presidio a bassa soglia come riferimento clinico-assistenziale e di orientamento sanitario), e l'*advocacy* multidimensionale (attraverso espressioni locali e nazionali), hanno permesso di generare effetti positivi e buone pratiche. Sono state evidenziate anche le maggiori criticità di un sistema socio-sanitario regionale (e nazionale) iniquo, in quanto non a misura delle persone in condizione di maggiore fragilità sociale accompagnata più o meno da vulnerabilità sanitaria.

La pandemia ha dato l'occasione per riscoprire l'essenza stessa di un impegno che la Caritas e tante associazioni da anni portano avanti, certamente con più fatica, in particolare là dove i servizi sono basati sulla professionalità e motivazione di tanti volontari che hanno dovuto fare un passo indietro (per età, per motivi organizzativi, per opportunità). Ha permesso di ridefinire rapporti e connessioni che forse davamo per scontato (tra pubblico e privato sociale, con le istituzioni, tra le istituzioni, tra il locale e il nazionale) e che invece vanno costruite costantemente e coltivate con costanza. Ha infine sottolineato come l'autoreferenzialità - un rischio che corriamo anche con questa pubblicazione - sia una pietra d'inciampo per tutti, piccole e grandi strutture, istituzioni, organizzazioni del servizio pubblico e realtà del terzo settore. Ancora oggi, in una fase in cui l'emergenza pandemica non è affatto superata, continuiamo a vedere protagonismi a vari livelli forse gratuiti ma dobbiamo avere la capacità, con pazienza e tenacia, di ricondurre tutto a sistema, perché, a ben vedere, la nostra storia di oltre trenta anni di impegno accanto e con le persone più deboli, proprio questo ci ha insegnato: l'organizzazione non può prescindere dal mettersi in gioco con la relazione tra strutture, servizi, persone e idee, perché la tutela della salute, per essere realmente efficace necessita dell'impegno di tutti e non può escludere nessuno.

Ahmad arriva in ambulatorio riferendo tosse, stanchezza e bruciore agli occhi. È il 12 marzo 2020, l'uso dei DPI ancora non è diffuso tra la popolazione ma lui arriva indossando la mascherina. Nel colloquio di triage racconta di essere arrivato circa quindici giorni prima da Venezia per ritirare il passaporto presso l'ambasciata afgana. Dopo qualche giorno in un hotel vicino Termini, ha dormito per strada. Vengono rilevate la saturazione e la temperatura, rispettivamente 97% e 37,3 °C. Dalla documentazione in suo possesso si riesce a ricostruire l'iter effettuato nei giorni precedenti: dopo un primo accesso in una struttura sanitaria in cui viene rilevata una sintomatologia simil influenzale, viene inviato presso un'altra struttura per effettuare il tampone (semplicemente fornendo una mappa!), presso questa struttura viene accolto da una persona che non legge i fogli in suo possesso e prende i suoi contatti, di lì a poco gli viene detto di andarsene; ritorna alla prima struttura e riferisce quanto accaduto, gli viene data una nuova indicazione: "Vai al Poliambulatorio Caritas!".

A seguito dell'arrivo di Ahmad in ambulatorio cerchiamo di ricostruire i vari pezzi del puzzle contattando i vari numeri di riferimento anche per comprendere quale fosse la procedura migliore da seguire. Le chiamate sono numerose, l'esito più frequente è l'irraggiungibilità di chi dovrebbe essere raggiungibile e quando riusciamo a parlare con qualcuno veniamo reindirizzati verso altro servizio. Sembra impossibile venirne a capo. Dopo numerosi tentativi, l'unica soluzione possibile, per una questione di sanità pubblica, resta chiamare il 118, la sintomatologia è lieve, ma è presente il link epidemiologico, una richiesta scritta di tampone ed il paziente è senza dimora. Il paziente è d'accordo ed attendiamo l'arrivo dell'ambulanza, verrà portato in un vicino policlinico, dove finalmente potrà effettuare il tampone nasofaringeo, risultato negativo.

Il periodo del primo *lockdown*, è stato un periodo faticoso e molto difficile sotto il profilo gestionale in tutto il paese. La storia di Ahmad è una storia che ci racconta della confusione (e inefficienze?) di quel periodo, da un altro punto di vista, un punto di vista comune tra le persone che frequentano i nostri servizi. Quello di chi oltre a non avere un tetto non ha la possibilità di accedere alla medicina di base, in un momento in cui il medico di base era l'unico ponte possibile per accedere una possibile diagnosi di Covid-19, già molto difficile da eseguire nel primissimo periodo della pandemia.

Ekow è un ragazzo africano, ha 22 anni e soffre di un diabete molto avanzato. Durante i primi mesi della pandemia è venuto da noi numerose volte, con disturbi delle vie aeree superiori e livelli di glicemia sempre elevatissimi, talmente elevati che i nostri glucometri non riuscivano a misurarli! Parla poco italiano e sembra avere un lieve ritardo mentale, sulla panchina di isolamento è solito attendere dondolandosi timidamente con il busto avanti e indietro. Per due volte abbiamo dovuto chiamare il 118 per sospetto coronavirus e scompenso glicemico, lui ha sempre ripetuto di non voler andar in ospedale. La grande paura di Ekow era di perdere qualcosa per lui preziosissimo: il posto nel centro di accoglienza in cui dormiva. Entrambe le volte è stato ricoverato per via del diabete scompensato. La prima volta che l'ambulanza è venuto a prenderlo, il personale in tenuta "anti-covid" non era forse per lui così ovvio e scontato, e mentre lo portavano via come se venisse arrestato, ci siamo domandati cosa lui stesse provando.

La storia di Ekow, ci racconta di una dinamica avvenuta frequentemente durante il primo lockdown (marzo-maggio 2020): sospetto COVID-19, chiamata al 118, segue il ricovero per una patologia diversa da COVID-19. Ma soprattutto ci aiuta a riflettere, su come un momento contrassegnato da paure e timori che hanno attraversato tutta la società, da dinamiche e linguaggi talvolta "simil-bellici" in un clima di diffusa incertezza, possa essere stato vissuto con ancora maggiore intensità e disorientamento da persone in condizioni di fragilità emotiva e/o cognitiva.

Il Poliambulatorio della Caritas in tempo di pandemia: accogliere è curare



“Accogliere è già curare” e “Salute senza esclusioni” sono due degli storici slogan che riassumono i tratti caratteristici del servizio che il Poliambulatorio della Caritas di Roma svolge a sostegno del diritto alla tutela della salute: il primo connota la bassa soglia d’accesso del servizio, il secondo l’attenzione all’equità e l’impegno di *advocacy*. Nel presente capitolo si tenterà di delineare come, in particolare nel tempo pandemico, questi due elementi siano stati anche utilizzati come strumenti strategici di monitoraggio dei bisogni di salute (letti in un’ottica di salute globale, cioè attraverso la lente dei determinanti sociali di salute e con una particolare attenzione all’equità) e gestione del rischio infettivo da Sars-Cov-2 in riferimento alla popolazione italiana e straniera in condizione di marginalità ed esclusione sociale cui il servizio del poliambulatorio di Via Marsala è tipicamente rivolto. La stessa popolazione ha visto sottolineata la sua connotazione di “*esclusa*” nelle “*dimenticanze*” e nei ritardi da parte di ogni provvedimento istituzionale emanato da Marzo 2020 ad oggi: dai “*restate a casa*” che non hanno offerto soluzioni abitative (e, quindi, protezione) a persone senza dimora, alla ancora attuale difficoltà nell’accesso ai tamponi per ricerca Sars-Cov-2 per persone italiane e straniere prive di tessera sanitaria, al ritardo nell’accesso alla campagna vaccinale anti-COVID 19.

Fin da marzo 2020 l’Area sanitaria della Caritas di Roma ha rapidamente riorganizzato i propri servizi al fine di renderli sicuri eppure ancora accessibili e fruibili, rimanendo di fatto un osservatorio quanto mai privilegiato. In particolare, il Centro Odontoiatrico Caritas è stato chiuso da marzo a luglio 2020, come previsto dalle normative nazionali, ha comunque garantito un riferimento telefonico ed ha riaperto appena possibile; il progetto Ferite Invisibili,

Fin da marzo 2020 l’Area sanitaria della Caritas di Roma ha rapidamente riorganizzato i propri servizi al fine di renderli sicuri eppure ancora accessibili e fruibili, rimanendo di fatto un osservatorio quanto mai privilegiato.

servizio di psicoterapia per immigrati vittime di tortura e violenza intenzionale, si è trasferito da marzo 2020 in modalità on line; il Poliambulatorio, invece, non ha mai interrotto la propria attività, pur modulandola sulla base dei rapidi mutamenti di scenario. Esso, infatti, è rimasto di fatto uno dei pochi centri di cure primarie che hanno garantito in presenza (anche durante il primo *lockdown*) *triage* (da qui in poi si intenderà per *triage* l’insieme di intervista anamnestica e sociale e la raccolta di parametri volti a stimare il rischio di infezione da Sars-Cov-2), visite mediche indifferibili, dispensazione di farmaci da parte di personale medico e interventi di medicheia. La riorganizzazione del servizio, portato avanti in larga parte da personale volontario, ha riguardato: 1) l’adozione di procedure specifiche per la riduzione del rischio di contagio da Sars-Cov-2 (da gennaio 2020 a dicembre 2020: 18 aggiornamenti operativi); 2) l’adozione di nuovi orari di apertura del servizio

(è rimasta garantita la fascia pomeridiana dal lunedì al venerdì con possibilità di accedere senza appuntamento); 3) la riorganizzazione dell'offerta specialistica in adeguamento a quanto previsto dalle normative e anche a seguito della riduzione del numero di volontari medici specialisti, ciò ha significato, dunque, dedicare la maggior parte delle prestazioni alla medicina di base.

Durante il 2020 il Poliambulatorio ha avuto 279 turni di apertura con la presenza media a turno di 3 medici (di cui 1 in genere dedicato al *triage*), più un medico coordinatore, almeno un infermiere di medicheria e, in media, altre tre persone per l'accoglienza. L'Armadio farmaceutico (magazzino e banco) anche se chiuso al pubblico - la dispensazione dei farmaci è stata gestita direttamente dai medici - ha registrato 366 turni d'apertura, con in media 3,3 volontari impegnati per turno (metà farmacisti) per la verifica e la gestione dei farmaci donati (la raccolta è continuata tutto l'anno).

Complessivamente nel 2020 (escludendo il periodo pre COVID-19 - da gennaio alla prima settimana di marzo - in cui erano attivi quasi 250 volontari) sono stati attivi 108 volontari, circa il 60% nelle professioni sanitarie (medici, odontoiatri, farmacisti e infermieri), a cui si devono aggiungere 25 studenti di medicina di tre università romane in tirocini formativi e 3 ragazzi in servizio civile. In uno spirito di amicizia e corresponsabilità un medico di Médecins du monde/Medici del Mondo ha garantito un turno settimanale per tutto il periodo di pandemia del 2020 (proseguendo fino a luglio 2021).

Nel periodo di *lockdown* (10 marzo - 17 maggio 2020) si è riusciti a seguire 436 persone con bisogni sanitari, provenienti da 69 paesi (3,2% italiani), tra cui 109 prime visite. Dei pazienti complessivi del periodo considerato, il 78% sono maschi, il 49,1% ha un'età compresa tra i 45 e i 64 anni e il 7,8% sopra i 65 anni. Circa l'80% è disoccupata e quasi il 70% vive in condizione di estrema precarietà: circa il 29% in strada (126), il 31,1% in una struttura d'accoglienza e il 7,1% in roulotte/tenda/edificio occupato.

Nello stesso periodo sono stati effettuati 1.500 interventi di *triage* a beneficio di persone senza dimora o in condizione di esclusione e marginalità sociale (Figure 1 e 2), che hanno permesso di intercettare 11 casi sospetti per infezione da Sars-Cov-2, concordemente con l'andamento epidemiologico dell'infezione nel Lazio e nella popolazione di riferimento nello stesso periodo.

FIGURA 1. Pazienti, nuovi pazienti e prestazioni per mese nel periodo di primo lockdown

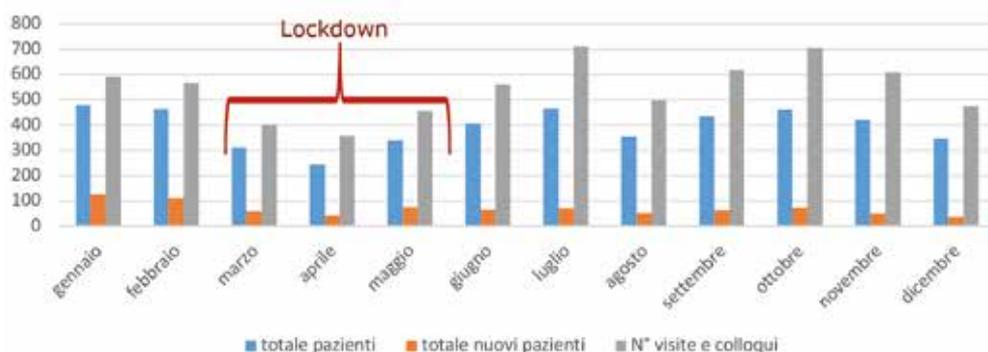
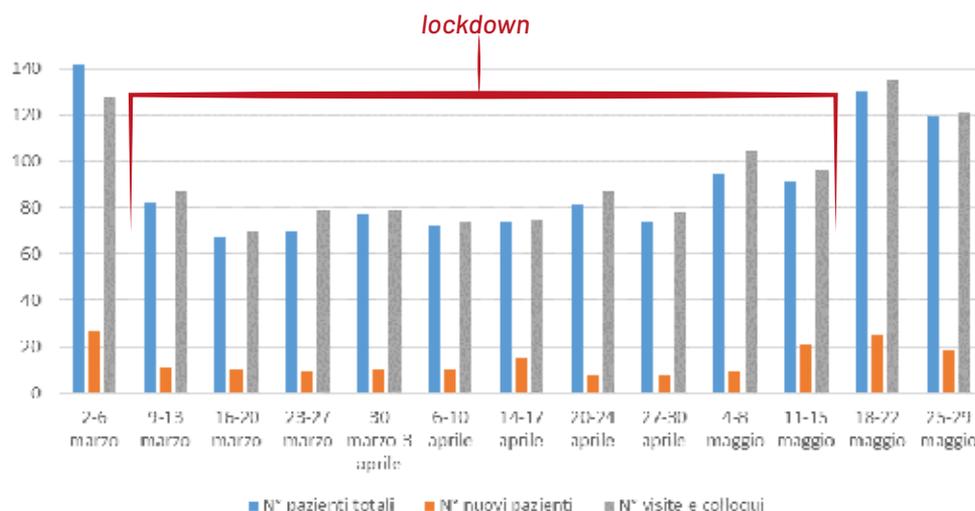


FIGURA 2. Pazienti, nuovi pazienti e prestazioni per settimana nel periodo di lockdown



FONTE: Banca dati Area sanitaria Caritas Roma, 2021

È da sottolineare la tipologia di percorsi che è stato possibile attivare per le persone intercettate come caso sospetto: per 8 persone è stato necessario l'invio in Pronto Soccorso ospedaliero in assenza di percorsi dedicati (ossia in assenza di strutture per l'isolamento fiduciario di persone senza dimora); per 3 persone provviste di dimora (seppur in un edificio occupato), invece, è stato possibile attivare la sorveglianza sanitaria mediando la segnalazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (Sisp) di competenza, trattandosi di persone prive di residenza anagrafica e, pertanto, prive di medico di medicina generale. Tra le persone segnalate non è stato registrato nessun caso positivo, ma 5 persone sono state comunque ricoverate per altre motivazioni cliniche di particolare gravità.

Nel corso del 2020 le persone con sospetta infezione che è stato possibile seguire all'interno di percorsi di diagnosi (ossia che hanno avuto la possibilità di effettuare almeno un tampone naso-faringeo per ricerca Sars-Cov-2, TNF) per COVID-19 sono state 37; di questi, 10 sono risultati affetti da COVID-19 e ospedalizzati o per gravità clinica o per mancanza di idonee strutture di isolamento e accoglienza. Presso gli ospiti dell'Ostello, dove si è sviluppato un cluster, sono stati 68 i casi positivi al COVID-19.

In tutto il 2020 sono state visitate per la prima volta 830 persone presso il Poliambulatorio dell'Area sanitaria. Nello stesso periodo sono stati 1.141 i vecchi pazienti ritornati per vari bisogni sanitari, ed effettuate complessivamente circa 7.400 visite mediche e 1.150 colloqui in Direzione sanitaria per situazioni complicate soprattutto in questo periodo di pandemia. Di particolare interesse anche il dato relativo al numero di interventi di medicheria, pari a 1.367, di cui il 60,3% dedicato a medicazioni complesse.

Nonostante una riduzione degli orari d'apertura (pari al 26,6% rispetto allo stesso periodo dello scorso anno), i pazienti sono diminuiti solo del 19%, la media di

visite per paziente è rimasta invariata rispetto all'anno precedente (4,6) mentre, complessivamente, le visite di medicina generale sono aumentate del 4,8%.

I nuovi pazienti del Poliambulatorio del 2020 provengono da 88 nazioni e per il 27% è di genere femminile (era il 32% nel 2019). Il 22% arriva dai paesi europei (era il 31% nel 2019), poco oltre il 38% dal continente africano, il 23% dai paesi asiatici (era il 18,7% nel 2019) e il 17% dall'America (era l'8,7% nel 2018). Le nazioni maggiormente rappresentate sono: il Perù (15% di tutti i nuovi pazienti), la Romania con quasi il 12,5%, il Bangladesh con il 9,9%, la Somalia e la Nigeria (entrambe al 6%). Il 5,7% dei nuovi pazienti è italiana (sono il 3,8% tra i vecchi pazienti) prevalentemente uomini.

Tra gli uomini l'età più rappresentata è quella compresa tra i 25 e i 34 anni, tra le donne è quella tra 35 e 44 anni. Il 10,7% tra gli uomini e il 14,1% tra le donne ha meno di 24 anni.

Tra i vecchi pazienti tornati a visita, il 43,2% è europeo, gli africani sono il 29%, gli asiatici il 18,5% e i latino americani il 9,3%. Tra i singoli paesi nei primi due posti sono confermati, come nel 2016, 2017, 2018 e 2019 i cittadini provenienti dalla Romania e dal Bangladesh.

Il 77,3% dei nuovi pazienti del Poliambulatorio alla prima visita si dichiara disoccupato/a con maggior frequenza tra gli uomini rispetto alle donne, mentre il 5,3% è impegnato in attività di accudimento alla persona, l'1,8% è addetto alla ristorazione, circa l'1,3% lavora nell'edilizia e l'1,2% è studente (per il 4,2% il dato è mancante). Il 23,2% delle persone assistite ha riferito di avere un diploma di scuola media superiore e coloro che hanno studi universitari sono circa l'10,7%; il 25% non ha titolo di studio, o meglio, ha meno di 5 anni di scuola (per l'8,9% il dato è mancante).

La salute di questa popolazione ha risentito della sospensione o drastica riduzione delle prestazioni erogate dalla maggior parte degli ambulatori di cure primarie e dei servizi di sostegno alla persona.

Il 21,7% degli assistiti è senza dimora (vive per strada - erano l'11,2% nel 2014 e il 14,1% nel 2019), l'3,2% in un edificio occupato, il 21,8% è accolto in un centro d'accoglienza ed il 33,9% si trova in un appartamento in affitto (per lo 0,6% il dato è mancante). Il 44,2% vive da solo (era il 32,5% nel 2019), l'16,4% con la famiglia ed il 25,1% con altri connazionali (per l'1,8% il dato è mancante).

Per quanto riguarda la situazione amministrativa in materia sanitaria, oltre l'80% è sprovvisto di tessera sanitaria perché privo di permesso di soggiorno in corso di validità, o per difficoltà amministrativo-burocratiche (Es. perché privo di residenza anagrafica).

IL CENTRO ODONTOIATRICO CARITAS

Quando il Ministero della Salute ha stabilito la chiusura di tutti i presidi odontoiatrici, pubblici e privati, il Centro Odontoiatrico Caritas (COC) era nel pieno delle attività ordinarie e straordinarie: cure da terminare, interventi urgenti, protesi da consegnare o in lavorazione, attività di promozione della salute orale e prevenzione nei Servizi Caritas e non solo. Ogni azione in corso, data fino ad allora per certa, è stata interrotta improvvisamente.

Dopo alcune settimane è apparso chiaro che il *lockdown* non sarebbe stato breve, così abbiamo deciso di sostenere i pazienti con l'ascolto (telefonico) e l'orientamento ai pochi servizi sul territorio aperti per le urgenze, anche laddove le urgenze non fossero state tali da un punto di vista clinico, ma lo fossero invece da un punto di vista emotivo, per il senso di smarrimento e solitudine che si aggiungevano ad altre fragilità, più o meno esplicitate. Successivamente abbiamo iniziato a pensare alla riapertura del Servizio, in un quadro di grande confusione, in cui il mondo dell'odontoiatria "istituzionale" cercava percorsi possibili.

A fine giugno 2020 abbiamo ripreso le attività, mentre i presidi pubblici e del privato sociale rimanevano chiusi. La riapertura è stata graduale, anche per mancanza di volontari odontoiatri e di accoglienza, ma ci premeva non lasciare coloro che si erano visti negare una protesi, dopo aver atteso mesi o quanti erano arrivati al momento della consegna e invece erano rimasti senza. Il servizio di protesi, inoltre, essendo l'ultimo step del percorso di cura, mirato alla riabilitazione delle funzioni della bocca, nonché alla visibilità della stessa, ci è sembrato un buon punto dal quale ripartire a sorridere.

Dal punto di vista operativo il COVID-19 non ci ha colti impreparati; avendo dato sempre grande attenzione alla prevenzione del rischio sanitario, è stato sufficiente aggiornare i protocolli operativi man mano che uscivano i DPCM e secondo le linee guida del Tavolo Tecnico di Odontoiatria¹. Il passaggio più difficile è stato dover riadattare la struttura fisica e organizzativa dell'ambulatorio (gestione degli spazi, degli appuntamenti, dei turni, etc.), ma soprattutto le nostre sovrastrutture mentali, dovendo passare dalla relazione abituale tra noi e con i pazienti ad una distanza forzata con tutti. Il distanziamento necessario ci ha obbligati a lasciare fuori dell'ambulatorio, in uno spazio non dedicato e sovente inadatto, i pazienti in attesa. I nuovi dispositivi monouso (schermi facciali, occhiali, mascherine ffp2, cuffie, camici), quasi del tutto coprenti, ci hanno resi improvvisamente anonimi e "pericolosi" ai loro occhi. Improvvisamente l'ambulatorio è diventato piccolo e quella relazione tanto attesa, nonostante l'entusiasmo di tutti, veniva limitata dalle barriere fisiche e dalle paure reciproche. La fiducia nell'operato, la sfida, la convinzione delle azioni, le (poche) parole scambiate in équipe e con i pazienti, nel lento scorrere dei mesi invernali, hanno permesso gradualmente di accorciare le distanze. Il ritorno di diversi volontari e dei bambini per la pedodonzia, nei mesi successivi, ha dato il senso di un ricomporsi dello scenario secondo prospettive diverse.

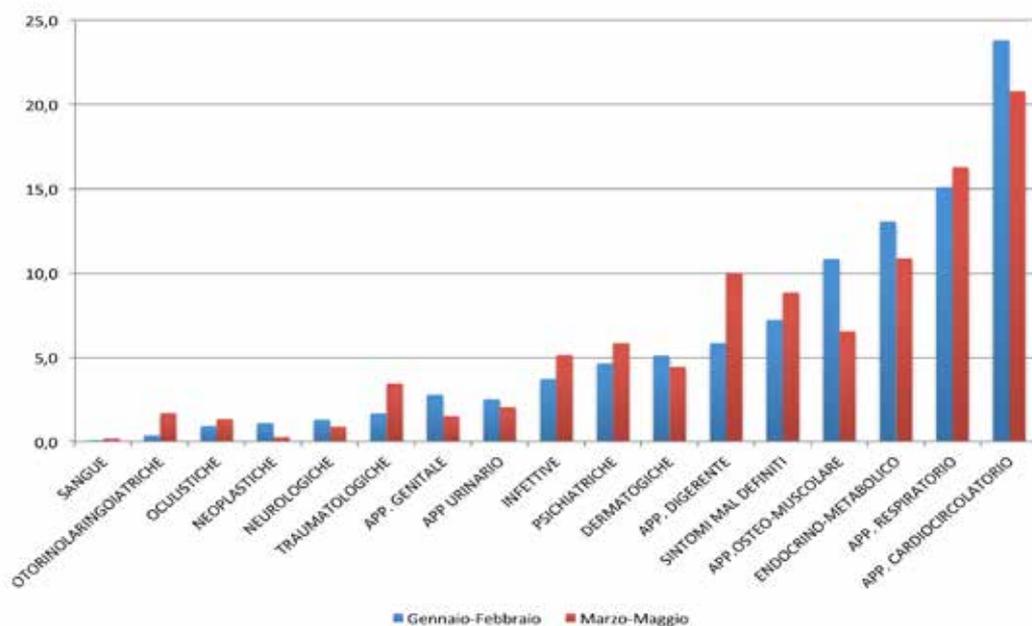
Ora siamo di nuovo nel pieno delle attività, seppur con le medesime limitazioni; si tratta di trovare ogni volta nuovi equilibri, nella consapevolezza che non c'è nulla di prevedibile. Ognuno di noi ha sperimentato, nella profondità del suo animo, l'esperienza di vivere una dimensione di incertezze, timori, insicurezze, in cui continue sfide ci mettono in discussione; qualcosa che chi si rivolge a noi vive da molti anni, forse da sempre. Ognuno ha realizzato dentro di sé quanto sia preziosa la logica del possibile, l'unione delle idee, il contributo di tutti. Nella consapevolezza che molte cose non torneranno come prima, l'esserci permette di cercare e tracciare nuove strade, di provare ad ascoltare e ad accompagnare secondo nuove modalità.



1 Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la fase 2 della Pandemia COVID-19, 01 Giugno 2020.

La salute di questa popolazione ha risentito della sospensione o drastica riduzione delle prestazioni erogate dalla maggior parte degli ambulatori di cure primarie e dei servizi di sostegno alla persona (docce, mense, centri di ascolto) e ciò ha permesso di evidenziare un quadro epidemiologico associato a fattori di rischio quali la scarsa igiene, la deprivazione essenziale, la più acuita sensazione di esclusione e di instabilità. Nel periodo di *lockdown* nel confronto con i primi due mesi del 2020, i quadri clinici registrati, infatti, hanno evidenziato una prevalenza delle malattie dell'apparato respiratorio (16,2%), digerente (10,1%), malattie infettive (5%) e traumatiche (3,4%) e di patologie psichiatriche (5,9%) o legate a sintomi di malessere aspecifico (8,9%).

FIGURA 3. Patologie diagnostiche prima e durante il *lockdown* (gennaio-febbraio versus marzo-maggio 2021)



FONTE: Banca dati Area sanitaria Caritas Roma, 2021

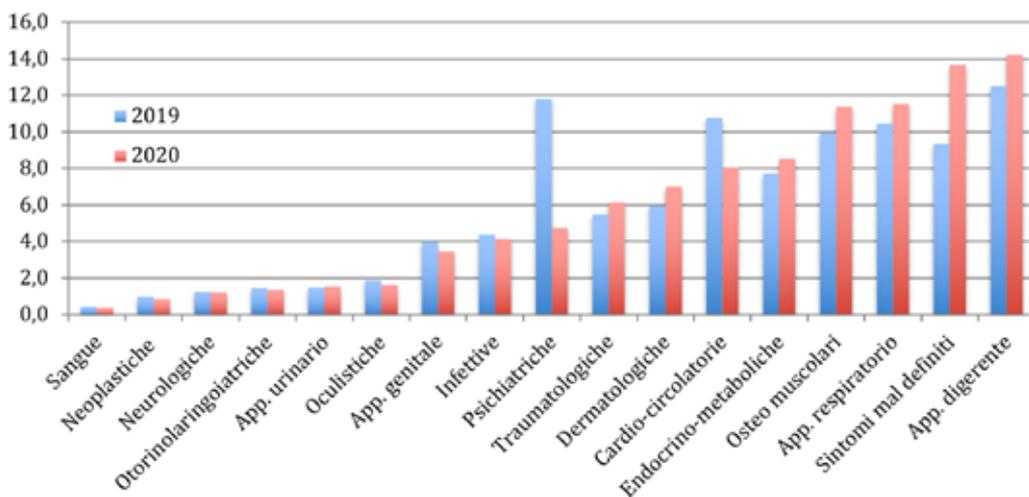
Da quanto esposto emerge il quadro di uno spaccato di popolazione particolarmente fragile per età, condizione sociale ed esposizione a fattori di deprivazione del patrimonio di salute quali la povertà estrema, la condizione di immigrato, le barriere di accesso al sistema sanitario.

In riferimento al COVID-19, in un tempo in cui l'educazione sanitaria, ossia le ripetute raccomandazioni sulle misure igieniche da seguire per prevenire e gestire il sospetto di contagio, viaggiavano su tutti i canali di informazione a disposizione, centinaia di persone nella sola città di Roma sono state escluse sia dalla

possibilità di essere efficacemente raggiunte e sensibilizzate, sia dalla possibilità di essere messe nella condizione di proteggersi o di essere prontamente inserite in percorsi di diagnosi e cura. Ad aggravare il quadro, le numerose comorbidità che sarebbero risultate fatali in caso di infezione. L'esclusione, tuttavia, ha anche fornito il vantaggio, almeno nel primo periodo, di una minore circolazione del virus tra le fasce più fragili, peggiorando, però, le condizioni di salute dei portatori di malattie croniche.

In riferimento alla salute generale, dal confronto della frequenza di diagnosi nei nuovi pazienti del 2019 e del 2020 (Figure 4 e 5) appare evidente una riduzione significativa di diagnosi per malattie psichiatriche (forse legate ad una maggiore difficoltà di queste persone nell'orientarsi in questo periodo di divieti e restrizioni che ne hanno aumentato paura ed insicurezza) e, meno accentuata, di quelle dell'apparato cardio-circolatorio a fronte di un incremento delle diagnosi riferite a malattie dell'apparato digerente e dei sintomi mal definiti quasi ad indicare una maggiore difficoltà nella identificazione diagnostica. Anche la diversa offerta di visite specialistiche, in particolare durante il periodo di *lockdown*, può aver determinato queste differenze che diventano meno evidenti se si considerano non solo i nuovi pazienti ma tutti coloro che sono stati visitati nel Poliambulatorio nei due anni di riferimento.

FIGURA 4. 2019 e 2020. Confronto della distribuzione diagnosi nei nuovi pazienti



FONTE: Banca dati Area sanitaria Caritas Roma, 2021

IL PROGETTO FERITE INVISIBILI

L'esperienza del COVID-19 ci ha visti costretti ad una chiusura forzata e improvvisa delle varie attività e ad un riaggiustamento delle nostre abitudini di vita. In particolare abbiamo dovuto evitare relazioni e contatti sociali anche con le persone a noi più care e intime. Abbiamo quindi dovuto ripensare in fretta a come garantirci vicinanza, affetto e condivisione in questa nuova realtà.

A livello lavorativo ci siamo interrogati velocemente su come poter continuare l'attività del nostro progetto "Ferite Invisibili". La psicoterapia ha chiaramente come base fondamentale del lavoro la relazione professionale ed umana con i nostri pazienti. Il servizio inoltre si pone come obiettivo centrale del trattamento quello di fare rete con i centri di accoglienza, gli assistenti sociali, il servizio sanitario e legale che ruotano intorno alle persone di cui ci prendiamo cura. Ci siamo quindi rapidamente attrezzati per continuare a garantire la nostra presenza in un'altra forma. La relazione non poteva essere in presenza e quindi abbiamo cominciato a fare terapie on line anche in gruppo con i mediatori, sia via Skype che in videochiamata. Abbiamo inoltre mantenuto contatti telefonici con le figure di riferimento dei pazienti rispetto ai vari campi di aiuto e sostegno. E abbiamo dato la possibilità di fare sedute di informazione, orientamento e sostegno emotivo anche agli operatori dei centri. Tutto questo con l'obiettivo di garantire il lavoro di rete ed anche un supporto psicologico in un momento in cui aumentavano i livelli di stress dovuti sia alla gestione del virus sia al nuovo modo di organizzare la vita e gli spazi all'interno dei centri di accoglienza.

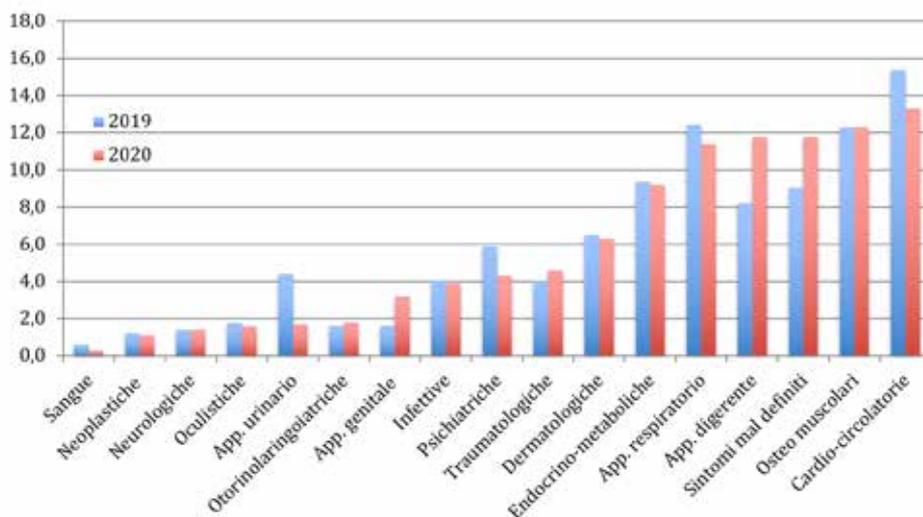
L'esperienza è stata positiva. I pazienti si sono adattati velocemente a questa modalità on line e ne sono stati felici. Hanno potuto continuare il loro trattamento e ci hanno sentiti presenti e attivi nelle loro vite nonostante le distanze, le chiusure e le limitazioni. Abbiamo scoperto che la psicoterapia on line si può fare; inizialmente temevamo che lo schermo potesse impedire la relazione o l'apertura dei pazienti. In realtà ci siamo accorti che comunque la relazione terapeutica rimane e continua a garantire l'andamento positivo della terapia, adattandosi a modalità e contesti diversi. Alcuni pazienti ci hanno riferito di sentirsi bene già solo all'idea di avere un appuntamento fisso con noi anche se telefonico. Altri si rasserenavano al suono delle nostre voci, altri hanno detto di non far caso allo schermo e di sentirsi insieme a loro.

Certo è che tutti abbiamo una gran voglia di tornare al servizio, ritrovarci insieme nella nostra sede, ridere e scherzare come eravamo abituati a fare anche prima di cominciare le psicoterapie, in quel clima di casa e famiglia che ci è mancato e che il computer non può dare. Ma come si dice "di necessità virtù" e abbiamo scoperto di poterci adattare, sia noi che i pazienti, a nuove strategie e a nuovi strumenti. Desiderosi di tornare alla normalità, abbiamo sperimentato e validato comunque una buona alternativa in caso di necessità, per garantire la cura e il trattamento psicologico.

I vantaggi. Consideriamo l'esperienza online positiva per diversi motivi: il primo è che ci ha consentito di proseguire con i percorsi terapeutici già avviati e anche con nuove prese in carico; secondo, perché non abbiamo notato nella relazione terapeutica e nel trattamento in senso stretto, grossi limiti causati dalla diversa modalità. All'opposto, abbiamo notato una maggiore adesione al trattamento, considerato che nel corso dell'ultimo anno, i pazienti sono pressoché sempre stati presenti alle sedute con puntualità e motivazione, facilitati dalla modalità online che gli consentiva di collegarsi da qualsiasi posto, a patto che ci fosse riservatezza ed in qualsiasi condizione.

I limiti. Evidenziamo alcuni punti critici soprattutto nell'aspetto tecnico ed organizzativo: alle volte la connessione è scarsa e quindi la seduta è di difficile esecuzione; altre volte per i pazienti o per i mediatori è complicato trovare uno spazio di riservatezza da dove connettersi e pertanto la seduta ne risente nella sua qualità. Ultimo ostacolo è relativo al fatto che non essendo presenti in sede, lo scambio di documenti tra i membri dell'equipe è più difficile e farraginoso; questo risulta anche nel fatto che l'orario di lavoro è dilatato oltre il concordato.

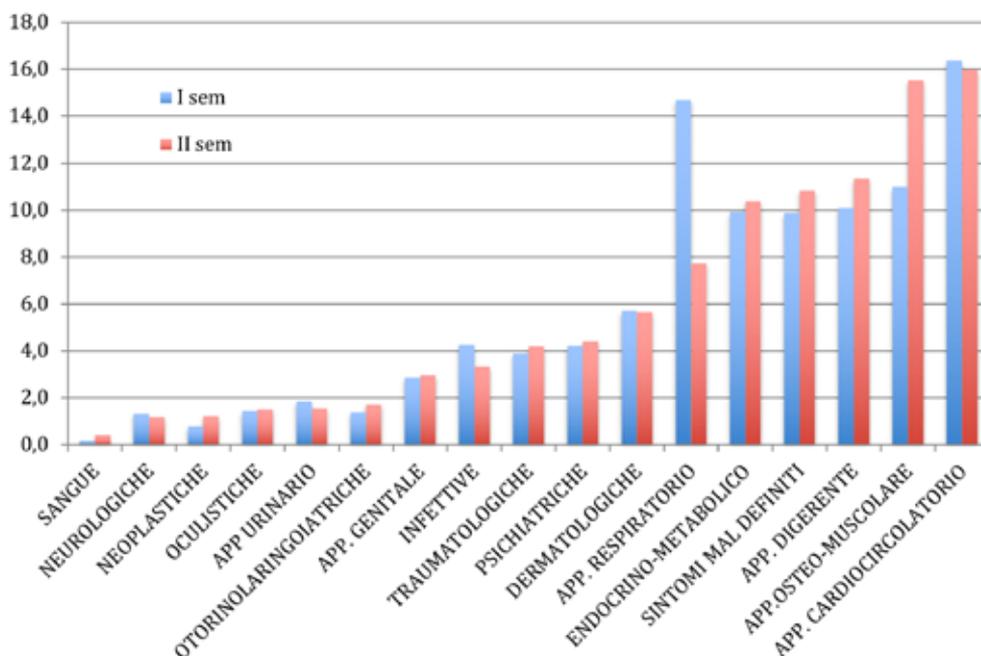
FIGURA 5. 2019 e 2020. Confronto della distribuzione diagnosi nei pazienti complessivi per anno



FONTE: Banca dati Area sanitaria Caritas Roma, 2021

Nel corso dell'anno 2020 si può notare un eccesso di diagnosi per patologie riferite all'apparato respiratorio nel primo semestre, probabilmente come conseguenza della maggiore attenzione ai sintomi respiratori (Figura 6).

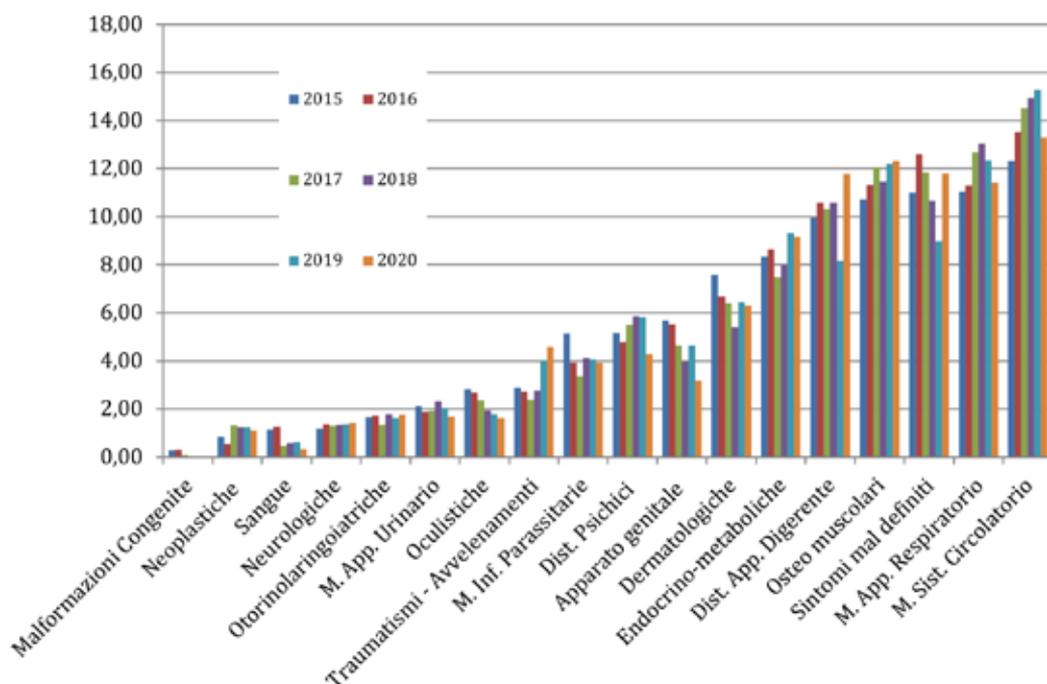
FIGURA 6. 2020. Confronto della distribuzione diagnosi nei pazienti per semestre



FONTE: Banca dati Area sanitaria Caritas Roma, 2021

Considerando la frequenza delle diagnosi negli ultimi 6 anni, notiamo che nonostante alcuni specificità del 2020, si stanno consolidando le patologie dell'apparato cardiocircolatorio e respiratorio (Figura 7). I sintomi mal definiti dopo un ridimensionamento progressivo con minimo nel 2019, hanno avuto un rialzo certamente legato alle difficoltà di accesso ad esami diagnostici e a visite periodiche di controllo dell'ultimo anno. Stabili le malattie infettive, metaboliche, osteomuscolari e quelle dermatologiche, un trend d'aumento si può notare nella traumatologia.

FIGURA 7. 2015-2020. Distribuzione diagnosi nei pazienti Poliambulatorio

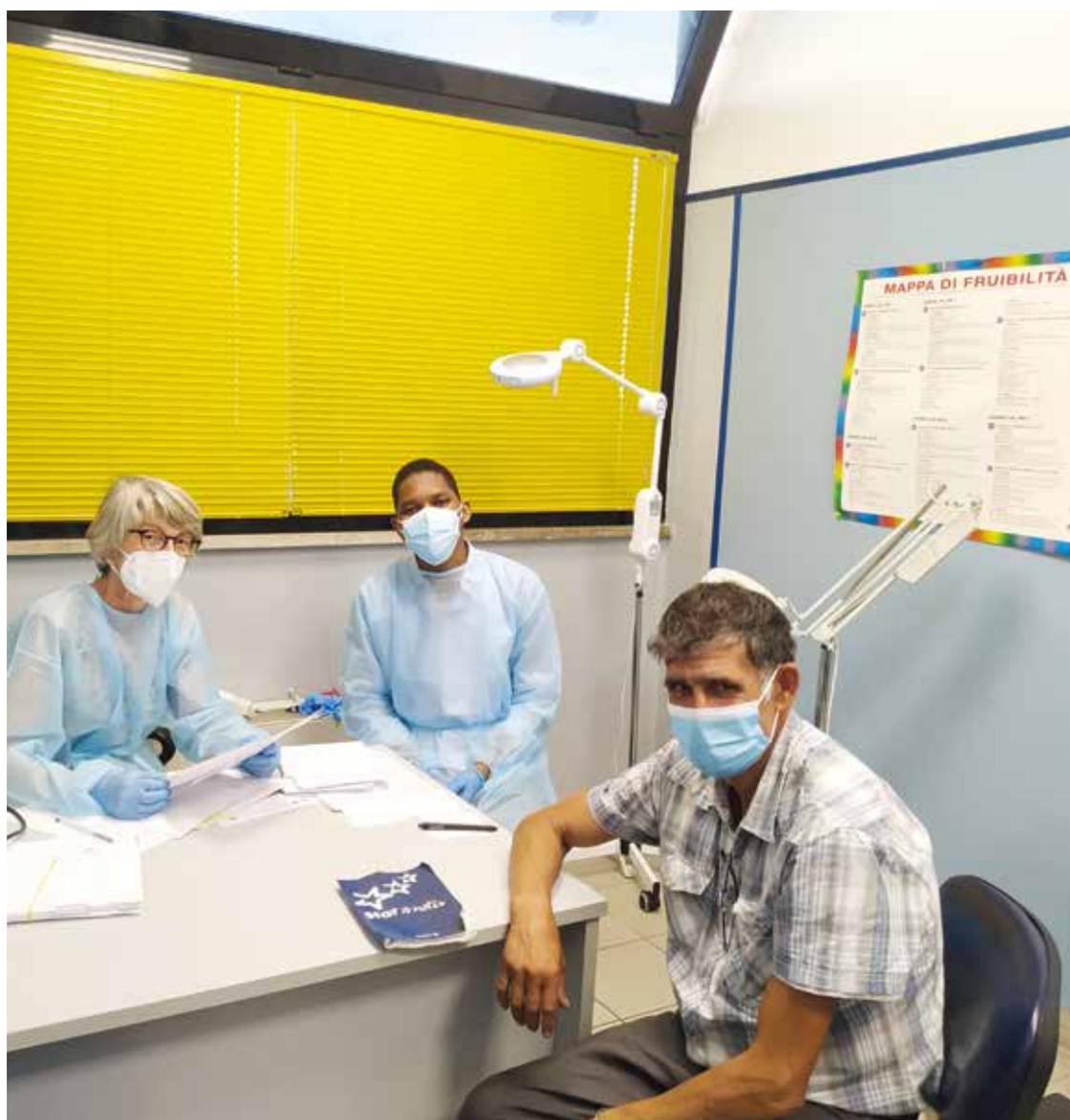


FONTE: Banca dati Area sanitaria Caritas Roma, 2021

Il Poliambulatorio Caritas, osservatorio privilegiato, ha continuato a seguire ed accogliere i bisogni di salute delle persone più fragili della Capitale anche durante la dichiarata emergenza sanitaria che, però, non è stata capace di strutturare per loro nessuna misura straordinaria di tutela. Registrare le acute discriminazioni ha significato per medici, infermieri e volontari fare esperienza tangibile degli effetti dell'altra pandemia, quella della povertà, dell'incremento delle diseguaglianze e del decadimento di politiche sanitarie e sociali pubbliche sempre più lente nel mettere in atto azioni davvero eque e a tutela della salute di tutti e tutte, se non con ripetuti sforzi di *advocacy* multilivello.

Il Poliambulatorio Caritas, osservatorio privilegiato, ha continuato a seguire ed accogliere i bisogni di salute delle persone più fragili della Capitale anche durante la dichiarata emergenza sanitaria.

Davvero, in tal senso, si conferma il ruolo del privato sociale disegnato dal fondatore, Don Luigi Di Liegro: *“Il ruolo principale del privato sociale è quello politico. Un ruolo che significa: riproposizione dei bisogni, stimolo all’intervento, denuncia delle inerzie”.*



Non sei, non siamo soli

È ancora viva in me la sensazione di smarrimento che provavo camminando nella città vuota, irreali, durante il look down del 2020. Ogni settimana, accompagnata dal “lasciapassare” a firma del direttore della Caritas, uscivo dalla casa nido/prigione/sicurezza per viaggiare per quasi un’ora verso il Poliambulatorio, incontrando pochissime, spaventate, persone.

Più di una volta mi sono chiesta come facessero i nostri pazienti a continuare a vivere in questa città spettrale, dove si erano interrotte tutte le possibilità di sopravvivenza che mettono usualmente in atto. Pochi pazienti, spaventati e smarriti, che continuavano a trovare nella nostra struttura accoglienza, ascolto, aiuto.

Quanto mi sono sentita limitata, incapace di dare risposte articolate e complete ai problemi che ci presentavano! Perché la possibilità di risposte di cura si è interrotta per tutti, anche per noi, figuriamoci per chi vive per strada, è invisibile, escluso.

Ho dovuto fare i conti con questa sensazione di limitatezza e, come quasi sempre succede nell’esperienza del Poliambulatorio, la disponibilità all’incontro con chi è nel bisogno è andata cambiando il mio modo di prestare servizio: da medico dell’accoglienza chiamato a individuare percorsi, fare orientamento, educare, far rispettare le regole, a persona che, seppure oscurata alla vista dai dispositivi di protezione, cerca di creare un contatto con gli occhi, prendendosi il tempo di sedersi e parlare, e di mandare il messaggio “noi ci siamo, ci prendiamo cura di te, facciamo tutto ciò che ci è possibile per aiutarti, stai tranquillo, almeno in questo non sei solo.”

I mesi sono passati, la città si è riempita di nuovo, anche l’ambulatorio si riempie ogni pomeriggio di decine di persone che vengono a chiederci aiuto, ma la sensazione di limitatezza non si è attenuata: le barriere di accesso ai servizi sanitari per i più fragili sono, se è possibile, diventate ancora più alte e insormontabili, e tante, troppe volte le nostre risposte cliniche sono parziali, ancora caratterizzate dall’emergenza.

Ma ad ogni turno cerco, mi sforzo, di non far entrare l’emergenza e la mia frustrazione nella relazione, in quel piccolo spazio di ascolto e attenzione che dedico ad ogni paziente, con l’obiettivo che, anche se per poco, l’altro si senta un po’ meno solo.

Fulvia, volontaria medico d’accoglienza

BREVE CRONISTORIA DEL FOCOLAIO SVILUPPATO PRESSO L'OSTELLO CARITAS

Presso il Centro di Accoglienza della Caritas di Roma "Don Luigi Di Liegro" in via Marsala 109 dall'inizio della pandemia sono rimasti circa 80 dei 160 ospiti presenti (l'altra metà è stata trasferita in una nuova struttura) per permettere una più facile gestione coerentemente con le indicazioni igienico sanitarie diffuse a livello nazionale e regionale. Non sono state effettuate nuove accoglienze perché non era possibile mettere in atto la procedura prevista per ingressi in sicurezza di persone provenienti dall'esterno (tamponi iniziale, isolamento e tamponi finale). Nonostante tali attenzioni, il 7 ottobre 2020 la struttura, per disposizione del SISP della ASL Roma 1, veniva sottoposta ad isolamento sanitario a causa della situazione epidemiologica riscontrata nei giorni precedenti in relazione al SARS-CoV-2. La disposizione era conseguente alla valutazione dell'elevata circolazione del virus all'interno della struttura; dal 5 ottobre era infatti stata riscontrata la positività di cinque ospiti e un operatore. Da subito è stata fatta presente all'autorità sanitaria competente l'inadeguatezza del centro a garantire un corretto isolamento degli ospiti sospetti (stanze multiple, servizi igienici in comune, spazi ristretti) ma questo non ha comportato nessuna modifica delle indicazioni fornite.

Un primo giro di tamponi mostrava la positività per SARS-CoV-2 di 2 operatori e 23 ospiti. Nell'intento di gestire in modo adeguato l'emergenza sanitaria in atto veniva allertata la Croce Rossa Italiana che proponeva la suddivisione della struttura in tre aree (area verde a basso rischio, area gialla a rischio intermedio e area rossa ad alto rischio) specificando per ognuna i DPI e le procedure comportamentali di sicurezza da attuare.

Le strutture alberghiere per pazienti COVID-19 positivi asintomatici non erano però preparate a gestire complesse situazioni sociali e comorbidità sanitarie come quelle spesso presenti nelle persone senza dimora (nonostante le numerose sollecitazioni e proposte ad organizzarsi a riguardo elaborate dalle associazioni sin dal primo *lockdown*). Per questo il trasferimento dei positivi è stato molto lento: solo il 13 ottobre venivano trasferiti i primi 4 ospiti, che si è stati obbligati a selezionare tra quelli con minori fragilità sociali e sanitarie.

Da una seconda tornata di tamponi effettuata il 16 ottobre, si evidenziavano 35 positività (25 ospiti nuovi positivi, 10 confermati positivi), 5 guarigioni in ospiti asintomatici (riammessi in comunità) e 32 ospiti negativi.

In accordo con l'ASL, si preparava l'elenco degli ospiti da trasferire con allegata sintesi clinica sottolineando la crescente difficoltà a gestire la situazione; tuttavia l'impossibilità di trasferire nell'immediatezza tutti gli ospiti, soprattutto in considerazione delle fragilità cliniche e sociali, imponeva di valutare l'idoneità clinica ai trasferimenti nelle strutture alberghiere e di selezionarne 19 autosufficienti e con minori problematiche. In data 20 ottobre venivano trasferiti 10 ospiti in 4 strutture differenti mentre in data 21 ottobre venivano trasferiti gli altri 9 ospiti nella struttura "Casa tra Noi" appena entrata in funzione con la finalità di accogliere soggetti con fragilità sociali ed in particolare senza fissa dimora (accordo tra ASL Roma1, Hotel 'Casa tra noi' e IFO). I 16 ospiti rimanenti venivano trasferiti a scaglioni in quest'ultima struttura, tra il 21 e il 23 ottobre.

L'esecuzione del test molecolare sui 29 ospiti rimasti in struttura in data 26 ottobre dava riscontro di 19 ospiti positivi al SARS-CoV-2. Come nei precedenti casi, si procedeva a richiesta di trasferimento con sintesi clinica ma, per difficoltà organizzative di ARES (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria), i trasferimenti avvenivano tra il 30 ottobre e il 1 novembre, tutti a "Casa tra Noi".

In data 4 novembre si procedeva a sottoporre a TNF gli operatori (risultati poi tutti negativi) e gli ultimi 10 ospiti presenti in struttura; di questi sarebbero emerse 2 positività. I due ospiti positivi venivano trasferiti in data 10 novembre.

Il 18 novembre 2020 il SISP della ASL Roma1 dichiarava la riapertura della struttura.

Dal momento in cui è stato accertato un Cluster per SARS-CoV-2 nella struttura alla data di scioglimento dell'isolamento questi i dati principali emersi:

- ▶ su un totale 86 ospiti, 74 ospiti (86%) positivi al test molecolare su TNF per la ricerca del SARS-CoV-2;
- ▶ 12 ospiti ospedalizzati (16,2% dei positivi) di cui 2 deceduti;
- ▶ 5 ospiti che hanno lasciato la struttura: 4 negativi e 1 positivo guarito
- ▶ 60 ospiti trasferiti nelle strutture alberghiere, di cui 46 a "Casa tra Noi".

L'esperienza del focolaio presso l'Ostello Caritas ha mostrato chiaramente quanto abbia pesato l'assenza di precise indicazioni relative alla gestione della pandemia in contesti di fragilità sociale a livello nazionale, regionale e locale. Pure se l'attivazione di percorsi e procedure a riguardo era stata richiesta da una rete di associazioni sin da marzo 2020, solo ad ottobre, proprio a causa del focolaio presso l'Ostello Caritas, è stata aperta in velocità di una struttura dedicata a persone COVID-19 positive con fragilità sociale, senza tuttavia delineare subito chiari percorsi per i casi sospetti individuati tra i senza dimora che necessitavano di esame diagnostico e isolamento fino all'arrivo del risultato. Le conseguenze di questa assente e tardiva mancata risposta delle istituzioni sociali e sanitarie sono state ben visibili nell'elevatissimo tasso di positività sviluppatasi tra gli ospiti dell'Ostello 'Don Luigi Di Liegro'.



Alla fine della
giornata lasciare
aperta la porta di
medicaria.
grazie

Sguardi

È dal Settembre dell'anno passato che come volontario svolgo il ruolo di triagista. Ogni settimana sono andato e continuo ad andare al poliambulatorio della Caritas a via Marsala, vicino la stazione Termini. Ogni volta che vado lì incontro 40-50 sguardi.

Sguardi di persone di cui vorrei tanto sentire il nome dalla loro viva voce, ma che irrimediabilmente mi trovo ad annotare dalla loro carta Caritas, o da una ricetta, o da un documento, perché oltre alla barriera linguistica, in quest'ultimo anno si è aggiunta una nuova barriera: la mascherina.

Una barriera. Un muro. Come è inevitabilmente divenuta l'accoglienza, poiché dovendo limitare il numero di persone all'interno, il cancello, una volta lasciato aperto sulla strada la mattina ed il pomeriggio come un abbraccio, adesso è tenuto chiuso con un volontario a guardia. A ciò si è aggiunto il triagista, che ha il compito di fornire mascherine, gel, misurare la temperatura e fare una serie di domande standard alle persone che vengono in ambulatorio per individuare ed isolare quelle con sospetta infezione da Sars-CoV-2.

I pazienti aspettano 2 ore prima dell'apertura, aspettano il loro turno al cancello, aspettano il loro turno dopo il triage, aspettano che il medico li visiti o prenda per loro il farmaco che non possono permettersi di comprare. Il poliambulatorio chiude alle 19, ma noi volontari e soprattutto i medici d'accoglienza finiamo alle 19.45. Tutto questo, nel gelo invernale, quando la notte scendeva alle cinque o adesso, che il giorno sembra non finire e l'afa toglie il respiro.

Ma cosa c'è al di là del cancello, al di là delle mascherine? Al di là dei dispositivi di protezione individuale e dei prodotti per sanificare gli ambienti a fine turno?

C'è un'antologia di esperienze, un racconto che si dispiega, la storia di una vita. Un intero cosmo racchiuso nell'incontro dei nostri sguardi.

Tutto poi viene di conseguenza: la lingua cambia, i gesti diventano più espressivi, il tono della voce si fa più dolce, o più perentorio, più alto o più delicato, il ritmo si fa più lento o più veloce.

Si sorride, si sbuffa, ci si rincuora a vicenda, ci si lascia andare alle sorprese.

Sarebbe davvero bello se adesso, le mascherine, che a poco a poco si abbassano, non fossero viste come muri che crollano, bensì come ponti. Ponti che uniscono due volti stupiti e felici di riconoscersi l'uno nell'altro.

Io non posso che essere grato di trascorrere almeno un giorno a settimana con questi sguardi, dei pazienti e delle persone con cui faccio servizio assieme, e ringrazio tutti coloro che anche inconsapevoli hanno permesso al servizio al poliambulatorio di continuare, sperando di ritrovarmi ad essere innamorato di nuovo dei volti e non più solo dagli sguardi.

Leonardo, volontario "triagista"

L'esperienza COVID-19 in Ostello

“Seduta sul ballatoio, guardo l'Ostello vuoto e mi viene un nodo alla gola. Mi ricordo dei primi giorni in cui ho cominciato a lavorare qui, dopo il trasferimento da Ostia, ormai un anno e mezzo fa. Mi ricordo la fatica, i volti delle duecento persone che dormivano ogni giorno in Ostello, i pomeriggi chiusa nel lavaggio a piegare montagne di vestiti, le 14 o 15 nuove accoglienze in un solo giorno, la mensa sempre strapiena di persone, le corse tra una faccenda e l'altra che mi lasciavano sbigottita perché non riuscivo a trovare il tempo di parlare con gli ospiti, la paura di non farcela. Mi riguardo intorno e capisco il perché del nodo alla gola: vedere l'Ostello con soli 29 ospiti sembra una sconfitta.

Quando a marzo è iniziato il lockdown non eravamo preparati, nessuno lo era, eppure ci siamo reinventati: da un servizio h15 siamo diventati h24, i trasferimenti di metà degli ospiti nella struttura di Sacrofano, la mensa serale a Colle Oppio, i colleghi anch'essi trasferiti. Non è stato facile gestire circa 80 persone particolarmente fragili, con dipendenze o problematiche psichiatriche, ma ce l'abbiamo messa tutta e siamo riusciti, con non poche difficoltà, a superare il momento.

Poi, abbiamo riaperto, tornando ad una semi-normalità, abbiamo ricominciato le accoglienze in modo protetto, dando(ci) una speranza. Don Ben, a fine agosto, ci aveva scritto che, nonostante l'incertezza del momento, era importante mettere ancora più impegno per generare nuove vie in modo creativo.

Ecco, i primi giorni di ottobre, l'Ostello si è reinventato ancora: ricoveriamo 5 persone, alcune di esse con sintomi febbrili. Qualche giorno dopo cominciano ad arrivare i risultati: tutti positivi!

Ci chiudiamo in una comunità isolata. Primo giro di tamponi: 23 ospiti e 2 operatori positivi.

Leggevo negli occhi dei colleghi rimasti lo sconforto, la paura di non riuscire a gestire la situazione, la stanchezza e la frustrazione di non avere delle risposte su quello che sarebbe successo il giorno dopo. Ridisegniamo l'Ostello con l'aiuto della Croce Rossa: il reparto donne si è trasformato nella zona rossa, dove dormivano gli ospiti positivi nell'attesa di un trasferimento in una struttura COVID-19; nel reparto uomini rimanevano gli ospiti risultati negativi ai tamponi.

Quel pomeriggio in cui abbiamo dovuto fare i trasferimenti da un reparto all'altro non lo dimenticherò facilmente, come anche i giorni a seguire. Ci sono delle immagini che ho impresse nella mente: D., una donna che ha affrontato una malattia come il cancro, oltre al disagio economico, che alla notizia del tampone positivo mi disse sconfortata che non ce la faceva più; oppure G, ospite di origine siciliana, con cui si faceva sempre qualche battuta sul 41 bis e quando, chiuso nel cortile, gli feci la stessa battuta di sempre, scoppiò in una

TESTIMONIANZA

risata accorata. G. che ci supportava con gli ospiti positivi, gli abbracci degli ospiti e dei colleghi mentre ero protetta con la tuta. La gioia di dire ad A. di essersi negativizzato e la sua commozione, la vicinanza dei colleghi positivi che avrebbero voluto essere presenti, l'intesa e il supporto nell'equipe in momenti di scoraggiamento.

Adesso, abbiamo trasferito tutti gli ospiti positivi, che con il secondo tampone sono diventati 35...”

Roberta, operatrice sociale

Questo era quello che un'operatrice dell'Ostello scriveva durante un turno di notte di fine ottobre.

Di tutti gli ospiti ne sono rimasti solo 8 e l'Ostello, preso atto del fatto che non poteva più essere un posto sicuro con la pandemia, ha deciso di trasferirsi in un'altra struttura, dove la possibilità di circoscrivere eventuali casi positivi sarebbe stata maggiore.

Più volte, ci siamo interrogati su ciò che di bello ci ha lasciato questo periodo. È sempre stato più facile trovare i punti negativi, soprattutto perché, nel ricordare quest'ultimo anno ci veniva in mente ciò che si poteva fare diversamente e non è stato fatto, le nostre mancanze, la perdita di alcune anime fragili.

Ma, con difficoltà, ci siamo resi conto che questo anno è stato frutto di un cambiamento non sempre negativo: ci ha sicuramente insegnato ad andare più in profondità per poter lavorare meglio, a dare il giusto tempo alle cose e alle persone, per conoscere meglio gli ospiti, seppur pochi per l'esperienza dell'Ostello, e noi operatori.

Ci ha insegnato che tutto questo contribuisce maggiormente a non far sentire sole le persone e ci ha portato a porci delle domande per capire come lavorare su questo problema, anche suscitandoci riflessioni di denuncia contro l'isolamento e l'emarginazione. Ci ha insegnato che eravamo sicuramente capaci di fronteggiare un'emergenza, ma che non bisogna dare nulla per scontato, perché questo tempo ci ha permesso di condividere una fatica comune, noi e gli ospiti, percependoci tutti come parte di uno stesso equipaggio che si dimenava nella tempesta del COVID.

Papa Francesco nell'Enciclica "Fratelli tutti" dice, citando sé stesso: "l'esistenza di ciascuno di noi è legata a quella degli altri: la vita non è tempo che passa, ma tempo di incontro".

Crediamo che il tempo trascorso ci abbia permesso di fare proprio questo: comprendere più di tutto che l'incontro tra noi e le persone che ci troviamo ad ospitare abbia una rilevante risonanza sulle vite di entrambe le parti.

PARTE TERZA



PER NON
CONCLUDERE

Imparare dalla pandemia ...per andare oltre



di Giovanni Baglio^{1°}, Salvatore Geraci^{2°}, Maurizio Marceca^{3°}

¹ Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas);

² Caritas Roma; ³ Sapienza Università di Roma;

[°] Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Come sovente accade, nel momento del bisogno si comprende il vero significato delle cose, la portata di un gesto, il valore di una presenza. È un'esperienza personale o familiare che tutti noi abbiamo vissuto. Ebbene sul versante della salute e dell'organizzazione sanitaria, la pandemia ha fatto emergere un senso collettivo di inadeguatezza, forse una mancanza, certamente un bisogno di protezione e ha sottolineato l'importanza di disporre di un Servizio sanitario a impronta marcatamente pubblica, diffuso omogeneamente sul territorio nazionale e capace di tutelare la salute di tutti, al di sopra degli interessi particolari.

La pandemia ha fatto emergere un senso collettivo di inadeguatezza, forse una mancanza, certamente un bisogno di protezione.

Il recente periodo vissuto ha messo in luce limiti e storture dell'attuale assetto dei servizi sanitari, troppo sbilanciato sul 'paradigma dell'attesa' dell'evento acuto da gestire attraverso l'assistenza

ospedaliera altamente tecnologica, e ben poco orientato al 'paradigma dell'iniziativa' incentrato invece sulle attività di promozione della salute, di prevenzione e sulle cure primarie. A fronte di tanta sofferenza individuale e collettiva, la pandemia ha positivamente inscritto nel lessico comune parole quali 'territorio', 'comunità', 'fragilità', 'vulnerabilità' sociale, 'prossimità', 'partecipazione', 'sussidiarietà', ... declinandole in vario modo nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. E tutto questo si è tradotto in un'azione costante di *advocacy* - soprattutto da parte del terzo Settore - e di denuncia rispetto all'aumento delle disuguaglianze a causa del COVID-19 e dei suoi effetti diretti e indiretti: disuguaglianze economiche, sociali e disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria.

In queste brevi riflessioni tenteremo di proporre una nostra lettura di alcune delle parole citate, a partire dalla definizione di *disuguaglianze*, intese come "sistematiche, evitabili e rilevanti disparità nello stato di salute tra differenti gruppi socioeconomici all'interno della popolazione", risultato di una catena causale che trova la sua origine nella struttura stessa della società, attraverso l'impatto dei determinanti sociali che la caratterizzano^{1,2}. Tra questi determinanti - come la pandemia ha mostrato - oltre alla ben nota azione giocata dall'istruzione, dall'occupazione, dal reddito, dall'abitazione..., vale qui sottolineare il ruolo essenziale della coesione sociale: chi ha potuto godere infatti di una rete strutturata di relazioni è stato maggiormente protetto rispetto a chi invece scontava in partenza uno stato di maggior isolamento, letteralmente inteso come solitudine o rarefazione dei rapporti significativi.

1 Achenson D., *Independent iniquity into inequalities in health: report*. UK Stationery Office, Londra 1997.

2 Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>

Ecco perché le considerazioni tecniche su come sia possibile, oltre che opportuno, riqualificare e potenziare la rete dei servizi sanitari pubblici non possono e non devono essere disgiunte da un rilancio complessivo delle azioni di tutela sociale degli individui, dei gruppi e delle comunità, nella prospettiva di agire contemporaneamente per la promozione del loro *empowerment* e per la realizzazione di efficaci politiche intersettoriali in favore della salute e della qualità di vita.

Una questione di ampio respiro riguarda la possibilità concreta di ricostruire una sanità più rispondente alle reali necessità delle persone e più equa nel garantire a tutti l'accesso ai servizi e la 'presa in carico'. A tal fine, crediamo sia necessario ripartire da una piena comprensione della dialettica esistente tra bisogni di salute, domanda e offerta sanitaria, e questo può avvenire all'interno di un *framework*³ in cui la copertura garantita dai servizi sia analizzata (e quindi riprogrammata) essenzialmente su tre versanti.

Il primo è quello della disponibilità. Rispetto a un dato territorio, la prima domanda da porsi è: *i servizi ci sono?* Ci sono i professionisti sanitari? C'è disponibilità di posti letto, di presidi territoriali, di strutture residenziali? Nell'emergenza COVID abbiamo visto come, a fronte di una pressante domanda di salute – abnormemente aumentata nella congiuntura della pandemia – la disponibilità di tutta una serie di strutture e presidi sanitari sia mancata.

Il secondo versante è quello della qualità: *i servizi ci sono, ma non (sempre) funzionano!* Sappiamo come a volte le pratiche assistenziali manchino di efficacia e i servizi non garantiscano standard di cura appropriati, dal punto di vista clinico e organizzativo.

C'è poi un terzo versante, forse più delicato e complesso: *i servizi ci sono, funzionano, ma non per tutti (allo stesso modo)!* È il grande tema dell'equità (in cui rientra anche l'attenzione da riservare ai valori del paziente, e dunque la dimensione dell'accettabilità delle cure, oltre che della loro accessibilità). Vi sono situazioni in cui la presenza di barriere di tipo giuridico, economico, sociale, linguistico, culturale, organizzativo, di fatto determina disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria.

E proprio in relazione all'adozione di questo *framework*, un tema emergente a livello europeo è rappresentato dalla cosiddetta "desertificazione sanitaria". Il concetto – sempre più in uso – di *medical desert* fa riferimento non solo all'assenza di servizi, ma anche alla qualità e all'accessibilità dei percorsi sanitari, soprattutto rispetto alle frange più marginali della popolazione (gruppi *hard-to-reach*, *hidden populations*) che rimangono escluse dalle opportunità di prevenzione e di cura, in ragione della loro condizione di svantaggio socio-economico. La stessa attualità italiana ci consegna l'ennesimo rischio di esclusione delle persone 'invisibili' da un intervento così cruciale e – almeno sulla carta – condiviso da tutti come diritto universale, qual è quello della vaccinazione anti SARS-CoV-2⁴.

3 Il *framework* si richiama esplicitamente al modello AAAQ – *Availability, Accessibility, Acceptability and Quality* dell'OMS: <https://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en/>

4 Geraci S, Verona A. Gli invisibili e il Diritto al vaccino. Post su [Saluteinternazionale.info](https://www.saluteinternazionale.info). Il Pensiero scientifico editore; 29 marzo 2021 <https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino/>

Rispetto a tali questioni, una delle parole-chiave che emerge nell'ambito delle linee di *policy* tracciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è la 'prossimità'. Lo stesso Ministro della Salute, di fronte alla Commissione Affari Sociali della Camera e successivamente in diverse occasioni pubbliche, l'ha definita "parola-madre" del piano di investimenti in arrivo con il Recovery Fund: "Ricominciare a pensare un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prossimo, vicino, nell'immediatezza delle esigenze del cittadino"⁵. E ancora, il Ministro ha voluto ribadire "... che le parole chiave della sanità del futuro sono *prossimità, comunità, presa in carico globale della persona, domiciliarità*".⁶

Ma cosa vuol dire esattamente prossimità?

**La stessa attualità italiana
ci consegna
l'ennesimo rischio di esclusione
delle persone 'invisibili'
da un intervento così cruciale
e – almeno sulla carta –
condiviso da tutti
come diritto universale,
qual è quello della vaccinazione
anti SARS-COV-2.**

In questi anni, in seno alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – da sempre impegnata sul fronte della tutela dei gruppi fragili della popolazione – sono state sviluppate significative esperienze volte a promuovere l'accessibilità dei servizi sociosanitari⁷. Tali esperienze sono servite a delineare i tratti di una "filosofia pratica della prossimità", che oggi si offre come paradigma di riferimento, non solo per i migranti, ma per l'intera popolazione^{8,9}.

In un articolo apparso qualche tempo fa sulla rivista

Recenti Progressi in Medicina, è stata tentata una prima concettualizzazione del tema dell'accessibilità dei servizi sociosanitari, all'interno di una cornice teorico-pratica che abbiamo proposto di definire in termini di Sanità Pubblica di Prossimità (SPP)¹⁰. Nel contesto dell'assistenza ai gruppi marginali, la SPP rimanda al

5 Quotidiano Sanità del 10/09/2020: https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=87827

6 Sanità24. Il Sole 24 ore del 24/06/2021: Seconda Conferenza sulla salute mentale. Rotta sull'assistenza di comunità e di prossimità.

7 Geraci S, Affronti M, Marceca M. Trent'anni di SIMM: 1990-2020. In "Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020". Contributi culturali e scientifici per gli anni 2019-2020. Pendragon, Bologna, 2020; 28:65.

8 Baglio G. Sanità Pubblica di Prossimità: un framework implementativo per la tutela della salute collettiva a partire dai gruppi marginali. In "Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020". Contributi culturali e scientifici per gli anni 2019-2020. Pendragon, Bologna, 2020; 205:209.

9 Baglio G, Eugeni E. Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi *hard-to-reach*. In: Maciocco G (a cura di). Cure primarie e servizi territoriali. Roma: Carocci Editore, 2019: 77-84.

10 Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso

complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Alla SPP fanno capo: a) attività svolte direttamente nei luoghi di vita dei gruppi target (offerta attiva di misure preventive e di prestazioni sanitarie e sociali minime, realizzazione di attività di educazione alla salute e orientamento ai servizi), realizzate secondo modalità flessibili, attraverso l'impiego di *équipe* multidisciplinari composte da operatori del settore pubblico e/o del privato sociale (raccolte sotto il termine 'outreach'); b) interventi tesi a riorientare i servizi sanitari in un'ottica di maggiore permeabilità e fruibilità, sviluppati a partire dalla capacità del sistema di "riconoscere" i bisogni socio-sanitari della popolazione e dunque di aprirsi alle esigenze espresse dal territorio (la cosiddetta 'mediazione di sistema'); c) programmi di formazione e reclutamento di individui e istituzioni comunitarie (famiglie, associazioni, *network* informali ecc.) che intervengono in accordo e/o in sinergia con gli operatori socio-sanitari (coinvolgimento delle comunità)¹¹.



Prossimità vuol dire dunque capacità (del sistema sanitario) di andare verso i territori e le popolazioni target in termini di presenza fisica (con espressione anglosassone, si direbbe *shoe-leather*, letteralmente con la "suola delle scarpe"),

all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi *hard-to-reach*. Recenti Prog Med 2019; 110: 159-64.

11 Baglio G.: Covid-19 e prossimità: spunti di riflessione per la ripartenza. Newsletter Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di pediatria. N. 8 del 19 dicembre 2020.

proiettandosi oltre le mura per riuscire a raggiungere i gruppi che altrimenti non riuscirebbero ad accedere. Ma vuol dire anche capacità di ripensarsi in termini di maggiore permeabilità e fruibilità.

In questa cornice si inserisce la *domiciliarità*, anch'essa annunciata con enfasi nei piani di ridefinizione del SSN, che, coerentemente con quanto detto, dovremmo intendere in una forma integrata con gli aspetti sociali, anche in termini di "assenza": assenza delle mura domestiche, di relazioni, di semplici contatti. Uno degli strumenti base della domiciliarità, la telemedicina¹² - di cui pure si riconosce la necessità di un potenziamento - non dovrebbe sostituire la medicina del contatto cercato e voluto, dello sguardo non mediato dallo schermo ma impregnato di odori, sensazioni intuitive e messaggi ricevuti.

La pandemia ha unito i due estremi del sistema: gli anziani "protetti" in strutture sempre più chiuse, quasi barricate, e gli invisibili, senza dimora, di qualsiasi età, italiani e stranieri, sulla strada, senza mura, domiciliati nel nulla strutturato, presenti ma dimenticati, se non rimossi, anche dalla sanità pubblica.¹³ Gli uni e gli altri hanno bisogno di prossimità, di una domiciliarità personalizzata, non mediata, di sentirsi presenti nel sistema, nella comunità.

In queste dinamiche che potremmo definire proiettive e riflessive insieme, le comunità non dovrebbero rimanere avulse, ma essere incluse, anche attraverso azioni di *empowerment* e il pieno coinvolgimento in programmi di co-costruzione della salute. Le *comunità* vanno intese come gruppi di persone che vivono o lavorano insieme, o condividono rapporti, interessi e consuetudini: si va, ad esempio, da gruppi di cittadini più o meno organizzati a società scientifiche tematiche, ma anche a persone che condividono un percorso e uno spazio come accade in un'occupazione, in un centro d'accoglienza, in un "ghetto" o in un campo rom. Avere la capacità di raggiungere queste aggregazioni umane è fondamentale negli interventi di prossimità, ma è importante renderle protagoniste affinché diventino agenti attivi di quel cambiamento di cui dovrebbero essere i beneficiari. Proprio le comunità, anche quelle meno strutturate, contribuiscono a definire la salute un «bene comune», non solo in quanto bene posseduto «in comune», ma anche come prodotto che viene «costruito insieme», all'interno di un rapporto dialettico con l'istituzione sanitaria¹⁴. Viene così declinata la parola *partecipazione* nelle attività di tutela della salute e, più specificatamente, nella lettura del bisogno e della domanda (spesso una vera e propria decodificazione) e della possibilità di un'azione concreta in particolare nei percorsi di promozione e prevenzione già in fase di definizione e programmazione.

12 La telemedicina deve "rappresentare un mezzo per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia". Investimento 1.2 della Missione 6 del PNRR.

13 Geraci S. Diseguali al tempo del vaccino. In Italia Caritas. L'impatto di Covid-19 sulla società italiana: analisi, riflessioni e approfondimenti dal mondo Caritas. Post del 16 giugno 2021 https://www.caritas.it/home_page/attivita_/00008770_In_Italia.html

14 Eugeni E. Culture in sanità. Politiche e pratiche dell'accesso e della presa in carico in un Distretto sanitario romano. AM Rivista della Società italiana di antropologia medica/38, ottobre 2014, pp. 537-554.

Ciò si rende ancor più manifesto nella capacità di lavorare “in rete”: una rete intesa come sistema integrato di servizi e competenze, in cui le istituzioni sanitarie pubbliche dovrebbero assumere un ruolo di *stewardship* nel promuovere e governare le azioni di tutela della salute collettiva. Le associazioni del privato sociale, in un’ottica di *sussidiarietà* orizzontale prevista dalla nostra Costituzione e non sempre valorizzata al meglio, dovrebbero a loro volta garantire una funzione di co-progettazione, supporto e intermediazione tra i servizi e la ‘popolazione bersaglio’, offrendo anche in taluni casi al servizio pubblico intuizioni e proposte, in termini di azioni da intraprendere e politiche da attuare. La rete, laddove sufficientemente organizzata, permette di valorizzare le esperienze e le competenze, facilita i processi di scambio paritario, porta a sintesi le conoscenze accumulate, mette a sistema le risorse, intercettando il fermento che anima i territori, anche in termini di capitale sociale¹⁵.



Quanto scritto riteniamo debba essere una chiave di lettura, almeno per quanto attiene alla prossimità e alla comunità, in questa nuova fase di ricostruzione e rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e, con esso, del Sistema-Paese. Il PNRR, con i provvedimenti che ne seguiranno, può essere infatti una straordinaria occasione di cambiamento proprio alla luce di quanto abbiamo vissuto con la pandemia, che ha svelato gli errori fatti in termini di programmazione sanitaria,

¹⁵ Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità, *ibidem*.

di priorità organizzative, di allocazione delle risorse e, in definitiva, di carenza di *governance* territoriale e nazionale. La pandemia ha anche fatto intravedere la grande potenzialità di un sistema di tutela della salute che ha saputo mettersi in gioco rapidamente, anche dal punto di vista organizzativo (si pensi ad esempio alle USCAR che in alcune Regioni hanno rappresentato una determinante novità)¹⁶.

Un sistema che, laddove è riuscito a integrarsi con le forze attive della nostra società soprattutto nei confronti della parte più debole e indifesa, ha saputo offrire risposte tempestive (o forse sarebbe più giusto dire meno lente) e certamente efficaci.

Non possiamo che augurarci che le parole oramai divenute una sorta di *mantra* della ripartenza, 'prossimità e comunità', evocative di vicinanza, familiarità, condivisione e del prendersi cura... non rappresentino solo un *restyling* semantico. Vale la pena ricordare in proposito che già le Regioni erano state istituite perché fossero 'più prossime' ai bisogni dei cittadini e che la chiave di lettura originaria del decentramento sanitario era stata quella di una migliore distribuzione delle responsabilità. Se si considerano però i modelli sanitari implementati, tanto diversi da produrre diseguaglianze (cosa che è successa proprio nelle prassi territoriali), andrebbero chiariti alcuni passaggi essenziali negli aspetti organizzativi, nella connessione tra i diversi attori istituzionali e assistenziali, nella continuità e nell'integrazione della presa in carico sanitaria e sociale, nelle linee di responsabilità sul piano individuale e organizzativo.

Bisogna quindi continuare a credere nel servizio sanitario pubblico, nell'accezione di servizio per tutte e tutti, e dove tutte e tutti devono essere protagonisti pur se con ruoli e missioni differenti, avendo come finalità il bene comune non subordinato a logiche economiche o dinamiche di potere.

Bisogna quindi continuare a credere nel servizio sanitario pubblico, nell'accezione di servizio per tutte e tutti, e dove tutte e tutti devono essere protagonisti pur se con ruoli e missioni differenti, avendo come finalità il bene comune non subordinato a logiche economiche o dinamiche di potere. E proprio guardando a quello che è stato, all'esperienza della pandemia, i termini prossimità e comunità si intrecciano

a nostro avviso con un'altra parola, *servizio*, che di per sé diventa "orizzonte di senso" e ci fa puntare oltre con concretezza e umanità.

16 Landi R, Milani C, Pontalti I. Chi assiste i pazienti a domicilio? Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore; 1 luglio 2021 <https://www.saluteinternazionale.info/2021/07/chi-assiste-i-pazienti-a-domicilio/>

Rami è tornato al Poliambulatorio durante il lockdown, dopo 5 anni. È un giovane uomo tunisino, è diabetico e soffre di una insufficienza renale cronica grave, è in dialisi. Per fortuna da diversi anni è seguito presso l'ambulatorio STP/ENI di un importante policlinico romano. Questo ambulatorio è stato temporaneamente chiuso durante il lockdown, così una prima volta Rami torna presso il nostro servizio perché ha necessità di numerose medicine. Torna di nuovo, accompagnato sottobraccio da due amici conosciuti sulla strada, si regge a mala pena in piedi ed ha i brividi. Misuriamo la temperatura ed è a più di 39°, chiamiamo immediatamente il 118, il nostro timore non è un'infezione da Coronavirus ma piuttosto una brutta infezione legata alla dialisi.

Rami a seguito dell'episodio è stato ricoverato per sepsi con una degenza di due mesi, a cui è seguito un altro ricovero per un disturbo legato alla sua patologia. È tornato da noi dopo i ricoveri e non aveva ancora un posto dove dormire, condizioni di salute ancora estremamente precarie e nessuna possibilità di accoglienza..

La storia di Rami, ci parla delle conseguenze spesso drammatiche del *lockdown* e dell'impossibilità di accesso alla salute durante quei primi mesi di pandemia. In condizioni di fragilità di salute e precarietà estrema, in assenza di una rete sociale di riferimento e di un sistema completo di supporto, anche un solo singolo servizio può risultare dirimente per il mantenimento di un prezioso equilibrio. Nel caso di Rami, si somma alla fragilità delle sue condizioni di salute il non avere un posto in cui dormire. Purtroppo, continuare a non avere una soluzione alloggiativa anche transitoria, a seguito di un ricovero durante i primi mesi della pandemia, è stata una sorte di tanti, non solo di Rami.

Franz è un giovane uomo tedesco, molto alto, invalido a causa di una problematica di salute mentale molto seria. Lo abbiamo conosciuto in ambulatorio il 7 aprile 2020, in pieno lockdown. È stato portato da noi da un signore africano che aveva conosciuto per strada. Franz è arrivato in ambulatorio con la richiesta di medicine di tipo psichiatrico, ma non aveva con sé nessuna ricetta e per questo all'inizio non abbiamo potuto accontentarlo. Parlava un buon livello di inglese, oltre che tedesco ovviamente, e ci ha raccontato di essere arrivato in bici in Italia a febbraio, di aver subito il furto della bici e di essersi ritrovato per strada quando in Italia iniziava l'epidemia da Sars-Cov-2, senza poter quindi tornare in Germania. Ci ha mostrato i documenti e un tesserino dell'assicurazione sanitaria che certificava la sua invalidità. Aveva con sé anche una piccola rubrica cartacea con un numero di telefono che ci ha chiesto di contattare. Abbiamo provato subito ma nessuno rispondeva, così gli abbiamo detto di tornare dopo qualche giorno, e che noi avremmo provato a chiamare quella che pensavamo essere una persona di riferimento.

Chiamando abbiamo però scoperto che non si trattava di una persona ma di una clinica psichiatrica universitaria di una cittadina tedesca dove Franz era in cura. Abbiamo quindi scritto al direttore della clinica (telefonicamente non riuscivamo ad avere informazioni) e, con nostra sorpresa, abbiamo ricevuto presto una risposta sia da parte del direttore sia da parte dello psichiatra che aveva in cura Franz. Ci siamo confrontati sulla terapia (quando Franz era tornato la seconda volta in ambulatorio aveva avuto modo di parlare con Benedetta, specializzanda in psichiatria) e soprattutto sulla possibilità di un eventuale ritorno di Franz in Germania. Il medico psichiatra che lo aveva in cura ha prontamente contattato l'ambasciata tedesca a Roma, con la quale ci siamo poi messi in contatto anche noi. Franz era ben disposto a tornare, era lui stesso a chiederlo. Veniva in ambulatorio non solo per le medicine, che gli consegnavamo contate perché non ne abusasse, ma anche per parlare telefonicamente con l'ambasciata e con il suo psichiatra.

Grazie ad un amico, contattato dall'ambasciata e dallo psichiatra tedesco, si è riusciti a prenotare presto un biglietto aereo per giovedì 23 aprile nel tardo pomeriggio. Giovedì abbiamo

dato appuntamento ad Franz verso le 15.00, e abbiamo prenotato un taxi perché potesse arrivare senza problemi in aeroporto. L'ambasciata aveva contattato il cappellano dell'aeroporto di Fiumicino, che collabora con loro per situazioni simili, il quale è stato disposto ad accompagnare Franz dal punto di arrivo del taxi al check in dell'aereo, e così è stato. Franz è arrivato così a Frankfurt e da lì, il giorno dopo, nella cittadina tedesca dove è stato ricoverato nel reparto di psichiatria della locale clinica universitaria.

Marius

Marius è un uomo rumeno di mezza età, senza dimora. Soffre di un'importante patologia reumatica che gli provoca severi dolori alla schiena, anemia da malnutrizione e una problematica di salute mentale. Un tardo pomeriggio di marzo (2020), quando già era buio, è venuto in ambulatorio per chiedere delle medicine per il dolore. La situazione era ormai tranquilla e abbiamo avuto il tempo di fermarci a parlare con lui, che guardandoci vestiti con camice monouso, mascherine, occhiali protettivi, cuffia per capelli, guanti, sorridendo ci ha detto: "Sembrare degli astronauti! Dove dovete andare?" Ci ha esposto poi le sue teorie del complotto sul virus, sul ruolo degli Stati Uniti e di altri paesi nel diffonderlo. Era molto informato sulle normative italiane e, riflettendo sulla polizia che pattugliava le strade chiedendo alle persone perché fossero fuori casa, ci ha detto: "La polizia si avvicina e ti chiede dove vai. Ti dice che devi andare a casa, ma io una casa non la ho, dormo per strada. Allora la polizia ti prende e ti porta via, per rispedirti al tuo paese. In questa situazione approfittano per pulire le strade da chi ci dorme, dai poveri, approfittano per rimandare noi stranieri a casa."

Altri ragazzi, giovani migranti senza dimora, ci hanno fatto vedere le denunce che avevano ricevuto semplicemente perché erano per strada: pezzi di carta scritti spesso solo in italiano, che per loro erano privi di significato.

Mercoledì sera del mese di febbraio 2021. Alle 19.20, mentre l'ultimo paziente usciva dal cancello del Poliambulatorio Caritas di Roma, vediamo arrivare due signore eritree. Una delle due, Miriam, era stata dimessa il giorno prima da un grande ospedale romano a seguito di un ricovero per polmonite COVID-19 ed altre complicanze sanitarie. La persona che la accompagna, Tessa, aveva conosciuto Miriam qualche settimana prima per strada: si era avvicinata a quella connazionale senza dimora e vedendo che non stava bene, aveva chiamato l'ambulanza. Un ricovero lungo, da sola, senza relazioni. Ma alla dimissione, senza che le fossero dati riferimenti per la necessaria convalescenza, Miriam trova Tessa che vuole aiutarla, per quello che può. Miriam non sta ancora bene e torna in ospedale ma per una sola notte e poi deve trovare un posto in una città che confonde e disperde. Dopo una giornata di ricerca vana ecco che arriva al Poliambulatorio alla Stazione Termini: una porta aperta sulla strada, ed anche se è in chiusura, quei volti, quella storia ci obbliga a fermarci, a capire, ad attivarci. Il nostro gesto di cura non è stato fare una visita o dare una medicina ma, come spesso accade, farci coinvolgere dall'umanità sofferente, Miriam, e generosa, Tessa, ed insieme cercare una soluzione. A quell'ora è difficile trovare risposte dalle Istituzioni, sempre ingolfate in un'emergenza infinita segno di una programmazione fallita, e così attiviamo i nostri contatti della rete Caritas e, quasi un miracolo in una notte fredda quando tutti i servizi sono già affollati, c'è la risposta: la cura è un'accoglienza in sicurezza, è la relazione con gli operatori che vengono a prendere Miriam e l'accompagnano. E Tessa ringrazia ma deve scappare prima che inizi il "coprifuoco". Il giorno dopo tornerà con alcuni vestiti per la signora. Attualmente Miriam è ospite di un centro di accoglienza Caritas e continua ad essere seguita anche a livello sanitario dalla collega che si occupa degli ospiti della struttura. È tornata al Poliambulatorio per alcune visite specialistiche. Certo, per la sua situazione probabilmente la struttura più adeguata non sarebbe un semplice centro di accoglienza, ma la città di Roma per questo tipo di situazioni non offre alternative: o così o la strada.

La storia di Miriam è interessante per riflettere sul tema della solidarietà e della relazione durante la pandemia. È riuscita ad accedere a delle cure di urgenza e ad arrivare poi al Poliambulatorio grazie alla solidarietà di una connazionale che si è fatta gratuitamente carico delle sue fragilità finché qualcun altro non ha cercato di dare a quelle fragilità una risposta. C'è anche la testimonianza di una "solidarietà organizzata" che cerca di riempire un vuoto, attraverso le competenze delle cure mediche ma anche attraverso la capacità di farsi carico nella relazione della fragilità dell'altro. Rimane l'amarezza di un servizio pubblico "monco": accoglie per curare ma non permette di guarire, almeno dal punto di vista sociale.



Per non concludere: perché gli ultimi non rimangano ultimi

La pandemia COVID-19 ci ha mostrato, come in una lente di ingrandimento, quanto i determinanti sociali incidano sulla salute delle persone e provochino misurabili diseguaglianze in salute e nell'assistenza sanitaria.

Non solo, ci ha restituito nuove consapevolezze, ci ha insegnato un nuovo sguardo sui confini della relazione, rendendo la distanza tra sicurezza ed incertezza, la percezione del bisogno e della dipendenza, un filo sottile e fragile, in alcuni casi logoro.

Negli operatori sociali, così come negli operatori sanitari, è cresciuta la consapevolezza, in parte già sottesa, che il passaggio dal livello della garanzia e della sicurezza a quello della fragilità, sociale o di salute, è sempre possibile, anche quando inatteso. Da questo filo, sottile e fragile, si è generata comunque la scelta di esserci e di continuare il nostro impegno privilegiando un lavoro di rete.

Fin dal drammatico inizio della pandemia, in Italia ci sono state centinaia di migliaia di persone escluse che necessitano di iniziative e percorsi adeguati, in primo luogo perché "fuori" dagli standard amministrativi e spesso perché "ai margini" del corpo sociale.

Anche la campagna per le vaccinazioni, solo nell'ultima fase, ha cominciato ad interessarsi degli *hard to reach*, accomunando con un unico termine una popolazione che presenta grandi diversificazioni nel proprio interno. Ciò sta rischiando di far perdere specificità ai diversi interventi compromettendo la possibilità di raggiungere tutti in modo efficace.

Per tutelare diritti e dignità delle persone più fragili serve un impegno concreto e fattivo da parte di tutti, indipendentemente se a muoverci sia lo spirito umanitario, un sentimento solidaristico o la voglia di una giustizia sociale.

Il lavoro sul campo della Caritas, nei vari ambiti, vuole coniugare una prossimità reale tra le persone che hanno dei bisogni, anche di salute, e una riflessione che spinga ad agire per un bene comune che non può portare ad alcuna esclusione.

In questa pandemia gli ultimi sono troppo spesso rimasti ultimi; la testimonianza del nostro impegno, le storie, le relazioni umane e professionali che abbiamo raccontato chiedono un'attenzione ancora maggiore da parte delle istituzioni e della comunità.

*Gli operatori e i volontari
dell'Area sanitaria della Caritas*

Appendice

Vaccinazione alle persone socialmente fragili

Tappe principali di un percorso di advocacy



12 gennaio 2021: prima riunione mensile dell'anno del Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) con all'ordine del giorno come garantire la vaccinazione a persone senza tessera sanitaria. Si fa presente come nel portale AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) sia prevista la vaccinazione per gli STP ma poi è richiesta la tessera sanitaria. Si verifica la possibilità di far modificare tale impostazione.

14 gennaio 2021: all'interno del Gruppo Immigrazione e Salute - GrIS Lazio (che elegge il nuovo referente e il consiglio di coordinamento) si avvia una riflessione sulle strategie da adottare per garantire la vaccinazione ai soggetti socialmente fragili considerando le fasi previste dalla Strategia vaccinale nazionale ed in particolare per la Fase T2 quando si parla di "vulnerabilità personale" declinandola anche in termini sociali e in Fase T3 quando si parla di "comunità chiuse". Le riunioni on line del GrIS sono proseguite mensilmente.

3 febbraio 2021: l'AIFA recepisce la richiesta di piena inclusione dei soggetti socialmente fragili nella campagna di vaccinazione e indica i documenti necessari per accedere al vaccino (TS, TEAM, STP, ENI, CF¹ temporaneo, qualsiasi documento anche scaduto, auto dichiarazione).

4 febbraio 2021: lettera del TIS al Ministro della Salute Speranza per inserire esplicitamente nelle fasi per la vaccinazione anche i soggetti socialmente fragili.

16 febbraio 2021: riprendono gli incontri con cadenza mensile del *Gruppo di lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati della Regione Lazio*; dal mese di marzo il gruppo tratterà le problematiche relative all'accesso ai tamponi e alle vaccinazioni per COVID-19 per le categorie di persone più fragili e non iscritte al SSR attraverso documenti tecnici e proposte operative.

25 febbraio 2021: presentato Il monitoraggio del Tavolo Asilo Nazionale e del TIS su "procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi d'accoglienza in Italia" con la richiesta dell'inclusione nel piano vaccini della popolazione socialmente fragile.

17 marzo 2021: lettera del GrIS all'Assessore alla Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio D'Amato per rendere utilizzabile il portale regionale per la prenotazione dei soggetti senza tessera sanitaria, per attivare le Aziende sanitarie territoriali, per coinvolgere il terzo settore e le comunità straniere per interventi di mappatura, sensibilizzazione, informazione e di eventuale accompagnamento.

1 aprile 2021: la Regione con una nota (U. 0286755) da indicazioni alle ASL di garantire la copertura vaccinale *"alle Comunità residenziali quali strutture sociosanitarie, socio-assistenziali, con specifico riferimento a quelle dedicate all'assistenza a minori, disabili, persone con problematiche psichiatriche, donne in difficoltà"*. Si ricorda: *"la necessità di ricomprendere nella programmazione delle attività assistenziali ... il personale e le persone assistite di tali strutture ..."*.

24 aprile 2021: ordinanza n. 7 del Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19, Generale Figliuolo, con l'indicazione di vaccinare *"individui non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale"* (cittadini italiani iscritti all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero...; i dipendenti delle Istituzioni dell'Unione Europea ...; gli agenti diplomatici e il personale amministrativo delle missioni diplomatiche ...; il personale di enti e organizzazioni internazionali ...).

1 Tessera Sanitaria (TS), Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), Straniero Temporaneamente Presente (STP), Europeo Non Iscritto (ENI), Codice Fiscale (CF).

31 maggio 2021: lettera del TIS al Commissario Straordinario Figliuolo sulla necessità di comprendere operativamente la vaccinazione alle persone senza tessera sanitaria e socialmente fragili (STP, ENI, CF temporanei).

3 giugno 2021: alcune associazioni scrivono all'Assessore della Regione Lazio D'Amato *"per suggerire un piano vaccinale mirato anche a immigrati irregolari"*.

6 giugno 2021: Appello Caritas Diocesana di Roma: *I dimenticati del vaccino*.

<http://www.caritasroma.it/2021/06/i-dimenticati-del-vaccino/>

14 giugno 2021: l'Assessore D'Amato risponde alle associazioni dicendo di *"aver delegato il dott. Mastromattei a seguire la predisposizione del piano nel supremo interesse di sanità pubblica in accordo con il dott. Aldo Morrone direttore scientifico San Gallicano e del dott. Francesco Vaia direttore dello Spallanzani"*.

16 giugno 2021: incontro on line tra Assessorato con il dott. Mastromattei e alcune associazioni (comprese anche quelle sanitarie del GrIS); partecipano anche i dott. Morrone e Vaia che si rendono disponibili a vaccinare presso le proprie strutture. Nell'incontro si parla di abilitare il portale alla prenotazione per STP/ENI e CF provvisori, di dare mandato alle Asl di attivarsi anche in collaborazione con associazionismo e organizzazioni del terzo settore, di avviare una campagna di sensibilizzazione e informazione ottimizzando e rendendo fruibili gli strumenti che già sono stati predisposti da alcune organizzazioni. La Regione subito dopo la riunione produrrà una nota per le ASL e il Gruppo regionale farà da riferimento per i materiali. Per il portale servirà ancora qualche giorno ma pare che le "resistenze" siano passate.

16 giugno 2021: Approvata all'unanimità dal Consiglio Regionale del Lazio la Mozione n. 517 del 4 giugno 2021 presentata dai consiglieri Capriccioli e Bonafoni, concernente: *"Accesso alla vaccinazione anti-Covid delle persone in particolari condizioni di fragilità sociale"*.

16 giugno 2021: la Regione con una nota (U.0532393) impegna le ASL a vaccinare quanti non abbiano la tessera sanitaria perché in condizione di fragilità sociale. (Ndr: le ASL già da tempo avevano chiesto elenchi degli ospiti nei centri d'accoglienza ed in alcuni casi avevano cominciato a vaccinare).

16 giugno 2021: la ASL Roma 1 si attiva con un piano articolato e nei giorni seguenti manda una serie di comunicazioni alle associazioni per individuare chi vaccinare. La ASL Roma 2 ha predisposto elenchi per la vaccinazione. La ASL di Latina in collaborazione con Emergency ha attivato interventi di prossimità presso la comunità indiana. Progressivamente le varie ASL della Regione si attivano.

16 giugno 2021: pubblicata la Determinazione n. G07347 Emergenza COVID-19. *Programmazione sanitaria regionale. Approvazione del documento denominato "Piano territoriale regionale - Giugno 2021"* con le raccomandazioni di carattere generale per la limitazione della diffusione del SARS-COV-2 e organizzazione dell'assistenza territoriale (assistenza ambulatoriale, assistenza domiciliare, assistenza residenziale e semiresidenziale, centri sociali, ricreativi, centri anziani).

18 giugno 2021: Nota del Ministero della salute su *"Completamento del ciclo vaccinale nei soggetti sotto i 60 anni che hanno ricevuto una prima dose di vaccino Vaxzevria e chiarimenti sulle modalità d'uso del vaccino Janssen"*. Si specifica che nonostante questo

vaccino debba essere somministrato agli over 60 anni, si prevede che: *“previo parere del Comitato etico territorialmente competente”, possa essere: “utilizzato nel caso di campagne vaccinali specifiche per popolazioni non stanziali ... e, più in generale, per i cosiddetti gruppi di popolazione hard to reach”.*

28 giugno 2021: per le vie brevi la Regione comunica l’iniziativa Open night ASL Roma 1 (Ndr: solo J&J Janssen monodose), e la possibilità del vaccino direttamente in farmacia dal 5 al 18 luglio (Ndr: solo J&J Janssen monodose).

28 giugno 2021: la Regione pubblica una nota con la proroga la validità dell’iscrizione al SSR dei cittadini obbligatoriamente iscritti, dei richiedenti protezione internazionale e della validità dei tesserini STP/ENI.

1 luglio 2021: ASL Roma 1 incontra le associazioni, illustra il proprio programma di vaccinazioni e lancia l’Open Night.

3-4 luglio 2021: Open Night J&J ASL Roma 1: 912 vaccinati.

5 luglio 2021: Nota SIMM su circ. min. 18/6/21 e criticità vaccinali *“Vaccini: garantire uno stesso livello di tutela della salute e della dignità per tutti gli esseri umani”*; in particolare si chiede una attenzione sul piano etico in quanto una controindicazione medica (vaccino Janssen per gli over 60) viene superata in deroga, rischiando di relativizzare la tutela della salute di quella che nella circolare è la popolazione genericamente definita *“hard to reach”*, definizione che spesso viene estesa a persone che in realtà non appartengono a questa *“categoria”*.

6 luglio 2021: inaugurazione Hub S. Egidio per persone senza dimora.

8 luglio 2021: l’Istituto Superiore di Sanità pubblica il documento: *“Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim”*.

8 luglio 2021: la ASL Roma 2 comunica che nel mese di luglio ha previsto un percorso dedicato a persone che non hanno possibilità di prenotarsi sul portale della Regione Lazio (es. persone provviste di codice STP/ENI o prive di assistenza sanitaria) attraverso uno specifico spazio nel portale della Azienda sanitaria. La sede è quella di via La Spezia, 30 ed il vaccino è il monodose Janssen.

11 luglio 2021: la ASL Roma 3 comunica che è possibile effettuare, in date stabilite, la vaccinazione anti COVID-19 presso la Casa della Salute di Ostia, lungomare Paolo Toscanelli 230 senza necessità di prenotazione, presentando la tessera sanitaria o il tesserino STP o ENI. L’iniziativa è possibile grazie alla collaborazione con Rotary Distretto 2080 che mette a disposizione un proprio automezzo. Il vaccino è il monodose Janssen. Altre collaborazioni si stanno attivando con associazioni ed enti del III settore impegnati nell’assistenza alle persone più fragili.

11 luglio 2021: la ASL Roma 6 comunica che è iniziata la vaccinazione monodose sugli immigrati ospiti dei Centro Accoglienza Straordinaria (CAS) di Anzio e Nettuno e degli immigrati del territorio. La campagna vaccinale pro-attiva proseguirà nelle domeniche successive presso i CAS di Pomezia, Rocca di Papa e Frascati. Inoltre, grazie alla collaborazione della Caritas Diocesana di Abano e delle associazioni del Terzo Settore, si sta lavorando per intercettare la popolazione dei senza dimora per garantire loro la somministrazione del vaccino monodose.



www.caritasroma.it



facebook.com/caritasdiroma



twitter.com/CaritasRoma