



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità


Regione Toscana



IL PROGETTO SECONDI SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA COVID-19 NELLE POPOLAZIONI DIFFICILI DA MONITORARE

Documenti
ARS Toscana

dicembre
2024 **123**



IL PROGETTO SECONDI
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA
DELLA COVID-19
NELLE POPOLAZIONI
DIFFICILI DA MONITORARE

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Fabrizio Gemmi

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

IL PROGETTO SECONDI - SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA COVID-19 NELLE POPOLAZIONI DIFFICILI DA MONITORARE

Pubblicazione a cura di

Francesca Ierardi¹

Fabrizio Gemmi¹

Autori

Sara Albiani²

Tania Alfani³

Allaman Allamani⁴

Pierluigi Blanc⁵

Renato Brunetti⁶

Mario Bruschi⁷

Laura Calvanelli³

Carlo Cappelletti³

Francesco Cipriani⁶

Sara Contanessi⁸

Laura Delli Paoli²

Salvina Di Gangi⁴

Ilario Fabri⁹

Letizia Fattorini⁷

Gianluca Frasca¹⁰

Lorezo Fratini¹¹

Laura Gragnani^{12, 13}

Jacopo Lascialfari^{14, 15}

Francesco Marcheselli⁷

Maria Marchetti¹⁶

Caterina Milli¹⁷

Monica Monti¹³

Giulia Morigoni¹

Enrico Palmerini¹⁵

Maria José Caldés Pinilla²

Valentina Sardi¹⁸

Claudio Sarti¹⁹

Caterina Silvestri¹⁷

Fabio Voller¹⁷

Anna Linda Zignego¹³

Layout e impaginazione

Caterina Baldocchi²⁰

Elena Marchini²⁰

- ¹ Agenzia regionale di sanità della Toscana, Osservatorio per la qualità e l'equità
- ² Azienda ospedaliero-universitaria Meyer IRCCS, Centro regionale Salute Globale
- ³ Associazione Niccolò Stenone ODV
- ⁴ Anelli Mancanti APS
- ⁵ Azienda USL Toscana Centro, Ospedale di San Jacopo di Pistoia, SOC Malattie infettive
- ⁶ Azienda USL Toscana Centro, Dipartimento di prevenzione, UFC Epidemiologia
- ⁷ Università degli studi di Firenze, Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva
- ⁸ CAT Cooperativa sociale
- ⁹ Croce Rossa italiana (CRI), Comitato di Firenze
- ¹⁰ Corpo italiano di soccorso Ordine di Malta (CISOM) gruppo Firenze
- ¹¹ Fondazione Solidarietà Caritas ETS Firenze
- ¹² Università degli studi di Pisa, Dipartimento di ricerca traslazionale sulle nuove tecnologie in medicina e chirurgia
- ¹³ Università degli studi di Firenze, Centro interdipartimentale manifestazioni sistemiche da virus epatitici (MASVE)
- ¹⁴ Comune di Firenze, Gruppo operativo marginalità
- ¹⁵ Coordinamento toscano marginalità
- ¹⁶ Medici per i Diritti umani (MEDU), sede di Firenze
- ¹⁷ Agenzia regionale di sanità della Toscana, Osservatorio di epidemiologia
- ¹⁸ Comune di Prato, Tavolo marginalità
- ¹⁹ Azienda USL Toscana Centro, SOC Servizi ai cittadini di Prato e Pistoia
- ²⁰ Agenzia regionale di sanità della Toscana, Soluzioni web, data visualization, formazione e documentazione scientifica

INDICE

| | | |
|---|------|-----|
| PRESENTAZIONE | pag. | 7 |
| INTRODUZIONE | | 11 |
| IL DOCUMENTO IN SINTESI | | 13 |
| 1 IL PROGETTO | | 17 |
| 1.1 La storia del progetto SECONDI: dall'idea ai risultati <i>(Cipriani F, Allamani A)</i> | | 17 |
| 1.2 Le Associazioni che hanno collaborato al Progetto <i>(Cipriani F)</i> | | 32 |
| 1.2.1 Anelli Mancanti <i>(Allamani A, Di Gangi S, Palla B)</i> | | 32 |
| 1.2.2 CAT Cooperativa sociale <i>(Bertoletti S)</i> | | 38 |
| 1.2.3 Medici per i Diritti umani – MEDU <i>(Zanchetta M)</i> | | 40 |
| 1.2.4 Associazione Niccolò Stenone ODV <i>(Marcheselli F, Calvanelli L)</i> | | 44 |
| 1.2.5 La Croce Rossa fiorentina <i>(Fabri I)</i> | | 49 |
| 1.2.6 Fondazione Solidarietà Caritas ETS - Firenze <i>(Lucchetti V)</i> | | 51 |
| 1.2.7 CISOM - Corpo italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta gruppo Firenze <i>(Frasca G)</i> | | 57 |
| 1.3 Risultati su interviste e test sul campo <i>(Bruschi M, Fattorini L, Brunetti R, Cipriani F)</i> | | 59 |
| 1.3.1 Le caratteristiche della popolazione coinvolta | | 59 |
| 1.3.2 I risultati sui test di screening | | 67 |
| 1.4 Risultati sui percorsi clinici dei soggetti HBsAg e HCV positivi <i>(Zignego AL, Monti M, Gagnani L)</i> | | 69 |
| 1.5 Lo studio qualitativo <i>(Ierardi F, Morigoni G)</i> | | 75 |
| 1.5.1 L'indagine | | 75 |
| 1.5.2 Risultati | | 78 |
| 1.5.3 Quotidianità e COVID-19 | | 90 |
| 1.5.4 Salute e COVID-19 | | 117 |

| | | |
|------------------|--|------------|
| 1.5.5 | Conoscenza della COVID-19 | 136 |
| 1.5.6 | Servizi e COVID-19 | 149 |
| 1.5.7 | Conclusioni | 164 |
| 1.5.8 | Limiti dello studio | 167 |
| 1.6 | Esperienze toscane di contesto | 168 |
| 1.6.1 | Il progetto <i>Marginality Infectious Screening</i> – MARINS (Gragnani L, Monti M, Zignego AL, Blanc P) | 168 |
| 1.6.2 | La salute degli stranieri (Milli C, Silvestri C, Voller F) | 173 |
| 2. | IL "DOPO-SECONDI": MIGLIORARE LA RETE DELL'ASSISTENZA ALLA MARGINALITÀ | 183 |
| 2.1 | Il Gruppo operativo marginalità del Comune di Firenze e il suo sviluppo (Lascialfari J) | 183 |
| 2.2 | Tavolo marginalità Area Pratese (Sardi V) | 186 |
| 2.3 | Coordinamento toscano marginalità (Palmerini E, Lascialfari J) | 189 |
| 2.4 | Servizi per la marginalità dell'Azienda USL Toscana Centro: Straniero Temporaneamente Presente - STP (Sarti C) | 191 191 |
| 2.5 | Centro di Salute Globale della Regione Toscana (Caldés Pinilla MJ, Albiani S, Delli Paoli L) | 196 |
| APPENDICE | | 205 |
| | Allegato 1 - Protocollo per screening con tampone antigenico SARS-CoV-2 e pungidito HBV e HCV | 205 |
| | Allegato 1bis - Protocollo operativo SECONDI | 210 |
| | Allegato 2 - Consenso informato | 214 |
| | Allegato 3 - Scheda sanitaria | 216 |
| | Allegato 3bis - Scheda socio-sanitaria | 220 |
| | Allegato 4 - Certificazione di positività/negatività al test rapido orofaringeo COVID-19 | 221 |
| | Allegato 5 - Modello raccolta casi settimanali | 223 |
| | Allegato 6 - Traccia intervista | 224 |

PRESENTAZIONE

Per la Regione Toscana SECONDI è motivo di particolare soddisfazione ed orgoglio, perché mette in evidenza il volto migliore della nostra sanità che, da sempre, si pone l'obiettivo di garantire l'accesso alle cure per tutti, anche alle fasce di popolazione più vulnerabili e marginali.

Un'esperienza positiva che, durante un momento drammatico come la pandemia, ha consentito di intercettare migliaia di persone fuori dai circuiti formali e di costruire un rapporto di fiducia tra loro e le istituzioni sanitarie, avvicinandole ai servizi. Ciò è stato possibile grazie all'alleanza che si è venuta a creare tra gli operatori del sistema sanitario toscano e la rete del volontariato di strada che si occupa di presidiare i bisogni sociali e sanitari delle persone marginalizzate. Insieme è stato possibile condurre un monitoraggio sanitario sulla diffusione del covid-19, ma anche di altre malattie infettive a larga diffusione come l'epatite B e C e garantirne la relativa presa in carico.

Con questo progetto, che vede la regia dei professionisti del servizio sanitario regionale, l'AUSL Toscana Centro con l'Ambulatorio MASVE di Careggi e l'Agenzia regionale di sanità della Toscana, è nata una sinergia con le energie e le competenze migliori delle associazioni di volontariato, che hanno esperienza nella gestione di bisogni sanitari, che va a rafforzare gli interventi a favore dei più fragili.

SECONDI, infatti, si è rivelato non solo un efficace progetto di controllo di malattie infettive per i soggetti marginali e per la popolazione che vive vicino a loro, ma anche un modello di lavoro nella comunità per garantire prevenzione e benessere per tutti. Un'esperienza che ci auguriamo possa essere da stimolo per favorire un coordinamento sempre migliore delle attività del volontariato e della loro integrazione con le iniziative del servizio sanitario.

Ci tengo a ringraziare tutti gli operatori che hanno contribuito al successo di questa iniziativa. Progetti come SECONDI rappresentano un grande valore per la nostra società ed è una soddisfazione che sia stato riconosciuto dagli esperti come il migliore tra i progetti presentati a valere sul bando COVID della Regione Toscana, pubblicato a giugno 2020. Perché interventi di questo tipo permettono di raggiungere un segmento di popolazione per molti invisibile, ad alto rischio sanitario e sociale, che, diversamente, non avrebbe avuto accesso ai servizi e ad una conseguente presa in carico. Questa è la sanità pubblica.

Simone Bezzini

Assessore al Diritto alla salute e sanità della Regione Toscana

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato una sfida al sistema complessivo dei servizi sia durante sia dopo la fase emergenziale perché, oltre alle conseguenze sanitarie, ha portato con sé un aumento del disagio economico e sociale, con una forte ricaduta sulla qualità della vita, in particolare per le situazioni di fragilità, i cui effetti negativi ancora non si sono esauriti.

In questo contesto il progetto SECONDI ha affrontato un tema molto importante, quello della salute delle persone in grave difficoltà socio-economica, che è particolarmente complicata da mantenere per la popolazione dei senza dimora e per coloro che vivono nella marginalità estrema.

Le persone marginali sono portatrici non solo di bisogni dominanti, ricorrenti e indifferibili come il cibo, l'abitazione, l'igiene personale ma anche di altri bisogni meno materiali però altrettanto concreti e urgenti di ascolto e di riconoscimento: come il desiderio di trovare interlocutori con i quali instaurare una relazione "alla pari" e non giudicante, l'essere riconosciuti come individui unici con una storia personale significativa e significante, andando "oltre" alla condizione di fragilità.

Per le persone che vivono in strada, accanto a questi bisogni – e spesso come conseguenza degli stessi – si delineano le necessità di cura dettate da una condizione psicofisica in veloce deterioramento. Perdere la salute è l'esito delle quotidiane deprivazioni subite, spesso sommate e intrecciate al disagio psichiatrico e agli effetti di eventuali abusi di sostanze.

I temi della mancata prevenzione, della cronicizzazione di patologie altrimenti curabili o comunque monitorabili e l'uso improprio della risorsa della medicina d'urgenza per problemi, appunto, di cronicità ma anche per necessità tipicamente sociali emergono costantemente nelle indagini dell'Osservatorio sociale regionale (si veda in particolare il sesto *Rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale del 2022*) e tra gli interventi che i servizi territoriali e gli enti del Terzo settore mettono in campo e promuovono nei momenti di confronto e scambio di buone pratiche.

Una sfera del bisogno così complessa richiede un intervento profondamente rinnovato nei paradigmi di riferimento, nelle modalità e nei ritmi di presa in carico, tramite interventi liberamente accessibili.

Un supporto che sia articolato e multilivello, capace di operare sul contesto sociale, ambientale e relazionale in cui la persona si vuole (re-)inserire. Il passaggio da un paradigma "a gradini" e dal forte mandato rieducativo/riformativo al riconoscimento di diritti fondamentali – la casa e la salute – come beni primari e risorse da tutelare o ripristinare, ma sempre nell'ambito di una scelta informata e consapevole e quanto più possibile nel rispetto dell'autodeterminazione del singolo anche per modalità e tempistiche.

La persona portatrice di bisogni complessi/il paziente, infatti, deve essere al centro in tutte le sue dimensioni (fisica, psichica e relazionale), non solo nei momenti (e nei

luoghi) dell'emergenza, per garantire realmente un supporto costante nelle pratiche quotidiane di vita, di prevenzione e di cura.

Questo è particolarmente impegnativo quando si ha a che fare con persone segnate da una storia clinica e personale complessa e spinge a riconoscere e fronteggiare le difficoltà relazionali: innanzitutto nei confronti della persona - prendendo consapevolezza della difficoltà e lentezza dei percorsi di costruzione della fiducia - ma anche nei confronti delle altre figure professionali coinvolte (o da coinvolgere) nel processo di presa in carico integrata, soprattutto in assenza di protocolli rodati e/o di un "vocabolario operativo condiviso".

In un'ottica di welfare responsabile, infatti, occorre riconoscere come la presa in carico del problema complesso necessiti di un intervento articolato e sinergico che veda collaborare professionisti afferenti all'ambito sanitario e all'ambito sociale.

Serena Spinelli
Assessora alle Politiche sociali della Regione Toscana

INTRODUZIONE

La pandemia di COVID-19 ha agito a livello globale amplificando le disuguaglianze, esacerbando le disparità preesistenti in varie dimensioni come reddito, provenienza etnica, genere, istruzione e accesso all'assistenza sanitaria.

Dal punto di vista economico, la pandemia ha colpito in modo sproporzionato i lavoratori a basso reddito, in particolare quelli nei settori dei servizi, dell'ospitalità, della vendita al dettaglio e della *gig economy*. Molti professionisti sono riusciti a passare al lavoro a distanza, mentre i lavoratori a basso reddito hanno subito disoccupazione e una maggiore esposizione al virus. I paesi a basso reddito hanno subito recessioni economiche più gravi a causa di infrastrutture sanitarie limitate, mancanza di reti di sicurezza sociale e accesso più lento ai vaccini.

Per quanto riguarda i servizi sanitari, le popolazioni vulnerabili sono state colpite pesantemente dal virus a causa di condizioni di salute preesistenti, minor accesso a cure sanitarie e condizioni di vita più affollate. Inoltre, le prime fasi della distribuzione dei vaccini sono state spesso inique, con le nazioni più ricche che hanno avuto accesso ai vaccini prima delle nazioni più povere. All'interno dei paesi, le comunità più ricche spesso avevano un accesso migliore ai punti vaccinali.

Digital divide: la chiusura delle scuole ha spostato l'istruzione online, con minori possibilità di adattamento per gli studenti di famiglie a basso reddito che non disponevano di un accesso Internet affidabile, dispositivi o un ambiente di apprendimento adeguato. Ciò ha ampliato il divario di rendimento scolastico.

Per contro, la pandemia ha stimolato anche azioni che potrebbero essere considerate una mitigazione delle disuguaglianze, anche se questi effetti sono stati generalmente limitati e spesso temporanei: molti paesi hanno sviluppato misure economiche di emergenza con temporaneo sollievo della pressione economica per i soggetti vulnerabili; la pandemia ha accelerato l'innovazione sanitaria; infine, la crisi ha portato all'attenzione le disuguaglianze e ha stimolato conversazioni sulla necessità di cambiamenti sistemici, che potrebbero potenzialmente portare a miglioramenti a lungo termine nella lotta alle disparità.

Think globally, act locally. È fondamentale poter osservare la declinazione locale delle tendenze registrate a livello globale, per programmare interventi efficaci e raggiungere fasce di popolazione in contesti di marginalità socio – sanitaria, coordinando le forze delle aziende sanitarie e delle associazioni di volontariato, conquistando la fiducia dei soggetti “difficili da monitorare”, come riporta la denominazione del progetto SECONDI.

SECONDI lascia una ricca eredità di conoscenza per i servizi e le associazioni operanti sul territorio. Un lascito formato da dati e informazioni raccolte dalla vita

reale; oltre a ciò, il patrimonio delinea una metodologia che può essere raccolta e utilizzata anche in futuro, unendo le indagini epidemiologiche classiche con la ricerca qualitativa, perché non si può comprendere la realtà osservandola da lontano: bisogna immergersi nelle storie, nelle esperienze e nelle emozioni degli altri.

Fabrizio Gemmi
Coordinatore Osservatorio qualità ed equità
Agenzia regionale di sanità della Toscana

IL DOCUMENTO IN SINTESI

SECONDI – Sorveglianza epidemiologica della COVID-19 nelle popolazioni difficili da monitorare – è un progetto nato nell'estate 2020 con l'obiettivo di affrontare la complessità della pandemia nelle popolazioni marginali, difficili da testare e curare in maniera ordinaria. Vincitore di un bando di ricerca di Regione Toscana, promosso in regime di urgenza per affrontare la COVID-19, il progetto ha visto come capofila la UFC Epidemiologia dell'Azienda USL Toscana Centro ed è stato svolto in collaborazione con l'Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS) e il Centro MASVE dell'Università di Firenze (AOU di Careggi), con la partecipazione delle Associazioni di volontariato con esperienza di assistenza sanitaria sulla marginalità presenti nell'area metropolitana fiorentina. Per la durata operativa del progetto, febbraio 2021 - febbraio 2024, i soggetti in condizioni di marginalità, individuati e contattati attraverso il network delle Associazioni di volontariato, previa stipula del consenso informato, hanno ricevuto uno screening del virus SARS-CoV-2 con tampone nasale rapido e dei virus dell'epatite C e B con test sierologico pungidito. I soggetti positivi a SARS-CoV-2 sono stati posti in isolamento fiduciario, mentre i positivi all'epatite C o B, sono stati avviati all'ambulatorio MASVE per la gestione dei protocolli clinico-terapeutici conseguenti. Oltre all'indagine quantitativa, l'Osservatorio per la qualità e l'equità di ARS ha condotto una valutazione d'impatto della pandemia su un campione di questa popolazione con i metodi della ricerca qualitativa. Durante il progetto, le mutate condizioni epidemiologiche hanno imposto aggiustamenti in corso, tra cui l'opportunità di proporre la vaccinazione per COVID-19 nei presidi aziendali, anche attraverso un accordo di integrazione con un altro Progetto di Regione Toscana (Progetto "ICARE") gestito dal Centro di Salute Globale dell'AOU Meyer. Inoltre, a seguito dell'abolizione dell'obbligo del *green pass* da gennaio 2023 e delle relative motivazioni a sottoporsi al tampone di screening, è stato deciso di concentrare gli sforzi nell'acquisire l'adesione ai test pungidito per epatite B e C, piuttosto che a quello per COVID-19, che avrebbe aumentato la quota dei rifiuti. Durante il progetto, le Associazioni di volontariato hanno collezionato in totale 305 uscite su strada o iniziative in sede, per un totale di 4.674 ore di attività e 1.084 operatori impegnati. Sono stati presi contatti con 6.774 persone, di cui 2.460 soggetti testati almeno una volta. Al colloquio motivazionale non è seguito il test in oltre 4.300 volte, nella maggioranza dei casi per difficoltà logistiche ambientali o per problemi personali dei soggetti (difficoltà di comprensione, diffidenza, timore per le conseguenze, ecc.). Anche se non testati, molti soggetti sono stati comunque oggetto di counselling e valutazione sanitaria, con scambio di dati e informazioni a partire

dai problemi indotti dalla pandemia. Complessivamente sono stati somministrati 5.305 test, di cui 1.538 tamponi nasali per COVID-19, 1.942 per HCV e 1.825 per HBV. Dei 2.460 soggetti testati, due terzi sono uomini (età media 37,4, donne età media 42,8). Oltre la metà (56,8%) dei soggetti proviene dall’Africa, mentre circa un quarto (25,6%) dall’Asia, con gli italiani che si attestano al 19,2 %. La maggior parte dei soggetti testati (42,8%) ha dichiarato di essere in grave difficoltà socio-economica; oltre un terzo (36,4%) è uno straniero irregolare. Tra gli altri soggetti sono presenti i senza fissa dimora, *sex workers*, tossicodipendenti e rom. I positivi al SARS-CoV-2 rilevati durante la sorveglianza sono stati 11 (0,7% dei testati), tutti poi posti in isolamento in Alberghi sanitari o in Albergo popolare o in isolamento fiduciario in casa. Il test pungidito HBV ha avuto esito positivo in 58 casi (3,2%) e quello per HCV in 48 (2,5%). Di questi, circa il 50% è stato preso in carico dal centro MASVE dell’AOU Careggi.

L’indagine qualitativa di ARS ha evidenziato come la pandemia abbia aggravato la situazione delle persone marginalizzate con una rete socio-economica precaria, in primis tra gli immigrati irregolari e i lavoratori con basse qualifiche, senza però avere un impatto significativo su chi viveva già in condizioni di estrema marginalità. La pandemia ha messo in luce nuove forme di povertà, evidenziando la necessità di risposte strutturate per favorire l’autonomia e la dignità delle persone. Guardando anche ad altre esperienze sul tema della marginalità in Toscana, come il progetto MARINS, (*Marginality Infectious Screening*) mirato allo screening infettivologico delle popolazioni marginali presenti nell’area di Pistoia e Valdinievole, e l’analisi del profilo di salute della popolazione straniera residente condotta da ARS, che mostra un progressivo allineamento dello stato di salute di questa popolazione con quella autoctona, il quadro complessivo evidenzia quanto di positivo sia stato fatto ma come, al contempo, permangano criticità da risolvere ed opportunità da cogliere.

Le risorse impiegate dalle Associazioni di volontariato e dalle istituzioni sanitarie riescono a coprire gran parte, ma non tutti, i bisogni di salute della marginalità, evidenziando l’importanza di un governo condiviso per ottimizzare gli interventi, con migliore efficienza nell’assistenza su strada e nella presa in carico dei servizi sanitari.

Su questi aspetti, le Associazioni di volontariato e i servizi sanitari dell’AUSL hanno avviato un percorso di allineamento ed integrazione per arrivare, entro il 2024, a chiari percorsi clinici per cittadini in stato di difficoltà ed emarginazione. È una quota della popolazione numericamente modesta, ma complessa da gestire con gli attuali protocolli operativi. L’obiettivo che ne consegue è migliorare la tutela dei diritti e garantire una maggiore equità nei trattamenti.



CAPITOLO 1

IL PROGETTO

1 IL PROGETTO

1.1 LA STORIA DEL PROGETTO **SECONDI**: DALL'IDEA AI RISULTATI

La storia di SECONDI iniziava a maggio 2020, quando, a poche settimane dall'uscita dal lockdown per la pandemia da COVID-19, la Regione Toscana indice un bando pubblico di ricerca mettendo a disposizione finanziamenti urgenti per affrontare la crisi da SARS-CoV-2 (*DD 7731 del 26.5.2020*). In quei giorni la UFC Epidemiologia dell'Azienda USL Toscana Centro (AUSL TC), così come tutti i servizi del SSR, era ancora nel pieno della tempesta pandemica, momentaneamente attenuata grazie alle restrizioni nazionali ed internazionali al movimento della popolazione. A giugno 2020 i casi di malattia e decessi da COVID-19 erano in diminuzione e c'era un diffuso ottimismo – ingiustificato, col senno di poi - sull'andamento della pandemia che sembrava sotto controllo. I vaccini specifici erano ancora lontani dall'essere disponibili – arriveranno solo a dicembre 2020 – ed era alle porte un'estate segnata dalla voglia di riaperture e dal ritorno alla normalità. È in quei primi giorni di giugno 2020 che nasce l'idea di un progetto che affrontasse la complessità della pandemia anche nelle popolazioni marginali che, nella concitazione generale di riuscire a presidiare la salute dei residenti, sfuggivano ai controlli e alle cure ordinarie. Si tratta di soggetti che per caratteristiche sociali ed esistenziali tendono a trascurare le attenzioni per la protezione della loro salute e di quella di chi vive loro vicino. La pandemia stava accentuando queste criticità.

In quei giorni dell'estate 2020, la possibilità di gestire nuovi focolai da COVID-19 senza dover tornare a lockdown generalizzati o locali, in assenza di vaccini, era ancora fondata sulla individuazione tempestiva dei casi e la rapida tracciabilità dei contatti per isolarli in caso di positività. È evidente che le persone senza fissa dimora e comunque tutti quelli impegnati nella ricerca quotidiana di un posto dove mangiare, dormire e lavarsi costituiscono un anello debole della sorveglianza epidemiologica di malattie trasmissibili. Sfuggono ai sistemi tradizionali di rapporto col sistema sanitario, creando allarme – non sempre giustificato - nella popolazione generale, preoccupata dalla capacità delle istituzioni sanitarie di tenere sotto controllo malattie infettive ed epidemie. La dimensione epidemiologica di questo tipo di popolazione in stato di marginalità, a rischio elevato per la pandemia, non era nota al 2020, anche se alcune informazioni parziali erano disponibili. Al momento della stesura del progetto gli stranieri regolarmente soggiornanti nell'area metropolitana fiorentina, estesa ai Comuni di Prato e Pistoia si aggiravano sui 180.000, di cui il 4,3% ad aprile 2020 era

affetto dal virus SARS-CoV-2, con 6 decessi e una letalità dell'1,7% (*La popolazione straniera positiva per COVID-19 in Toscana: uno studio di Ars*, <https://www.toscana-notizie.it/-/essere-stranieri-al-tempo-del-covid-19>). Ma gli stranieri regolari non rappresentano certo la popolazione con grave marginalità, essendo perlopiù integrati nel tessuto sociale di accoglienza. Più difficile la condizione degli stranieri irregolari, cioè senza permesso di soggiorno valido. Secondo il Rapporto dell'Osservatorio regionale sull'immigrazione, gli stranieri entrati clandestinamente o senza un titolo valido per il soggiorno in Toscana sarebbero stati circa 34mila, con un peso del 7,5% sulla popolazione straniera presente e dello 0,9% sulla complessiva. Da proiezioni e stime sulla Città metropolitana di Firenze e sui Comuni di Prato e Pistoia, le persone "irregolari" sarebbero state oltre 7mila. Quasi niente si sapeva sull'incidenza di SARS-CoV-2 nei soggetti con residenza irregolare o in condizioni di marginalità sociale (senza tetto, rom, tossicodipendenti senza reti familiari, barboni domestici, sex workers di strada, ecc..). Era già evidente la difficoltà per i servizi di Igiene delle AUSL di tracciare i contatti dei casi positivi a COVID-19 quando questi erano senza fissa dimora o in condizioni di precarietà per residenza. Nell'area metropolitana fiorentina da molti anni alcune Associazioni di volontariato, insieme agli operatori dei servizi sociali dei Comuni e delle Società della salute, erano impegnate in una capillare attività di contatto con questo tipo di cittadini per assicurare loro livelli minimi di assistenza ed aiuto sanitario. Come, per esempio, nel caso del coordinamento metropolitano sull'emergenza freddo, che nel periodo invernale porta assistenza e cure ai senza fissa dimora. Con queste premesse nasce l'idea della fattibilità di un coordinamento di un gruppo di lavoro di istituzioni sanitarie e di Associazioni di volontariato di strada per gestire questo anello debole della pandemia di COVID-19.

A luglio 2020, dopo aver acquisito l'adesione dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS) e del Centro MASVE dell'Università di Firenze presso l'AOU di Careggi, insieme alla disponibilità delle Associazioni di volontariato con esperienza storica di interventi sanitari di strada nell'area metropolitana toscana, decidiamo di sottoporre al bando regionale un progetto che affrontasse questa criticità, con l'acronimo SECONDI - Sorveglianza epidemiologica della COVID nelle popolazioni difficili da monitorare. Si ipotizza un piano di lavoro biennale chiedendo quasi il massimo del finanziamento ammissibile (circa 380.000 €, a cui si aggiungono 120.000 di cofinanziamento dell'Azienda USL Toscana Centro).

Alla Commissione di esperti nazionali della Regione Toscana preposta alla valutazione arrivano 128 proposte di progetti di ricerca sul COVID-19. A novembre 2020 esce la graduatoria dei 111 progetti ammessi al finanziamento e SECONDI arriva primo, con un punteggio di 97 su 100 (il secondo totalizza 92 punti e solo 7 superano il punteggio di 90). In particolare, rispetto ai singoli parametri dell'algoritmo utilizzato dalla Commissione nella valutazione dei progetti, SECONDI totalizza:

- 24 punti su 25 sull'aspetto dell'"affidabilità" del progetto (secondo posto);
- 10 su 10 su "capacità di fare rete" (primo posto a pari merito con altri 10 progetti);
- 29 su 30 su "qualità tecnico-scientifica" (primo a pari merito con un altro progetto);
- 19 su 20 per "rilevanza" (secondo a pari merito con altri 2 progetti e preceduto da 3 progetti);
- 14 su 15 per "validità economica" (secondo a pari merito con altri 10 e preceduto da 3 progetti).

Obiettivo del progetto SECONDI era creare una sorveglianza del virus SARS-CoV-2 nei soggetti vulnerabili e marginali, soprattutto quelli con residenzialità incerta o sconosciuta, attraverso la regia condivisa dell'intervento di un network di Associazioni di volontariato con esperienza sanitaria consolidata con questo tipo di popolazione presente nell'area metropolitana fiorentina, allargata ai Comuni di Pistoia e Firenze: Anelli Mancanti, Croce Rossa italiana, Medici per i Diritti umani - MEDU, CAT - Cooperativa sociale, Associazione Niccolò Stenone, Corpo italiano di soccorso Ordine di Malta - CISOM, Fondazione Bartolomei Corsi e Fondazione Caritas di Firenze. La popolazione target era rappresentata perlopiù da stranieri irregolari senza permesso di soggiorno o fuori dal circuito di accoglienza, soggetti senza fissa dimora e senza tetto, tossicodipendenti o soggetti con problemi di salute mentale e marginali senza residenze stabili, *sex workers* di strada, irregolari occupanti edifici, rom.

Il progetto prevedeva di effettuare uno screening del virus SARS-CoV-2 con tampone nasale rapido, poi allargato anche a quello dell'epatite C e B con test sierologico pungidito, su circa 1.500 soggetti in due anni, individuati e contattati attraverso il network delle Associazioni di volontariato. Il protocollo prevedeva che in caso di positività a SARS-CoV-2 i soggetti fossero posti in isolamento fiduciario in locali idonei (Albergo popolare di Firenze per maschi; Alberghi sanitari dell'AUSL TC; abitazioni ed altri locali isolati), mentre in caso di positività all'epatite C o B fossero avviati all'ambulatorio MASVE dell'AOU di Careggi per la gestione dei protocolli clinici e terapeutici conseguenti.

Il progetto prevedeva anche una valutazione dell'impatto della pandemia su questa popolazione con interviste ad un sottogruppo campione, condotte con le modalità della ricerca qualitativa con il supporto metodologico dell'Osservatorio per la qualità e l'equità di ARS.

Pur trattandosi di un bando di ricerca promosso in regime di urgenza per affrontare la pandemia, purtroppo le procedure amministrative regionali e aziendali per la gestione e conduzione del progetto non era state adeguate alle esigenze di rapidità implicite nel Bando stesso e alle condizioni operative imposte da un evento pandemico. Le

regole amministrative sono rimaste quelle della gestione ordinaria dei finanziamenti di progetti regionali, senza possibilità di velocizzare le procedure di assegnazione e recepimento dei fondi, autorizzazioni di spesa, stipula di convenzioni e assunzione di personale. Di qui un lungo periodo di passaggi amministrativi che consentiranno l'inizio delle attività sul campo solo a fine 2021, a condizioni epidemiche in significativo mutamento a seguito dell'introduzione del Green pass, poi rimosso, e dell'inizio della vaccinazione di massa (v. **Figure 1.1.1 e 1.1.2**).

Dopo l'approvazione del Progetto a novembre 2020, tra dicembre 2020 e febbraio 2021 si sono svolte le attività preliminari per poter avviare lo studio, iniziato ufficialmente il 23 febbraio 2021. In particolare:

- costituzione del Gruppo di lavoro (GDL) del progetto SECONDI (prima riunione online il 17.12.2020), coordinato dalla UFC Epidemiologia dell'AUSL TC, con il supporto organizzativo di Anelli Mancanti e la partecipazione delle Associazioni che dovranno svolgere il lavoro sul campo, tra cui:
 - Anelli Mancanti
 - Associazione Niccolò Stenone
 - CAT - Cooperativa sociale
 - Corpo italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (CISOM)
 - Croce Rossa italiana di Firenze (CRI)
 - Fondazione Bartolomei Corsi
 - Medici per i Diritti umani (MEDU)
 - Fondazione Caritas di Firenze (dal 2022).
- contatti con le istituzioni locali interessate alle iniziative del Progetto: Società della salute delle zone dell'AUSL Toscana Centro, Assessorato Sociale del Comune di Firenze e Prato, Coordinamento "emergenza freddo" del Comune di Firenze;
- mappatura dei luoghi frequentati dalle varie tipologie della popolazione target del Progetto e predisposizione di un'area web condivisa per l'archiviazione e consultazione dei documenti del GDL (materiali, metodi, verbali incontri, ecc.);
- elaborazione dei protocolli di lavoro con istruzioni operative (Appendice - Allegato 1);
- documento di consenso informato alla partecipazione (Appendice - Allegato 2);
- questionario per l'intervista dei casi su carta e informatizzato (Appendice - Allegato 3 e 3bis);
- attestazione di negatività o positività ai test (Appendice - Allegato 4);
- scheda cartacea per la rilevazione settimanale della casistica coinvolta nei test per ciascuna Associazione (Appendice - Allegato 5) per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo quantitativo;
- documentazioni per il Comitato etico e acquisizione del suo parere favorevole;

- stipula del *Consortium Agreement* tra partner (ARS e MASVE di AOU Careggi) e Regione Toscana, che sancisce formalmente l'inizio del progetto il 23 febbraio 2021.

Da febbraio 2021 a novembre 2021, seguendo le procedure ordinarie, sono state svolte tutte le attività amministrative che hanno consentito di poter rendere il progetto operativo sul campo. In particolare, sono arrivate a conclusione le seguenti attività:

- accordi con la Task force per la ricerca clinica dell'AUSL TC per la gestione amministrativa del Progetto;
- recepimento del fondo economico da Regione Toscana con delibera aziendale, trasferimento del fondo alla ragioneria e imputazione del Centro di Costo;
- stipula delle convenzioni tra AUSL TC e Associazioni di volontariato, con il trasferimento di risorse economiche per svolgere le attività sul campo (la Fondazione Bartolomei Corsi ha stipulato la convenzione senza finanziamento perché disponibile a funzioni di semplice supporto logistico);
- procedure per l'acquisizione dei test di screening e loro distribuzione alle Associazioni e agli operatori di strada;
- accordi con i servizi amministrativi e socio-sanitari dell'AUSL TC per gestire i soggetti sottoposti ai test di screening. In particolare, accordi e istruzioni per acquisizione dei codici STP - Straniero temporaneamente presente, per l'accesso all'Albergo sanitario, per le prestazioni per tossicodipendenti e le persone con problemi di salute mentale, per il tracciamento dei casi positivi a COVID-19 e, dal giugno 2021, per le vaccinazioni contro il COVID-19 con l'Igiene pubblica e nutrizione (IPN).

Tra dicembre 2021 e giugno 2023 si sono svolte le attività sul campo con l'effettuazione dei test di screening da parte delle Associazioni convenzionate e di MASVE, mentre, a causa della scadenza delle Convenzioni, da luglio 2023 a dicembre 2023 l'attività sul campo è proseguita solo con gli operatori del MASVE.

Il progetto è *terminato* a febbraio 2024, dopo aver acquisito due proroghe semestrali, di cui una ordinaria (scadenza: da febbraio 2023 ad agosto 2023) ed un'altra straordinaria (da settembre 2023 a febbraio 2024), e due variazioni di bilancio, motivate dai lunghi tempi amministrativi dell'avvio del progetto.

Durante lo svolgimento del progetto, le mutate condizioni epidemiologiche della pandemia hanno imposto aggiustamenti ed adeguamenti nei protocolli di lavoro. In particolare, tra i più rilevanti è stata la disponibilità di proporre la vaccinazione per COVID-19 ai soggetti risultati negativi al tampone rapido (vaccinazioni disponibili dal giugno 2021), attraverso un accordo specifico di integrazione con un altro progetto di Regione Toscana (progetto ICARE), gestito dal Centro di Salute Globale dell'AOU Meyer. Inoltre, a seguito dell'abolizione da gennaio 2023 dell'obbligo del

Green pass e delle relative motivazioni a sottoporsi al tampone di screening, è stato deciso di concentrare gli sforzi nell'acquisire l'adesione dei soggetti prioritariamente ai test pungidito per epatite B e C, piuttosto che a quello per COVID-19 che avrebbe accresciuto la quota di rifiuti.

Le **Figure 1.1.1 e 1.1.2** mostrano l'andamento epidemiologico dei casi, ricoveri e vaccinati per COVID-19 dei residenti in Toscana, che ha avuto impatto anche sulla disponibilità della popolazione target di SECONDI a sottoporsi ai test.

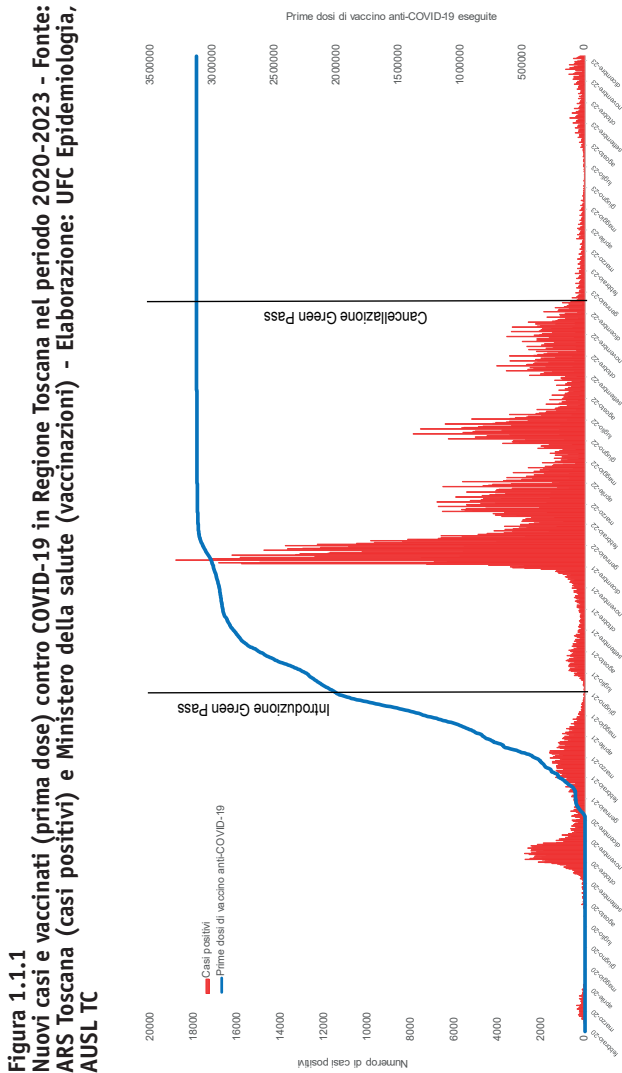


Figura 1.1.2
Andamento dei ricoveri per COVID-19 in Regione Toscana nel periodo 2020-2023 - Fonte: ARS Toscana -
Elaborazione: UFC Epidemiologia, AUSL TC



Nelle Tabelle 1.1.1 e 1.1.2 sono riportati in estrema sintesi gli elenchi di volumi e prodotti delle attività di supporto amministrativo e tecnico-scientifico che si sono concretizzati nell'arco della durata del Progetto da febbraio 2021 a febbraio 2024, con le relative stime dei tempi impiegati, basate sui diari settimanali di registrazione delle attività.

Tabella 1.1.1

Elenco e stima dei tempi operativi delle attività amministrative principali svolte per SECONDI nel periodo febbraio 2021-febbraio 2024 e stima dei tempi - Fonte: diario settimanale del coordinamento SECONDI presso UFC Epidemiologia, AUSL TC

| Attività Amministrative | Inizio | Fine | Mesi |
|---|------------|------------|------|
| Elaborazione del Progetto e sottomissione al bando regionale | 1.6.2020 | 15.7. 2020 | 1,5 |
| Documentazione per Comitato etico | 30.11.2020 | 31.1.2021 | 2,0 |
| Modello di consenso informato | 30.11.2020 | 7.4.2021 | 5,0 |
| <i>Consortium Agreement</i> e convenzione con Regione Toscana | 11.12.2020 | 23.2.2021 | 2,5 |
| Protocolli e istruzioni operative per attività sul campo | 16.12.2020 | 7.4.2021 | 4,0 |
| Scheda settimanale per la raccolta dei casi | 16.12.2020 | 11.1.2022 | 13,0 |
| Acquisizione fondo da Regione Toscana | 4.3.2021 | 27.7.2021 | 4,5 |
| Acquisto test pungidito – primo lotto | 21.3.2021 | 21.7.2021 | 4,0 |
| Acquisto test pungidito – secondo lotto | 12.5.2022 | 20.10.2022 | 5,0 |
| Convenzioni – stesura | 22.3.2021 | 19.7.2021 | 4,0 |
| Convenzioni con Associazioni – prima versione | 30.7.2021 | 12.10.2021 | 2,5 |
| Convenzioni con addendum per 4 Associazioni | 31.5.2022 | 20.6.2022 | 1,0 |
| Convenzione con addendum per Croce Rossa italiana | 15.3.2023 | 16.4.2023 | 1,0 |
| Convenzione aggiuntiva con Caritas italiana | 4.2.2022 | 15.6.2022 | 4,0 |
| Acquisizione personale in libera professione (senza esito positivo) | 26.8.2021 | 30.12.2021 | 4,0 |
| Acquisizione personale con borsa studio (esito positivo) | 26.8.2021 | 10.5.2022 | 8,5 |
| Documento di monitoraggio n. 1 per Regione Toscana | 25.1.2022 | 14.2.2022 | 0,5 |
| Proroga 6 mesi SAL | 22.2.2022 | 2.3.2022 | 0,5 |
| Proroga ordinaria n.1 di 6 mesi (DDRT 6809 del 8.4.2022) | 2.3.2022 | 28.4.2022 | 2,0 |
| Variazione bilancio n. 1 (DDRT 8493 del 6.5.2022) | 2.3.2022 | 6.5.2022 | 2,0 |
| Proroga straordinaria n. 2 di 6 mesi (DDRT 11045 del 26/5/2023) | 8.5.2023 | 26.5.2023 | 0,5 |
| Variazione bilancio n. 2 (DDRT 16972 del 4/8/2023) | 5.6.2023 | 4.8.2023 | 2,0 |
| Rapporto intermedio di attività | 26.7.2022 | 29.9.2022 | 2,0 |
| Rapporto finale di attività | 23.2.2024 | 15.3.2024 | 2,0 |

Tabella 1.1.2

Elenco e stima dei tempi operativi delle attività tecnico-scientifiche svolte per SECONDI nel periodo febbraio 2021-febbraio 2024 - Fonte: diario settimanale del coordinamento SECONDI presso UFC Epidemiologia, AUSL TC

| Strumenti di lavoro | Attività dal | al | Mesi |
|--|--------------|-----------|------|
| Costituzione GDL e cartella Google Drive | 18.1.2021 | 19.2.2021 | 1 |
| Indirizzario, rubrica e diario di bordo | 25.1.2021 | 10.2.2021 | 0,5 |
| Questionario per interviste ai casi | 23.2.2022 | 11.3.2022 | 0,8 |
| Mappa geografica dei luoghi della popolazione target | 21.1.2021 | 7.4.2021 | 3,5 |

| Attività di lavoro | Numero |
|--|--------|
| Incontri collettivi GDL per gestione progetto e monitoraggio criticità | 22 |
| Monitoraggio della casistica settimanale raccolta e restituzione a tutti | 62 |
| Sopralluoghi nelle sedi delle Associazioni e verifiche sul campo | 27 |

| Accordi istituzionali | Incontri/scambi documenti e accordi operativi N |
|---|--|
| Società della salute (SDS) Firenze, Comune Firenze, Tavolo marginalità di Firenze | 7 |
| SDS Prato, Tavolo marginalità di Prato | 3 |
| SDS Pistoia | 1 |
| SDS Empoli | 1 |
| AUSL TC – Alberghi sanitari per isolamento positivi a COVID | 1 |
| AUSL TC – Responsabile Direttori sanitari delle zone | 2 |
| AUSL TC – servizio Salute mentale infanzia e adulti | 2 |
| AUSL TC – SERD (Servizi per le dipendenze patologiche) | 3 |
| AUSL TC – Igiene pubblica e nutrizione di Prato e di Firenze | 3 |
| AUSL TC – USCA (Unità speciali di continuità assistenziale) | 1 |
| AUSL TC – Uffici STP di Empoli, Prato, Firenze e Pistoia | 1 |
| AUSL TC – servizi per tamponi e vaccinazioni COVID-19 | 2 |
| AUSL TC – servizio per vaccinazione operatori AUSL | 3 |
| AUSL TC – UO Malattie infettive di Pistoia e di Prato | 2 |
| Assessore Sanità e Sociale di Regione Toscana | 2 |
| Prefetto di Firenze | 1 |
| Igiene Università di Firenze (per specializzandi) | 1 |
| Centro Salute Globale di Regione Toscana (AOU Meyer) | 2 |
| GRIS- Gruppo Immigrazione e Salute Toscana | 2 |
| ANCI Sanità | 1 |

| Comunicazione esterna e interna sul progetto, inviata a: | Cosa |
|--|--|
| DG Salute Regione Toscana | Rapporto su attività svolta (16.6.2021) |
| DG Salute Regione Toscana | Aggiornamento attività svolta (4.8.2021) |
| Servizi vaccinazioni COVID-19 di AUSL TC | Informativa su SECONDI e ICARE (30.11.2021) |
| DG, DS e DA AUSL TC | Informativa su SECONDI e ICARE (2.12.2021) |
| Ufficio stampa AUSL TC | Comunicato stampa inizio SECONDI (6.12.2021) |
| "La Nazione" di Pistoia | Intervista telefonica su SECONDI (7.12.2022) |
| Webinar ARS su immigrazione e salute | Presentazione progetto SECONDI (11.1.2022) |
| Ufficio stampa AUSL TC | Test epatite C e B a Ospedale Empoli (13.6.2022) |
| Ordine dei medici Firenze | Articolo per Rivista dell'OM (28.9.2022) |
| Presentazione pubblica risultati SECONDI | Convegno conclusivo del progetto p/o Biblioteca Oblate Firenze (21.2.2024) |
| Ufficio stampa AUSL TC | Comunicato stampa per media (21.3.20224) |
| Sito web Agenzia regionale sanità – ARS | News su risultati progetto SECONDI (21.3.2024) |
| TV - RAI3 news | Intervista su risultati del Progetto (23.2.2024) |

Nel periodo di svolgimento operativo del Progetto, tra febbraio 2021 e febbraio 2024, con il lavoro degli operatori delle Associazioni convenzionate e di MASVE, sono stati presi contatti con 6.774 soggetti, di cui 2.460 hanno accettato di essere testati almeno una volta (2.349 testati una sola volta, 106 testati due volte e 6 tre volte), per un totale di 2.579 soggetti testati una o più volte in occasioni diverse. Sono definiti soggetti “contattati” quelli con cui le Associazioni si sono interfacciati attraverso almeno un colloquio più o meno strutturato, illustrando a grandi linee la proposta e le motivazioni ad effettuare il test, con opportunità e vantaggi.

Al colloquio non è seguito il test in oltre 4.300 volte, nella maggioranza dei casi per difficoltà ambientali o per problemi personali dei soggetti (mancanza di spazi o tempo, difficoltà linguistiche, diffidenza, timori di conseguenze, ecc...). L’elevato numero dei contatti non seguiti dai test è in linea con quanto atteso in base alla strategia operativa concordata con le Associazioni di strada, volta a favorire un approccio soft di accoglienza, piuttosto di uno puramente deterministico sanitario. Anche se non testati, molti soggetti sono stati comunque oggetto di counselling e monitoraggio, con scambio di dati e informazioni a partire dai problemi indotti dalla pandemia. Solo una quota minoritaria di chi non ha eseguito i test si è esplicitamente rifiutata di partecipare, sottraendosi alla opportunità dei test, con o senza aver fornito i motivi.

La **Tabella 1.1.3** riporta il dettaglio dei soggetti contattati, dei soggetti sottoposti ai test almeno una volta (chi ha effettuato più volte il test è contato una sola volta) e dal numero di soggetti che si sono sottoposti ai test anche in più occasioni (le persone che si sono sottoposte ai test più volte sono computate come soggetti diversi).

Tabella 1.1.3
Soggetti contattati e testati almeno una volta per almeno uno dei tre test nel periodo febbraio 2021-febbraio 2024

| Associazione | N Soggetti Contattati | N Soggetti testati almeno una volta (esclusi i test ripetuti nella stessa persona) | N Soggetti testati anche più volte (inclusi i test ripetuti della stessa persona) |
|-----------------|-----------------------|--|---|
| ANELLI MANCANTI | 750 | 146 | 154 |
| STENONE | 722 | 333 | 350 |
| MEDU e CAT | 806 | 169 | 176 |
| MASVE | 1.195 | 1.185 | 1.230 |
| CRI | 3.301 | 627 | 669 |
| Totale | 6.774 | 2.460 | 2.579 |

Nella **Tabella 1.1.4** sono riportati i numeri dei test somministrati nel periodo 2021-2023. Complessivamente sono stati effettuati 5.305 test, di cui 1.538 tamponi nasali per COVID-19. I test per HBV e HCV sono stati eseguiti con almeno 2

gocce di sangue con una sola puntura sul dito. Per motivi organizzativi o quando dalla prima puntura non scaturiva sangue a sufficienza per 2 due test ed i soggetti rifiutavano un ulteriore pungidito, si è data la preferenza al test per l’HCV rispetto a quello per l’HBV. Pertanto il numero dei test eseguito su HCV (1.942) è maggiore di quello per HBV (1.825). Inoltre, la drastica contrazione dei test per COVID-19 nel 2023 trova giustificazione, come già ricordato, con l’abolizione del Green pass e dei relativi benefici per accedere a lavoro ed effettuare spostamenti. In quel momento, in assenza di Green pass, un soggetto asintomatico non aveva più alcuna motivazione personale a sottoporsi a test di screening, come dimostra la forte riduzione dei test occorsa anche nella popolazione regolare toscana.

Tabella 1.1.4
Distribuzione dei test eseguiti per anno

| TEST | 2021 | 2022 | 2023 | Totale |
|---------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| COVID-19 | 14 | 1.156 | 368 | 1.538 |
| HBV | 9 | 883 | 933 | 1.825 |
| HCV | 9 | 889 | 1.044 | 1.942 |
| Totale | 32 | 2.928 | 2.345 | 5.305 |

Nella **Tabella 1.1.5** sono riportati i luoghi dove sono avvenuti i contatti, la somministrazione dei test e le interviste. Nella maggioranza dei casi si tratta di sedi di varie associazioni o parrocchie (40,2 %), seguite dai Centri di Accoglienza Straordinaria (26,0 %) e dalle sedi delle stesse Associazioni che hanno eseguito i test (16,8 %). Rilevanti anche i luoghi delle mense sociali (9,4 %) e i soggetti contattati e coinvolti su strada (7,6 %).

Tabella 1.1.5
Distribuzione dei soggetti testati (inclusi i test ripetuti della stessa persona) per luogo del contatto e dell’esecuzione del test e dell’intervista

| LUOGO | N Soggetti testati anche più volte (inclusi i test ripetuti della stessa persona) | % |
|---|---|--------------|
| Sedi di varie associazioni, parrocchie, ecc.. | 1.038 | 40,2 |
| Centri di Accoglienza straordinaria - CAS | 671 | 26,0 |
| Sedi Stenone, Anelli Mancanti, CRI | 432 | 16,8 |
| Mense | 243 | 9,4 |
| Strada | 195 | 7,6 |
| TOTALE | 2.579 | 100,0 |

La **Tabella 1.1.6** riporta il dettaglio delle numerosità della casistica per singolo CAS, mensa, sedi di associazioni e luoghi all'aperto e strade.

Tabella 1.1.6
Dettaglio della Tabella 1.1.5 con i luoghi dei contatti e dell'effettuazione dei test e delle interviste

| CAS | Provincia | Zona AUSL | N Soggetti testati anche più volte (inclusi i test ripetuti della stessa persona) |
|----------------------------|-----------|----------------------------|--|
| CAS Buggiano | | Valdinievole | 19 |
| CAS Montecatini | | Valdinievole | 98 |
| CAS Zenith (Montecatini) | PT | Valdinievole | 79 |
| Totale Valdinievole | | | 196 (29,2%) |
| CAS Calenzano | | Fiorentina Nord-ovest | 43 |
| CAS Prato (Vaglia) | | Fiorentina Nord-ovest | 52 |
| CAS Sesto | FI | Fiorentina Nord-ovest | 63 |
| CAS Lastra a Signa | | Fiorentina Nord-ovest | 16 |
| Totale FI NO | | | 174 25,9 % |
| CAS Fiesole | | Fiorentina Sud-est | 42 |
| CAS Quintole (Fiesole) | FI | Fiorentina Sud-est | 15 |
| Totale FI SE | | | 57 8,5 % |
| CAS Fucecchio | | Empolese Valdarno Valdelsa | 42 |
| CAS Certaldo | | Empolese Valdarno Valdelsa | 75 |
| CAS Sovigliana | FI | Empolese Valdarno Valdelsa | 92 |
| CAS Vinci | | Empolese Valdarno Valdelsa | 35 |
| Totale EM VV | | | 244 36,4% |
| TOTALE | | TOTALE 4 ZONE | 671 100% |

Tabella 1.1.7
I locali di associazioni e mense

| LOCALI DI ASSOCIAZIONI E MENSE | ne | N Soggetti testati anche più volte (inclusi i test ripetuti della stessa persona) |
|--|---------------------|---|
| Casa Corelli (Caritas) | Firenze | 8 |
| Emporio solidarietà (Caritas) | Prato | 22 |
| Caritas di Prato | Prato | 24 |
| Casa accoglienza Rovezzano (Caritas) | Firenze | 2 |
| Mensa di via Baracca (Caritas) | Firenze | 131 |
| Mensa Don Siro Butelli (Caritas) | Pistoia | 50 |
| Mensa Varlungo (Caritas) | Firenze | 19 |
| Casa San Paolino (Caritas) | Firenze | 22 |
| Il Samaritano (Caritas) | Firenze | 7 |
| Parrocchia Santa Maria al Pignone | Firenze | 27 |
| Emergenza freddo (Misericordia) | Casenuove - Empoli | 10 |
| Misericordia Empoli | Empoli | 22 |
| Poliambulatorio Croce Rossa | Firenze | 88 |
| Scuola San Vincenzo | Prato | 43 |
| ACISJF - Ass. cattolica internaz. servizio giovane | Firenze | 51 |
| Mensa Associazione La Pira | Prato | 43 |
| Albergo popolare del Comune di Firenze | Firenze | 26 |
| Istituto Innocenti | Firenze | 23 |
| Centro diurno La fenice del Comune di Firenze | Firenze | 2 |
| Centro Attavante del Comune di Firenze | Firenze | 29 |
| Mercafir | Firenze | 531 |
| Casa famiglia Scarabeo (Consorzio Zenith) | Firenze | 6 |
| Casa Luna (Cooperativa Il Girasole) | Campi Bisenzio (FI) | 6 |
| Villa Carmen (Associazione Il Girasole) | Firenze | 9 |
| Centro Slataper (Cooperativa CAT) | Firenze | 9 |
| Centro Java (Cooperativa CAT) | Firenze | 14 |
| Associazione Porte aperte | Firenze | 25 |
| Cooperativa Gruppo incontri | Pistoia | 4 |
| Associazione Il muretto | Piagge- Firenze | 26 |
| Associazione progetto Arcobaleno | Firenze | 2 |
| TOTALE | | 1.281 |

Tabella 1.1.8
Luoghi all'aperto e strade dei contatti

| LUOGHI ALL'APERTO E STRADE DEI CONTATTI | N Soggetti testati anche più volte (inclusi i test ripetuti della stessa persona) |
|--|--|
| Cascine - FI | 64 |
| Firenze - strada non specificata | 33 |
| Piazza Sant'Ambrogio - FI | 13 |
| Sottopassaggio delle Cure - FI | 13 |
| Vicofaro (Comune di Pistoia) | 13 |
| Lungarno Santa Rosa (sede Presidio AUSL) - FI | 11 |
| Piazza Santa Maria Nuova (sede Ospedale) - FI | 8 |
| Viale Guidoni - FI | 5 |
| Stazione centrale Santa Maria Novella | 4 |
| Piazza SS Annunziata - FI | 4 |
| Giardini di via Galliano - FI | 4 |
| Via Capo di Mondo - FI | 3 |
| Via Peretti Ricasoli - FI | 2 |
| Piazza Brunelleschi - FI | 2 |
| Viale Corsica - FI | 2 |
| Piazza Indipendenza - FI | 1 |
| Fortezza da Basso - FI | 1 |
| Stazione di Rifredi/zona Careggi - FI | 3 |
| Leopolda | 1 |
| Novoli | 1 |
| Piazza Tasso - FI | 1 |
| Piazza della Repubblica - FI | 1 |
| Piazzale Donatello - FI | 1 |
| Porta al Prato - FI | 1 |
| Via Pistoiese - FI | 1 |
| Viale Don Minzoni - FI | 1 |
| Viale Lavagnini - FI | 1 |
| TOTALE | 195 |

La **Tabella 1.1,9** riporta una sintesi dei volumi di attività e risorse impegnate dalle Associazioni che hanno effettuato i test e le interviste.

Tabella 1.1.9
Alcuni indici sui volumi di attività delle Associazioni che hanno effettuato i test e le interviste

| Associazione | N uscite o giorni in sede | Operatori impegnati per le uscite o in sede | Ore attività |
|----------------------|---------------------------|---|--------------|
| ANELLI MANCANTI | 67 | 152 | 412 |
| MASVE – UNIFI | 43 | 177 | 1.150 |
| MEDU – CAT | 74 | 375 | 1.276 |
| STENONE | 72 | 154 | 616 |
| CROCE ROSSA ITALIANA | 49 | 226 | 1.220 |
| TOTALE | 305 | 1.084 | 4.674 |

In conclusione, nel suo complesso lo svolgimento del progetto SECONDI ha centrato l'obiettivo di tenere sotto controllo in periodo pandemico la diffusione del COVID-19 e dell'epatite B e C in almeno 1.500 soggetti con problemi di marginalità sociale ed abitativa ed a maggior rischio di sfuggire ai presidi sanitari ordinari per il controllo della salute della popolazione regolare residente.

Nel Capitolo successivo sono riportati maggiori dettagli sui risultati dei test eseguiti e sulle caratteristiche dei soggetti coinvolti.

Riferimenti bibliografici

- Baggett TP, Racine MW, Lewis E, De Las Nueces D, O'Connell JJ, Bock B, Gaeta JM. (2020) Addressing COVID-19 Among People Experiencing Homelessness: Description, Adaptation, and Early Findings of a Multiagency Response in Boston. *Public Health Rep.* 2020 Jun 9;33354920936227. doi: 10.1177/0033354920936227. [Epub ahead of print]
- Barbieri A. (2020) CoViD-19 in Italy: homeless population needs protection, *Recenti Prog Med.* 2020 May;111(5):1e-2e. doi: 10.1701/3366.33410. Italian.
- Bhopal R. (2020) COVID-19: undocumented migrants are probably at greatest risk. *BMJ.* 2020 Apr 28;369:m1673. doi: 10.1136/bmj.m1673
- Marinari D, Rosignoli S, Sciclone N (a cura di). I numeri sulla presenza straniera in Toscana - Osservatorio regionale sull'immigrazione. Nota 1/2019. IRPET, Regione Toscana, ANCI Toscana (2019): <https://www.irpet.it/osservatorio-regionale-sullimmigrazione-nota-1-2019/>
- Platt L, Elmes J, Stevenson L, Holt V, Rolles S, Stuart R (2020) Sex workers must not be forgotten in the COVID-19 response. *Lancet.* 2020 May 15. pii: S0140-6736(20)31033-3. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31033-3.
- Treweek S., Feroz N.G. Narayan K.M.V. & , Khunti K. (2020) COVID-19 and ethnicity: who will research results apply to? *The Lancet*, 395, 10242:1955-1957. Published Online June 12, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31380-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31380-5)
- World Health Organization Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region, 25 March 2020- <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2020/interim-guidance-for-refugee-and-migrant-health-in-relation-to-covid-19-in-the-who-european-region,-25-march-2020>

1.2 LE ASSOCIAZIONI CHE HANNO COLLABORATO AL PROGETTO

Nel progetto SECONDI sono state incluse le Associazioni di volontariato che nell'area metropolitana toscana, tra Firenze, Prato e Pistoia, avevano un'esperienza consolidata di iniziative di tipo sanitario rivolte a popolazione con grave marginalità sociale. Le Associazioni sono:

- Anelli Mancanti
- Associazione Niccolò Stenone
- CAT - Cooperativa sociale
- Corpo italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (CISOM)
- Croce Rossa italiana di Firenze (CRI)
- Fondazione Bartolomei Corsi
- Medici per i Diritti umani (MEDU)
- Fondazione Caritas di Firenze (dal 2022).

Le Associazioni sono state coinvolte nel lavoro con atti convenzionali e con l'erogazione di risorse previste nel progetto SECONDI. La Fondazione Bartolomei Corsi è stata convenzionata, ma senza assegnazione di risorse perché ha fornito solo supporto logistico. Di seguito sono presentate le schede che illustrano brevemente la natura delle Associazioni che hanno lavorato sul campo.

1.2.1 ANELLI MANCANTI

L'Associazione Anelli Mancanti ONLUS è un'associazione di promozione sociale (APS) iscritta al Registro regionale delle associazioni di promozione sociale. Ha sede a Firenze in via Palazzuolo 8 e opera sul territorio della città dal 1997. Sua finalità è il supporto all'inclusione sociale e culturale di soggetti svantaggiati, la pacifica convivenza di culture, stili di vita, modelli di sviluppo. Ogni attività degli Anelli Mancanti è finalizzata a promuovere il rispetto per l'essere umano, inteso sia come individuo portatore di diritti universali, sia come cittadino da informare, coinvolgere, responsabilizzare. L'Associazione promuove, inoltre, i valori del volontariato e della mobilitazione collettiva di forze, idee ed energie. Per questo motivo il suo obiettivo fondamentale è quello di stimolare la partecipazione attiva degli individui e di fornire strumenti per l'auto-promozione dei diritti di cittadinanza. In questa voce va specificata la natura societaria.

Di seguito una sintesi delle principali attività e dei progetti connessi.

1. Scuola di italiano per adulti

- Corsi di lingua italiana per adulti, finalizzati all'acquisizione della lingua italiana, tale da permettere la piena autonomia dei soggetti partecipanti. Hanno lo scopo di far acquisire la conoscenza della lingua italiana e di permettere di collocarsi

nel mondo del lavoro. Gli obiettivi specifici sono: 1) favorire l'autonomia dei beneficiari, promuovendo la conoscenza di sé, delle proprie risorse e del contesto in cui si agisce, nell'ottica di definire un percorso congruente con le possibilità offerte dal territorio; 2) promuovere l'occupazione di rifugiati e richiedenti protezione internazionale attraverso percorsi individualizzati di accompagnamento al lavoro e all'inserimento lavorativo; 3) favorire l'inclusione sociale attraverso la conoscenza dei servizi del territorio.

- Corsi di lingua italiana finalizzati alla preparazione di esami specifici: carta di soggiorno, patente di guida
- I volontari impegnati nell'insegnamento sono circa 80 per anno e vengono impegnati ogni volta per un trimestre su 5 classi di insegnamento. Le persone che usufruiscono dei corsi sono circa 300 in un anno scolastico.

2. Progetti e iniziative per l'infanzia e per l'adolescenza

- Corsi di lingua italiana per minori stranieri non accompagnati (MSNA). Corsi nati per rispondere a una richiesta del territorio e delle associazioni che si occupano dei minori, hanno visto una crescita importante di beneficiari negli ultimi 4 anni. Sono previste 3 classi di insegnamento per un numero di beneficiari di circa 45 minori per anno scolastico.
- Doposcuola per bambine/bambini delle elementari, svolto presso la "Ludoteca Giamburrasca" di via Palazuolo, con la collaborazione della cooperativa Cepiss. Beneficiari: circa 30 bambine e bambini e rispettive famiglie (sia italiane che migranti).
- Doposcuola per bambine/bambini delle scuole medie, tenuto presso "Il grillo parlante" di via Palazuolo. Beneficiari: circa 15 bambine e bambini e rispettive famiglie. Su richiesta delle famiglie, l'associazione ha attivato uno sportello di orientamento "Scuola" dedicato ai genitori (autoctoni e migranti) per i bisogni legati al rapporto con le scuole. Le famiglie coinvolte sono quelle del doposcuola e quindi sono residenti principalmente nel Q1 di varia nazionalità (per esempio cinese, marocchina, cingalese, albanese)

I volontari impegnati nelle iniziative per l'infanzia e l'adolescenza sono circa 50 per ogni anno scolastico.

3. Sportello accoglienza e orientamento ai servizi territoriali

Il servizio ha lo scopo di favorire l'orientamento del cittadino migrante ai servizi presenti nel territorio fiorentino, nonché di favorire l'incontro tra domanda e offerta nel mondo del lavoro. In particolare lo sportello offre consulenza per la redazione di curriculum vitae, su come sostenere un colloquio di lavoro e su quali sono i servizi offerti dal Centro per l'impiego. Negli ultimi anni allo sportello sono state anche espresse le domande di supporto nella ricerca attiva di alloggio.

I volontari impegnati nelle iniziative sono circa 12 e i beneficiari 35 in un anno solare.

4. Informazione alla salute e alla prevenzione

a) *Sportello di informazione alla salute e di prevenzione*, operante il lunedì e il mercoledì dalle 18:30 alle 20:00, è un servizio multidisciplinare costituito da un gruppo di medici, infermieri volontari - alcuni neolaureati, altri pensionati - affiancati da personale socio-sanitario e mediatori linguistici, nel numero (al 2024) di circa 12, con lo scopo di raccomandare le diverse forme di cura e di indirizzare ai servizi sanitari territoriali o di altre associazioni di volontariato. Tra il 2012 e il 2014 sono stati visitati circa 400 pazienti, con un totale di circa 1.000 visite. Le attività di questo sportello consistono in:

- I. *attività clinica* – visite, invio/accompagnamento agli uffici AUSL, ad altre associazioni o a specialisti delle strutture pubbliche;
- II. *erogazione farmaci* – generalmente farmaci da banco;
- III. *attività di territorio* – uscite di strada per assistenza alle persone senza fissa dimora;
- IV. *raccolta dati*.

Il tipo di approccio relazionale nello Sportello salute si basa sulla comunicazione terapeutica.

Comunicazione

- Uso di empatia e rispetto di tradizioni/cultura della persona.
- Colloquio con uso di italiano, inglese, spagnolo, francese e con comunicazione non verbale.
- Visita medica.
- Discussione della visita e confronto tra operatori.

Problemi di comunicazione

- Il problema principale nella visita sanitaria è la lingua.
- Anche se ci pare di intendere cosa ci vuol far capire chi viene da un'altra cultura, resta sempre una "zona cieca", dalla quale non avvertiamo le domande, e a cui non possiamo dar facilmente risposte.
- Non è facile avere notizie sull'ambiente in cui le persone vivono. Alcuni stanno da soli, altri con familiari o con amici, altri in case-famiglia o in centri di accoglienza. Possono essere contesti adeguati, o problematici per tipo di rapporti, di attività, e di vitto.
- Raccogliere informazioni richiede perciò tempi lunghi. Una prima visita può richiedere anche 30 minuti.
- Tra le abilità comunicative che si apprendono nell'assistenza ai migranti, è centrale l'ascolto.

- Importante è anche la comunicazione non verbale: lo sguardo, che non è ben sopportato in alcune culture (es. subsahariane) e ben accettato in altre (es. asiatiche); il contatto fisico, ben accettato in alcune (es. africane) e meno in altre (es. asiatiche).

b) Attività ostetrica (su appuntamento)

L'attività ostetrica proposta si rivolge in particolare alle donne che si trovano in gravidanza, che hanno appena partorito o che hanno bambini nel primo anno d'età. È disponibile a fornire sostegno in modo continuativo durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio; si svolge presso la sede dell'associazione o, se necessario, anche a domicilio. Le consulenze durante la gravidanza riguardano: la lettura degli esami emato-chimici e delle urine, controllo delle ecografie, consigli pratici su come affrontare e risolvere piccoli fastidi come nausea, mal di schiena, gambe gonfie, ma anche come organizzarsi per l'ingresso e l'uscita dall'ospedale. Nel dopo-parto l'ostetrica sostiene l'allattamento al seno o con il biberon. Si occupa della cura dei punti o della medicazione della ferita da taglio cesareo. Accompagna i genitori nell'interpretare il pianto e facilitare il sonno del bambino e fornisce consulenza sullo svezzamento e su quando smettere di allattare.

L'ostetrica è poi disponibile anche per consulenze sulla contraccezione e sul benessere intimo femminile con indicazioni per la rieducazione perineale in caso di incontinenza, prolasso o dolore pelvico.

c) Attività pediatrica (su appuntamento)

L'attività pediatrica è iniziata nel 2020 grazie alla presenza di un pediatra volontario, con l'obiettivo di riuscire a fornire un servizio che potesse compensare le difficoltà di molte famiglie extracomunitarie di avere un riferimento pediatrico prima ancora di avere una tutela del servizio sanitario nazionale. A tutto aprile 2024 vi sono stati 12 casi affrontati anche in collaborazione col servizio pubblico - servizi pediatrici ospedalieri o amministrativi. Le prestazioni non sono solo di intervento terapeutico, ma anche di formazione, educazione alla salute, all'igiene alimentare, all'igiene dentaria e mentale.

d) Attività odontoiatrica (su appuntamento)

Iniziata nel 2019 con un odontoiatria che ha disposto di visite gratuite settimanali nel suo studio relativamente a semplici interventi per otturazioni, pulizie dentarie, estrazioni dentarie. Sono state trattate circa 90 persone, alcune con più sedute.

e) Attività fisioterapica (su appuntamento)

La disponibilità di una valutazione e trattamento fisioterapico, all'interno delle attività dello Sportello Salute è partita nella primavera del 2023. La fisioterapia è rivolta principalmente ai disturbi di origine muscolo scheletrica con l'obiettivo di fare un inquadramento del disturbo e di pianificare un trattamento basato sui principi

di auto gestione, con responsabilizzazione diretta della persona e cercando di creare una alleanza terapeutica.

Una valutazione fisioterapica iniziale può evitare un approfondimento diagnostico (visite specialistiche, diagnostica per immagini etc.) che può non essere necessario. Nel periodo ottobre 2023- maggio 2024 sono state valutate 9 persone, 7 non italiani e 2 italiani.

f) Educazione alla salute

L'attività di Educazione sanitaria si svolge da tre anni eseguendo lezioni per i partecipanti dei corsi di tutti i livelli, riguardando i sintomi delle malattie e disturbi più comuni, la prevenzione dentaria e l'educazione sanitaria e alimentare, e la legislazione vigente riguardo l'accoglienza medico-sanitaria per gli stranieri in Italia. I partecipanti ai corsi variano da alcune unità fino a una trentina di persone. La lezione avviene in presenza del docente che effettua il corso ed è svolta con l'ausilio di immagini che mostrano gli effetti delle malattie più comuni e di esercizi semplici. Per gli stranieri che non sanno l'italiano le finalità sono lessicali, così che essi possano descrivere i sintomi al personale sanitario, conoscano le strutture assistenziali italiane a cui rivolgersi e le regole di base per una vita e un'alimentazione sana. Per chi è in grado di capire l'italiano la lezione diviene colloquiale e approfondita su tutti gli argomenti previsti.

g) Sportello psicologico (su appuntamento)

Lo Sportello psicologico nasce durante il periodo della COVID-19. I primi incontri sono stati svolti online. È sembrato opportuno iniziare mettendo a disposizione lo sportello per gli allievi della scuola ed i volontari. Attualmente, l'utenza arriva anche da altre associazioni in rete con gli Anelli. Date le forze a disposizione lo sportello può offrire una consulenza ed un sostegno psicologico mirato ad una esigenza specifica per tre/cinque incontri. Al termine di questi, l'utenza viene poi indirizzata ad altri servizi del territorio.

Ad oggi, il servizio è stato offerto a 17 persone con incontri individuali e sono stati effettuati tre incontri collettivi con gli operatori del doposcuola.

h) Collaborazione con le associazioni del volontariato e con i servizi pubblici

Lo Sportello salute collabora con le altre associazioni di volontariato dell'area fiorentina e con i servizi pubblici per la esecuzione di esami e visite specialistiche necessarie per i problemi di salute di coloro che vengono assistiti.

i) Progetti specifici realizzati dallo Sportello salute

- progetto Alternanza scuola-lavoro, in collaborazione con l'Ordine dei medici di Firenze (2018-2020)
- progetto Noi e loro, lontani e vicini – Storie di viaggi di immigrazione in Toscana, in collaborazione con ARS Toscana (2019-2021)

- progetto SECONDI, finanziato dalla Regione Toscana, in collaborazione con la rete delle Associazioni di volontariato fiorentino e con l'Epidemiologia della AUSL Toscana Centro (2021-2024)

5. Sportello di informazione e consulenza legale

Offre informazioni in materia di rilascio, rinnovo e richiesta di permesso di soggiorno, nonché supporto per l'iter della richiesta di cittadinanza italiana secondo la normativa in materia di immigrazione

Offre un supporto in sede stragiudiziale gratuito e un servizio di orientamento agli uffici con competenza in materia di immigrazione (questura, prefettura, ecc...)

A richiesta lo sportello mette a disposizione i propri legali per un supporto in sede giudiziale. Offre anche assistenza a tutti i soggetti vittime di discriminazione diretta o indiretta.

I legali presenti sono 4 mentre i volontari impiegati sono 8. Le persone che si sono presentate a questo sportello, al giugno 2024, sono state 75.

6. Sportello casa

In collaborazione con alcune associazioni fiorentine è presente in sede anche uno sportello che fornisce informazioni in merito ai contratti di acquisto, affitto e comodato d'uso di alloggi e appartamenti.

Fornisce inoltre supporto nella ricerca attiva di una abitazione. Supporta anche nella redazione della domanda per gli alloggi ERP.

I volontari impegnati nelle iniziative sono nel numero di circa 4. Le persone che si sono presentate a questo sportello, al giugno 2024, sono state 25.

7. Area culturale e interculturale per la cittadinanza

- Proiezione di film, video e documentari, presentazioni di libri, mostre, concerti.
- Organizzazione e partecipazione ad iniziative ad alta contaminazione interculturale (eventi sportivi, culturali, gastronomici, ecc.).
- Visite guidate nei musei e formazione di guide interculturali.

Dal 201 ad oggi sono state calcolate più di 60 iniziative.

I volontari impegnati nelle iniziative sono nel numero di circa 50. I beneficiari per queste iniziative è la cittadinanza fiorentina.

Riferimenti

Allaman Allamani, coordinatore dello Sportello sanitario Anelli Mancanti

Salvina Di Gangi, presidente onorario Anelli Mancanti

Barbara Palla, presidente Anelli Mancanti

Sede Firenze: via Palazzuolo 8, Firenze

1.2.2 CAT COOPERATIVA SOCIALE

CAT - Cooperativa sociale (CAT) è un ente del Terzo settore costituitosi nel 1985 come associazione di animazione sociale e di strada. Si organizza come cooperativa per gestire centri estivi per il Comune di Sesto Fiorentino con lo scopo di offrire opportunità lavorative, finalizzate al perseguimento dell'interesse generale della comunità, della promozione umana e dell'integrazione sociale dei cittadini. Già dal 1986 entra nel settore delle dipendenze con l'apertura del Centro diurno Il Cannocchiale. È in questo ambito che comincia a costruire una propria metodologia operativa centrata sull'innovazione, la sperimentazione di nuove pratiche basate sul principio della sospensione del giudizio, sulla centralità dell'ascolto della persona, oltre che sull'alta competenza professionale in ambito sociale. Nel 1992 partono i primi progetti di Lavoro di strada, nei Comuni della Zona Fiorentina Nord-ovest (Sesto, Campi, Fiesole), di Certaldo e Montelupo. Gli anni '90 vedono una crescita della Cooperativa con l'apertura di nuovi settori di intervento soprattutto nel campo dell'immigrazione, con servizi di accoglienza, informazione, orientamento e prevenzione. Nel 1996 viene avviato un progetto di prevenzione e tutela della salute rivolti alle donne straniere che si prostituiscono in strada, e contemporaneamente dà vita ai primi progetti legati al "mondo della notte", con unità mobili di informazione e prevenzione davanti alle discoteche, in occasione di *rave* o festival. A partire dal 2000 CAT apre una serie importante di nuovi settori di intervento, dall'area dell'infanzia e della scuola (asili nido, ludoteche, sostegno scolastico, sostegno alla genitorialità), a quella dell'orientamento al lavoro (gestione di sportelli di orientamento, progetti di ricerca attiva e tutoraggio, corsi di formazione), a quella del carcere (Istituto penale per minorenni di Firenze e Pontremoli, Carcere di Sollicciano, Casa circondariale "Mario Gozzini", Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo, Casa circondariale di Prato "La Dogaia"). In epoca più recente CAT ha avviato un lavoro con i richiedenti asilo, ancora una volta con metodologie basate sulla centralità della persona e sulla "filosofia dell'educare e non punire", prima gestendo un difficile progetto legato all'occupazione abusiva di una struttura della Regione Toscana, poi progettando un Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) per donne vittime di tratta. Nel 2018 CAT e l'Associazione "Insieme" di Borgo San Lorenzo, decidono di unire le forze con una fusione societaria, che non nasce "a freddo" ma è frutto di un percorso di rapporti, di condivisioni e di collaborazioni progettuali di lungo tempo, che ha portato a riconoscersi sia nella missione che nella condivisione di un orizzonte culturale politico. Da sempre entrambe le Associazioni aderiscono al Coordinamento nazionale comunità di accoglienza (CNCA), punto di riferimento culturale ed etico dell'agire e al Coordinamento toscano comunità di accoglienza (CTCA) per la condivisione di strategie con la Regione Toscana. Da molti anni

CAT condivide la gestione di progetti di riduzione del danno e bassa soglia del protocollo regionale e interventi sulla marginalità del Comune di Firenze, oltre a iniziative e progetti di prevenzione giovanile a livello nazionale e sul gioco d'azzardo patologico con la Regione Toscana. L'obiettivo della fusione tra le due Associazioni è stato dunque quello di allargare il campo di intervento sia nel settore sociale che in quello sanitario, mettendo insieme, in economia di scala, competenze diverse per rispondere ai bisogni emergenti ed a quelli storici. In particolare, è facilitata una gestione più efficiente nella struttura gestionale organizzativa, amministrativa e del credito verso banche e fornitori, così come economie in tutti i settori a sostegno dei servizi come la progettazione, il sistema qualità, il sistema prevenzione e sicurezza, il sistema acquisti e la gestione dei tempi operativi dei servizi. La Cooperativa ha sviluppato una significativa esperienza professionale nell'ambito dei servizi sociali alla persona e si caratterizza per l'offerta di interventi innovativi, che vanno dalla ricerca e progettazione alla realizzazione, con una costante attenzione ai mutamenti della società, degli stili di vita e delle politiche sociali. CAT è da sempre impegnata in progetti e in servizi di prevenzione e di contrasto dell'esclusione e della marginalità sociale, in ascolto ai bisogni delle persone e in costante connessione con le istituzioni e con le altre organizzazioni del Terzo settore. La volontà di innovazione e la costante ricerca di reti di collaborazione hanno permesso a CAT di collocarsi nel dibattito scientifico e pubblico a livello regionale e nazionale, soprattutto negli ambiti in cui i modelli operativi e metodologici della Cooperativa sono più conosciuti. In particolare, le principali aree di intervento di CAT sono 6:

- Area prevenzione e riduzione del danno: si occupa di interventi di riduzione del danno per giovani e adulti che fanno uso di sostanze psicotrope e di servizi di prevenzione, informazione sulle droghe, gioco d'azzardo patologico e sulle malattie trasmissibili sessualmente.
- Area immigrazione e accoglienza umanitaria: si occupa di servizi per il sostegno dei cittadini stranieri, fornisce informazioni e orientamento in ambito normativo in materia di immigrazione, regolare soggiorno e asilo, mediazione linguistica-culturale, interpretariato e traduzioni, strutture di accoglienza e percorsi di integrazione socio-culturale.
- Area tratta e prostituzione: si occupa, attraverso unità mobili, drop-in, accoglienze e servizi di mediazione linguistico-culturale, di interventi di informazione, prevenzione, riduzione dei rischi e sostegno per vittime di tratta e sfruttamento, persone che si prostituiscono in strada, persone che praticano l'accattonaggio forzato o che sono sfruttate sul lavoro.
- Area inclusione sociale e minoranze: si occupa di interventi rivolti a fasce deboli come detenuti, persone escluse dal mercato del lavoro o marginalizzate, promuovendo un'ottica di inclusione sociale e di comunicazione interculturale.

- Area dipendenze e salute mentale: si occupa di interventi di presa in carico e riabilitazione di persone dipendenti da sostanze psicotrope legali e illegali, gioco d'azzardo e con problematiche di salute mentale. Area infanzia e adolescenza: si occupa di interventi rivolti a bambini/e e adolescenti finalizzate al loro sviluppo globale e armonico, sostenendone l'autonomia, stimolandone la sfera intellettuale e socio-emotiva, in relazione all'ambiente, alle famiglie, ai pari e agli adulti coinvolti.

Nel 2022 le iniziative di CAT in queste aree di intervento hanno interessato 70 servizi in 25 Comuni, seguendo 56.100 utenti con il lavoro di 185 operatori dipendenti e 172 collaboratori:

Una quota rilevante della base sociale è in possesso di titoli di studio elevati, laurea, diplomi di specializzazione e molto alta è la percentuale femminile. Le professionalità messe in campo da CAT sono molteplici, tra cui psicologi, antropologi, pedagogisti, sociologi, esperti in processi formativi, educatori professionali, operatori di strada e delle marginalità sociali, operatori socio-culturali, educatori domiciliari per l'infanzia, mediatori linguistico culturali, animatori esperti in linguaggi musicali ed arti visive.

Riferimenti

Stefano Bertoletti, responsabile Area prevenzione e riduzione del danno CAT

Sede Firenze: via Scipio Slapater 2, 50134 Firenze, tel: 055 4222390

Sede Mugello: via del Pozzino 12, 50032 Borgo San Lorenzo (FI) – tel: 055 8457608

mail: segreteria@coopcat.it

1.2.3 MEDICI PER I DIRITTI UMANI – MEDU

Medici per i Diritti umani (MEDU) è un'organizzazione umanitaria indipendente e senza fini di lucro che nasce per iniziativa di un gruppo di medici, ostetriche e altri volontari impegnati in una missione sanitaria con le comunità indigene Kichwa delle Ande ecuadoriane. MEDU si costituisce formalmente nel 2004 a Roma con l'obiettivo di curare e testimoniare, portare aiuto sanitario alle popolazioni più vulnerabili, e, a partire dalla pratica medica, denunciare le violazioni dei diritti umani e in particolare l'esclusione dall'accesso alle cure. MEDU si propone di portare assistenza sanitaria nelle situazioni di crisi nel mondo e in Italia, cercando di essere ponte con il sistema sanitario nazionale, promuovendo l'impegno volontario di professionisti della salute, così come di operatori sociali, legali e di cittadini. L'Associazione, inoltre, sviluppa all'interno della società civile spazi democratici e partecipativi per la promozione del diritto alla salute e degli altri diritti umani. Grazie all'indipendenza, denuncia con un'azione di testimonianza le violazioni dei diritti umani con una particolare attenzione all'esclusione dal diritto alla salute.

L'Associazione gestisce progetti nazionali e internazionali. Tra quelli internazionali quelli in corso sono:

- Assistenza sanitaria e supporto psicosociale in favore della popolazione sfollata in Ucraina;
- Sviluppo del programma nazionale di salute mentale in Niger;
- Emergenza COVID-19: Intervento di prevenzione presso la popolazione migrante residente sul territorio egiziano;
- Azione integrata a sostegno del diritto alla salute in Palestina.

I progetti attivi a livello nazionale sono molteplici e spesso coinvolgono più realtà del territorio in cui il progetto si sviluppa, in particolare i progetti in corso sono:

- “Campagne aperte”: progetto attivo nel territorio calabrese nella Piana di Gioia Tauro, che coinvolge diverse realtà locali. In particolare, MEDU si occupa di promuovere il diritto alla salute e il contrasto allo sfruttamento lavorativo in agricoltura, anche con la clinica mobile presente sul territorio dal 2014;
- “Koinè. Presidio per la giustizia di comunità della Sicilia orientale”: MEDU si adopera per il raggiungimento del benessere psicofisico dei detenuti negli istituti di pena di Catania, Messina, Ragusa e Siracusa, attraverso il sostegno psicologico, psichiatrico e psicoterapeutico e la mediazione linguistico-interculturale. L'attività si pone in continuità con i progetti “Liberamente” del 2021 e “Psy” del 2022;
- “ON.TO: Cure ai sopravvissuti a tortura provenienti dall’Africa Sub-sahariana lungo le rotte migratorie del Nord Africa”: il team di MEDU presente nella provincia di Ragusa dal 2014 fornisce assistenza psicologica e psichiatrica ai sopravvissuti a tortura e trattamenti crudeli inumani e degradanti a partire dall’identificazione precoce dei soggetti più vulnerabili e proseguendo con percorsi riabilitativi psicoterapici, colmando così una lacuna del Sistema Sanitario Nazionale relativamente alle prese in carico di migranti con gravi psicopatologie dovute a violenza estrema e garantendo anche un accompagnamento nel processo di richiesta della Protezione Internazionale alle competenti Commissioni Territoriali o durante i processi di appello;
- “Sbarchi- Primo soccorso medico e psicologico a vittime di tortura e CIDT che arrivano in Sicilia”: il progetto risponde all’esigenza di individuare prontamente, già a partire dallo sbarco e nei giorni successivi all’interno dell’hotspot di Pozzallo, coloro che hanno subito torture e altri trattamenti crudeli, inumani e degradanti e che di quella violenza estrema portano i segni: ferite visibili ed invisibili che rimarranno a lungo con loro;
- “Frontiera solidale”: assistenza medico-umanitaria per migranti e rifugiati al confine nord-occidentale (Oulx). Il progetto garantisce attraverso un team multidisciplinare composto da mediatore linguistico-culturale, coordinatore di progetto e personale sanitario volontario, prima assistenza medica e identificazione precoce delle vulnerabilità durante l’arrivo delle persone al rifugio, referrals ai servizi socio-sanitari del territorio e monitoraggio continuo

del fenomeno migratorio in Alta Val di Susa, con attenzione alla raccolta di testimonianze e all'azione di *advocacy*;

- “Centro Psyché Francesca Uneddu”: clinica per la salute mentale transculturale a Roma;
- “Un camper per i diritti”: dal 2004, unità mobile a Roma come presidio di salute di prossimità, il cui fine non si esaurisce nella cura, bensì mira al benessere complessivo della persona;
- “Esodi”: è una mappa web interattiva realizzata sulla base delle testimonianze di oltre 3.000 migranti dell’Africa Subsahariana raccolte dagli operatori e i volontari di MEDU. Racconta i motivi della fuga e le rotte affrontate dai migranti dall’Africa subsahariana all’Italia;
- “Oltre le frontiere”: progetto nato in continuità con “Esodi” per raccontare le rotte migratorie e le storie delle persone migranti nelle scuole;

In Toscana MEDU è presente con una sede a Firenze che coordina i progetti presenti sul territorio fiorentino e sulla sua area metropolitana. Tra i principali progetti toscani, ricordiamo:

- “Centro Ex-Fila Psyché” per la salute mentale transculturale. L’obiettivo del progetto è di supportare i migranti senza fissa dimora e in condizioni di fragilità favorendo l’individuazione precoce e la presa in carico medico-psicologica e psico-sociale delle persone con disagio psichico, in particolare se derivante da torture e violenza subite. Il servizio vuole promuovere la salute integrale delle persone con disagio psichico – con particolare attenzione a coloro che hanno subito tortura, violenza intenzionale e altre forme di trattamenti crudeli, inumani e degradanti – fornendo supporto psicologico e psicosociale in modo strutturato e culturalmente sensibile, promuovendo allo stesso tempo la conoscenza e il pieno godimento dei diritti fondamentali e l’inclusione sociale. L’intervento prevede la presenza di un team multidisciplinare composto da: psicoterapeuta con specializzazione in etnopsicologia, operatore sociale e mediatori linguistico culturali
- “Consultorio Persefone”. È un ambulatorio dell’Azienda USL Toscana Centro, gestito in partenariato da CAT - Cooperativa sociale di Firenze, MEDU e Associazione progetto Arcobaleno. Si avvale di un’équipe multidisciplinare per favorire una presa in carico integrata di donne vittime di tratta, di tortura e mutilazioni genitali femminili, richiedenti asilo e/o titolari di protezione internazionale. MEDU partecipa al progetto fornendo assistenza psicologica alle donne che si rivolgono al consultorio.
- “Un camper per i diritti”. L’unità mobile di MEDU, presente sul territorio fiorentino dal 2004, raggiunge gli insediamenti informali, quali baraccopoli, edifici occupati abusivamente, insediamenti spontanei, stazioni ferroviarie di Firenze, Prato e Pistoia e dei comuni limitrofi, per garantire cure di base e fornire informazioni sul diritto

alla salute e le modalità di accesso ai servizi sociosanitari territoriali. Le attività del progetto si svolgono in un'ottica di sussidiarietà e mai di sostituzione dei servizi offerti dal Servizio sanitario regionale (SSR), lasciando a quest'ultimo un ruolo di assoluta centralità e di garanzia per l'accesso alla salute di tutta la popolazione di competenza territoriale. L'équipe multidisciplinare della clinica mobile è costituita da: coordinatore di progetto, un referente medico, un mediatore culturale e diverse figure professionali, sanitarie e non sanitarie, che operano a titolo volontario con un approccio multidisciplinare (medici, infermieri, ostetriche, psicologi, antropologi, sociologi, operatori sociali e legali, studenti). Un camper per i diritti collabora con altre realtà presenti sul territorio, costruendo una rete di sostegno e confronto per la presa in carico delle persone che vivono in situazione di marginalità sociale, precarietà abitativa o in condizioni di vulnerabilità. Attualmente sono garantite nel territorio fiorentino tre uscite al mese:

- un'uscita diurna nei pressi della mensa della Caritas in via Baracca, per incontrare persone senza dimora e in situazione di incertezza economica di diversa provenienza e fornire un primo supporto sanitario, attraendo le persone verso il SSR tramite un'attività di coordinamento tra gli operatori di Caritas e l'Associazione Niccolò Stenone;
- un'uscita nel quartiere di Brozzi, incontrando principalmente persone di origine romena di etnia rom e non;
- un'uscita nei pressi del Parco delle Cascine. La clinica mobile incontra soprattutto ragazzi dai 20 ai 35 anni provenienti dall'Africa Occidentale e consumatori e consumatrici di varie nazionalità, ma anche numerosi italiani. Insieme alla Cooperativa CAT, a queste persone, oltre al supporto sanitario e di referral ai servizi sociosanitari, è offerta la possibilità di screening per HIV, epatite C e B.

Altre uscite sono garantite in altre aree geografiche, tra cui, in particolare:

- due uscite al mese a Pistoia nei pressi della Parrocchia di Vicofaro, per incontri con persone migranti, principalmente giovani uomini provenienti dal Nordafrica e dell'Africa Occidentale, spesso impiegati nei circuiti di sfruttamento lavorativo, che vivono in condizioni di precarietà igienico-sanitaria e di esclusione sociale;
- un'uscita itinerante al mese sul territorio pratese, con incontri con persone migranti neoarrivate e senza fissa dimora. Nel primo caso, oltre ad offrire supporto sanitario, si forniscono informazioni sulle procedure per la richiesta di protezione internazionale e poi per l'accesso alle misure di accoglienza. È fornito anche un servizio di advocacy e monitoraggio dei diritti delle persone;
- un'uscita al mese nel Centro diurno "Casa Renato", dove, grazie al lavoro con l'équipe del Centro, sono supportate persone senza fissa dimora italiane e straniere nell'accesso alle cure e alle misure di supporto sociale di cui hanno diritto.

Oltre a queste attività, MEDU partecipa alle iniziative della *Fast Track City* di Firenze, tavolo istituzionale di coordinamento tra le Associazioni di volontariato, Azienda USL Toscana centro, Azienda OU di Careggi, Comune di Firenze per la prevenzione e la lotta all'HIV/AIDS, partecipando alle settimane primaverili ed invernali di testing, offrendo counselling e test rapidi, anonimi e gratuiti per le malattie sessualmente trasmissibili. Grazie alla collaborazione con "Vivian Love", unità di strada della cooperativa CAT che si occupa di donne *cis* e donne *trans*, *sex workers*, sono organizzate uscite serali, offrendo supporto sanitario, informazione sulla salute sessuale e la salute femminile, counselling e test sierologici rapidi, anonimi e gratuiti per HCV, HBV e HIV, garantendo poi la presa in carico per gli esami di conferma in caso di positività. Inoltre, sempre in collaborazione con "Vivian Love", sono organizzati momenti ludici e sportivi aperti a tutti, favorendo l'incontro con persone marginali e *sex workers* per prevenirne la ghettizzazione e stigmatizzazione sociale, attraverso anche uno spazio di confronto, supporto e sensibilizzazione libero da pregiudizi.

Riferimenti

Marco Zanchetta, presidente MEDU

MEDU - Coordinamento sede Firenze: 3351853361

co-firenze@mediciperidirittiumani.org

Un camper per i diritti Firenze: 3270768624

camperfirenze@mediciperidirittiumani.org

comed.firenze@mediciperidirittiumani.org

Sito web: <https://mediciperidirittiumani.org/>

1.2.4 ASSOCIAZIONE NICCOLÒ STENONE ODV

L'Associazione Niccolò Stenone ODV è un'associazione di volontariato che opera attivamente a Firenze dal 25 marzo 1991, anno della sua fondazione. L'ambulatorio medico Niccolò Stenone era già attivo dal 5 novembre 1990 nel chiostro della Basilica di San Lorenzo, nel cuore della città, grazie all'iniziativa di un gruppo di medici che volevano offrire una risposta reale e locale al problema della tutela della salute per la popolazione migrante, dato che la legislazione era impreparata ai primi fenomeni migratori.

La sede associativa si è spostata nel 2008 trovando ospitalità nei locali del comune nel quartiere San Frediano, in via del Leone 35, adiacente al servizio di Albergo popolare. Dal 1991 l'Associazione è cresciuta sensibilmente, mantenendo però sempre immutato il suo scopo: fornire assistenza sanitaria a chi non ne ha diritto e a chi non può permettersi una serie di prestazioni sanitarie che oggi sono prevalentemente private (come l'odontoiatria). Uno degli obiettivi che quotidianamente si dà l'Associazione, mediante l'operato dei suoi soci e volontari, è accompagnare le persone in questo percorso aiutandole a superare gli ostacoli e rientrare nelle maglie dell'SSN e

portare avanti un percorso di emancipazione socio-sanitario. Per riuscirci è effettuata, dove possibile, la presa in carico del paziente con visite mediche, test di screening, educazione sanitaria e accompagnamenti presso i servizi.

Il servizio si concentra sull'area metropolitana di Firenze, ma sovente sono accolti pazienti da tutta la provincia e dai comuni limitrofi, che per motivi personali o di lavoro transitano per Firenze.

La mission dell'Associazione, oltre all'assistenza ed alla continuità assistenziale per persone senza dimora, persone in possesso di codice STP/ENI, persone in condizioni di indigenza, prevede anche il perseguire obiettivi legati ad un concetto di salute più ampio. L'Associazione si impegna infatti anche in iniziative di advocacy sulle istituzioni per tenere alta l'attenzione su possibili problemi a livello locale o vuoti istituzionali. La presa in carico del paziente non può poi prescindere da un lavoro di collegamento "in rete" con altre realtà del territorio che si occupano di marginalità: partendo dai servizi sociali del Comune, dagli ospedali e Aziende sanitarie locali, passando poi per gli enti di terzo settore che perseguono gli stessi obiettivi con attività complementari offrendo attività su strada, assistenza legale, corridoi umanitari, inserimento lavorativo, o accoglienza (diurna o notturna).

Negli anni Stenone ha costruito una rete di realtà che forniscono gratuitamente prestazioni sanitarie che sarebbe impossibile fornire a livello ambulatoriale: esami strumentali (esami di laboratorio, ecografie, radiografie, TAC e risonanze magnetiche) offerti dalla Misericordia di Firenze, e di Campi Bisenzio, dall'Istituto analisi Fanfani e dagli ambulatori Medi-pro, mentre con la Fondazione Bartolomeo Corsi e le Misericordie sono attivi accordi per visite mediche specialistiche.

All'interno degli ambulatori dell'Associazione Niccolò Stenone è invece possibile trovare, oltre ad un infermiere, un operatore socio-sanitario ed un medico di base con attività anche per utenti con tesserino sanitario STP/ENI, servizi medici specialistici di ginecologia, dermatologia, pediatria, cardiologia, odontoiatria, psichiatria, psicoterapia e fisioterapia.

La fornitura di farmaci è un altro servizio importante e gravoso che l'Associazione porta avanti grazie alla collaborazione con il Centro Missionario Medicinali ed il Banco Farmaceutico, riuscendo a reperire gratuitamente molti farmaci che normalmente sono a pagamento o coperti dal SSR solo per chi ha regolare iscrizione con tessera sanitaria.

Per le attività di rete con altre Associazioni ed istituzioni e per le attività di *advocacy*, Stenone partecipa a diversi coordinamenti di realtà territoriali. Tra questi, "Coordinamento della marginalità", tavolo formalizzato dal Comune di Firenze con la presenza delle Associazioni del privato sociale di bassa e bassissima soglia per una presa in carico sociosanitaria condivisa: le riunioni sono a cadenza mensile ma

gli aggiornamenti sono costanti sui casi più complessi di disturbi psichiatrici o per l'accompagnamento di malati terminali. L'Associazione Niccolò Stenone è inoltre socia del CTM (Coordinamento Toscano Marginalità), è membro del Gruppo Immigrazione e salute (GRIS) Toscana e iscritta alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Attualmente l'Associazione Niccolò Stenone gestisce un ambulatorio a bassa soglia, situato in via del Leone 35, aperto generalmente dal lunedì al venerdì, 9.30-13.00 e 14.30-17.30, con chiusura il martedì mattina, con variazioni orarie durante l'estate. L'ambulatorio offre servizi di medicina generale, medicina specialistica, servizio infermieristico, servizio odontoiatrico, servizio psichiatrico e psicoterapico, e servizio di fisioterapia e riabilitazione.

Agli ambulatori accedono persone che vivono una condizione di reale indigenza, inviate dai servizi territoriali, tra cui i Centri d'ascolto della Caritas diocesana, i servizi sociali del Comune di Firenze ed altre associazioni, oppure con accesso diretto sulla base del passaparola. L'accesso al medico di medicina generale è diretto senza appuntamento, per le visite specialistiche, odontoiatria, psicoterapia, fisioterapia, è necessario invece prendere appuntamento.

Si può accedere al servizio presentandosi direttamente agli ambulatori, ricevendo poi le informazioni necessarie, o chiamando il 055-214994. In alternativa è possibile inviare una mail a stenone@stenone.it, oppure alfani@stenone.it.

Molte delle informazioni sull'Associazione, sulla sua attività e servizi, si possono trovare anche sul sito www.stenone.it

Oltre all'attività ordinaria, già comunque importante in termini di numero di accessi e di forze messe in campo, l'Associazione Niccolò Stenone, tramite l'impegno dei suoi volontari, si pone ogni anno l'obiettivo di portare avanti progetti straordinari, anche in rete con altre realtà, allo scopo di fornire un servizio sempre migliore alla popolazione della marginalità, e lavorare su vecchie e nuove barriere per l'accesso ai servizi. Tra questi, ricordiamo: campagne di screening di malattie ad eziologia virale (es. HIV, epatite B e C); screening oncologici; progetti di formazione interna ed esterna; ascolti sanitari presso le strutture dell'accoglienza invernale; formazione per la popolazione marginale sulle barriere digitali (SPID, fascicolo sanitario elettronico, iscrizione a diversi portali).

L'obiettivo di questi progetti è quello di cercare di istituire, con l'aiuto delle istituzioni e delle altre associazioni, buone pratiche e attività che possano essere messe a sistema per ridurre lo spazio che separa spesso i servizi dalla popolazione della marginalità.

Uno dei progetti più significativi del periodo 2021-2023 è stato il progetto SAFE, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, coordinato da Caritas di Rimini, con la partecipazione di 20 realtà locali, dal Trentino alla Sicilia con competenze ed esperienza sociale e sanitaria, e di 3 realtà nazionali (Caritas italiana, Centro ACLI APS e Banco farmaceutico). Gli obiettivi del progetto SAFE sono di:

- a) favorire l'inclusione lavorativa con attivazione di tirocini con borsa lavoro e di corsi di formazione professionali per riqualificare persone indicate dalla rete di collaborazione fiorentina con Stenone e dal Centro per l'impiego di Firenze;
- b) contrasto alla povertà sanitaria, rafforzando gli interventi per gli utenti classici di Stenone (persone senza dimora, senza documenti, senza entrate economiche, senza legami), ma anche per famiglie a rischio di esclusione e povertà sanitaria a seguito della pandemia;
- c) rafforzare e sviluppare la Rete per l'inclusione e la salute che prevede un'azione "culturale", ovvero interventi di collaborazione tra i partner del progetto, scambio di procedure, esperienze di buone prassi.

Accanto al lavoro ambulatoriale di prevenzione diagnosi e cura prettamente sanitario ci sono attività silenziose e non meno importanti che vengono svolte sia in sede sia all'esterno, tra cui:

- Informazione sanitaria e giuridica su diritti e sulla normativa sanitaria. Perché sapere di avere diritto ad una prestazione, e spesso garantire fin dall'inizio un accompagnamento ai servizi, significa davvero rendere un diritto esigibile o meno;
- Supporto formativo informatico per combattere la nuova esclusione quella digitale. Sono aiutate persone ad attivare la posta elettronica (necessaria per richieste sostegni economici, voucher, iscrizioni scolastiche, centro impiego, carta sanitaria), lo SPID (per INPS, bando case popolari, fascicolo sanitario, CUP ecc.).

Dal 2021, insieme all'Associazione MEDU (Medici per i Diritti umani), è in atto un intervento sperimentale integrato di fisioterapia/psicoterapia (progetto SEMA) per aiutare persone che sono vittime di torture, violenze, ed altri eventi traumatici, sia accolti nei circuiti SAI, sia nei circuiti di protezione per vittime di tratta e violenze familiari.

I numeri dell'Associazione nel 2023

I medici dell'Associazione sono volontari che prestano la loro opera e professionalità su turnazione per garantire il servizio durante tutto l'arco della settimana. L'associazione può contare sul sostegno di 29 Soci, ed il personale sanitario che si ruota nelle attività ambulatoriali è composto attualmente da 38 unità.

L'ambulatorio di via del Leone nel corso del 2023 ha fornito supporto a 1.124 persone prese in carico a vario titolo, tra ascolti e orientamenti sanitari, interventi domiciliari, test epatite e tamponi, visite di base e specialistiche. In particolare sono stati effettuati:

- a) Visite mediche di Medicina generale in ambulatorio Stenone: 1.107 per 508 pazienti (115 donne e 393 uomini; 90 italiani, 49 europei, 369 extraeuropei);
- b) Visite specialistiche interne totali 1.372, di cui:

- visite psichiatriche: 196 per 69 pazienti (32 donne e 37 uomini; 22 italiani, 5 europei e 42 extraeuropei);
- visite psicologiche: 138 per 44 pazienti (23 donne e 11 uomini; adolescenti circa il 37%);
- visite odontoiatriche: 658 a 250 pazienti (85 donne, di cui 75 adulte e 10 minori; 165 uomini di cui, 152 adulti e 13 minori; 42 italiani, 14 europei e 194 extraeuropei);
- visite fisioterapiche: 305 per 57 pazienti (27 donne e 30 uomini; 9 italiani, 7 europei e 39 extra-europei) per disturbi lombo sciatalgia, deficit motori, dolore cronico;
- visite ginecologiche: 30 per 23 donne (4 italiane, 2 europee, 17 extra-europei);
- visite dermatologiche: 34 per 28 pazienti (6 donne, 22 uomini);
- visite pediatriche: 6;
- visite cardiologiche: 5.
- prestazioni infermieristiche: 54 (medicazioni, ulcere diabetiche, ulcerazioni secondarie ad affezioni dermatologiche infettive e non, desuture di ferite chirurgiche, medicazioni chirurgiche di piccoli e medi interventi, fasciature ecc.);
- visite specialistiche esterne: 100 (presso struttura privata in convenzione gratuita);
- esami ematici: 86 (presso struttura privata in convenzione gratuita);
- esami radiologici: 90 (presso strutture private gratuite);
- ascolti sanitari: 312;
- interventi medici domiciliari o richiesti in strada: 32;
- “buoni per farmaci” per farmacia comunale: 177;
- fornitura farmaci a distribuzione diretta: 1.250;
- esecuzione tra gennaio e luglio 2023 di tamponi antigenici covid-19: 762 (716 in ambulatorio, 46 domiciliari per minori);
- esecuzione test HIV durante la *Fast Track Testing Week* (dal 20-24 novembre 2023): 40.

Riferimenti

Associazione Niccolò Stenone ODV, via del Leone 35 - 50124 Firenze
tel. 055 214994 - e-mail stenone@stenone.it - sito web www.stenone.it

Direttore Sanitario: Dott. Carlo Cappelletti

Presidente: Don Andrea Bigalli

1.2.5 LA CROCE ROSSA FIORENTINA

“Associazione Italiana di Soccorso pei militari feriti e malati in tempo di guerra”: questo era il nome del Comitato di Firenze della Croce Rossa italiana, nato nel 1864 e che nel 2003 prende la veste attuale di “Croce Rossa italiana – Comitato di Firenze ODV”, dove ODV sta per Organizzazione di volontariato. Ancora non era stata ratificata la Convenzione di Ginevra (la 1°) del 22 agosto di quell’anno e già si costituivano sul territorio italiano i comitati di cittadini che avevano come scopo quello di aiutare i soldati che rimanevano feriti o che si ammalavano in guerra. La spinta alla creazione di questi Comitati derivava da quello che oggi si chiama “movimento di opinione” che si venne a creare dopo la II Guerra d’indipendenza (1859) a seguito dell’opera di Henry Dunant e degli scritti di altri personaggi, dei resoconti delle battaglie pubblicati sui giornali o sulle riflessioni di qualcuno. È certo che queste idee diffuse da Dunant erano già circolate precedentemente ad opera di Ferdinando Palasciano, che si auspicava “la neutralità dei feriti e malati in guerra” e la costituzione di squadre di volontari per la ricerca di feriti sui campi di battaglia ne fu la conseguenza, così come l’esigenza che le squadre fossero ben individuabili grazie ad un segno di riconoscimento e non fossero fatti oggetto di violenze. I primi fiorentini che fecero parte di questo Comitato erano per la maggior parte persone appartenenti a ceti sociali abbienti: la nobiltà, l’alta borghesia e militari, ma si trovarono anche sacerdoti e accanto ad essi persone del popolo spinti anche loro da sentimenti di solidarietà. Passarono pochi anni dall’inizio dell’attività del Comitato di Firenze che, dopo la ratifica dell’Italia alla Convenzione di Ginevra, prese il nome di Associazione Italiana della Croce Rossa e scoppiò la III Guerra d’indipendenza (1866); una delle quattro squadriglie di soccorso dell’Associazione Italiana inviate sui campi di battaglia era costituita da fiorentini: questi operarono nella zona dell’attuale Veneto per più di due mesi e dai resoconti dell’epoca si capisce l’entusiasmo di queste persone nel sentirsi veramente utili; si sentivano animate da uno spirito nuovo: quello della solidarietà oltre che dell’umanità. Ecco che da quella data inizia il nostro cammino. Dallo studio di nuove tecniche di soccorso, nuovi mezzi di trasporto, scambio di esperienze con altre società nazionali di soccorso che si costituirono in altri paesi del mondo, ci fu un crescere di attività, di impegni e di risultati. La partecipazione ad esposizioni nazionali ed internazionali in cui venivano messi in mostra materiali ed attrezzature studiati appositamente per facilitare l’attività di soccorso (tende da campo, carri ambulanza, lettighe ed altro), contribuì a diffondere il concetto teso a mitigare la violenza della guerra nei confronti dei soldati. Da quegli anni la presenza della CRI di Firenze con il proprio personale, propri mezzi e materiali è sempre stata crescente: interventi prima in guerra e poi anche in pace, vedono ovunque e comunque fiorentini in prima linea! Da quel lontano 1866 abbiamo la presenza dell’Associazione ai soccorsi ai feriti nella

Guerra franco-prussiana del 1870-77, nel conflitto dei Balcani (1912/13) ed altri interventi in guerra, per giungere poi alla 1 e 2 guerra mondiale, in Corea, in Congo, nel Libano, fino ad arrivare all'Iraq e all'Afghanistan. Non solo nei conflitti armati, ma anche nelle emergenze, nelle pubbliche calamità, ieri sotto l'egida delle Forze armate, oggi nell'ambito della Protezione civile, l'impegno è stato significativo; dall'eruzione del Vesuvio del 1905, poi al terremoto calabro-siculo 1908, all'Abruzzo nel terremoto del 1915, per poi arrivare all'alluvione di Firenze, il Comitato si è sempre impegnato ed anche nel 1966, benché alluvionato, ha contribuito coordinando i soccorsi di tutti i Comitati d'Italia e delle Società nazionali estere. Da quella data, 1966, l'impegno nelle emergenze si fa sempre più intenso e continua con una partecipazione attiva dei volontari (ieri chiamati "pionieri") durante tutti questi decenni; gli ultimi eventi, in Abruzzo ed Emilia ci trovano presenti nei campi di accoglienza per le popolazioni colpite dal terremoto. Per essere presenti efficacemente è necessario che i volontari siano addestrati e formati e questa è stata, fin dalla sua costituzione, una caratteristica della CRI: la formazione permanente del proprio personale; ieri con le Scuole per le volontarie, per le assistenti sociali, per il personale infermieristico e per i dirigenti sanitari, oggi con i corsi nei molteplici settori d'intervento della CRI con i propri istruttori e formatori, sia per l'interno dell'Associazione, sia nei confronti della popolazione, della scuola, degli ambienti di lavoro, delle comunità.

È difficile e complesso elencare le "cose" che sono state fatte, ma è in corso da alcuni anni una rivalutazione della nostra storia, attraverso lo studio, la ricerca, l'approfondimento di questa tematica: corsi per cultori della storia di Croce Rossa vengono organizzati in tutta Italia, così come vengono creati uffici storici presso i vari comitati perché, conoscendo il passato, si può progredire nel futuro. Le attività principali del Comitato CRI di Firenze sono:

- Area salute - Emergenza sanitaria 118, assistenza sanitaria grandi eventi, corsi di formazione presso le aziende, trasporti sanitari e sociali, progetto DAFNE di servizio sanitario in favore dei sex-workers.
- Area sociale - sportello di ascolto per l'aiuto agli indigenti, unità di strada, servizio presso il Carcere minorile, Servizio sociale presso Ospedale pediatrico Meyer, Servizio psico-sociale per i volontari, *Clownerie*, Servizio sociale presso l'Ospedale Anna Torrigiani.
- Area protezione civile - rispondere attivamente alle emergenze locali e nazionali, coordinamento e partecipazione a grandi eventi, partecipazione attiva di coordinamento, pianificazione e risposta alle emergenze, attività in convenzione con i Comuni di supporto alla Protezione civile.
- Area giovani - promuovere attivamente lo sviluppo dei giovani, promuovere ed educare alla cultura della cittadinanza attiva, campagne di diffusione e sensibilizzazione in favore della popolazione giovanile.

Il Comitato conta ad oggi circa 1.400 volontari, fra soci attivi e sostenitori, impegnati nelle varie attività per l'aiuto delle persone più vulnerabili del territorio fiorentino.

Riferimenti

Ilario Fabri, direttore Croce Rossa italiana di Firenze

ilario.fabri@crifirenze.it 055 2744400

Recapito mail: direzione@crifirenze.it; sito web: www.crifirenze.it

Sede di Firenze: Lungarno Soderini 11

Unità territoriali – Sesto Fiorentino e Fiesole

1.2.6 FONDAZIONE SOLIDARIETÀ CARITAS ETS - FIRENZE

Nel 1992 è stata istituita l'Associazione di volontariato Solidarietà Caritas (poi divenuta una ONLUS) per supportare la Caritas diocesana nella gestione di tutti quei servizi che negli anni erano andati crescendo, adeguandosi così alla normativa vigente. La crescita delle attività dell'Associazione è stata infatti esponenziale e la struttura associativa non era più consona ai bisogni di gestione. Così nel 2017 uno studio approfondito sulle attività ha riscontrato che la cornice giuridica più idonea per la gestione delle "opere segno" fosse la Fondazione di partecipazione. La preesistente Associazione di volontariato è stata trasformata in "Fondazione Solidarietà Caritas – ONLUS" (DGRT 12359 del 27/07/2018). Da Febbraio 2023, per adeguarsi alla riforma del Terzo settore, la Fondazione non è più ONLUS ma ETS (Ente del Terzo settore). Le 'opere segno' sono progetti che, grazie a servizi e strutture, rispondono ai bisogni delle persone povere che vivono in condizione di solitudine, di disagio sociale, bisognose, svantaggiate, emarginate, detenute, malate e vittime dell'usura.

La Fondazione si propone di perseguire finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, promuovendo la diffusione della cultura dell'accoglienza, dell'integrazione e del volontariato. Tutte finalità ispirate al principio evangelico della carità ed alla Dottrina sociale della Chiesa.

Elemento distintivo della Fondazione è la collaborazione con l'Arcidiocesi di Firenze e dunque con la Caritas Firenze.

1. Servizi della Fondazione, tra cui i principali sono:

1.1. servizi di accoglienza per

- donne sole e mamme con bambini
- notturna per uomini
- casa famiglia per over 50
- padri soli con bambini
- periodo invernale

1.2. mense

Il momento del pasto facilita il contatto con le persone, creando un legame e cogliendo i loro bisogni. Questo permette di fare un secondo passaggio con gli ospiti, cioè la presa in carico, accompagnandoli e sostenendoli nel momento di difficoltà che spesso va oltre il bisogno del cibo. Si tratta perlopiù di persone senza dimora o che hanno un reddito insufficiente per potersi garantire il cibo e i beni di prima necessità, ma anche pensionati che non riescono ad arrivare a fine mese. Dietro la richiesta di un pasto, spesso, c'è tutta una serie di difficoltà e altri bisogni che necessitano di sostegno. Si va dalla necessità di un alloggio, un lavoro, la mancanza di denaro o semplicemente la richiesta celata di compagnia e di legami umani significativi.

La “Mensa di via Baracca” è situata alla periferia Nord di Firenze ed è stata aperta nel 1991. Funziona tutte le mattine (ore 10.30-13.15) per tutti i giorni dell'anno, festivi compresi. È presente un grande magazzino, dove è conservato il cibo acquistato o ricevuto in dono, tra cui alimenti prossimi alla scadenza che nei punti commerciali, tra cui alcuni supermercati di Firenze, andrebbero buttati. Dal magazzino partono anche i rifornimenti di cibo per tutte le strutture Caritas. Alla mensa lavorano 18 dipendenti tra attività di direzione, accoglienza ospiti, cuochi, addetti alle pulizie, magazzinieri e autisti, oltre a 50 volontari/settimana su turni a rotazione (8 ragazzi in servizio civile, 5 ragazzi AVS (anno volontariato sociale), 5 IST (inserimenti socio-terapeutici), 30 in percorsi MAP (messa alla prova) e di pubblica utilità (percorsi con UEPE – Ufficio Esecuzione penale esterna)

Alla mensa si accede dopo un colloquio presso il Centro di ascolto Caritas collocato in via Faentina (tel: 055/46389277) in zona Cure, aperto il lunedì dalle 14.30 alle 17 e dal martedì al venerdì dalle 9 alle 12, raggiungibile con autobus Linea 1 dalla stazione di Santa Maria Novella. In base alla condizione di necessità individuata, è rilasciata una tessera con validità temporale rinnovabile, che permette di accedere alla mensa. Nel 2023 alla mensa di via Baracca sono stati distribuiti quasi 90.000 pasti a circa 2.500 persone, di cui circa l'80% uomini e 20% donne, in maggioranza stranieri (80%), con circa 90 nazionalità rappresentate, tra cui Perù, Marocco, Somalia e Italia sono i paesi di provenienza più frequenti.

Le “Mense di Quartiere” sono state attivate dal giugno 2013, rivolte solo ai cittadini residenti e su richiesta del Comune di Firenze attraverso i servizi sociali del territorio, per facilitare l'accesso alle persone più anziane, evitando loro lunghi tragitti tutti i giorni, e sostenere il rapporto tra servizi territoriali di volontariato, come parrocchie o associazioni e le persone che localmente vivono in condizioni di povertà. Le mense di quartiere sono 8 con orario dalle ore 12-14. In particolare 6 operano dal lunedì al sabato (festivi esclusi):

Mensa di Quartiere 1 – San Francesco Poverino (piazza SS Annunziata, 2)

Mensa di Quartiere 2 – San Pietro a Varlungo (via di Varlungo, 71)

Mensa di Quartiere 3 – Santa Maria a Ricorboli (via Carlo Marsuppini, 7)

Mensa di Quartiere 4 – Le torri (via delle Torri, 7)

Mensa di Quartiere 5 – Corelli (via Corelli 89/91) e Casa Caciolle (via Caciolle, 7)

Altre 2 lavorano su tutti i giorni dell'anno, festivi inclusi:

Mensa di Quartiere 2 – San Zanobi e Santi fiorentini (via delle Cento Stelle, 9)

Mensa di Quartiere 5 – via Baracca (via Baracca, 150/E)

In complesso nel 2022 le mense di quartiere hanno erogato quasi 60.000 pasti a 601 persone segnalate dai servizi sociali.

1.3. servizi alla persona

La cura della persona è fondamentale per conservare la propria dignità. Il “servizio docce” e il “servizio cambio biancheria” offerte dalla Fondazione danno la possibilità a tante persone con disagio economico e sociale di lavarsi e indossare abiti puliti.

- “Servizio docce”. Previo colloquio al Centro di ascolto e rilascio di tessera dedicata, il servizio è disponibile presso il campo sportivo di Cascine del Riccio, frazione del Comune di Bagno a Ripoli (FI), raggiungibile al capolinea autobus linea 36, aperto lunedì, mercoledì e venerdì dalle 7 alle 11. Nel 2023 sono state erogate quasi 10.000 docce a circa 240 persone, con circa 4.000 cambi di indumenti.
- “Servizio bagagli”. È rivolto a chi è in possesso della tessera della mensa e trovandosi senza un alloggio o in condizioni di precarietà, ha la necessità di custodire e depositare il proprio bagaglio in spazi adeguati. Il deposito bagagli si trova negli spazi del magazzino della mensa di via Baracca, aperto da lunedì a sabato dalle ore 8 alle 10 ed accetta un massimo di due colli per persona.

1.4. servizi ai minori

- Accoglienze residenziali
- Centri diurni
- Attività di sostegno all'autonomia “Centro Le torri”

1.5. servizi per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale

- “Centri di accoglienza straordinaria – CAS”. Il progetto CAS nasce per la necessità di accogliere un ingente numero di persone arrivate sul territorio italiano come richiedenti asilo per guerre, persecuzioni, situazioni di grave disagio sociale e violenze. I CAS sono sotto la diretta responsabilità delle prefetture, che affidano il servizio a vari enti gestori. Con il passare degli anni si è passati dalla gestione dell'emergenza di prima accoglienza al supporto ai percorsi di integrazione sociale attraverso l'apprendimento della lingua italiana, la conoscenza del territorio, corsi di formazione e inserimento lavorativo. L'obiettivo è quello di accompagnare la persona durante la lunga procedura di richiesta asilo al raggiungimento dell'autonomia. Il progetto CAS si conclude nel momento in cui al richiedente

asilo viene riconosciuto lo status di protezione internazionale, che gli consente di accedere alle misure di seconda accoglienza (Siproimi, dal 2020 denominato SAI). Gli interventi della Fondazione Caritas di Firenze si svolgono nel CAS di Quintole, frazione del Comune di Fiesole, CAS del Comune di Sesto Fiorentino e nel CAS di accoglienza diffusa per profughi ucraini della Città metropolitana di Firenze

- Centri “SAI - Sistema Accoglienza e Integrazione”. Il Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati denominato SIPROIMI 21, nel 2020 (Legge 173 del 18 dicembre 2020) è stato ridefinito come “SAI”. La nuova norma prevede l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale oltre che dei titolari di protezione, dei minori stranieri non accompagnati, nonché degli stranieri in prosieguo amministrativo affidati ai servizi sociali, al compimento della maggiore età. Possono essere accolti, inoltre, i titolari dei permessi di soggiorno per protezione speciale, per casi speciali (umanitari in regime transitorio, titolari di protezione sociale, vittime di violenza domestica, vittime di sfruttamento lavorativo), le vittime di calamità, i migranti cui è riconosciuto particolare valore civile, i titolari di permesso di soggiorno per cure mediche. Obiettivo del progetto SAI è riacquisizione dell'autonomia individuale dei beneficiari accolti, intesa come una emancipazione dal bisogno di ricevere assistenza. La Fondazione Caritas di Firenze, in linea con le nuove disposizione di legge, gestisce e organizza attività rivolte ai beneficiari del progetto SAI attraverso attività di:
 - accoglienza, con vitto, alloggio, vestiario e altri beni di primaria necessità per l'autonomia;
 - corsi di alfabetizzazione della lingua, formazione e riqualificazione professionale;
 - inserimento scolastico dei minori nelle scuole del territorio e sostegno scolastico;
 - informazioni e assistenza nel disbrigo di pratiche amministrative;
 - orientamento e sostegno nella ricerca di soluzioni occupazionali e/o alloggiative;
 - orientamento e/o accompagnamento ai servizi locali (es. legali, sanitari, ecc.).

Le strutture SAI dove opera la Fondazione Caritas di Firenze sono “SAI Corelli di Firenze”, “SAI Afghani di Firenze”, “SAI – Mugello” e “SAI Società della salute fiorentina Nord-ovest”.

1.6. servizi per la salute

- “Residenze per persone con problemi di salute”. Sono strutture residenziali che si prendono cura di persone con un problema sanitario e che non hanno luoghi dove stare. Si tratta di persone complesse, molto provate dalla vita e in situazioni di grande fragilità fisica, psicologica e sociale;
- “Casa Matilde per famiglie e bambini in cura al Meyer”. È una struttura di accoglienza che ospita genitori di bambini ricoverati al Meyer e famiglie con figli

in dimissione protetta non residenti sul territorio di Firenze, con disagio sociale. In genere le persone vengono inserite in seguito alle richieste degli assistenti sociali del Meyer che, in caso di lunghe permanenze, elaborano con la famiglia e con gli operatori un progetto condiviso.

1.7. servizi per la giustizia

- “Residenze per persone che beneficiano del MAD (Misure alternative alla detenzione)”. È un servizio erogato dal comune di Firenze e gestito dalla Fondazione. La casa “Il samaritano” è un centro di accoglienza residenziale maschile per adulti beneficiari delle misure alternative alla detenzione, in un ambiente protetto dove trovano l’opportunità di seguire un percorso che ha come fine l’autonomia e la riduzione della recidiva. Per la persona detenuta, come anche per gli ex detenuti, la mancanza di un alloggio, oltre a rappresentare un disagio personale e sociale, si trasforma spesso in un vero e proprio impedimento alla fruizione di un diritto. Sono i detenuti economicamente e culturalmente più svantaggiati a non poter usufruire dei benefici di legge. Per ogni ospite accolto è attivato un progetto educativo individuale finalizzato al reinserimento sociale, ad integrazione dei percorsi formativi, degli inserimenti lavorativi, delle attività di volontariato e di laboratorio dei servizi del territorio.
- “Sportelli”. Sono attività che hanno a che fare con i servizi per la gestione dei Lavori di pubblica utilità (LPU), l’Attività di volontariato per persone in esecuzione penale e Messa alla prova (MAP) per adulti. Queste attività rientrano nella cosiddetta “giustizia riparativa”, che si applica ai soggetti che, riconosciuta la propria responsabilità, ottengono il beneficio di convertire la pena in attività di volontariato utili alla società.

1.8. appartamenti per l’autonomia

Rappresentano l’ultimo step di un percorso di chi ha, in un dato momento della sua vita, vissuto o vive una situazione di difficoltà economica. Il singolo, la famiglia, il ragazzo/a non ancora totalmente autonomo/a economicamente, a volte non è in grado di inserirsi sul territorio affittando una stanza o una casa. Per questo Fondazione Caritas di Firenze, lì dove ne riscontri la necessità, interviene offrendo ospitalità all’interno di alcuni appartamenti, che diventano quindi l’ultima tappa di un viaggio che ha come finalità la più completa autonomia e integrazione nel tessuto sociale.

1.9. servizi di orientamento

Nel 2016, la Fondazione ha deciso di riunire le diverse pluriennali attività di orientamento al lavoro e i progetti di formazione all’interno di un unico contenitore, dando vita all’Ufficio orientamento. Serve a favorire l’inclusione nel mondo del lavoro di persone che vivono una situazione di difficoltà e sono accolte in una struttura di

Caritas, restituendo loro un ruolo attivo nella elaborazione del proprio percorso. Sulla base della valutazione delle competenze e del livello professionale della persona, la Fondazione personalizza gli interventi per l'inclusione lavorativa.

2. Progetti gestiti dalla Fondazione, tra cui ricordiamo i principali:

2.1. Progetto "IN - In rete contro l'emarginazione", con il contributo della Regione Toscana. È promosso dalla Fondazione con la partecipazione di CIAO (Centro informazione ascolto e orientamento), Pantagruel (Associazione per i diritti dei detenuti), Progress APS ETS e Confraternita della Misericordia di Sesto Fiorentino. L'intervento è orientato a interventi per porre fine ad ogni forma di povertà, ridurre le ineguaglianze ed assicurare giustizia di comunità.

2.2. Progetto "Pane e giustizia", con il contributo dell'8 x 1000. Mira a sostenere la popolazione economicamente più fragile attraverso il servizio della mensa cittadina, al contempo prevedendo il mantenimento e supporto al servizio di sportello LPU e MAP per persone sottoposte a misure alternative al carcere.

2.3. Progetto "Casa e salute", con il contributo dell'8 x 1000. Ha l'obiettivo di favorire percorsi di tutela, di promozione della salute e di inserimento sociale per le persone più fragili, fornendo pronta accoglienza a cittadini italiani o immigrati, maggiorenni, residenti o non, che si trovano in una condizione abitativa precaria e/o di grave difficoltà, con problemi di tipo sanitario.

2.4. Progetto "Orientare ad orientarsi", con il contributo dell'8 x 1000. Intende dare risposte alle problematiche comportamentali ed emotive dei minori e a supportare le categorie fragili di persone che non appartengono a quelle già ampiamente definite dai bandi di finanziamento per poterli guidare in processi virtuosi di riconquista della propria autonomia.

2.5. Progetto "Area pastorale", con il contributo dell'8 x 1000. Orientato a sostenere tutto il lavoro di promozione pastorale portato avanti dalla Fondazione Caritas.

2.6. Progetto "WILL". Selezionato dall'impresa sociale "Con i bambini" nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile e cofinanziato da 4 Fondazioni (Compagnia di San Paolo, Fondazione Cassa di risparmio di Firenze, Fondazione di Sardegna, Fondazione TerCas) per sostenere le carriere scolastiche e la formazione degli studenti appartenenti a famiglie a basso reddito, dalla fine della quinta elementare all'inizio delle superiori.

Riferimenti

Vincenzo Lucchetti, presidente

Fondazione Solidarietà Caritas ETS, via de' Pucci 2 – 50122 Firenze

tel: 055/267701

mail: segreteria@fondazione-solidaritaecaritas.it

sito web: <https://www.fondazione-solidaritaecaritas.it>

1.2.7 CISOM - CORPO ITALIANO DI SOCCORSO DELL'ORDINE DI MALTA - GRUPPO FIRENZE

Il Gruppo è impegnato in molteplici servizi: interventi sanitari di pronto soccorso 112 (in collaborazione con la Misericordia di Badia a Ripoli), servizi sociali, attività di Protezione civile sul territorio Nazionale, unità di strada, assistenza alla popolazione.

A tal fine vengono impiegati volontari, soccorritori e medici specializzati.

Unità di strada

Il Gruppo si occupa di assistenza ai senza dimora, in particolare con l'Unità di strada Emergenza freddo che lavora in coordinamento con il Comune di Firenze. I volontari sono attivi nella distribuzione di coperte, vestiti e cibo.

Promozione della salute

Il CISOM si dedica ad attività di promozione della salute per mezzo di specifici eventi dedicati, realizzati anche in sinergia con altri gruppi di volontariato.

Partecipiamo ad eventi come: “Giornata di raccolta del farmaco”, iniziative in sostegno alla prevenzione della salute (visite ambulatoriali gratuite con personale medico specializzato nelle piazze).

Protezione civile

Da qualche anno il CISOM offre servizi di aiuto alla popolazione per mezzo di attività specialistiche di Protezione civile supportando la stessa in:

- interventi in caso di calamità, disastri naturali, assembramenti di popolazione.

In nostra dotazione abbiamo: motopompe, torri faro, tende e lettini da campo, gruppi elettrogeni, mezzi antincendio e posto medico avanzato.

Il Gruppo è altresì efficace con le proprie tensostrutture per il soccorso in contesti di grandi eventi.

Facciamo parte del Sistema integrato maxiemergenze, SISMAX che coinvolge un cospicuo numero di volontari specializzati (medici, infermieri, soccorritori 118)

Nel campo della Protezione civile è stato introdotto da poco un modulo Cucina su carrello per far fronte ai problemi alimentari specifici per celiaci in caso di calamità naturali.

Nasce in Toscana il primo modulo CISOM per Soccorso acquatico nazionale per il quale è stata affidata la responsabilità organizzativa e operativa al Gruppo di Firenze.

Accoglienza temporanea sfollati in eventi calamitosi improvvisi per conto della Protezione civile del comune di Firenze, presso la nostra sede.

Componente specialistica psicologica

Il CISOM di Firenze ha nel proprio organico il gruppo psicologi che, oltre ad essere attivati in contesti emergenziali, offrono servizio sul territorio per rispondere ai bisogni psicologici delle persone. Su segnalazione possono effettuare colloqui e consulenze, per orientamento e sostegno, sia individuale che collettivo.

Servizi sociali

Operiamo, collaborando soprattutto con il Q4 ma anche con privati cittadini, effettuando trasporti sociali con mezzi attrezzati per persone disabili cercando di dare loro ausilio per visite mediche e spostamenti vari.

Riferimenti

Gianluca Frasca, capogruppo CISOM Firenze

Tel. segreteria: 371 4196712 – capogruppo: 349 5589819 – gruppo.firenze@cisom.org

Sede del gruppo: via Pisana 438, Firenze

1.3 RISULTATI SU INTERVISTE E TEST SUL CAMPO

1.3.1 LE CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE COINVOLTA

Dei 6.774 individui contattati nel biennio 2022-2023, 2.460 individui hanno accettato di sottoporsi ad uno o più dei seguenti test di screening rapidi: tampone nasale per SARS-CoV-2, digitopuntura per virus dell'epatite B (HBV), digitopuntura per virus dell'epatite C (HCV). I soggetti che hanno firmato il consenso informato per effettuare i test, hanno anche fornito informazioni in base ad un breve questionario per la tipizzazione dei partecipanti. Comunque, vista la complessità della popolazione target, anche per la difficoltà frequente nella comprensione della lingua e per la precarietà dei luoghi di incontro, agli operatori delle Associazioni di strada è stata indicata come priorità l'esecuzione dei test, anche a discapito della raccolta dei dati con il questionario. Per questo, per diverse informazioni utili alla tipizzazione della casistica, il dato mancante è numericamente spesso rilevante ed indicato esplicitamente nelle tabelle, nelle quali le percentuali sono calcolate sul totale delle informazioni disponibili (escludendo i missing o dati mancanti).

Complessivamente i 2.460 soggetti sono stati sottoposti dagli operatori delle Associazioni a 5.305 test. La **Tabella 1.3.1** evidenzia la numerosità della casistica dei test somministrati da ciascuna Associazione.

Tabella 1.3.1
Distribuzione dei test effettuati in relazione all'Associazione che li ha eseguiti e al tipo di test

| Associazione/Ente | N soggetti testati | Tamponi COVID | Pungidito HBV | Pungidito HCV | Totale test somministrati |
|-------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| ANELLI MANCANTI | 146 | 121 | 138 | 139 | 398 |
| STENONE | 333 | 319 | 348 | 347 | 1.014 |
| MEDU/CAT | 169 | 20 | 112 | 170 | 302 |
| MASVE - UNIFI | 1.185 | 466 | 1.227 | 1.229 | 2.922 |
| CRI di Firenze | 627 | 612 | 0 | 57 | 669 |
| Totale | 2.460 | 1.538 | 1.825 | 1.942 | 5.305 |

I soggetti sottoposti una sola volta ad almeno un test sono 2.349, mentre 106 sono stati sottoposti 2 volte ai test e 6 per tre volte.

Dei 2.460 individui partecipanti: 817 (33,2%) sono donne (età media 42,8), 1.632 (66,3%) sono uomini (età media 37,4), 5 (0,2%) non si sentono identificati in uno dei due sessi, mentre per 6 (0,2%) individui questa informazione non è stata rilevata.

Tra i partecipanti, 553 sono rifugiati di guerra ucraini, perlopiù donne (68%), che non erano previsti nella popolazione target iniziale del progetto. I contatti e la somministrazione dei test agli ucraini sono stati effettuati prevalentemente dalla Croce Rossa italiana di Firenze (CRI) e, in quota minore, dagli operatori dell’Ambulatorio MASVE dell’Università di Firenze. Data la natura specifica di questo gruppo, legata ad una contingenza internazionale sopravvenuta a progetto in corso e che non condivideva le condizioni di grave marginalità abitativa e sociale della popolazione di SECONDI, le informazioni relative ai soggetti ucraini non sono state considerate in analisi.

Dopo esclusione dei 553 ucraini, il totale dei soggetti sottoposti ad almeno uno dei tre test sono risultati 1.907, in maggioranza uomini (76,5%), mentre le donne rappresentano solo un quarto del totale (23,2%). Lo 0,3% afferma di non sentirsi identificato in nessuno dei due generi ed in 5 casi il dato sul genere non è stato raccolto (Tabella 1.3. 2).

Tabella 1.3.2
Genere dei partecipanti al progetto

| SESSO | N | % |
|---|-------|-------|
| Femmine | 441 | 23,2 |
| Maschi | 1.456 | 76,5 |
| Non si sente identificato in nessuno dei due generi | 5 | 0,3 |
| Totale (escluso i missing) | 1.902 | 100,0 |
| Dato non disponibile (missing) | 5 | 0,3 |

Come atteso sulla base della popolazione target del progetto, le fasce di età maggiormente rappresentate sono quelle dei giovani adulti (26-35 anni: 29,5%; 18-25 anni: 23,1%; 36-45 anni: 17,6%), seguite dagli adulti in piena età lavorativa (46-54 anni: 12,7%) (Tabella 1.3.3).

Tabella 1.3.3
Fasce di età dei partecipanti

| ETA' | N | % |
|----------------------------|-------|-------|
| Under 18 | 16 | 0,9 |
| 18-25 | 427 | 23,1 |
| 26-35 | 547 | 29,5 |
| 36-45 | 326 | 17,6 |
| 46-54 | 235 | 12,7 |
| 55-64 | 173 | 9,3 |
| Over 65 | 128 | 6,9 |
| Totale (escluso i missing) | 1.852 | 100,0 |
| Dato non disponibile | 55 | 2,9 |

Rispetto alla nazionalità, 359 (19,1%) sono italiani, mentre la maggioranza assoluta è costituita da stranieri (1.519) (80,8%). Per 33 soggetti non è stato possibile conoscere la cittadinanza (Tabella 1.3.4).

Tabella 1.3.4
Cittadinanza dei partecipanti

| CITTADINANZA | N | % |
|----------------------------|-------|-------|
| Italiani | 359 | 19,1 |
| Stranieri | 1.515 | 80,8 |
| Totale (escluso i missing) | 1.874 | 100,0 |
| Dato non disponibile | 33 | 1,7 |

Considerando l'area geografica di provenienza, la quota maggiore è rappresentata dagli italiani (19,2%) e dalla popolazione del continente africano, con il 19,2% proveniente dall'Africa del Nord (Maghreb¹: 12,6%; restante Nord Africa: 6,6%) e un altro 18,4% dall'Africa Subsahariana. Dall'Asia, invece, proviene il 25,6% della popolazione testata, prevalentemente dalle regioni del Bengala² (12,4%) e Pakistan/Afghanistan (9,7%) (Tabella 1.3.5).

Tabella 1.3.5
Area geografica di provenienza dei partecipanti

| AREA GEOGRAFICA | N | % |
|--|-------|-------|
| Africa Subsahariana | 345 | 18,4 |
| Maghreb ¹ | 237 | 12,6 |
| Restante Africa del Nord | 124 | 6,6 |
| Asia (escluso Pakistan/Afghanistan/Bangladesh) | 65 | 3,5 |
| Pakistan/Afghanistan | 181 | 9,7 |
| Bengala ² | 232 | 12,4 |
| America | 178 | 9,5 |
| Regione europea OMS ³ | 153 | 8,2 |
| Italiani | 359 | 19,2 |
| Totale (esclusi i missing) | 1.874 | 100,0 |
| Dato non disponibile | 33 | 1,7 |

1 Maghreb: Marocco, Algeria, Tunisia, Libia e Mauritania.

2 Bengala: Bangladesh e Stato Federale del Bengala Occidentale.

3 Regione europea OMS: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Bielorussia, Belgio, Bosnia e Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Israele, Italia, Kazakistan, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Monaco, Montenegro, Paesi Bassi, Nord Macedonia, Norvegia, Polonia, Portogallo, Moldavia, Romania, Federazione Russa, San Marino, Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tajikistan, Turchia, Turkmenistan, Ucraina, Regno Unito, Uzbekistan. <https://www.who.int/countries/>

Oltre la metà degli stranieri dichiara di essere in Italia da non molto tempo: il 38,4% da meno di 6 mesi, il 26,8% da meno di 6 anni (Tabella 1.3.6).

Tabella 1.3.6
Stranieri – Tempo di presenza in Italia

| DA QUANTI MESI/ANNI È IN ITALIA | N | % |
|---------------------------------|-------|-------|
| 5 mesi o meno | 509 | 38,4 |
| 6 – 11 mesi | 108 | 8,2 |
| 1 – 5 anni | 246 | 18,6 |
| 6 – 10 anni | 142 | 10,7 |
| 11 - 20 anni | 151 | 11,4 |
| 21 - 30 anni | 121 | 9,1 |
| oltre 30 anni | 47 | 3,6 |
| Totale (esclusi i missing) | 1.324 | 100,0 |
| Dato non disponibile | 191 | 12,6 |

La percentuale di intervistati che afferma di trovarsi in Italia da almeno 1 anno rappresenta il 53,3% e la conoscenza della lingua italiana è infatti risultata sufficiente o, addirittura, buona nel 51,8% della popolazione (Tabella 1.3.7). Comunque, per quasi il 13% dei partecipanti non è stato possibile rilevare questa informazione.

Tabella 1.3.7
Stranieri - Conoscenza dichiarata o rilevata dagli intervistatori della lingua italiana

| CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA | N | % |
|----------------------------------|-------|-------|
| Insufficiente | 634 | 48,1 |
| Sufficiente | 371 | 28,1 |
| Buona | 313 | 23,7 |
| Totale (esclusi i missing) | 1.318 | 100,0 |
| Dato non disponibile | 197 | 13,0 |

Rispetto alla condizione lavorativa, la maggior parte dichiara di non avere un'occupazione (76,4%), anche se sono 231 (12,1%) quelli per i quali l'informazione non è stata raccolta (Tabella 1.3.8).

Tabella 1.3.8
Stato occupazionale dei partecipanti

| ATTUALMENTE HA UN LAVORO? | N | % |
|----------------------------|-------|------|
| No | 1.281 | 76,4 |
| Sì | 395 | 23,6 |
| Totale (esclusi i missing) | 1.676 | 100 |
| Dato non disponibile | 231 | 12,1 |

Rispetto al luogo principale in cui vive, la metà delle persone coinvolte (51,4%) si trova in un centro di accoglienza, mentre il 25,9% dichiara di abitare in casa con altre persone, rispetto alle quali non è specificato se con i propri familiari o anche con altre persone. In 209 (11,9%) affermano di essere attualmente senza fissa dimora. L'1,3% degli intervistati dichiara di occupare una casa abusivamente; il 9,1% invece non specifica dove vive (Tabella 1.3.9).

Tabella 1.3.9
Attuale dimora dei partecipanti

| DIMORA PRINCIPALE | N | % |
|--------------------------------|-------|-------|
| Centro di accoglienza | 901 | 51,4 |
| Casa con altre persone | 454 | 25,9 |
| Senza fissa dimora / su strada | 209 | 11,9 |
| Casa occupata | 22 | 1,3 |
| Altra sede | 159 | 9,1 |
| Totale (esclusi i missing) | 1.754 | 100,0 |
| Dato non disponibile | 153 | 8,0 |

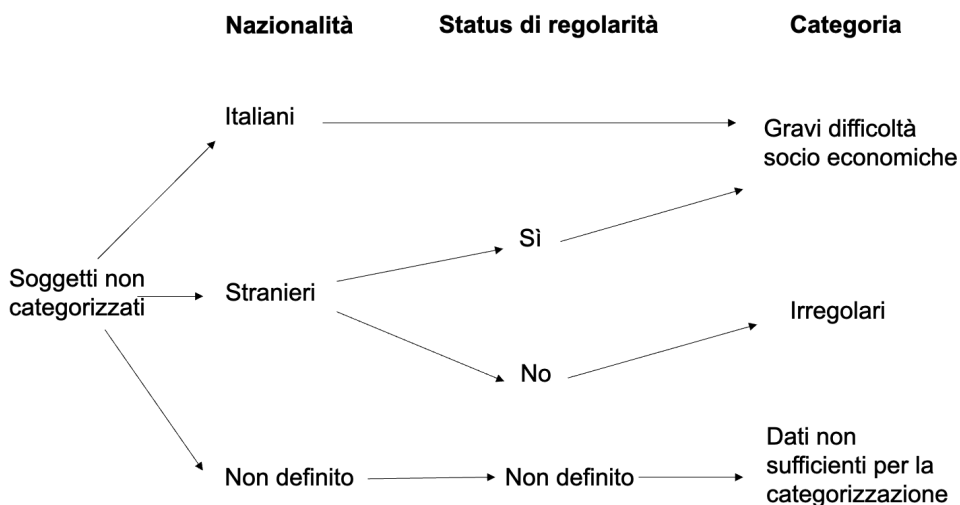
Rispetto alla tipologia dei soggetti che hanno partecipato al progetto, orientato soprattutto alla popolazione più marginale della società, si rileva che la categoria più rappresentata è quella dei soggetti in gravi difficoltà socio-economiche, che rappresenta il 42,8% del totale. Seguono per frequenza gli stranieri irregolari (36,4%) e i senza fissa dimora (10,6 %). I *sex workers* e i tossicodipendenti - categorie a maggiore rischio di malattie infettive – sono rappresentati in misura molto minore (1,8 % e 1,0%, rispettivamente). Ancora minore è la quota di soggetti con gravi problemi di salute mentale (0,4%) e Rom (0,5%). Riguardo a questi ultimi, probabilmente l'appartenenza ad un gruppo ben definito e con peculiari abitudini e tradizioni, gioca un ruolo importante nelle scelte individuali, anche di salute. Non a caso, infatti, tra i Rom che hanno aderito al progetto, nessuno vive in un “campo nomadi” (Tabella 1.3.10).

Tabella 1.3.10
Categorie dei partecipanti

| TIPOLOGIA PREVALENTE DEI SOGGETTI | N | % |
|--|--------------|--------------|
| Gravi difficoltà socio-economiche | 816 | 42,8 |
| Stranieri irregolari (senza permesso di soggiorno) | 695 | 36,4 |
| Senza fissa dimora | 203 | 10,6 |
| Dati non sufficienti per la categorizzazione | 120 | 6,3 |
| <i>Sex workers</i> | 35 | 1,8 |
| Tossicodipendenti | 20 | 1,0 |
| Rom | 10 | 0,5 |
| Soggetti con problemi di salute mentale | 8 | 0,4 |
| Totale | 1.907 | 100,0 |

Questa categorizzazione di soggetti è basata perlopiù sul giudizio dell'intervistatore, mentre in altri casi è stata ricostruita attraverso informazioni ricavate da altre domande, secondo l'albero decisionale mostrato in **Figura 1.3.1**.

Figura 1.3.1
Albero decisionale per la categorizzazione dei soggetti non tipizzati dall'intervistatore



Nel caso di soggetti che l'intervistatore aveva classificato in più categorie, è stata data la preferenza alla condizione ritenuta più critica, con priorità maggiore per la categoria di tossicodipendente, *sex worker* e problemi di salute mentale rispetto alle altre tipologie.

Gli italiani vulnerabili che hanno accettato il test sono soggetti con gravi difficoltà socio-economiche (N = 307) o senza fissa dimora (N = 41).

Gli stranieri rientrano perlopiù nella categoria degli irregolari (N= 695, di cui per 4 non è stato possibile ricavare il dato sulla cittadinanza nonostante l'accertata irregolarità); tra quelli con permesso di soggiorno (non irregolari), molti rientrano nella categoria delle gravi difficoltà socio-economiche (N= 509).

La maggior parte dei *sex workers* sono stranieri (N=30, l'85,7%), così come i tossicodipendenti (N=17%, l'85,0%). A 120 stranieri, date le scarse informazioni pervenute, non è stato possibile attribuire una categoria di appartenenza (Tabella 1.3.11).

Tabella 1.3.11
Tipologia degli intervistati e cittadinanza

| CATEGORIA INTERVISTATI | Italiani | | Stranieri | | Dato mancante (missing) | | Totale | |
|-----------------------------------|------------|-------------|--------------|-------------|-------------------------|------------|--------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Gravi difficoltà socio-economiche | 307 | 37,6 | 509 | 62,4 | - | - | 816 | 100,0 |
| Stranieri irregolari | 0 | 0,0 | 691 | 99,4 | 4 | 0,6 | 695 | 100,0 |
| Senza fissa dimora | 41 | 22,9 | 138 | 77,1 | 24 | 11,8 | 203 | 100,0 |
| Sex worker | 5 | 14,3 | 30 | 85,7 | - | - | 35 | 100,0 |
| Tossicodipendenti | 3 | 15,0 | 17 | 85,0 | - | - | 20 | 100,0 |
| Rom | 0 | 0,0 | 10 | 100,0 | - | - | 10 | 100,0 |
| Problemi di salute mentale | 3 | 37,5 | 5 | 62,5 | - | - | 8 | 100,0 |
| Dato non utilizzabile | 0 | 0,0 | 115 | 100,0 | 5 | 4,2 | 120 | 100,0 |
| TOTALE | 359 | 19,1 | 1.515 | 79,4 | 33 | 1,7 | 1.907 | 100,0 |

Analizzando le variabili disponibili, per quanto la numerosità della casistica sia spesso modesta, è possibile tracciare un profilo più dettagliato delle singole categorie di soggetti. In particolare:

- **Sex Workers** – Quelli che hanno aderito al progetto sono in totale 35 (di cui 5 italiani), contattati prevalentemente in strada (88,6%). La categoria è costituita in maggioranza da donne (82,9%), mentre l'11,4% ha preferito non dichiarare il proprio genere. La fascia di età più rappresentata è quella dei 26-35 anni (48,6%) seguita da 36-45 anni (28,6%). Per la maggior parte (82,9%) non è stato possibile rilevare il livello di istruzione.

Il 23,3% dichiara di essere in Italia da almeno 6 anni, ma per più della metà del totale (63,3%) questa informazione non è stata rilevata. La conoscenza della lingua italiana è tuttavia sufficiente per buona parte di loro (63,3%), mentre il livello di istruzione è per la maggior parte (82,9%) sconosciuto.

Questa categoria di popolazione, che in prevalenza non dichiara il luogo prevalente dove dimora (missing: 37,1%; vive in altra sede: 31,4%), è particolarmente a rischio di contrarre patologie infettive o di un aggravamento di queste. Alla luce della loro professione, è rimarchevole che l'82,9% afferma di avere abitualmente rapporti sessuali non protetti. Dei 35, solo 8 hanno risposto a domande relative al loro stato di salute e ben 7 su 8 (87,5%) dichiarano di avere l'HIV, infezione che provoca un progressivo indebolimento del sistema immunitario, aumentando il rischio sia di tumori che di altre malattie infettive. Non sono citate invece altre patologie infettive o croniche.

- **Tossicodipendenti** – Quelli che hanno aderito sono 20: 11 donne e 9 uomini, di età perlopiù compresa tra 26 e 35 anni (circa il 60%), di cui per l'assoluta maggioranza non è noto il livello di istruzione (85,0%). Anche con questi il contatto è avvenuto soprattutto in strada (70%). La maggior parte sono stranieri (17), molti dei quali (circa il 59%) hanno una sufficiente conoscenza della lingua italiana, sebbene solo il 18% abbia dichiarato da quanto tempo è presente nel Paese (tutti più di 5 anni). Per quasi il 65% non si conosce l'attuale dimora, mentre circa il 30% afferma di vivere per strada. Nonostante la categoria possa essere a buona ragione considerata ad alto rischio di contrarre malattie infettive (oltre il 90% fa uso di droghe per via endovenosa o intra-nasale e circa il 35% dichiara di avere abitualmente rapporti sessuali non protetti), solo 3 soggetti hanno deciso di rispondere a domande relative allo stato di salute.
- **Senza fissa dimora** – Questi sono 203, in maggioranza uomini (91,0%) e stranieri (68,0%), contattati prevalentemente per strada (45,2%) o in sedi diverse da quelle delle Associazioni che li hanno contattati (39,6%). Le fasce di età maggiormente rappresentate sono le centrali (26-35 anni: 22,7%; 36-45 anni: 22,7; 46-54 anni: 21,5%; 55-64 anni: 18,0%), mentre quelle estreme (giovani 18-25 anni e over 65) raggiungono insieme quasi il 15%. Interessante è il rilievo che quasi la metà (45,6%) ha un diploma di scuola superiore o una laurea. Il 71,0% degli stranieri senza fissa dimora dichiara di essere in Italia da almeno 6 anni: la conoscenza della lingua italiana è infatti per lo più buona (45,9%) o sufficiente (38,5%). Nonostante una quota non trascurabile di intervistati dichiarati noti fattori di rischio per la trasmissione di malattie infettive (uso di droghe per via endovenosa o intra-nasale: 24,2%; abituali rapporti sessuali non protetti: 32,1%) e una situazione di promiscuità determinata dalla mancanza di un domicilio stabile (dimora su strada: 92,6%), non si riscontra un'elevata percentuale di dichiarazioni di essere affetti da malattie infettive (9,8%). Invece è più rilevante la quota

di alcune delle patologie che richiedono un trattamento cronico (diabete: 36,6%; epatopatie: 26,8%; disturbi mentali: 17,1%; malattie respiratorie croniche: 14,6%; malattie cardiache: 14,6%) e che la condizione di senza fissa dimora certamente è di ostacolo per la presa in carico dai servizi sanitari.

- **Gravi difficoltà socio-economiche** – I soggetti in questa categoria sono 816, più frequentemente contattati in sedi diverse da quelle delle Associazioni (72,2%). Sono in prevalenza uomini (67,7%), distribuiti pressoché equamente tra tutte le classi di età, con una percentuale leggermente più alta per il gruppo 26-35 anni (26,2%) ed un livello di scolarità mediamente elevato (diploma di scuola superiore o laurea nel 47,9%). Sono in maggioranza stranieri (62,4%), con un livello di conoscenza della lingua italiana perlopiù buono (36,8%) o sufficiente (37,2%). Vivono più frequentemente in casa con altre persone (42,1%) o in centri di accoglienza (41,7%). Tra le patologie indagate, si rileva una quota non trascurabile (15,5%) che dichiara disturbi mentali e percentuali un poco più alte per alcune patologie croniche (ipertensione: 34,0%; diabete: 27,3%; malattie cardiache: 21,6%; malattie respiratorie croniche: 13,9%), per le quali la condizione di disagio socio-economico potrebbe ostacolare una corretta gestione terapeutica.
- **Stranieri irregolari** – Sono 695, privi di Permesso di Soggiorno o altro documento che ne attesti la regolarità, contattati prevalentemente in sedi non specificate (84,0%). Sono perlopiù di età compresa tra i 18 e i 35 anni (75,0 %), ma con una piccola quota di minori (2%). Vivono soprattutto in centri di accoglienza (82,6%) e sono in assoluta maggioranza uomini (88,4%). Quasi la metà degli intervistati (45,0%) è diplomata o laureata. Il 90% dichiara di essere in Italia da meno di 6 anni (il 69,0% da meno di 6 mesi) e, infatti, la conoscenza della lingua è per la maggior parte di loro insufficiente (76,4%). Solo per 68 su 695 è stato possibile raccogliere informazioni relative allo stato di salute. Tra questi, 14 (20,6%) dichiarano di avere avuto la malaria arrivando dall’Africa, più nello specifico quasi tutti dall’Africa Subsahariana (13 soggetti su 14). Rispetto alle altre patologie di cui è stato possibile raccogliere informazioni, si registrano percentuali non trascurabili per diabete (16,2%), malattie cardiache (16,2%) e disturbi mentali (11,8%).

1.3.2 I RISULTATI SUI TEST DI SCREENING

Tra i 2.460 partecipanti allo studio (compresi i 553 ucraini), 1.379 hanno dichiarato di essere stati vaccinati contro COVID-19 (circa il 62,0% dei maschi è vaccinato contro il 43,8% delle femmine).

Considerando i test di screening, tra i 2.460 partecipanti allo studio, 1.538 si sono sottoposti al tampone nasale rapido per SARS-CoV-2, 1.825 al test pungidito per HBV e 1.942 a quello per HCV. La **Tabella 1.3.12** mostra il dettaglio dei test effettuati da ciascuna Associazione, per tipologia di test e relativo risultato.

Tabella 1.3.12
Distribuzione dei test effettuati da ciascuna Associazione, tipo di test e risultato del test

| Associazione | N soggetti testati | COVID | | HBV | | HCV | |
|--------------------|--------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | | Test | Positivi | Test | Positivi | Test | Positivi |
| ANELLI MANCANTI | 146 | 121 | 3 | 138 | 2 | 139 | 4 |
| STENONE | 333 | 319 | 3 | 348 | 5 | 347 | 9 |
| MEDU/CAT | 169 | 20 | 0 | 112 | 2 | 170 | 3 |
| MASVE | 1.185 | 466 | 5 | 1.227 | 49 | 1.229 | 32 |
| CRI | 627 | 612 | 0 | 0 | 0 | 57 | 0 |
| TOTALE | 2.460 | 1.538 | 11 | 1.825 | 58 | 1.942 | 48 |
| Tasso positività % | | | 0,7 | | 3,2 | | 2,5 |

I positivi a SARS-CoV-2 sono risultati 11, tutti poi posti in isolamento in Alberghi sanitari o in Albergo popolare o in isolamento fiduciario in casa.

Il test pungidito per HBV ha avuto esito positivo in 58 casi (3,2%) e quello per HCV in 48 (2,5%), con relativa indicazione a sottoporsi ad ulteriori accertamenti ed eventuali cure presso l'Ambulatorio MASVE dell'AOU di Careggi. Due soggetti sono risultati positivi sia al test pungidito per HBV che a quello per HCV. I soggetti persi al follow-up sono stati 24 per il test pungidito HBV e 29 per quello HCV.

Tra i persi al follow up, 18 sono italiani, quasi tutti di età compresa tra 46-64 anni.

Analizzando le caratteristiche dei 104 soggetti con test pungidito positivo per HBV e/o HCV, i positivi sono risultati essere in maggioranza maschi (n=94, 93,1%) e stranieri (n=75, 72,1%), il dato ricalca la composizione del campione dei partecipanti. Per due soggetti, non è disponibile il dato relativo alla nazionalità.

Tra gli italiani con test pungidito positivo (n=27, 25,9%), le fasce di età maggiormente rappresentate sono quella tra i 46-54 anni (40,7%) e i 55-64 anni (25,9%). Al contrario, negli stranieri ad essere maggiormente interessati sono i giovani tra i 18 e i 35 anni (61,3%), in particolare quelli provenienti dall'Africa Subsahariana, che da soli costituiscono quasi un terzo degli stranieri risultati positivi. La diversa distribuzione per età dei positivi a HCV/HBV tra stranieri ed italiani è coerente ai diversi livelli socio-sanitari delle aree geografiche di provenienza dei soggetti.

Considerando le altre variabili prese in esame durante la descrizione del campione analizzato, non si rilevano associazioni degne di nota tra queste e la positività ai test.

1.4 RISULTATI SUI PERCORSI CLINICI DEI SOGGETTI HBsAg E HCV POSITIVI

Il Centro interdipartimentale manifestazioni sistemiche da virus epatitici (MASVE) fu inizialmente costituito, nel 2003, come Centro dipartimentale del Dipartimento di medicina interna dell'Università di Firenze ed ha poi subito evoluzioni successive sino alla costituzione, nel 2016, del definitivo Centro interdipartimentale della stessa Università. Inoltre, nel 2018, in considerazione della consistente attività clinica svolta negli anni, ha preso vita anche il Centro di ricerca ed innovazione aziendale dell'AOU Careggi. Il Centro, seguendo un'impostazione internistica, ha come scopo una visione "olistica" delle malattie del fegato, che tiene cioè in considerazione anche l'inquadramento, cura e studio delle varie condizioni morbose non strettamente epatiche a loro associate. Queste manifestazioni extraepatiche trovano la loro manifestazione più evidente nelle patologie secondarie all'infezione da virus epatitici, da cui la definizione iniziale. In effetti, nel tempo, il Centro si è soprattutto dedicato alla vasta patologia secondaria all'infezione da virus dell'epatite C (HCV) e B (HBV), curando aspetti terapeutici innovativi, grazie sovente a trial nazionali ed internazionali anche registrativi. È inoltre risultato fra i centri regionali autorizzati alla prescrizione dei nuovi farmaci DAA (*Direct Acting Antiviral*) anti-HCV sin dalla loro introduzione e, per circa un decennio, nel gruppo di studio istituito dalla Regione Toscana per la gestione delle epatiti. Inoltre, il Centro, grazie ad una intensa e fruttuosa attività di ricerca, sia clinica che traslazionale, ha prodotto negli anni numerosi lavori scientifici pubblicati su prestigiose riviste internazionali.

Nell'ambito del progetto SECONDI, il centro MASVE ha svolto il ruolo di partner sia contribuendo alla realizzazione di attività di screening "sul campo" che occupandosi della presa in carico e della gestione clinica dei soggetti risultati positivi ai test rapidi per infezioni da virus dell'epatite B (HBV) e C (HCV) effettuati negli interventi delle Associazioni coinvolte in SECONDI. Lo studio ha anche incluso un diretto collegamento alle cure ed un programma di informazione accurata sulle infezioni testate, le loro modalità di contagio, le possibili conseguenze patologiche e terapie rivolto sia agli utenti che al personale delle sedi dello screening. L'importanza per la salute pubblica delle infezioni oggetto dello screening sono riportate nell'ultimo rapporto dell'OMS del 2022 (*Global Hepatitis Report*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>) secondo cui oltre 304 milioni di persone in tutto il mondo vivono con una infezione HBV e/o HCV, esponendo in tal modo un numero elevato di soggetti al rischio di sviluppare una malattia epatica cronica e progressiva che può esitare in cirrosi e/o in carcinoma epatocellulare. Tale tumore rappresenta ancora oggi la terza causa di morte per malattia oncologica in tutto il mondo, con un numero di diagnosi ancora in crescita.

RISULTATI DELLO STUDIO SECONDI

Nel corso del progetto SECONDI 1.825 persone si sono sottoposte al test rapido per la determinazione dell'HBsAg e 1.942 al test per rilevare gli anticorpi anti-HCV. I dati relativi alla percentuale dei positivi, al sesso e all'età media sono riportati nella **Tabella 1.4.1**.

Tabella 1.4.1

Caratteristiche dei soggetti che hanno aderito alla proposta dei test da parte del personale del Centro MASVE e che sono risultati positivi all'HBsAg e agli anti-HCV

| | Soggetti testati | Positivi n (%) | Sesso M (%) - F (%) | Età media (DS) |
|----------|------------------|----------------|------------------------|----------------|
| HbsAg | 1.825 | 58 (3,2) | 56 (96,5) - 2 (3,4) | 31,7 (12,4) |
| Anti-HCV | 1.942 | 48 (2,5) | 42(87,5) - 6 (12,5) | 48,3 (12,0) |

Due soggetti hanno mostrato positività sia per l'HBsAg che per gli anti-HCV.

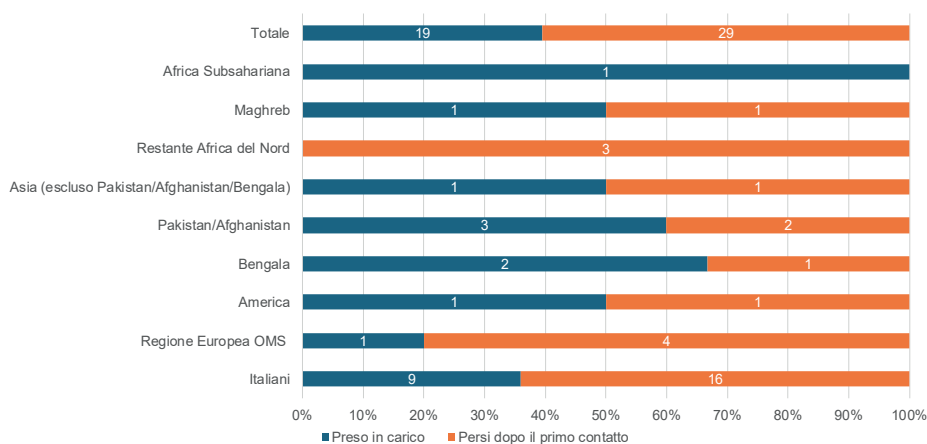
Rispetto a tutti i testati, i casi positivi per l'HBsAg sono risultati 58 (3,2%). Di questi, 47 (81,0%) sono stati accompagnati all'Ambulatorio MASVE di Careggi per gli approfondimenti clinici, mentre 11 (19,0 %) si sono persi nel percorso di presa in carico.

Dei 47 HBsAg positivi presi in carico dal Centro MASVE, 10 hanno iniziato un trattamento antivirale e 24 sono entrati in un programma di monitoraggio clinico senza terapia in quanto le condizioni cliniche e i parametri virologici non hanno richiesto un trattamento immediato. In totale quindi sono 34 (72,3%) i soggetti HBsAg positivi che sono stati presi in carico, mentre 13 (27,7%) non si sono presentati all'appuntamento per gli approfondimenti. Pertanto, sul totale dei 58 HBsAg positivi, sono 24 (41,3 %) quelli che non si sono presentati mai al MASVE (n.: 11) o che si sono presentati ma che non hanno poi proseguito il percorso clinico (n.: 13), perdendo l'opportunità di cure e approfondimenti clinici.-

Considerando l'attività del Centro MASVE come partner nella realizzazione dell'attività di screening, ed il totale dei soggetti risultati HBsAg positivi, nelle **Figura 1.4.1 e 1.4.2** sono riportate la provenienza e l'analisi dei fattori di rischio. Come è mostrato in **Figura 1.4.1**, i gruppi di popolazione più rappresentati sono quelli dai territori dell'Africa Subsahariana e dal Bangladesh, gruppi in cui anche la presa in carico è risultata piuttosto elevata.

Figura 1.4.1

Numero di soggetti HBsAg positivi, suddivisi per area geografica di provenienza – Sono indicati i soggetti presi in carico e quelli persi, durante la presa in carico o subito dopo il primo contatto



Analizzando invece i fattori di rischio e la storia clinica è da segnalare l'uso di droghe in 6 soggetti e rapporti sessuali non protetti in 15 (**Figura 1.4.2**).

I soggetti positivi al test per HCV sono risultati 48 (2,5%) fra tutti quelli testati. Di questi, 19 (39,6%) hanno svolto approfondimenti clinici al MASVE, mentre 29 (60,4 %) si sono persi prima degli approfondimenti.

La **Figura 1.4.3** riporta la provenienza geografica e il percorso di presa in carico dei 48 soggetti positivi al test per HCV. Come mostrato in **Figura 3**, il gruppo più rappresentato è quello dei soggetti nati in Italia. Non emergono particolari differenze in relazione al gruppo di popolazione e alla successiva presa in carico, anche se va evidenziato che gli italiani mostrano percentuali di adesione inferiori rispetto agli altri gruppi, specialmente in relazione alla loro numerosità. Considerando anche quanto visto in precedenza per i soggetti HBsAg positivi, tra i persi prima della presa in carico si evidenzia come quasi il 50% di questi sia di nazionalità italiana.

Figura 1.4.2
Fattori di rischio dei soggetti HBsAg-positivi intervistati

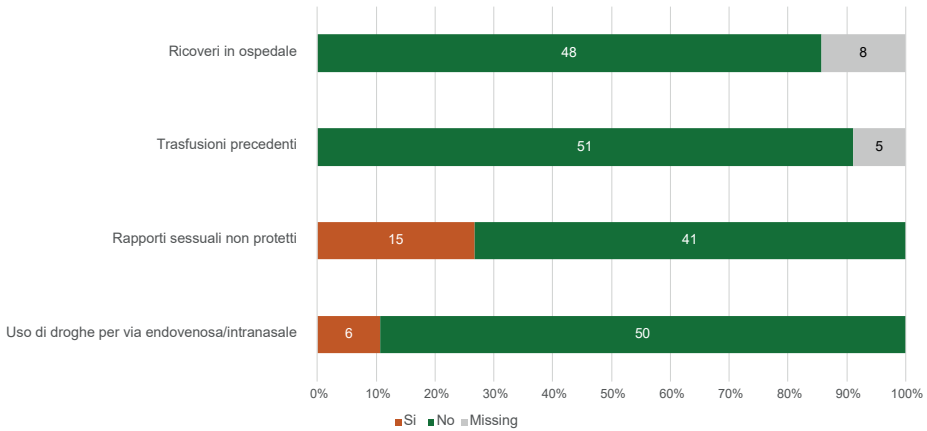
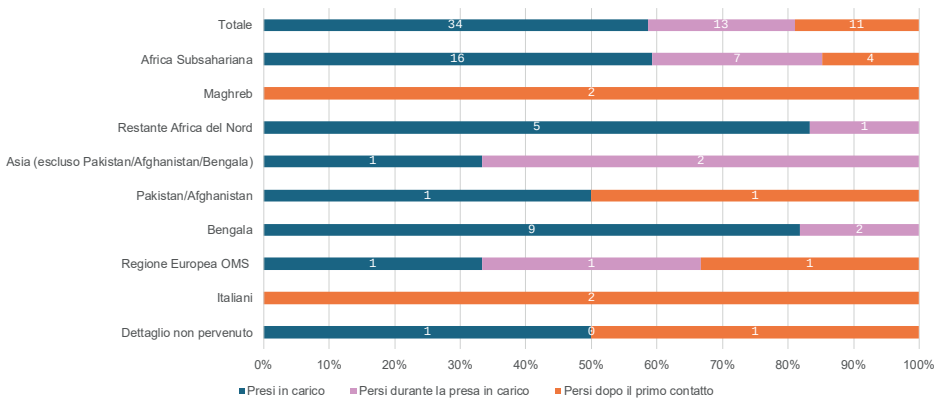
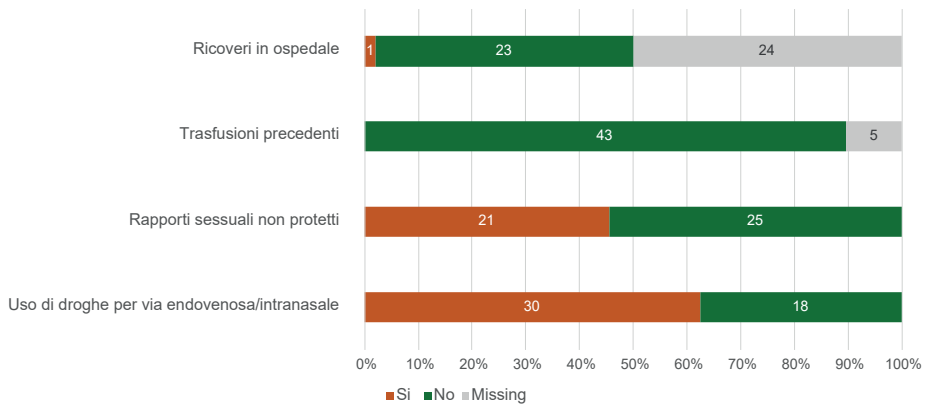


Figura 1.4.3
Soggetti Anti-HCV positivi suddivisi per area geografica di provenienza. Sono indicati i soggetti presi in carico e quelli persi dopo il primo contatto



Considerando invece i principali fattori di rischio, a differenza di quanto visto per i soggetti HBsAg positivi, tra i soggetti anti-HCV positivi si evidenziano percentuali non trascurabili di chi fa uso di droghe per via iniettiva (oltre il 60%) e di chi dichiara di avere avuto rapporti sessuali non protetti (Figura 1.4.4).

Figura 1.4.4
Fattori di rischio dei soggetti Anti-HCV positivi



Sempre riguardo i 48 soggetti anti-HCV positivi, nell'ottica del programma nazionale di screening varato nel 2021 [DGRT 1538/2022, art. 25 di D.L.n. 162/2019] ed interessante le coorti di nascita 1969-1989, i PWUD (*People Who Use Drugs* – persone che fanno uso di droghe) e i carcerati, è di particolare rilievo il fatto che oltre il 50% dei positivi ha un'età tra i 36 e i 54 anni, e che la fascia d'età più numerosa è quella tra 46 e 54 anni (31,1%).

Considerando i 19 soggetti (57,5%) presi in carico direttamente dal Centro, 8 soggetti viremici sono stati trattati e hanno raggiunto una risposta virologica sostenuta mentre altri 11 sono risultati HCV-RNA negativi per precedenti trattamenti.

In totale, ci sono 104 soggetti con almeno un test positivo: 58 sono risultati positivi per l'HBsAg e 48 per gli anti-HCV (due risultano contemporaneamente positivi per l'HBsAg e gli anti-HCV). Di questi, circa il 50% è stato preso in carico dal centro MASVE, mentre altri 21(20%) pazienti sono stati poi riferiti presso ambulatori di centri prossimi alle sedi di screening (Unità di Malattie infettive dell'Ospedale San Jacopo di Pistoia e di Prato ed Unità di Gastroenterologia dell'Ospedale di Empoli), allo scopo di favorire la compliance dei pazienti stessi. -

Il presente studio prospettico si è basato su strategie di test gratuiti presso sedi frequentate dalla popolazione marginale oggetto dell'indagine.

I risultati di tali screening hanno mostrato una prevalenza di HBsAg superiore di oltre 6 volte rispetto agli ultimi dati nazionali (3,2% vs 0,5%) secondo le stime del *Global Hepatitis Report 2024* dell'OMS (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>), ed una prevalenza di anti-HCV superiore di quasi 4 volte rispetto a quella rilevata nella popolazione generale italiana (2,5% vs 0,7%).

Il dato più allarmante è risultato la giovane età, soprattutto per gli HBV positivi, che provenivano prevalentemente da Paesi in cui la compliance vaccinale è bassa; pertanto, la provenienza geografica è risultata il principale fattore di rischio per il sottogruppo dei soggetti HBsAg positivi.

Anche per quanto riguarda l'HCV, seppur in proporzione minore, l'età media è risultata inferiore a quella riportata dai dati nazionali. In particolare, l'elevata prevalenza (oltre il 50%) dei nati tra il '69 e l'89 e di PWUD (oltre il 60%) suggerisce che la strategia di screening utilizzata sia di speciale supporto alle più recenti strategie nazionali.

Appare di particolare interesse inoltre il fatto che il tasso di linkage-to-care dell'insieme dei soggetti screenati dal Centro MASVE e poi presi in carico (dallo stesso Centro o da altri più prossimi alle sedi di screening e debitamente informati), è risultato del 70%, cosa che rappresenta un notevole successo rispetto a studi simili condotti su setting marginali e che spesso prevedevano un compenso per l'adesione o per presentarsi all'appuntamento in clinica (Gelbert L. et al, Public Health Rep. 2012).

Nel complesso, i dati risultanti suggeriscono fortemente che l'implementazione di questa strategia di screening possa risultare preziosa nello sforzo di raggiungere gli obiettivi dell'OMS, in quanto in grado di rivelare "sacche" residue di infezione da HCV, oltre a venire incontro alla necessità di combattere il grosso problema delle disuguaglianze nella salute.

1.5 LO STUDIO QUALITATIVO

Oltre a monitorare con test sierologici rapidi la diffusione dei virus Sars-Cov2, HCV e HBV in cittadini immigrati in stato di “irregolarità” e in soggetti marginali che sfuggono ai servizi del sistema sanitario regionale (senza fissa dimora, tossicodipendenti in stato di marginalità sociale, rom, *sex workers* di strada), il progetto ha previsto anche di indagare gli effetti socio-economici, sanitari e di vita quotidiana che il virus COVID-19 e le azioni preventive e curative intraprese hanno avuto sulla popolazione marginale attraverso la narrazione del loro vissuto.

Rilevanti impatti economici, sociali e sanitari infatti sono stati evidenziati in letteratura a causa dell'emergenza pandemica anche tra gli stranieri, ma non tra gli irregolari ed i marginali [1].

Per fare questo si è reso necessario rivolgersi alla rete di associazioni di volontariato in contatto nell'area metropolitana toscana con i soggetti immigrati, vulnerabili e marginali, verso cui esercitano assistenza sanitaria e sostegno con i loro servizi territoriali e unità di strada.

1.5.1 L'INDAGINE

Obiettivi

Come già anticipato in premessa, questo studio si pone il principale obiettivo di indagare gli effetti socio-economici e sanitari che il virus COVID-19 e le azioni preventive e curative intraprese hanno avuto sulla popolazione immigrata e marginale attraverso la narrazione del loro vissuto.

L'obiettivo secondario cui questa parte del progetto mira è favorire, grazie anche alle caratteristiche interazionali proprie della metodologia qualitativa, una riflessione e una consapevolezza “responsabile” tra gli intervistati, migranti e autoctoni (gli italiani partecipanti sono stati 4), dei punti di forza e di debolezza del sistema sanitario.

Metodologia

Il metodo di analisi utilizzato si rifa ai principi della *Grounded Theory* (GT), che vuole descrivere i fenomeni sociali ed i processi di cambiamento che li caratterizzano nel tempo indagando le loro caratteristiche, condizioni, cause e integrandole in una teoria fondata appunto sui dati raccolti (grounded) in quanto espressione della rappresentazione che gli intervistati fanno della realtà circostante [2].

La numerosità campionaria viene definita in base al criterio del raggiungimento della soglia di “saturazione” delle categorie concettuali, che si ritiene superata quando il ricercatore reputa che l'utilità marginale di un ulteriore contributo proveniente dal setting di ricerca sia pressoché nulla.

Strumento d'indagine

L'indagine è stata svolta mediante interviste semi-strutturate, cioè una traccia di argomenti che l'intervistatore deve esplorare, ma senza un ordine rigido predeterminato. Questo strumento è privilegiato quando si vuole dare libertà di espressione all'intervistato, favorendo l'emersione di inattese chiavi di lettura di un fenomeno, ma anche la sua riflessione sui temi indagati, facilitata dalla modalità interattiva dell'intervista [3].

Le interviste sono state audio registrate e trascritte *verbatim* garantendo l'anonimato dell'intervistato.

L'intervista prevedeva di indagare le seguenti aree:

- Condizioni di vita prima, durante e immediatamente dopo la pandemia
- Impatto della COVID-19:
 - sul lavoro
 - sulla condizione abitativa
 - sulle relazioni
 - sulla dipendenza da sostanze
- Conoscenza e atteggiamento delle regole per il contenimento della diffusione del virus
- Comprensione e accesso alle informazioni sulla diffusione del virus
- Percezione del rischio
- Accesso ai servizi sanitari
- Percezione ed esperienza di vaccino e Green pass
- Ruolo del Terzo settore
- Epatite

Le interviste sono state effettuate da operatori dell'Associazione Anelli Mancanti. Le intervistatrici sono state individuate tra coloro che avevano una formazione professionale in campo umanistico con esperienza lavorativa nell'area del supporto psicologico e psicoterapeutico. Le intervistatrici hanno partecipato a due incontri formativi preparatori, dove sono state condivise le basi della metodologia qualitativa e dell'intervista. Gli incontri sono stati occasione per condividere gli obiettivi del progetto e discutere insieme la traccia di intervista, facendo emergere le aree di interesse da indagare e le strategie utilizzabili per formulare opportunamente le domande rispetto al target.

Il target scelto dal progetto sono stranieri irregolari e soggetti in condizioni di marginalità sociale ed abitativa che si trovano nell'area metropolitana fiorentina; in particolare le seguenti tipologie di popolazione rientrati nell'indagine sono:

1. stranieri regolari che non accedono ai servizi sanitari
2. stranieri irregolari
3. occupante edifici
4. senza fissa dimora*
5. sex worker di strada
6. persone ai margini con problemi di dipendenze e/o psichiatrici
7. Rom

* persona che vive per strada anche se saltuariamente o al bisogno può avere un alloggio in struttura

La selezione del gruppo è stata effettuata dalla rete delle associazioni di volontariato dell'area metropolitana che si occupano quotidianamente di questo target e che, per l'intera durata del progetto, sono state guidate dall'AUSL Toscana Centro. In particolare questa attività è stata effettuata da: Centro interculturale regionale "Anelli Mancanti", CAT Cooperativa sociale, Croce Rossa italiana di Firenze (CRI), Medici per i Diritti umani (MEDU), Associazione Stenone.

Ogni Associazione, forte della conoscenza dei propri utenti, ha individuato le persone che potenzialmente potevano essere in grado di sostenere l'intervista. Nei giorni di erogazione del servizio o di uscita in strada degli operatori dell'associazione, qualora la persona fosse disponibile all'intervista, era chiesto alle intervistatrici di Anelli Mancanti di raggiungere l'intervistato. In genere l'intervista quindi si teneva in spazi dell'associazione selezionante (come Porte Aperte, il Centro Java o La Fenice)² o in luoghi pubblici all'aperto. Questa caratteristica organizzativa ha reso non sempre facile la realizzazione dell'intervista per ambienti non sempre adattati ai tempi e alle modalità di un colloquio riservato; tuttavia si è resa necessaria perché l'instabilità della condizione di vita di questa popolazione rende difficile la pianificazione e l'effettivo rispetto degli impegni. In 8 casi, prenotare l'intervista ha significato perderla, perché la persona non si è presentata. Per incentivare la partecipazione all'intervista è stato offerto un buono spesa.

La selezione è avvenuta tra marzo e ottobre 2022, in un arco di tempo che si è molto dilatato in massima parte per le difficoltà incontrate nell'individuare persone disponibili ad essere intervistate e in minima parte per le differenti tempistiche con cui le associazioni si sono attivate per individuare le persone da intervistare, aspetto che ha rallentato l'arruolamento e il raggiungimento di tutte le tipologie del target.

² Porte Aperte è un centro diurno a bassa soglia a Firenze con prevalenti contatti con tossicodipendenti stranieri con problemi di marginalità (oltre 170 in un anno), mentre il Centro JAVA a Firenze è un servizio a bassa soglia che offre informazioni a tossicodipendenti di strada (circa 500 utenti/anno). Entrambi sono gestiti dal 1995 ad oggi da CAT. La Fenice è un Centro diurno polivalente rivolto alle persone in condizione di grave deprivazione socio-economica presenti sul territorio del comune di Firenze.

L'Osservatorio qualità ed equità dell'Agenzia regionale di sanità (ARS), come responsabile scientifico della sezione qualitativa del progetto SECONDI, ha avuto il ruolo di pianificazione e coordinamento delle diverse attività. In particolare ARS si è occupata di gestire la relazioni con le Associazioni e l'agenda delle intervistatrici, facilitando il contatto tra le due parti; ha condotto la formazione metodologica per la esecuzione delle interviste, realizzato l'analisi qualitativa testuale e la redazione del presente report in partnership con l'Associazione Anelli Mancanti.

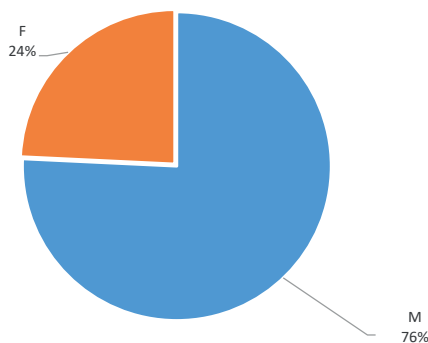
1.5.2 RISULTATI

Profilo anagrafico del gruppo in studio

33 persone, scelte consecutivamente tra quelle contattate per l'esecuzione dei test sierologici, hanno partecipato all'indagine accettando di essere intervistate.

Il gruppo in studio è costituito in minima parte da donne (24,2%); l'età media è di 37 anni e mezzo, con un range che va dai 18 ai 67 anni.

Figura 1.5.1
Distribuzione del gruppo in studio per genere di appartenenza



16 intervistati provengono dal Nord Africa, in particolare da Tunisia, Marocco, Gambia e Algeria; 3 dall'Asia, in particolare da Bangladesh e Afghanistan; 11 dall'Europa, Italia, Romania e Albania (non appartenente alla comunità europea). Dal Sud America infine provengono 3 persone.

Figura 1.5.2
Distribuzione del gruppo in studio per provenienza geografica

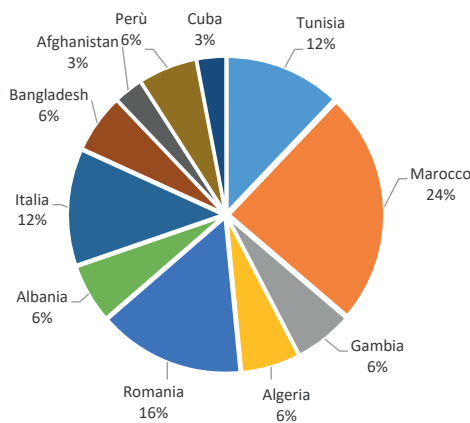
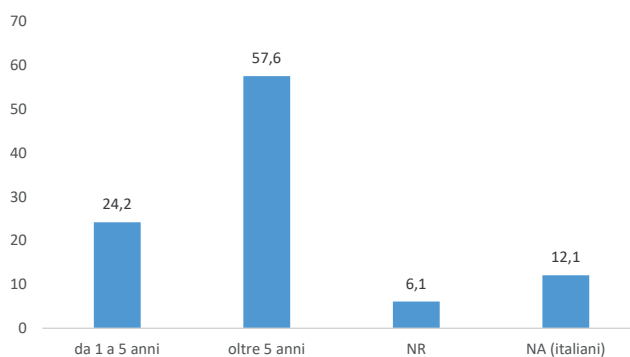


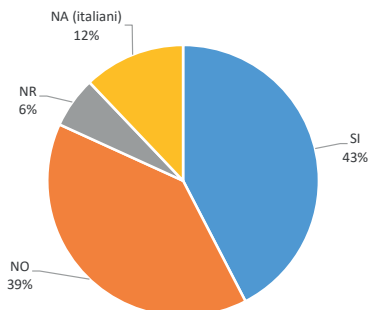
Figura 1.5.3
Distribuzione del gruppo in studio per range di anni di permanenza in Italia



Al momento dell'intervista la permanenza in Italia dei soli intervistati immigrati è compresa tra 1 e 33 anni. Dal grafico è chiaramente evidente che la maggior parte degli intervistati (quasi il 60%) si trova nel nostro paese da oltre 5 anni (13 persone da più di 10 anni).

14 immigrati dichiarano di essere in possesso di documenti identitari e regolare permesso di soggiorno, in 2 non rispondono al quesito (NR). I 4 italiani intervistati sono fatti rientrare nella categoria "non applicabile" (NA).

Figura 1.5.4
Percentuale dei partecipanti allo studio che dichiarano di possedere i documenti



Profilo vaccinale contro la COVID-19

Oltre l'80% degli intervistati ha avuto il vaccino anti COVID-19, il 36% dichiara di avere contratto il virus, ma il 30% non risponde a questo quesito. Quasi l'80% degli intervistati ha ricevuto il Green pass.

Figura 1.5.5
Percentuale dei partecipanti allo studio che dichiara di aver effettuato il vaccino contro la COVID-19

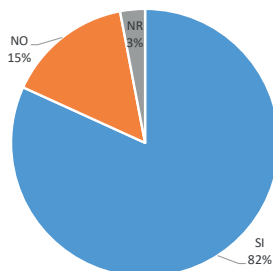


Figura 1.5.6
Percentuale dei partecipanti allo studio che dichiara di aver contratto il virus COVID-19

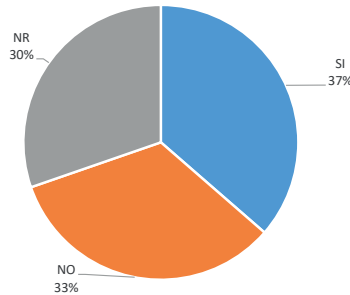
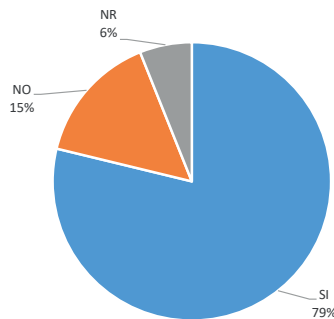


Figura 1.5.7
Percentuale dei partecipanti allo studio che dichiara di possedere il Green pass



Storia di vita

In “storia di vita” facciamo riferimento al background personale raccontato dagli intervistati; in questo paragrafo il profilo delle persone incontrate viene valutato con più attenzione per rispondere alla domanda sul perché e sul come le scelte compiute durante il corso della loro vita li abbiano portati verso una posizione di marginalità sociosanitaria. La categoria “storia di vita” ci permette dunque di guardare oltre la superficie, dentro l’ampio e composito “luogo” della marginalità, dando spessore al profilo degli intervistati.

Coerentemente con l’atteso, la maggior parte degli intervistati sono stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo, Africa, Asia e America Latina. Le loro storie si concentrano sui motivi della partenza: soprattutto la fuga dalla povertà e dalla criminalità, in cerca di riscatto per la propria vita e per quella dei familiari.

I motivi sono che non c'è lavoro, sono pochi soldi, poi dovevo aiutare la famiglia. È un problema, il Marocco è bello, ma non ci sono soldi, quello è il problema (...) (intervista 7, M, Marocco).

Per cambiare la vita, cercare soldi, in Marocco non c'è nulla, lavori per vivere e basta, non si vive tranquilli in Marocco. (intervista 14, M, Marocco)

L'ultimo anno l'Afghanistan è crollato per i talebani e sono venuto a lavorare in Italia con la mia famiglia. (intervista 12, M, Afghanistan)

Per migliorare perché in Perù, Lima è la capitale, c'è molta delinquenza, non possiamo stare per strada, non è sicuro. Mia mamma vive qui. (intervista 13, F, Perù)

Sono venuta dal Bangladesh per studiare e trovare un buon lavoro. Per un futuro migliore. Tante cose. (intervista 18, F, Bangladesh)

Io sono marocchino, aiuto la famiglia, la vita di là non è come qua... bisogna aiutare. (intervista 10, M, Marocco)

Per lavorare e per mandare soldi a mia mamma, a mio babbo, abito meglio che in Perù. (intervista 30, F, Perù)

In altre circostanze, alle ragioni economico-sociali della migrazione si associa lo spostamento per ricongiungimento familiare.

Mio marito era qui (dal Bangladesh), prima era a Roma. Io sono 4 anni che sto qui. Mio marito è stato 10 anni a Roma e poi si è trasferito a Firenze. (intervista 16, F, Bangladesh)

Io ho conosciuto mio ex marito a Cuba, io ricordo che lui mi aveva fatto una carta di invito, non conoscevo bene mio ex marito, ci siamo frequentati un anno, dopo ci siamo sposati, sono venuta qua e sono rimasta qua, è la mia seconda città. (intervista 9, F, Cuba)

Io e mio papà (siamo venuti qua) nel 2021 (...). Sono sposata, mio marito è in Bangladesh. Lui è rimasto lì e io sono venuta qua. Ho intenzione di stare qui e far venire lui. (intervista 18, F, Bangladesh).

Oltre alle condizioni collegate al contesto socio-economico di provenienza, ci sono motivazioni che sembrano frutto della giovane età, una scelta d'amore o il desiderio di esplorare nuove strade e fare di testa propria senza ascoltare gli adulti. Queste motivazioni evocano la somiglianza tra i giovani, a prescindere dalle differenze culturali e geografiche.

Quando uno è adolescente fa delle cose senza pensarci, vuol fare tante cose nello stesso tempo, anche sbagliate, non ascolta i consigli dei genitori, dei fratelli. (intervista 8, M, Marocco)

Io non avevo mai fantasia di uscire dal paese mio, mai pensato di venire in Italia e nessun paese del mondo, il sogno mio in quel tempo di adolescenza era mettere su casa, avere tre figli, questi sogni grandi... quando ho conosciuto mio marito (italiano) a Cuba era tutto un'altra persona, poi mi ha fatto vedere l'altra parte, l'altro film, all'inizio è andata ben, poi piano piano questo no, questo no, questo non lo puoi fare... (intervista 9, F, Cuba)

Nelle storie dei migranti emerge il tema della narrazione sulla migrazione in Italia, una narrazione parziale, che alimenta delle aspettative.

Vengo da un villaggio del Marocco dove ci sono tante persone che vivono in Toscana e la maggioranza a Firenze. C'è chi lavora onestamente e chi fa l'illegale. Ma questa cosa dell'illegale non mi entrava in mente. Avevo un'immagine di Firenze e dell'Europa che, se tu sai fare una cosa, ti mettono a lavorare. Non danno importanza ai documenti, mi hanno raccontato tante cose a cui ho dato importanza. Loro non parlano tanto di documenti, ma di lavoro in Italia, non ti raccontano come hanno lavorato, la procedura. Io pensavo che qui bastasse saper fare una cosa e lavorare. Io so parlare francese, inglese, tedesco, arabo, parlavo già un po' di italiano, avevo 21 anni, allora, ho detto, arrivo lì e trovo subito lavoro. (intervista 8, M, Marocco)

Ho amici qua Italia, parlano con me, io voglio andare in Italia; anche i miei amici, parlo con amici che erano qui in Italia, buono, hai tutto, sei protetto. (intervista 11, M, Marocco)

Nelle storie di migrazione emerge anche la difficoltà di tornare indietro, accettando il fallimento.

Quando ti dice "perché quando non hai trovato quello che volevi qui non sei tornato nel tuo paese?" Per orgoglio, c'è gente che è qui da 20-30 anni, uno dice che vale la pena continuare a provarci. (intervista 8, M, Marocco)

Nella condizione di marginalità si possono trovare anche persone che, pur partendo da un contesto di integrazione socio-economica iniziale, a causa di problemi di salute mentale aggravati da un evento che incrina la quotidianità, non riescono a ritrovare una collocazione sociale o faticano a mantenere una stabilità interiore e di comunità.

Mia suocera mi ha accolto molto bene e grazie a loro mi sono inserita, mi hanno insegnato a cucinare, a pulire, mi hanno insegnato la cultura di qua (...) Quando io mi separai nel 2013 ho scoperto, quando è andato via di casa, che mio marito era abusivo, mi mandavano via di casa, mi hanno mandato la lettera dovevo andare via di casa io e mia figliola in 15 giorni (...) ho cominciato una depressione (...) piano piano ho cominciato a trovare un lavoretto, ho cominciato a lavorare negli alberghi, dopo qualche ristorante e sono riuscita a sanare un debito che mio marito ha lasciato in quella casa di tanti soldi, 14 mila euro, dopo tanto tempo in questo lavoro mi hanno fatto il contratto a chiamata e ho avuto l'opportunità di avere il contratto indeterminato (...) ora mi sono presentata dal dottore perché ho avuto un attacco di panico, di ansia, esaurimento nervoso, giorni e giorni senza dormire perché eravamo pochi, solamente tutti a contratto indeterminato e non avevano assunto nessuno, quindi dovevamo lavorare solamente noi, allora arriva un momento in cui io dormivo, mi alzavo, dovevo andare al lavoro, tutta la notte col pensiero e non dormivo. (intervista 9, F, Cuba)

Quando sono finito per la strada non era per restarci, venivo fuori da una crisi molto depressiva. La mia crisi è nata quando ho perso il lavoro perché il mio compito era quello di istruire personale (ero tecnico di maglieria). A un certo punto hanno aperto il mercato cinese, la proposta era di andare in Cina a fare questo tipo di lavoro, ma io avevo già 55 anni ed era faticoso stare lontano dalla famiglia. Quindi sono rimasto in Italia, ma il lavoro si è spostato in Cina. Io avevo fatto due conti, fra la liquidazione e i due anni di cassa integrazione ce la facevo ad arrivare alla pensione, poi è arrivata la Fornero che ha cambiato tutte le regole e io sono crollato, sono diventato nervoso e violento in famiglia fino a quando mi hanno detto che così non si poteva andare avanti. Sono venuto via di casa nel 2016, perché vivevo male la mia condizione, l'intenzione mia era quella di suicidarmi e siccome nel mio

paese non ce la facevo perché mi conoscevano tutti, mi sono inventato un finto suicidio, che era un po' morire nella mia mente bacata di allora e quindi ho lasciato tutti documenti della macchina, ho messo una lettera dentro una busta con le chiavi della macchina e l'ho buttata nella buca delle lettere della caserma della finanza, sono venuto via piedi e mi sono fatto La Spezia – Pisa a piedi. Qui ho incontrato il popolo dei senzatetto che mi hanno insegnato a destreggiarmi per mangiare e ho cominciato a vivere da barbone, però con un certo rispetto verso la mia persona (intervista 6, M, Italia).

Sono divorziato dal 2007, non mi hanno lasciato stare con mia figlia, ho avuto problemi (alcolismo) per queste cose, non è come qui, è un'altra mentalità antica (in Romania). Sono stato anche male, ho anche bevuto in quel periodo per via di mia figlia, è stato un periodo difficile. (intervista 27, M, Romania)

Un tema ricorrente, che accomuna gli intervistati a prescindere dal loro paese di origine, è il viaggio. Nelle storie abbiamo incontrato il viaggio tipico della condizione migratoria, stimolato dal desiderio di raggiungere una condizione economico-sociale migliore. Le modalità di realizzazione del viaggio sono collegate al paese di provenienza e seguono percorsi legali e illegali (tratta mediterranea e balcanica), modalità quest'ultima che contribuisce a collocare e mantenere queste persone nella zona di ombra della marginalità.

Sono arrivato attraverso la Turchia, a piedi e in treno, ci ho messo sei mesi, prima Turchia poi Grecia, Albania, Montenegro, poi anche Norvegia. (intervista 19, M, Marocco)

Sono arrivato in Spagna e poi sono venuto qua col treno. (intervista 14, M, Marocco)

Sono arrivato dal Marocco in barca, due volte. (intervista 7, M, Marocco)

Dal Marocco in barca, in mare tre giorni. (intervista 11, M, Marocco)

Sono arrivata in Spagna attraverso Ceuta e poi sono venuta qua col treno. (intervista 13, F, Perù)

Il famoso viaggio passando dalla Libia, con la nave e con barca, sono partito da solo, ma è un viaggio che appena parti trovi sempre qualcuno, quindi amici che ci siamo conosciuti

per il viaggio e siamo rimasti in contatto. (intervista 21, M, Gambia)

Troviamo anche il viaggio per arrivare in Italia con modalità legali.

Io sono del Perù e sono da tre mesi a Firenze in Italia. Siamo arrivati a febbraio mio marito e io e due figli, la mattina abbiamo preso il volo e siamo arrivati la notte. (intervista 13, F, Perù)

Nelle storie incontriamo anche il viaggio come risposta psichico-comportamentale alla mancata capacità di affrontare/stare nella quotidianità.

Io è dal 2011 che giro. All'inizio sono fuggito da casa in macchina, la benzina mi è finita a La Spezia, sono stato lì 3 settimane. Una sera ho preso il treno per andare a Roma lasciando tutto, mi hanno svegliato a Campo di Marte e mi sono ritrovato a Firenze. A Firenze ho ricominciato da capo, tanto i miei era da quando ero andato via da casa che non sapevano dove ero. (intervista 6, M, Italia)

Faccio uno stile di vita un po' sbandato (...) nella mia prima vita ho vissuto con lo zaino e il sacco a pelo (...) Sono romano, ho vissuto a Roma per qualche anno, da Roma sono andato a Ladispoli. Finita l'estate ho detto, faccio pazzia, ho preso il primo treno che è passato dalla stazione di Ladispoli che mi ha portato a Pisa, la città più grande vicina era Firenze. Sono venuto a Firenze un anno e mezzo fa (...) ho cercato di indirizzare un po' la vita; però da qualche mese sono tornato al solito stile di vita (intervista 31, M, Italia)

Desiderio di cambiamento

In alcune interviste emergono alcuni desideri circa il proprio futuro, legati al miglioramento delle proprie condizioni di vita così come la scelta del paese in cui vivere.

Una buona parte degli intervistati ha manifestato il desiderio di rimanere in Italia.

Firenze mi ha incantato, sono molto innamorato di Firenze, la conosco molto bene, la mia ex ragazza diceva ai suoi amici: vi porto questo ragazzo marocchino che conosce Fi-

renze meglio dei fiorentini. Tantissimi amici e amiche. Da Firenze non vado via, e se mi mandano via scrivo un biglietto che tra un mese torno qui. In Marocco non ci torno. So che non posso ribellarmi alle leggi, ho provato tante volte a fare il permesso di soggiorno ma invano. Il fatto è che sei entrato in Italia irregolarmente. Ma da qui non vado via (Intervista 8, M, Marocco)

Voglio restare qua in Italia (Intervista 11, M, Marocco)

Qui a Firenze mi piace è tranquillo, piccolo... (Intervista 12, M, Afghanistan)

Qualcuno aggiunge che la volontà di rimanere dipende dalle pessime condizioni economiche del paese di origine e dalle discriminazioni presenti, che non permetterebbero un rientro sereno.

Ho pensato di tornare in Marocco ma lì non ho niente, che torno a fare? Chi mi prende a questa età? Almeno in Italia c'è un po' di speranza, non è come giù che non c'è una lira, una casa. Sì vero c'è la famiglia ma la casa non è mia, siamo in tanti, bisogna dividerla. (Intervista 4, M, Marocco)

Sì ho pensato di tornare, ma lì è peggio. Se uno vuole fare una famiglia e stare tranquillo, se torno in Tunisia non c'è niente da fare. Ormai qui sono abituato, sono 10 anni che sono qua, anche se sono senza documenti. (Intervista 5, M, Tunisia)

Magari trovare un lavoro qui, fare i documenti, in Marocco non c'è futuro. (Intervista 25, M, Marocco)

Per lavorare e per mandare soldi a mia mamma, a mio babbo, per stare meglio perché in Perù c'è troppa omofobia e discriminazione sessuale, per questo qui mi sento meglio, mi trattano molto bene, anche per la salute, abito meglio che in Peru, sono più tranquilla. (Intervista 30, F, Perù)

In altri casi viene sottolineata una mancanza di legame di appartenenza con il paese di origine.

Non sono mai tornato in Tunisia e nemmeno voglio tornare, sono cresciuto qua (...) In 35 anni non sono mai tornato, unico tunisino mai tornato al suo paese, perché dovrei tornare? (Intervista 26, M, Tunisia)

Altri invece considerano la possibilità di tornare al proprio paese di origine, nonostante le difficoltà legate al rilascio dei documenti necessari.

Il ritorno è un po' difficile perché devi organizzarti, devi pensare a tante cose, però mi piacerebbe tornare anche l'anno prossimo. Non so se sarà possibile o no; questa è la mia intenzione, poi vediamo come andrà da ora in poi. (Intervista 21, M, Gambia)

Mi piace stare qui, però spero mi facciano i documenti così posso andare al mio paese e anche tornare quando voglio. (Intervista 1, M, Tunisia)

C'è anche chi vorrebbe cambiare paese ma, dopo già diverse esperienze, riconosce la difficoltà di ricominciare da zero

È una vita che sono qua, cambiare è un casino, e tornare indietro lo stesso. Mi piacerebbe cambiare però è difficile. Io ho provato a stare in altri paesi europei, sono stato dappertutto, in Norvegia, Svizzera, Germania, paesi Scandinavi, però alla fine mi trovo qui. (Intervista 3, M, Algeria)

Infine in un caso viene evidenziata la necessità di trovare un lavoro per soddisfare il desiderio di partire verso altri paesi.

Io adesso comincio a percepire la disoccupazione che è un aiuto che mi serve, però non va bene, vorrei trovare un lavoro anche perché sono un po' particolare e mi sono stufato di stare qua, voglio fare due soldi e partire, Olanda, Francia. (Intervista 31, M, Italia)

Aree emerse dall'indagine

In questo paragrafo saranno descritte le aree tematiche emerse dall'analisi delle interviste e strettamente collegate all'impatto percepito dalla pandemia nella vita degli intervistati.

I tempi di realizzazione dell'intero progetto SECONDI si sono però dilatati, spostando la raccolta delle interviste ben oltre il primo periodo della pandemia e del lockdown; per certe informazioni quindi, i risultati, possono risultare datati, poiché ripercorrono punti di vista legati ad una fase ormai trascorsa. Resta comunque, a nostro avviso, un importante contributo, non tanto legato a comprendere una contingenza, ma le risorse e le strategie che questo target di popolazione ha potuto utilizzare in un contesto di estremo disagio, trasversale a tutta la popolazione.

Dall'analisi qualitativa delle interviste sono emerse 4 macro-categorie (quotidianità, salute, conoscenza e servizi) su cui la pandemia ha esercitato, in base a quanto riferito nelle narrazioni, un impatto più o meno importante; seguendo un modello a cascata, per ogni macro-categoria sono state estrapolate le relative sotto-categorie, cioè focus tematici trattati dagli intervistati per specificare (per quella specifica sotto-categoria) se e quanto la pandemia abbia creato un cambiamento e di quale tipo.

Sotto-aree

A) Quotidianità e COVID-19

- condizione abitativa
- condizione occupazionale e partecipazione scolastica
- percezione del proprio cambiamento o del cambiamento contestuale intorno al tema della dipendenza da sostanze
- percezione del proprio cambiamento o del cambiamento contestuale intorno al tema delle relazioni
- percezione del cambiamento nel tempo libero
- lockdown
- impatto di vita
- impatto sulla famiglia

B) Salute e COVID-19

- percezione generale della propria salute
- percezione del rischio connesso all'infezione da Sars-Cov2
- vaccino anti COVID-19
- Green pass
- epatite

C) Conoscenza della COVID-19

- livello di conoscenza del virus e delle regole
- atteggiamento verso le regole
- canali d'informazione

D) Servizi e COVID-19

- ricorso al servizio sanitario
- terzo settore
- albergo sanitario

1.5.3 QUOTIDIANITÀ E COVID-19

Nella quotidianità sono state indagate quelle dimensioni che caratterizzano la vita di ognuno a partire dagli elementi di base, quali il lavoro e la questione abitativa, fino agli elementi che migliorano la qualità di vita come le relazioni e il tempo libero, sottolineando l'impatto che la COVID-19 ha avuto su di essi.

Condizione abitativa

Nella condizione abitativa viene riportato il luogo in cui gli intervistati dichiarano di abitare al momento dell'intervista e se tale luogo ha subito mutamenti conseguenti alla pandemia o meno.

La condizione abitativa attuale riferita dal più ampio gruppo di intervistati è la strada.

Finora siamo qua in mezzo alla strada. (intervista 5, M, Tunisia)

Adesso purtroppo sto per strada. (intervista 2, M, Italia)

Io non ho casa, faccio una vita da clochard (intervista 31, M, Italia)

Facendo riferimento alla vita in strada però emergono esperienze diverse; c'è chi adotta la soluzione della casa occupata o dell'albergo popolare per la notte e chi infine passa l'intera giornata in strada.

a) La casa occupata

La casa occupata viene descritta come uno dei luoghi destinati a chi vive per strada, dove poter trovare un riparo, momentaneo o più duraturo.

Villa Monna Tessa è l'occupazione dove vivo (...) È un ambiente di quelli che stanno per strada (intervista 2, M, Italia)

Ma non è una casa, sai quelle case occupate? (intervista 4, M, Marocco)

*Questa è una casa abbandonata, è un'occupazione.
(intervista 5, M, Tunisia)*

Le case occupate sono ripari di fortuna, la cui permanenza nel tempo è instabile poiché essa dura finché le forze dell'ordine cacciano gli ospiti abusivi. Chi vive in una casa occupata sa di contravvenire alla legge, ma non trova una soluzione alternativa perché non ha le condizioni economiche che glielo consentono (o sono cambiate per motivi contingenti) o perché, si evince dalle interviste, questa condizione abitativa fa parte del suo *modus vivendi*.

A Villa Monna Tessa sono dovuto andare perché nel vecchio posto dove stavo io mi hanno buttato fuori (...) Era una casa abbandonata in ristrutturazione, però quando ci stavo io nessuno ha mai detto niente. Alla fine ci hanno visti, hanno chiamato la polizia e ci hanno fatto lo sgombero. (intervista 2, M, Italia)

Noi siamo fuorilegge dove abitiamo (intervista 4, M, Marocco)

Si ho sentito un po' per aiutarmi, o trovare una casa, ma non ho soldi per pagare l'affitto. Allora ho preso mia roba e sono andato in casa abbandonata. (intervista 25, M, Marocco)

L'alloggio è condiviso da molte persone, accomunate soltanto dalla condivisione dello spazio, senza legami reciproci, tranne in sporadiche occasioni.

Non sto dietro a chi c'è e chi va via, penso ci siano un centinaio di persone. Io sto lì per conto mio, dormo e basta (...) non conosco nessuno, a parte la mia amica che stava lì con me, ora è andata via. (intervista 2, M, Italia)

Questa condizione abitativa è difficoltosa, priva di comfort basilari, come acqua e luce.

Alla fine me lo aveva già detto qualcuno che c'era un posto a Monna Tessa, ma stavo già nell'altro posto dove perlomeno c'era la corrente (...) stare a Monna Tessa è un ambiente difficile e ti preoccupi del futuro. (intervista 2, M, Italia)

La casa dove stiamo è una casa abbandonata, non c'è acqua e luce, non c'è niente, se non vai a comprare l'acqua fuori per bere non ce l'hai. (intervista 4, M, Marocco)

Sono in casa abbandonata, senza luce, niente, soffrire troppo qui. (intervista 25, M, Marocco)

Negli anni della pandemia e dell'osservanza di regole sanitarie, la convivenza con tanti sconosciuti, senza legami e relazioni, rappresenta un ostacolo per la propria tranquillità e per l'osservanza delle regole.

Ci sono centinaia di persone, non ci sono regole (...) Meno male non l'abbiamo preso il COVID, anche se io metto la mascherina magari altri non la mettono, se ne fregano. (intervista 4, M, Marocco)

b) L'albergo popolare

L'albergo popolare è l'altra soluzione di riparo notturno indicata da chi vive in strada; questa soluzione rientra nell'offerta dei servizi sociali, ci si arriva per il contatto con le associazioni territoriali.

Ora abito albergo popolare, prima per la strada. (intervista 14, M, Marocco)

Abito in una struttura, abito con un'altra persona. (intervista 15, M, Algeria)

Io dormivo a Campo di Marte, fuori sotto una tettoia, vento, pioggia e neve. Bianca (CRI) mi diceva di andare all'albergo popolare e io gli dicevo che si stava meglio fuori. (intervista 28, M, Italia)

Tra i limiti riferiti circa l'albergo popolare come soluzione di riparo vi è l'accoglienza limitata alla notte, che significa stare per strada durante il resto del giorno.

Questa struttura dove dormo, è una struttura comunale con altre persone (...) di giorno la devo lasciare, quindi è un casino stare fuori tutto il giorno in giro. Poi il tempo non è che è bello, perché se è bello si può stare fuori. (intervista 3, M, Algeria)

La presenza in albergo popolare prevede il rispetto di regole di ingresso (riferite al controllo della salute durante gli anni pandemici) e di convivenza: per chi è abituato a vivere per strada e da solo, la coabitazione è riportata come un ostacolo di questa scelta.

Dormivo in una struttura e si facevano i tamponi per sicurezza. Mi hanno fatto il sierologico ed è uscito che ero positivo. Mi hanno fatto il tampone, positivo, e mi hanno mandato nell'albergo sanitario. (...) È un anno che sto in questo posto (struttura), prima ero da un'altra parte (...) è un casino (...) Ogni tanto trovano un positivo e ci portano tutti in quarantena. (intervista 3, M, Algeria)

Poi sono stato all'albergo popolare 15 giorni, al chiuso, fra chi russa, finestre chiuse, a chi puzzano i piedi, termosifoni caldissimi, ci dovevo stare 15 giorni, ma io ne ho fatti 12 e poi sono venuto via. (intervista 28, M, Italia)

c) La vita in strada

Infine c'è chi vive per strada per l'intera giornata; qui troviamo chi vive questa condizione da lungo tempo e quindi è riuscito a trovare una sua strutturazione e organizzazione, inserendosi anche all'interno del contesto sociale.

Sono 6 anni che vivo in strada, dormo in tenda sotto il portico della chiesa del Romito, ho il permesso del parroco, montiamo la tenda dopo l'ultima messa e la togliamo prima che aprano le messe del mattino. Stiamo lì solo la notte. (intervista 6, M, Italia)

Nel giardino dove vivo io se ci sono altre persone arrivano i vigili e li mandano via; per uno solo chiudono un occhio (...) Mi piace, qui si sta bene. (intervista 29, M, Romania)

C'è anche chi si è trovato più recentemente a perdere l'abitazione come conseguenza della pandemia e della perdita del lavoro. In questa ultima circostanza la condizione di senza dimora risulta più impervia perché ancora non sono conosciute le regole di vita in strada e manca l'integrazione nella comunità.

Ho perso il lavoro e ho perso la casa perché non avevo soldi per pagare l'affitto, e alla fine sono rimasto per strada; è quasi da un anno che dormo fuori (...) siccome dormivo fuori ho perso pure il telefono e alcune cose che mi hanno rubato mentre dormivo perché dormire fuori non è facile. (intervista 17, M, Albania)

d) La casa

Infine ci sono intervistati che hanno una casa, condivisa con familiari o amici.

Vivo con papà. (intervista 18, F, Bangladesh)

Sono in affitto con miei amici. (intervista 19, M, Marocco)

Sono a casa con miei nipoti che vanno a scuola (...) non sono abbandonata per la strada. (intervista 20, F, Albania)

Durante il lockdown abitavo a Pontassieve insieme a un signore italiano; dopo il lockdown mi sono trasferito qua a Firenze, ho anche altri inquilini, non siamo amici, ma lo siamo diventati abitando insieme. (intervista 21, M, Gambia)

e) L'impatto della COVID-19

Rispetto alla condizione abitativa attuale, l'evento pandemico ha rappresentato per alcuni intervistati un cambiamento drastico causato dalla perdita di un lavoro già precario e dalla conseguente impossibilità di pagare l'abitazione. Per alcuni intervistati quindi la COVID-19 segna il passaggio dalla casa alla strada.

Ho perso la casa a causa del COVID perché ho cambiato il posto, ero in Calabria, poi quando sono venuto qua, dopo due mesi c'è stata la pandemia, mi hanno detto che non potevo andare in un'altra regione, era zona rossa e sono rimasto qua, in Calabria avevo una casa con altre persone. (intervista 22, M, Gambia)

Ho perso casa, non potevo pagare affitto, dormo in case abbandonate. (intervista 25, M, Marocco)

Per altri intervistati, al contrario, la pandemia non ha prodotto alcun cambiamento nella condizione abitativa, che resta la casa per chi ha una situazione di maggiore stabilità occupazionale o per chi vive in strada.

Era già successo che stessi per strada (...) Non penso sia cambiato nulla. (intervista 2, M, Italia)

Anche prima stavo in strada. (intervista 27, M, Romania)

Adesso ho un posto per dormire. Prima dormivo qui, poi una mattina mi sono svegliato, freddo e torcicollo e ho trovato un posto al coperto per dormire. Prima stavo al mare dove lavoravo

da aprile a settembre, poi si chiudeva e si andava dalle suore. E poi ripartivo per il mare. (intervista 28, M, Italia)

Sintetizzando quanto emerge da questo intero paragrafo, la dimensione abitativa risulta strettamente collegata a quella economica, ma solo per alcuni intervistati; il mercato ha subito una contrazione importante in conseguenza della pandemia, producendo, come si evince anche dalle interviste, un peggioramento nelle condizioni di quelle persone che, anche per la loro presenza irregolare sul territorio, sono state escluse da quegli ammortizzatori sociali, di cui invece ha goduto la popolazione generale. Queste persone si sono trovate dall'oggi al domani per strada o in case occupate, non riuscendo a trovare un'alternativa.

Oltre a questa fetta di persone, però troviamo anche un secondo gruppo, i senza fissa dimora, che vive in condizione di grave marginalità abitativa come *modus vivendi*, a prescindere dall'evento pandemico e che da esso non ha tratto grande cambiamento.

Condizione occupazionale e partecipazione scolastica

La realtà occupazionale che emerge al momento delle interviste è riconducibile a tre condizioni: la prima, quella di chi ha un lavoro contrattualizzato, quindi con tutele e garanzie.

In questi mesi ho lavorato, ho iniziato dal 5 maggio fino ad ora ho lavorato in regola con un contratto di lavoro, muratore (...) In questo momento ho finito il lavoro e dalla disoccupazione fino al 7 novembre, questo mese sono pagato. (intervista 27, M, Romania)

La seconda è riferibile a chi ha un'occupazione precaria, lavora quindi saltuariamente, per poche ore o solo per alcuni periodi dell'anno, con contratti a tempo o addirittura senza contratto.

Ho mio cugino che fa il muratore e suo fratello lavora all'agricoltura, per questo ti ho detto che vado un giorno o due la settimana a lavorare con loro, per vivere. Sennò che fai, vai a rubare? (intervista 4, M, Marocco)

Una volta lavoro, una volta no, dipende dal lavoro e dalla situazione. (intervista 5, M, Tunisia)

Anche a lavorare come domestico poi guadagni poco; purtroppo io lavoro in centro abusivo (...) Tutto il giorno fuori, solo 4 ore al giorno per lavorare. (intervista 10, M, Marocco)

Anche il contesto sociale del territorio di riferimento può influire sulla maggiore o minore offerta di lavori tutelati da contratto; nell'esperienza riportata da un intervistato, ad esempio, a Roma solo chi ha delle conoscenze o chi accede a certe tipologie di lavoro viene messo in regola. Agli altri rimane solo la possibilità di accettare lavori a nero, condizione preesistente alla pandemia, ma che con essa si è inasprita per il peggioramento dell'economia.

Quando sono tornato a Roma il COVID non ci stava, ma a Roma o lavori a nero o non lavori; in regola ti ci mettono se hai conoscenze, o se fai determinati tipi di lavoro. Poi dopo il virus tante aziende non hanno riaperto, sono rimaste chiuse e pure a livello edile quei pochi lavori che ho fatto sono quasi tutti dentro i cantieri, penso che molte aziende non hanno riaperto, solo le più potenti, le più grosse che però hanno le squadre loro e non ti chiamano. (intervista 31, M, Italia)

In generale, gli intervistati che afferiscono alle due tipologie occupazionali, che hanno cioè un lavoro stabile o precario, fanno riferimento a lavori di tipo manuale (muratore, cuoco, domestico), che non richiedono particolari qualifiche.

Ogni tanto vado a Milano a lavorare (...) Per pulire, per fare la guardia, anche durante il COVID (intervista 5, M, Tunisia)

Lavoro in un ristorante, facendo le pulizie. (Intervista 9, F, Cuba)

Faccio il cuoco in una casa di cura. (Intervista 15, M, ALgeria)

Prima lavoravo come magazziniere, ora sto lavorando come sicurezza, guardia. (Intervista 22, M, Gambia)

Ora lavoro alla mensa. (Intervista 26, M, Tunisia)

Nella dimensione occupazionale rientra anche chi al momento sta studiando.

Mi sono diplomato e mi hanno iscritto all'università, mi sono diplomato primo in classe maturità. (Intervista 8, M, Marocco)

Infine, la terza e ultima condizione occupazione che emerge, è riferita a chi dichiara di non avere un lavoro al momento attuale e lo fa riferendosi a una situazione progressa alla pandemia.

Questa condizione viene riportata come dovuta al proprio background culturale, ad esempio i rom tendono a praticare l'elemosina:

Mio marito faceva un lavoro, ogni tanto andavo ad aiutarlo, ma non era il mio lavoro quello; io andavo a chiedere, come ora. (Intervista 32, F, Rom)

C'è poi la forte impronta culturale dei ruoli di genere, dove il marito lavora e la donna, se ci sono figli, sta a casa ad allevarli.

Mio marito ha trovato lavoro e quindi per ora non c'è perché ha un signore di 92 anni (...) Io voglio lavorare ma ho bambini piccoli. (Intervista 16, F, Bangladesh)

Un ostacolo alla ricerca del lavoro è la lingua, come emerge chiaramente dalle interviste di chi è arrivato da poco in Italia.

Io adesso lavoro un'ora o due ore però non sempre, non sempre tengo lavoro perché non parliamo italiano ed è un po' difficile. (Intervista 13, F, Perù)

Non parlare bene. Ho studiato nel mio paese all'università ma io adesso non parlo italiano bene. Io voglio lavorare ma non parlo bene l'italiano. (Intervista 16, F, Bangladesh)

Infine c'è chi dichiara di non lavorare indipendentemente dalla pandemia e fare una vita da senza dimora, definendosi barboni e richiamando essi stessi lo stereotipo presente nella società.

Negli ultimi anni non ho lavorato. Sono rimasto barbone. (Intervista 29, M, Romania)

No è da anni che non lavoro. (Intervista 31, M, Italia)

In queste circostanze, il periodo pandemico è visto come ininfluenza rispetto alla loro condizione occupazionale, che rimane inalterata nell'assenza di lavoro o nella difficoltà di trovarlo.

A dire il vero no, non stavo lavorando neanche prima. Non è cambiato, prima del COVID facevo poco lavoro, però non è che sia cambiato tanto per me. Non ora ma un anno fa non c'era lavoro, era tutto chiuso, non c'era lavoro. Ora

è cominciato un po' ad andare avanti, però per me non è cambiato nulla perché non avevo un lavoro fisso. Quindi, davo una mano a un amico che ha un albergo, gli davo una mano, ci guadagnavo da vivere. Poi quando è arrivato il COVID e questi problemi qua lui ha chiuso e io sono rimasto senza. Niente. (Intervista 3, M, Algeria)

Se per un gruppo di intervistati - quelli che volontariamente rimangono fuori dal mercato occupazionale - la pandemia non ha comportato cambiamenti, per un altro gruppo essa ha rappresentato un fattore di grave peggioramento nella possibilità di trovare o mantenere un lavoro: si tratta di quel gruppo di persone che si trovano in condizioni di fragilità sociale, ma che cercano comunque di mantenersi a galla, arrangiandosi con lavori di fortuna.

Col COVID non ho lavorato, c'era la pandemia; ero fuori sulla strada (...) prima sì, lavoravo (Intervista 22, M, Gambia)

Sì tante differenze. Non c'è tanto lavoro, anche i soldi non girano tanto, non c'è lavoro come prima, da tutte le parti, al mercato, il muratore... È peggiorata. Firenze è una zona turistica e ora turisti non ci sono più, non c'è lavoro, non ci sono soldi in giro, tante cose sono chiuse (Intervista 5, M, Tunisia)

Durante il periodo del COVID non c'era lavoro. Prima c'era lavoro e ho perso, facevo macellaio. (Intervista 25, M, Marocco)

Peggio, da quando è iniziato due anni fa sono stato due anni fermo per colpa del COVID. In questo periodo sono stato in Romania, quando sono venuto qui mi ha aiutato un'altra persona, ha parlato bene di me a questa ditta. Prima ho fatto il giardiniere, ora ho iniziato come muratore. (Intervista 27, M, Romania)

Il lavoro precario o in nero, ad appannaggio principale, ma non esclusivo, di chi si trova sul territorio senza regolare permesso di soggiorno, è il primo ad essere venuto meno per effetto della contrazione del lavoro.

Tantissimo, ha cambiato tutto, due anni di sofferenza di tutti, anche nel lavoro. Prima ogni settimana lavoravo un giorno, due o tre, ora non più. Anche se sono senza documenti però qualche giorno a settimana lavoravo, ora no (Intervista 4, M, Marocco)

Prima non avevo documenti per lavorare in modo regolare, ho lavorato come domestico, però lavorare poco e guadagnare poco, nulla. Come dici quello del COVID, purtroppo quando non ci sono documenti non posso lavorare e non posso fare niente, mai preso un euro. Ho lavorato meno, quando dici ti lasci la cosa che manca per pagare affitto, mangiare, per comprare vestiti sono cose importanti. (Intervista 10, M, Marocco)

Anche l'aderenza a stringenti regole e controlli inseriti a seguito della pandemia hanno reso difficile il mantenimento del lavoro.

È colpa del COVID se sono rimasto senza lavoro (...) dopo che è uscita la regola del Green pass, io non avevo fatto il vaccino, mi hanno detto 'devi stare a casa finché fai il vaccino' e poi puoi tornare al lavoro, però non potevo fare la prenotazione per il vaccino perché non avevo la tessera sanitaria, quindi cercavo in giro, ufficio immigrazioni, finché mi hanno fatto prenotazione per il vaccino, ho fatto il primo e dopo 15 giorni dovevo fare il secondo; per il Green pass dovevo aspettare due settimane, ma fino al tempo che mi sono sistemato per il Green pass quando sono tornato al lavoro mi avevano già licenziato; da quel giorno ho fatto fatica perché sono rimasto senza lavoro. (Intervista 17, M, Albania)

Quando il dottore mi ha detto che ero positivo ho chiamato il datore di lavoro e gli ho detto che sono positivo al COVID, domani cosa faccio, vengo al lavoro? sì, sì vieni a lavorare, sono andato a lavorare e l'ho detto a tutti i colleghi, allora il capo cantiere ha chiamato di nuovo il datore di lavoro, ha detto io non lavoro col COVID, allora lui mi ha chiamato e mi ha detto di andare via perché se no vanno via gli operai, vai a casa. (Intervista 27, M, Romania)

La perdita del lavoro causata dalla pandemia si riflette inevitabilmente su altre sfere della quotidianità perché viene meno la possibilità di mantenere livelli minimi di benessere, ad esempio poter pagare per avere una casa e del cibo.

I cambiamenti sono nel trovare un posto per poter pagare un affitto, le difficoltà sono queste, non perdendo completamente il lavoro, ma se il lavoro diminuisce poi è difficile poter pagare un affitto (...) se voglio uscire per cercare un po' di soldi, pulizia non c'era molto, uscire solo per comprare da mangiare perché nel frigo non c'è niente, uscire per trovare

un po' di soldi per fare un po' di spesa, lavoro non c'è, troppo casino. (Intervista 25, M, Marocco)

Quando stai a casa, pagare l'affitto, mangiare, senza lavorare è difficile. (Intervista 10, M, Marocco)

È difficile e anche se oggi cominci a lavorare, pensaci, tu quando puoi prendere? la tua casa, il tuo affitto, mantenere tutto da solo magari con 500 euro al mese. Non ho neppure la macchina, non solo la casa, ho perso tutto perché finché non lavori non puoi mantenere niente. (Intervista 17, M, Albania)

Anche la partecipazione scolastica, che durante la pandemia avveniva con la DAD, ha evidenziato delle ineguaglianze di opportunità, ad esempio abitazioni dove non era disponibile un pc o una buona connessione Internet.

Ho fatto troppe assenze per il COVID, mi davano i compiti a casa con il cellulare, ma è difficile se non hai Internet, non funzionava bene, ed era difficile fare i compiti con il cellulare; Internet non funzionava bene a casa quando fai la video chiamata. Mi mandavano i compiti e facevo da sola. (Intervista 34, F, Rom)

In sintesi, ciò che emerge dal quadro occupazionale attuale degli intervistati, in particolare rispetto a quanto la pandemia ha prodotto in termini di mutamenti, il nostro campione in studio si divide in due gruppi: quello di coloro che sono usciti da tempo dal mercato occupazionale, senza l'intenzione di rientrarci e per i quali la pandemia ha rappresentato un evento ininfluenza da questo punto di vista: sono persone che si trovano in una condizione di marginalità estrema o che hanno fatto questa scelta per motivi culturali o familiari. Del secondo gruppo fanno parte coloro che si trovavano in condizione di fragilità sociale prima della pandemia, che però cercavano di mantenersi sul mercato occupazionale, con lavoro in nero, precario e occasionale e che, in conseguenza delle forti regole di contingentamento della diffusione del virus e la conseguente contrazione del mercato, si sono passate ad una condizione di povertà ampia.

Percezione del proprio cambiamento o del cambiamento contestuale intorno al tema della dipendenza da sostanze

Rispetto alla dimensione delle dipendenze è stato indagato principalmente l'uso e/o abuso di sostanze stupefacenti legali ed illegali e il possibile impatto della situazione

pandemica rispetto al reperimento delle sostanze.

È emersa anche la dipendenza da gioco d'azzardo legata all'uso di sostanze.

Sono passato da quella fase di tossicodipendenza con l'aiuto delle associazioni e del Sert, ora raramente, una volta al mese, un mese fa ho pippato la cocaina, ma ho iniziato a fare un po' di ginnastica, mi sentivo molto allegro, mi manca solo di levare le sigarette e qualche volta le macchinette e il gioco d'azzardo. Mi sento molto male su questa del gioco, temo di tornare perché ogni tanto mi viene... Mi sono rovinato tantissimo, non sapevo cosa voleva dire la bugia, l'ho imparato nel 2015, in poi, ho iniziato a non chiamare mia madre per mesi, bugie soprattutto con la famiglia, ho smesso di parlare a mio fratello, ho vissuto mesi senza cellulare, delle volte dormivo fuori, non mangiavo. (Intervista 8, M, Marocco)

Per qualcuno si evidenzia una diminuzione della dipendenza durante il periodo pandemico fino ad una totale assenza di utilizzo.

Da quasi 2 anni, magari fumo un po' di canne, perché prima facevo di tutto, devo smettere di fare queste cose perché le ho già fatte per 20 anni, non le voglio fare più. (Intervista 4, M, Marocco)

Ho smesso con la droga, ho smesso tutto, è cambiato... (Intervista 1, M, Tunisia)

Rispetto al reperimento delle sostanze c'è chi sottolinea come la disponibilità sia rimasta invariata anche durante la pandemia, mentre il prezzo è aumentato.

Non lo so perché io non spaccio. Se vai a cercare la trovi sempre, l'unica cosa che non deve mai mancare in Italia. (Intervista 4, M, Marocco)

Sì, il mercato delle canne è cambiato e ha anche fatto smettere persone. Sì è anche alzato il prezzo. Infatti loro hanno fatto un sacco di soldi col COVID, una canna 10 euro. (Intervista 5, M, Tunisia)

Costano di più, giustamente la gente deve mangiare, però difficoltà a trovarle no. Io devo fare qualcosa durante il giorno, se no sto male; me le sono trovate, come se avessi una calamita, se vado a cercare le trovo. (Intervista 31, M, Italia)

Un ultimo aspetto emerso riguarda la modalità, in solitudine, con cui si fa abuso, che è legata anche alla richiesta di aiuto ai servizi.

Mi drogo sempre da solo, non in compagnia, sto quasi sempre da solo. (...) Io non ho mai chiesto aiuto, neanche questo servizio qua, perché sto cercando di non fumare crack, quindi non mi serve nessun tipo di servizio loro, né siringhe, né stagnola. (Intervista 31, M, Italia)

Percezione del proprio cambiamento o del cambiamento contestuale intorno al tema delle relazioni

Nella dimensione relazionale, intesa sia come relazioni intime sia a livello di comunità, troviamo dei cambiamenti relativi all'impatto che la pandemia ha avuto in generale su tutta la popolazione e in particolare sulla popolazione marginale.

Solo per alcuni partecipanti allo studio le relazioni con la comunità sono rimaste invariate negli anni di pandemia, oppure hanno subito poche variazioni legate alle regole di restrizione.

Come prima, alla fine non è che esco con tante persone. Non c'è stata tutta quella differenza. A parte il lockdown e la gente per strada, c'erano meno persone, non c'è stato niente di diverso. (Intervista 2, M, Italia)

Le persone che conosco parlano sempre uguale, si avvicinano, mi baciavano non è che scappavano via che non potevi toccare. (Intervista 20, F, Albania)

Durante il COVID qualcosa è cambiato ma non tanto che si è notato, non che le persone non vogliono stare con te, ma sono le regole che hanno cambiato. Le persone con cui interagivo anche prima sono le stesse persone anche durante il COVID, persone che sto continuando ancora a vedere e a lavorarci insieme quindi non è un cambiamento che si è ben notato. (Interviste 21, M, Gambia)

Per la maggior parte degli intervistati c'è stato invece un peggioramento nella qualità delle relazioni dovuto alla situazione pandemica prolungata nel tempo.

Evidenziano come la paura del contagio abbia creato una maggiore distanza, osservabile anche nelle relazioni strette (tra amici e conoscenti) andando ad incrementare un vissuto di solitudine e di sfiducia nell'altro.

Sì. È cambiato tutto. Ero come un pazzo, se cadevo in terra nessuno mi si avvicinava. (Intervista 1, M, Tunisia)

È la discriminazione sul COVID che fa paura, se ha il COVID hanno paura di lei e quindi si allontanano. È la paura dell'altro che la giudica positiva. (Intervista 18, F, Bangladesh)

Appena vedono che hai il raffreddore, subito pensano che tu abbia il COVID. Prima la gente ti accoglieva a casa, ora no. Ora tutti stanno attenti. (Intervista 3, M, Algeria)

Penso che per la paura del COVID la gente sia cambiata, anche il comportamento delle persone che per niente si arrabbiano, anche qualcuno che conosci da tanti anni.

Siamo più soli. Anche andare a trovare un tuo amico, non puoi nemmeno salutarlo. Qualcuno c'ha paranoia, ti vede e fa per non salutarti, anche italiani, prima si fermavano, salutavano, baci. Ci si abbracciava, ora scappano tutti, perché hanno creato il panico tra la gente. Non c'è più socialità, uno non si fida degli altri, magari tu credi che io sia malato e io di più, col pensiero che lo attacchi. (Intervista 4, M, Marocco)

Una volta ho incontrato un mio amico e l'ho visto un po' strano perché mi stava lontano, mi dice: stai un po' lontano perché ho il COVID. Ma che me frega, abbracciami, non ti preoccupare. Questa cosa è irregolare in Italia. Può essere anche un reato. È vero che la salute è mia, tu però puoi contagiare un altro. Se rimaniamo qui non usciamo da questa storia. (Intervista 8, M, Marocco)

Tale vissuto per alcuni sembra non dipendere dalla provenienza o dalla condizione di marginalità.

Non solamente con me, ho visto che le persone si comportano diversamente, come se avessero perso l'umanità, per me vedo che contano più i soldi, o li hai o non sei nulla. (Intervista 9, F, Cuba)

Le persone non sono amichevoli come prima del COVID, quando sono venuto in Italia avevo un sacco di amici, ora ho perso amici, il COVID ha reso più chiusi. In generale tutti, non nei confronti dello straniero. (Intervista 12, M, Afghanistan)

Tutti ti guardano diverso, anche tu guardi la gente diversa perché viviamo in tanti in un posto troppo stretto. (Intervista 23, M, Tunisia)

Alla fine non è che cambi molto, se tu stai per strada o meno la gente non lo sa, quindi si relaziona allo stesso modo. Non è che sono un habitué della stazione, come quelli che stanno lì tutti i giorni e quelli che passano sempre quindi ti vedono; questa differenza c'è sempre stata e sempre ci sarà nonostante il COVID. Non so se intendevi nel senso che la gente mi vede per strada e pensa: questo è un barbone, ha sicuramente il COVID perché sta nel sudicio, non mi devo avvicinare... sinceramente questa cosa non la so (...) Penso che lo pensino ma non penso che lo pensino nei miei confronti, almeno non ho mai notato comportamenti...

Alla fine è gente sconosciuta, non può relazionarsi a te la gente che ti vede fuori non ti conosce, penso si facciano i cosiddetti cazzi loro e ti fai i cazzi tuoi (Intervista 2, M, Italia)

Altri intervistati sottolineano chiaramente lo stigma presente nella comunità rispetto all'essere percepiti come straniero e come questo si sia enfatizzato negli ultimi anni.

Il contatto diretto con le persone è importante (...) Le persone che frequento non sono cambiate, mentre le altre sì. La gente ha paura di te perché ti vedono che sei straniero, ti vedono così come se fossi uno lì per attaccare il COVID, io però no (...) ma in autobus e per strada la gente è confusa, forse non ha capito, secondo me non hanno fatto capire bene questi specialisti come devono comportarsi; invece i miei amici che frequento non hanno problemi. (Intervista 15, M, Algeria)

Qualcuno parla del cambiamento nelle relazioni rispetto alla specifica condizione di chiedere l'elemosina, dove si osserva una maggiore diffidenza delle persone.

Le persone sono più fredde, una volta magari trovavi una persona uscita dal supermercato e gli dicevo che gliel'ero portato io le borse della spesa, magari era pure anziana, ma adesso ci provi non ti dico che ti guardano male ma...non hai la mascherina, ma ormai gli anticorpi li abbiamo fatti, i vaccini li abbiamo fatti. (Intervista 31, M, Italia)

Io andavo a chiedere, come ora, ma da quando c'è il COVID abbiamo trovato tante difficoltà perché le persone forse per paura sono diventate molto fredde, non sono come prima, due anni fa era un'altra cosa. Prima quando andavo a chiedere trovavo persone che mi facevano la spesa, mi prendevano qualcosa, ma ora c'è poco perché tante persone che mi aiutavano non ci sono più. (Intervista 32, F, Rom)

Per un intervistato c'è stato spazio anche per una riflessione legata alla difficoltà della propria generazione di interfacciarsi faccia a faccia rispetto al confronto online.

La gente è diventata più fredda quando siamo a parlare faccia a faccia, quello sì, poi mettici pure che le persone diventano dipendenti da quel coso là, io ho trent'anni e i coetanei miei ormai Tinder, Instagram, poi quando ti ci incontri faccia a faccia non spiccichi due parole se non bevi o non fumi... Io la noto la differenza però bisogna vedere se sono nella media, io mi ritengo abbastanza particolare e socievole. (Intervista 31, M, Italia)

In alcuni casi ci sono stati dei chiari riferimenti alla famiglia: da un lato alla distanza che i figli hanno subito rispetto ai propri coetanei, dall'altra la lontananza con la famiglia d'origine.

I bambini a casa tutto il giorno, al cellulare, non c'era contatto con altri bambini. (Intervista 13, F, Perù)

Un po' cambiati perché lontano, due anni lontano. Praticamente ha creato l'allontanamento anche della famiglia per la paura, perché nella tradizione Islamica, noi abbiamo rapporti molto stretti con i familiari; se te non vedi un fratello ti preoccupi, devi chiamare tutta la famiglia per sapere. Questo nell'Islam è un dovere, perché tu devi chiamare il tuo fratello, il tuo vicino. Se non li vedi devi chiamarli. (Intervista 17, M, Albania)

In alcuni casi, sono emersi degli episodi particolarmente positivi di solidarietà della comunità nei confronti di alcune persone in difficoltà. In questo racconto infatti la percezione del cambiamento nelle relazioni risulta invertita rispetto al trend dello studio.

Questi due anni sono stati due anni di isolamento, però ad esempio l'atteggiamento dei parrocchiani quella sera di Natale 2020 ci hanno preparato la cena. Ci hanno fatto le lasagne, il vitello tonnè. Che poi dovevamo essere in 5 e ci siamo trovati in 3, ma abbiamo mangiato per 5. È stato bello. Nella disgrazia sono emersi un affetto e un rispetto che non immaginavo. Sapevo che c'era perché lo vedevo nei rapporti, però era un salutarsi la mattina e la sera e basta, invece poi mi sono reso conto che almeno noi eravamo nel cuore della comunità. (Intervista 6, M, Italia)

Sono un barbone speciale... non ho visto cambiamenti, non si è allontanata da me una persona perché ha paura del COVID; ho fatto arcobaleno, tutti alle finestre applausi; io sono anziano, non ho paura. C'era una grande gioia, gridavano a me, avevano bisogno loro di un impulso e prendere coraggio. (Intervista 29, M, Romania)

Percezione del cambiamento nel tempo libero

Se da un lato si è potuto evidenziare un cambiamento relativo ai bisogni primari legati alla condizione di vita, dall'altra c'è stato spazio per cogliere i vissuti relativi alla quotidianità e al tempo libero e a come questi siano mutati nel corso degli anni di pandemia.

Alcuni intervistati si concentrano sui momenti di divertimento e socialità che si sono inevitabilmente ridotti, se non del tutto sospesi, durante gli anni della COVID-19.

Il fatto che non puoi andare in discoteca perché c'è l'agglomerato di persone che devono stare distanziate, non si può stare, magari questo un po' mi è dispiaciuto. Non ci vado sempre, qualche volta sì, si ascolta la musica. Sono le ultime cose che hanno riaperto perché devi stare per forza vicino agli altri. (Intervista 2, M, Italia)

Certo che è cambiata, perché a me piace uscire, divertirmi, fare le cose qua e là ma durante il COVID non sono riuscito a fare tutte queste cose, devo stare sempre a casa, o sei al lavoro o sei in casa e devi stare davanti alla tv che dopo un po' ti annoi, devi stare col telefono, ma non può stare tutta la giornata davanti alla tv o col telefono, non puoi vedere gli amici. (Interviste 21, M, Gambia)

In diverse interviste, emergono alcune abitudini nella quotidianità vissute come fattore di protezione alla condizione di marginalità e ai possibili rischi che ne derivano. Ad esempio, stare in strada tutto il giorno comporta un maggior rischio di entrare in contatto e aderire ad abitudini poco sane e/o illegali.

È diventata più dura. Prima era più tranquillo, si andava nei posti pubblici senza mascherina. In questi posti si perde il tempo, perché uno che non lavora e non ha niente da fare invece di stare in mezzo alla strada con la gente che beve e fa altre cose che non vanno bene, si va in biblioteca e si passa il tempo a leggere qualcosa, a stare al computer. Ora è diventato difficile, tutto chiuso, bisogna stare fuori, devi prenotare. Ora un po' meglio però un anno fa era dura. (Intervista 3, M, Algeria)

Questo aspetto si lega anche alla variazione che i servizi del Terzo settore hanno dovuto adottare rispetto agli orari di apertura, alla quantità di persone ammesse contemporaneamente ecc. Le restrizioni dovute alla pandemia, hanno condizionato quantità e qualità dei servizi offerti e di conseguenza la risposta ai bisogni di alcune fasce di popolazione.

Il centro diurno rimaneva aperto però con delle restrizioni, non si poteva entrare liberamente, ci si poteva stare un'ora, quando arrivava altra gente, chi era arrivato prima doveva uscire. La chiusura delle mense è stato uno shock perché abituati a mangiare al tavolo, ti davano il sacchettino, quindi andare a mangiare fuori sul gradino. Un cambiamento drastico (...) Io frequentavo poco perché sono sempre stato un po' solitario, però ad esempio hanno chiuso anche le biblioteche dove andavamo a stare un po' al caldo o al fresco, secondo le stagioni, quindi ci siamo ritrovati per strada nel vero senso della parola. (Intervista 6, M, Italia)

Un problema nel senso che tutti gli uffici sono chiusi, quindi fare tutto attraverso Internet... Il contatto diretto con le persone è importante. (Intervista 15, M, Algeria)

Lockdown

Nelle interviste emergono dei racconti specifici relativi al lockdown, il periodo vissuto tra marzo e maggio 2022, caratterizzato da una serie di restrizioni alla libertà di circolazione di tutte le persone.

Data la condizione di senza dimora di alcuni intervistati, si sottolinea l'impossibilità di aderire alla regola principale di questo periodo, stare a casa, vista la mancanza proprio di quest'ultima.

In questo senso, in alcuni casi viene raccontata la possibilità di dialogo e comprensione con le forze dell'ordine durante il periodo indicato rispetto a tale restrizione.

Anche la polizia ti vede, lo sanno, già sono stati lì. Ti controllavano un po' e poi ti lasciavano andare, anche loro lo sanno che uno deve uscire a prendere da mangiare. Sanno la situazione che c'è dentro lì, perché vengono tante volte, se vedevano le persone chiudevano un occhio. Ma ci sono italiani che vedono questo e dicono: perché loro...? ((Intervista 4, M, Marocco))

Sì, c'erano altre restrizioni, era il periodo in cui stiamo tutti a casa. Siccome noi di casa non ne avevamo, per noi non essere al

centro voleva dire essere al parco. Ogni tanto arrivava la polizia, ci chiedevano come mai eravamo qua e noi gli spiegavamo che non avevamo una casa. Il dormitorio dell'albergo popolare in quel periodo non rimaneva aperto tutto il giorno, si entrava alle 7 di sera e si usciva alle 8.30 di mattina. (Intervista 6, M, Italia)

Altri racconti invece evidenziano le reazioni ostili dei vigili rispetto all'adesione o meno della regola citata.

Noi eravamo continuamente bersagliati dai vigili perché facevamo assembramento, intorno alla panchina dove ci si fermava c'era sempre un capannello di 4 o 5 persone, poi venivano i vigili e ci facevano storie. (Intervista 6, M, Italia)

Perché quando ero qui c'era la polizia, dove vai, dove dormi, dove stai, tutto chiuso come in guerra, per le strade non c'era nessuno solo la polizia. Ho visto come era, come in guerra, un periodo molto difficile per me. Per questo sono scappato in Romania. (Intervista 27, M, Romania)

Tale situazione si ritrova anche nella reazione della comunità circostante.

Effettivamente siccome gli ordini erano di stare a casa, di evitare assembramenti quindi nel momento in cui ci si assembrava è chiaro che la gente indicava le persone che creavano problemi perché non seguivano le regole. Ma se a noi ci dicono di stare a casa ma che la casa non ce l'abbiamo. (Intervista 6, M, Italia)

In queste testimonianze emergono anche le difficoltà, dei servizi del Terzo settore di rispondere alle condizioni dell'emergenza, adeguando le soluzioni pre-pandemiche alle esigenze mutate del contesto, probabilmente per scarsità di strumenti e risorse necessari.

Ad esempio chi poteva godere di un ricovero per la notte anche durante il lockdown, ha dovuto attenersi alla regola di lasciare libero il posto durante l'intero giorno, senza che gli fosse offerta un'alternativa per non contravvenire al divieto di circolazione di questo periodo. Per alcune persone quindi era impossibile non risultare fuorilegge.

L'assurdo era questo, chi aveva il posto letto la regola normale è che la mattina si esce e si rientra la sera. Sotto il regime di COVID così aspro è rimasta così, la mattina ti facevano uscire e ti facevano entrare solo la sera (...) Poi hanno chiuso le mense, le docce, ad un certo punto è stato chiuso anche

Porte Aperte quindi noi eravamo sulla strada, nei parchi, sulle panchine. L'unico momento in cui stavo bene era quando stavo in tenda, ma tutto il giorno ero in giro perché l'accordo col parroco è che si montava la sera dopo la funzione e si toglieva la mattina prima che iniziassero le messe. Quindi è stato un periodo brutto. (Intervista 6, M, Italia)

Laddove è stato possibile rimanere a casa, l'esperienza è stata sopportabile grazie alla presenza della famiglia riunita, rendendo questa esperienza simile a quella vissuta dal resto della popolazione.

Per molto tempo sono stata a casa. Stavamo bene perché tutta famiglia era insieme. (Intervista 18, F, Bangladesh)

Abbiamo vissuto bene perché quando sei con la famiglia tutti insieme a casa nessuno sta male, ha una grande importanza, però non puoi uscire, era fuori come un deserto, come la guerra. (Intervista 20, F, Albania)

In un caso invece, la comunità si è attivata per pagare una camera d'albergo ad una persona senza dimora e ciò gli ha permesso di fare un'esperienza positiva nonostante il periodo di emergenza.

Quelli della parrocchia si sono messi insieme e mi hanno pagato 2 mesi all'ostello dei 7 Santi dove ero in camera con un altro ragazzo. Questo quando erano tutti in casa, quindi sono stati due mesi pagato da loro e mi rinnovavano di settimana in settimana, prima una famiglia e poi un'altra. Per me non è stato così traumatico quel momento. (Intervista 6, M, Italia)

C'è chi si è trovato ad affrontare i problemi legati alla convivenza "forzata", come il bisogno di trovare i propri spazi in un luogo vissuto da altre persone.

È stato difficile, sono finito a fare la prima quarantena in un centro sociale, con quattro ragazzi e due ragazze, diventa problematico. È stata un'avventura perché non mi piace stare troppo tempo al chiuso, ogni tanto si usciva e facevo qualche passeggiata fino al monte perché là ci stanno un sacco di colline, là fanno il vino, poi si esce la sera per andare a prendere qualche sostanza... (Intervista 31, M, Italia)

In un caso in particolare si vede come al comportamento di adesione alle restrizioni sia corrisposto anche un vissuto di paura elevato, quasi ossessivo.

A me piace pulire, aprire le finestre e all'inizio del COVID mi sembrava che se aprivo le finestre entrava il COVID, e allora stavo chiusa e mi affacciavo attraverso le tende, la gente diceva che c'era nell'aria, che c'era nelle scarpe e allora a pulire le scarpe, a disinfettare, facevo il bagno 2 o 3 volte al giorno, buttare lo spirito dappertutto, il primo mese con la mia figliola, io che avevo la mani tutte spelacchiate, per me era diventato un incubo. (Intervista 9, F, Cuba)

Un intervistato pone l'accento sulla questione lavorativa durante il lockdown, dove veniva lasciato a casa senza percepire alcun stipendio.

Dopo che è cominciato il COVID ci lasciavano a casa, non potevi uscire con il lockdown, anche per chi aveva un lavoro non potevi uscire e dovevi stare chiuso in casa, quindi stare a casa senza essere pagato. (Intervista 17, M, Albania)

C'è chi invece non evidenzia particolari sofferenze legate al periodo del lockdown, in alcuni casi grazie anche a strategie pensate per aggirare le regole e recuperare così un po' dei propri spazi e libertà di movimento.

Differenza c'è stata, non c'era più nessuna persona per strada nel lockdown, ma a parte questo alla fine non è che siano cambiate molte le cose, uscivi solo per fare la spesa o altro. Magari non potevi andare tutti i giorni dal tuo amico oppure la sera non potevi più uscire. Ma alla fine solo questo. Mi scoccia stare in casa, la sera ti sei evitato una birra. Potevi comunque uscire dalle 7 fino alle 9. (Intervista 2, M, Italia)

Poi la superiora ci ha detto "da domani non si può più uscire perché è zona rossa" e quindi siamo rimasti dentro. Ma si poteva uscire e andare in cortile, a buttare via il sudicio con il permesso, o dal tabaccaio, 10 minuti andare e tornare, poi si stava dentro. Facile. Si mangiava, si andava un po' sul letto e poi la televisione. Quando ero a Sesto la domenica mattina dovevo andare a fare il servizio d'ordine a Scandicci, quindi mi ero fatto fare il permesso, l'autocertificazione, però non ho mai trovato il controllo. Dalle 7.30 alle 10.30 venivo via. (Intervista 28, M, Italia)

Stavo sempre in una struttura. Uscivo per comprare qualcosa da mangiare, per fare un giro, però non si poteva stare

fuori perché c'era sempre la polizia in giro. Io faccio sempre finta di andare a comprare le medicine.. allora non succede nulla. (Intervista 3, M, Algeria)

In un unico caso, si racconta l'esperienza del lockdown vissuto in carcere: il racconto ha a che fare con la dimensione umano-relazionale all'interno del sistema penitenziario.

Nel lockdown, la gente era nervosa, infermieri, tutti diventano nervosi in quarantena, abbiamo passato la quarantena sono diventati disumani, picchiano, fanno indagini da Roma, la mia storia la seguono tutti, l'hanno già fatta vedere per sei mesi in televisione (...) c'è un caos lì dentro, nessuno si fida dell'altro. (Intervista 23, M, Tunisia)

Carcere

Nell'ambito della dimensione abitativa rientra anche l'esperienza di due intervistati che hanno vissuto in carcere il periodo pandemico, anche se al momento del progetto erano usciti dal carcere.

In queste narrazioni emerge la difficoltà di aderire alle regole sociosanitarie quando la vita si svolge all'interno di un luogo istituzionalizzato, dove il rispetto delle norme è possibile se sei messo in condizione di farlo.

In carcere non erano rispettate le regole di distanziamento, una camera attaccata all'altra, una camera due persone, grazie a dio io sono asmatico e secondo il ministero e il medico che mi seguono devo avere una camera da solo (...) Dopo due mesi o tre hanno messo per igienizzare le mani, ma noi siamo dei numeri (...) non hanno passato quando è cominciato le FFP3, ma quelle normali, dopo che si sono accorti hanno dato a noi perché se uno fa la doccia con il vapore e l'acqua calda non abbiamo igiene come hanno fuori, ospedali, banche, poste, noi abbiamo solo varechina. (Intervista 23, M, Tunisia)

Arrivano da fuori le guardie senza mascherina, hanno trovato quattro guardie positive e li hanno mandati via subito; dopo arriva la guardia con mascherina e anche te ti metti la mascherina. (Intervista 26, M, Tunisia)

Un'intervista in particolare si focalizza sulle difficili condizioni di vita del carcere, soprattutto dal punto di vista strutturale per i pochi e ristretti spazi entro cui sono confinate tante persone, spazi che sono diventati particolarmente angusti durante la pandemia.

Una camera 5 × 4 m, una branda, un frigorifero, una televisione, il bagno, di più non puoi avere; ma non puoi avere una saletta, passaggio 10 × 10 m, immagini te 40 persone... (Intervista 23, M, Tunisia)

Lo stesso intervistato si fa portavoce, attraverso la sua personale esperienza, delle difficoltà relazionali tra detenuti e forze dell'ordine:

Ero quel ragazzo di cui parlano in televisione, che mi hanno picchiato e mi hanno mandato in coma all'epoca del COVID, sono stati due medici, tre ispettori brigadieri, agenti di polizia penitenziaria, mi hanno rinviato, mi hanno fatto processi su processi, ho fatto operazione, quattro costole spezzate, ho rischiato la vita. (Intervista 23, M, Tunisia)

Impatto di vita

Nel corso delle interviste è stato possibile indagare anche le possibili ricadute della COVID-19 sulla qualità di vita in senso lato delle persone coinvolte, dimensione peraltro che trova un possibile riscontro in ciò che è successo per tutta la popolazione.

In alcuni casi infatti si percepisce un cambiamento drastico dovuto in particolare alla perdita del lavoro durante la pandemia, ma anche ad una maggior solitudine dovuta al distacco dalla propria rete sociale che porta ad una percezione di maggiore difficoltà nella vita in generale

È tutto diventato difficile dopo la pandemia, tutto è cambiato. Ora più o meno la vita sta cominciando ad andare più avanti, più veloce di prima, però un anno fa era tutto difficile, la gente è rimasta senza lavoro, tutto fermo, niente turisti, non si lavora, non si mangia, non si fa niente. (Intervista 3, M, Algeria)

Per me è cambiato tutta la vita, tutta la mia vita è cambiata, non ho più il contatto, la felicità come prima con la famiglia, non ho più gli amici che avevo prima, è proprio cambiato tutto, è come se fosse un altro mondo. Dei parenti ci sono ma sono lontani e hanno le loro cose e non ti danno una mano, sono venuto da solo e ho fatto tutto da me. (Intervista 17, M, Albania)

C'è chi ha percepito questi anni di pandemia da una parte come un blocco della propria vita, arrivato in modo brusco e inaspettato, dall'altra come un elemento di

novità vissuto come traumatico a causa delle conseguenze sulle proprie abitudini e routine quotidiane.

Nel 2019 eravamo più tranquilli e felici, siamo stati sette anni senza fare un viaggio e nulla perché avevamo questi anni di difficoltà e quando abbiamo avuto questa felicità che ci hanno sanato questa cosa è arrivato il COVID, la mia figliola ha preso questo COVID, aveva vinto una borsa di studio, era molto felice, ma poi è arrivato il COVID. (Intervista 9, F, Cuba)

Io in questa condizione sono tranquillo perché ho le mie quattro cosette da fare durante il giorno che si ripetono magari in maniera diversa, ma ogni giorno della settimana c'è un qualcosa che mi si ripete tutte le settimane, quindi la forza dell'abitudine mi ha dato tranquillità, perché a me quello che mi spaventano sono le novità, e quando c'è stato il discorso del COVID ero abbastanza terrorizzato perché tutto era cambiato, non era più come prima. (Intervista 6, M, Italia)

Per altri invece non c'è stato un peggioramento della qualità di vita, grazie alla presenza dei servizi di riferimento che hanno continuato a funzionare nonostante la pandemia, garantendo alcuni servizi di base.

Quindi per noi la vita non è peggiorata, come invece è successo per tante persone che si sono trovate senza lavoro e senza soldi. Io lo dico sempre, la mia serenità, nonostante tutte le difficoltà di stare per strada, nasce dal fatto che io so dove andare a mangiare, a lavarmi e a vestirmi... che quindi mi rendono la vita un po' più vivibile (Intervista 6, M, Italia)

Per un intervistato è stata l'occasione per prendersi maggiormente cura di sé, ad esempio attraverso una sana alimentazione

L'unica cosa che è cambiata nella mia vita non mangio più roba dell'Esselunga e dei supermercati, queste cose qui. Se si mangia bene non arriva neanche il COVID. Anche se può arrivare sempre qualcosa, per carità di dio. (Intervista 15, M, Algeria)

Infine, c'è stato spazio anche per alcune riflessioni relative all'impatto che la COVID-19 ha avuto a livello sociale e alla possibilità che ne rimanga memoria nella società nonostante la capacità dell'essere umano di adattarsi e ritornare alle proprie routine dopo aver vissuto esperienze "traumatiche".

Se ha cambiato qualcosa per quanto può riguardare il futuro, diciamo che economicamente è stata una batosta pazzesca e ci vorranno anni per essere recuperata, socialmente non lo so quanto possa rimanere memoria di quello che è stato il COVID a livello sociale e di cosa ha comportato perché poi uno si riabituava alle abitudini e quindi non ci pensa più. Certo che una batosta così non ce l'aspettavamo. Non so, non so se mi ha segnato personalmente (Intervista 2, M, Italia)

Impatto sulla famiglia

Il tema della famiglia viene affrontato sotto diversi aspetti: da una parte si descrive la composizione familiare e la presenza o meno di contatti significativi al momento dell'intervista; dall'altro l'impatto che la COVID-19 ha avuto sul sistema familiare, sia in termini di possibili morti legate al virus che rispetto a conseguenti problematiche economiche.

Per quanto riguarda la narrazione di questo tema, la maggior parte degli intervistati, rientrando nel profilo del migrante, che si trova solo in Italia, dichiara di avere lontana la propria famiglia di appartenenza.

Tanti fratelli, siamo 11 persone. Mio padre aveva sposato un'altra e ha fatto 2 maschi e 2 femmine. E poi altri 5 da un'altra donna, quella prima di mia madre. Poi mio padre ha sposato mia madre, poi si sono separati. Sono tutti sposati, sono tutti sistemati perché sono rimasti giù. Sono l'unico che è venuto in Italia. (Intervista 4, M, Marocco)

Sono sposata, mio marito è in Bangladesh e anche mia mamma. (Intervista 18, F, Bangladesh)

Io sono divorziato dal 2007, ho una figliola di 22 anni in Romania, fa il vigile a Bucarest. (Intervista 27, M, Romania)

Vivo da solo, non ho famiglia qua, stanno in Gambia. Li sento (Intervista 22, M, Gambia)

Intorno a questa lontananza, vengono fatte delle riflessioni; c'è chi nonostante la distanza geografica, mantiene un rapporto con i propri familiari, principalmente attraverso l'uso di Internet.

La mia famiglia la vedo solo su Internet. Mio fratello prima era qua in Italia ma ora è tornato a casa perché mia mamma era sola, ho 4 sorelle ma tutte sposate. (Intervista 5, M, Tunisia)

Al contrario, c'è chi che sottolinea l'indebolirsi del rapporto proprio a causa della lontananza.

Non ho famiglia in Italia. Tempo fa avevo più rapporti con la mia famiglia, ci parlavo spesso, ma col tempo questo rapporto diventa più, lo sento poco, non è come prima. Ogni tanto chiamo per dirgli che sono vivo e che sto bene, però con il tempo questo rapporto diventa proprio... (Intervista 3, M, Algeria)

Altri invece raccontano l'impossibilità per entrambe le parti di spostarsi e incontrarsi di persona o nel paese ospitante o in quello di origine.

Ho perso la mamma e la sorella, noi eravamo quattro maschi e quattro femmine, quindi otto, io sono il più piccolo. Adesso siamo in tre. Ma tutti in Tunisia. Sono 21 anni che non ci vado (Intervista 1, M, Tunisia)

La mia famiglia non la vedo da 16-17 anni. Non hanno possibilità per venire dal Marocco (Intervista 14, M, Marocco)

In alcuni casi viene sottolineata la necessità di sostenere economicamente la famiglia di origine rimasta nel proprio paese e quanto spesso questo sostegno sia difficile da realizzare per la precaria condizione di vita in Italia, anche a causa di questioni legate all'ottenimento dei documenti. In questa circostanza emerge anche come la pandemia, peggiorando la situazione economica personale, abbia di riflesso peggiorato la possibilità di sostenere la famiglia rimasta nel paese di origine.

Io sono qua da quattro anni e mezzo e ancora non sono andato in Marocco, non sono mai tornato in Marocco. Io sono una persona non mi piace stare a casa, sempre lavorare o come dici anche lavorare non regolare ma lavorare nero, per questo è difficile anche aiutare la famiglia, io sono marocchino, aiuto la famiglia, la vita di là non è come qua... bisogna aiutare, di là il governo, non so spiegare, devi lavorare e aiutare la famiglia, ma là senza lavorare, senza nulla (Intervista 10, M, Marocco)

Sono da solo qui. La mia famiglia sta guadagnando di meno dopo il COVID, sono io che li aiuto. Sono in Gambia; guadagnando meno non riesco ad aiutare abbastanza sia la famiglia che me stesso perché devo vivere, devo pagare l'affitto, fare la spesa e pensare anche a loro... Per venire in Italia ho

messo da parte io, ma mi ha anche aiutato la famiglia. (Interviste 21, M, Gambia)

È normale perché alla fine non pensiamo solo a noi stessi, anche loro vogliono mangiare, è vero che sono rimasto fuori, ma anche a loro manca qualcosa perché finché lavoravo ho portato i soldi anche da loro perché anche loro hanno bisogno, ma ora non ho nemmeno per i miei bisogni... (Intervista 17, M, Albania)

Uno degli aspetti maggiormente sottolineato rispetto al tema della famiglia è l'impatto che la COVID-19 ha avuto sull'intero sistema familiare, in differenti modalità.

Ad esempio, c'è chi riporta di aver avuto delle morti in famiglia legate alla COVID-19. Ciò ha generato comprensibilmente dei vissuti dolorosi anche a lungo termine.

Sì, è morta anche mia mamma di COVID quasi 4 mesi fa. Ora sono veramente solo, era l'unica che mi vuole bene, che mi cerca, che mi era rimasta. È la persona che ti vuole bene, la mamma è la mamma. (Intervista 4, M, Marocco)

Si la maggior parte ha preso il COVID, mia mamma, mio babbo, mio fratello e mia sorella. Mio babbo è morto a causa del COVID, mio fratello si è recuperato è anche mia mamma ma mio babbo è morto. (Intervista 30, F, Perù)

Lui (marito) l'ha portata (figlia) in ospedale ed era il COVID. Dopo 10 giorni ha cominciato ad avere sintomi, non si è curato, ha avuto febbre, dopo 3 giorni di una cosa del genere è andato all'ospedale, era COVID, è rimasto in ospedale, ha preso il COVID e non ce l'ha fatta. Questa cosa mi fa molto male perché ho avuto con lui anni un po' padrone, viaggiava molto, andava da tutte le parti, non mi ha lasciato una vita tranquilla neanche la mia figliola, lo amava tanto, era suo babbo; e per questa cosa la mia figliola soffre ancora molto, anche lei ora ha un po' di depressione, la stanno guardando la dottoressa e la psicologa; questa cosa mi dispiace perché non andavamo d'accordo però era sempre suo babbo, e mi dispiace, lei si sente a volte quando va in crisi si sente in colpa che è stata lei che ha attaccato il COVID a suo babbo. (Intervista 9, F, Cuba)

Inoltre, è stato percepito sia un impoverimento delle relazioni più strette, sia maggiori difficoltà economiche all'interno della famiglia, con una diretta conseguenza sulla qualità di vita.

Io andavo a Natale e a Pasqua a trovarli. Ho un figlio, due nipotini, due fratelli. Mio fratello e mia sorella hanno preso il COVID, quindi si sono presi paura, poi era difficile muoversi perché c'erano le restrizioni sui movimenti fra regione e regione, quindi in due anni li sentivo solo al telefono per videochiamata. Lì potevo capirlo perché mia sorella è molto apprensiva, quindi per rispetto verso il suo modo di affrontare questo tipo di emergenza non facevo pesare il fatto che non ci potevamo vedere. Però era una distanza comprensibile, per rispetto sempre verso di loro. Io poi ho due nipotini piccoli, mi sarebbe anche scociato parecchio andare a trovarli e poi magari scoprire dopo una settimana di averli infettati, perché poi c'era anche il discorso dei positivi asintomatici. Mio fratello aveva un'azienda e ha dovuto chiuderla e poi non è più riuscito ad aprirla. Mio figlio ha perso il lavoro e ora si sta arrabattando per cercare di mettere insieme la cena con il pranzo. Mia sorella è pensionata. L'altra mia sorella a marzo del 2019 ha aperto un bed and breakfast e ad aprile ha dovuto chiuderlo. (Intervista 6, M, Italia)

All'epoca del COVID sono cambiate tante cose, anche in Francia non solo qua, anche la mia famiglia ha una crisi economica, con mia sorella maggiore all'epoca del COVID ho lavorato da casa nel suo ufficio a Lione in Francia, miei nipoti e miei fratelli tutti. Sono residente a Bolzano ho avuto due figli a Bolzano. Nessuno si è ammalato, un mio nipote figlio di mia sorella maggiore che lavora in Francia, l'ha avuto ma guarito presto, fatto quarantena ma mia sorella e mio fratello no neanche mia mamma vecchia perché abbiamo fatto il primo vaccino poi il secondo, non uscivano da casa perché abbiamo una villa grande, lontano dalla gente. (Intervista 23, M, Tunisia)

1.5.4 SALUTE E COVID-19

In questo capitolo tematico troviamo considerazioni generali e soggettive sulla propria salute ed in riferimento alla pandemia, in particolare relativamente all'offerta del vaccino e alle sue conseguenze (vedi Green pass) e ai rischi connessi con la diffusione del virus.

Infine è stato fatto un focus sull'epatite.

Percezione generale della propria salute

In questa sezione si dedica uno spazio alla condizione di salute attuale, sia a livello fisico che mentale, riportata dalle persone coinvolte nello studio.

Nei casi in cui emergono problematiche relative alla propria condizione di salute mentale, le patologie più frequenti sono quelle legate ai disturbi dell'umore, come la depressione, fino ad arrivare a idee suicidarie. Questa condizione di salute riferita è pregressa alla pandemia e in taluni casi è riferita come un evento di peggioramento.

Io ho fatto la terapia per dormire, quando sono in crisi, se vedo una cosa brutta mi fa star male. L'anno scorso stavo male, è morta mia mamma, molto brutto veramente, ero come un pazzo (Intervista 1, M, Tunisia)

Sono stato bene, avevo trovato un lavoro in una pizzeria, però non avevo fatto i conti con la mia testa, con quel tarlo che c'avevo e che magari ho ancora dentro. Venivo fuori da una crisi molto depressiva, poi ogni giorno avevo sempre in mente di suicidarmi perché non ce la facevo. (Intervista 6, M, Italia)

Mi ha sconvolto la pandemia perché soffro di depressione (Intervista 9, F, Cuba)

Sono 10 anni che non sto bene. Sto malissimo di cervello. Sono ossessivo (Intervista 14, M, Marocco)

Per alcuni intervistati la propria salute psicofisica è legata alla condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti, legali ed illegali; si evidenzia una buona consapevolezza sul proprio malessere, senza però avere gli strumenti per disintossicarsi da soli, tanto da ricercare un aiuto compiendo gesti estremi.

Mi sento un po' male. Stare bene significa smettere la droga, smettere sigarette, fare sport... sono magrissimo. (Intervista 7, M, Marocco)

È la massima gioia, la salute è tutto. Una volta ho pensato anche al suicidio nel 2015, mi sono intossicato di brutto, non rispondevo più alla famiglia, ho lasciato anche la ragazza per non rovinarla. (Intervista 8, M, Marocco)

Cirrosi epatica. Da quando ho capito che sono malato non bevo, quando non lo sapevo bevevo. (Intervista 29, M, Romania)

In questo senso, il carcere viene visto quasi come una soluzione alla dipendenza, un modo per liberarsene.

Comunque in quel momento piangevo per la salute, volevo tornare in salute. Pensavo solo alla salute; addirittura ho preso 5 grammi di cocaina e andavo sotto la questura a sniffare così mi arrestavano, andavo in carcere e così mi liberavo della cocaina. Ma non l'ho fatto. Ora va bene, mi piace lo sport, mi sveglio presto, mi piace la vita. (Intervista 8, M, Marocco)

In alcuni casi i problemi di salute sono principalmente fisici e variano da una comune influenza, all'asma, ad altri disturbi fisici causati da traumi o eventi non raccontati in sede di intervista.

Ho preso l'influenza questa settimana. Ora mi sta passando, ora meglio, ho fatto gli antibiotici. (Intervista 2, M, Italia)

Ho la pneumo... Che mi dà fastidio, dormo male la notte, non posso stare in piedi quando mi sveglio. Poi ho fatto un intervento sul setto nasale. Comunque non ho grandi problemi. (Intervista 3, M, Algeria)

Sono asmatico. (Intervista 23, M, Tunisia)

Ho un piccolo problema, prima respiravo male, ho fatto tutte le analisi, sono andato dal cardiologo e ha scoperto che ho una vena vicino al cuore che pompa poco. Mi ha dato delle pasticche che devo prendere tutte le sere. Piccole pasticche. (Intervista 28, M, Italia)

Un anno fa ho fatto delle analisi e dei controlli perché ho un po' di problemi, dei disturbi per una infezione, da qualche anno mi viene sempre e poi va via. (Intervista 32, F, Rom)

Nelle interviste è stato possibile indagare anche il significato di salute, andando oltre agli aspetti fisici, e ponendo l'accento anche su aspetti differenti, come un'alimentazione sana, essere felici e speranzosi, avere una casa e infine una buona qualità di vita.

Stare in salute per me significa stare bene per morire salva, non con malattia per stare male e morire non si sa dove, si

attacca fuori o dentro, non sai dove, da dove arriva, questo è un veleno. (Intervista 20, F, Albania)

Non avere nessuna malattia, avere un posto tranquillo e pulito, avere un cibo sano, poter vivere bene. Essere felice. (Intervista 21, M, Gambia)

Non devi avere nessuna malattia, non devi avere nessun virus, non devi avere niente nel tuo corpo, devi stare fisicamente tutto a posto, questo significa la salute a posto. Quando ti alzi la mattina stai bene se non hai bisogno di niente, è solo il coraggio che devi avere per vivere. (Intervista 22, M, Gambia)

È la felicità. (Intervista 30, F, Perù)

Percezione del rischio connesso all'infezione da SARS-CoV-2

Se le considerazioni sulla propria salute fanno poco riferimento all'impatto provocato dalla COVID-19, molto più evidente è il collegamento tra la pandemia e la percezione del rischio espresso dagli intervistati sul piano della salute di se stessi, della propria famiglia e del sistema di appartenenza.

Laddove la percezione del rischio è alta, si nota una maggiore adesione alle regole.

Avevo paura e ho sempre messo la mascherina. (Intervista 1, M, Tunisia)

(Il virus) è pericoloso perché ammazza persone, non è che scherza, devi stare attenta a tutte le cose anche se sei a casa devi pulire sempre, devi stare attenta dove metti mani. (Intervista 20, F, Albania)

Nei casi in cui alla condizione di senza dimora si aggiunge la mancanza della rete sociale di riferimento, emerge un maggiore vissuto di paura.

Siccome sono uomo di strada, non ho la famiglia, ho avuto un po' paura perché questa malattia, questo virus ha colpito in tutto il mondo, io senza famiglia, senza nessuno ho avuto un po' paura. (Intervista 27, M, Romania)

In alcune testimonianze, nel periodo pandemico si evidenzia una forte resistenza, accompagnata da un profondo vissuto di paura, a recarsi in ospedale in seguito a sintomi influenzali riconducibili all'infezione da SARS-CoV2.

Mentre andavo a fare il tampone speravo di non essere positivo, perché se ero positivo mi mettono in difficoltà a livello psicolo-

gico. In questi due anni ho avuto la febbre altissima, non sono andato all'ospedale per questo motivo, perché di sicuro sennò mi dicevano che avevo il COVID. (Intervista 8, M, Marocco)

C'era presa una fobia che né lei né io volevamo uscire di casa, io non volevo portarla all'ospedale, ero terrorizzata a sapere che l'unica cosa che ho, che è la mia figliola, avesse il COVID. (Intervista 9, F, Cuba)

La paura del contagio emerge chiaramente in relazione ai possibili contatti con altre persone.

È importante perché io non so se l'altro è positivo o negativo, nell'autobus tante persone insieme è pericoloso. (Intervista 18, F, Bangladesh)

Veramente il virus non lo so che malattia è, però bisogna stare attenti, so solo questo. Si può avere paura con la gente perché ognuno ha la sua vita, io posso avere un virus anche se non è COVID, ma posso avere una malattia che può rovinare la vita, bisogna stare attenti, solo di questo ho paura. (Intervista 22, M, Gambia)

Io sono muratore e lavoro con altri colleghi che hanno famiglia, uno va a casa la sera in famiglia e prende il COVID. (Intervista 27, M, Romania)

Qualcuno, come forma di prevenzione del contagio, racconta di aver modificato le proprie abitudini.

Ho cominciato a non frequentare i luoghi. Alla mensa non ci andavo nelle ore di punta, ma sul tardi, mezzogiorno e mezzo o le una, quando c'era pochissima fila. (Intervista 6, M, Italia)

La paura viene percepita per se stessi, ma anche per il sistema di appartenenza e l'intera società.

Ho paura che non si possa controllare il COVID, che arrivi un altro tipo di COVID. Sono preoccupato per la società. (Intervista 12, M, Afghanistan)

Sì, è pericoloso non solo per me, per tutti. (Intervista 21, M, Gambia)

L'aderenza alle regole sembra trovare una forte motivazione anche nel voler proteggere la comunità.

Cerchiamo sempre di proteggere noi stessi e anche gli altri. A volte anch'io dimentico di usare la mascherina, però cerco sempre di tenerla perché le regole sono regole. Tutte le volte c'è gente che bisogna brontolarla per la mascherina. In generale è gente che non gliene frega proprio niente della mascherina. Come sull'autobus. Non va bene, sono dispettosi. Una regola deve essere rispettata da tutti, se no è una mancanza di rispetto verso gli altri. Io la vedo così, se tutti togliamo la mascherina non va bene. (Intervista 3, M, Algeria)

C'è chi evidenzia una personale flessibilità rispetto all'uso dei dispositivi di sicurezza, sottolineando la propria posizione di rispetto verso gli altri.

Il modo che avevo io per affrontare questa situazione era quello di tenere presente bene quelli che erano gli accorgimenti da adottare, non frequentare le persone, non creare agglomeramenti e ho fatto così. La mascherina la metto quando sono qui per rispetto verso di loro, bisogna usarla e si usa, e se non vuoi usarla stai fuori, però quando sono fuori non la uso. Sui mezzi pubblici la uso. Mentre prima era più una questione di precauzione, adesso è diventata più una questione di educazione. (Intervista 6, M, Italia)

Qualcuno pone l'accento sulla discrepanza tra ciò che è stato trasmesso dai mezzi di comunicazione durante la pandemia e quello che è stato visto con i propri occhi stando per strada o frequentando i servizi. Ciò ha comportato un atteggiamento scettico rispetto a ciò che stava accadendo.

Le cose le ho viste solo alla tv e quando c'era qualcuno malato ha preso paura, ma davanti a me non l'ho visto. Quando sono stato all'hotel con Porte Aperte, 5-6 erano malati, di notte andavamo tutti in una stanza a giocare a ramino. Non ho visto un caso davanti a me per dire se è pericoloso o meno. (Intervista 5, M, Tunisia)

All'inizio ero scettico per tutto quello che si sentiva in televisione, mi informavo sulla gravità della pandemia. Si sentiva che in tutta Italia c'era questa esplosione di male, ma da noi non arrivava. Non so fino a che punto, dicevo, la raccontavano giusta. (Intervista 6, M, Italia)

Per qualcuno è stato possibile controbilanciare questo sentimento di sfiducia ascoltando le testimonianze da parte di amici o conoscenti che avevano contratto il virus.

Se non tocchi con mano è difficile credere a una tipologia così devastante, però poi un mio amico si è ammalato, ha più o meno la mia età, ne è uscito però ha fatto 6 mesi veramente brutti dopo la malattia, perché ha fatto fatica a riprendersi. Mi diceva: quando ti dicono in televisione che la situazione è grave, credici. (Intervista 6, M, Italia)

Devi combattere giorno per giorno con questa storia del COVID perché solo chi ha passato sa cosa vuol dire, perché la mia figliola l'ha preso tre volte e ha lasciato il trauma. (Intervista 9, F, Cuba)

Difatti alcuni evidenziano come i mezzi di comunicazione e le informazioni date durante l'emergenza COVID-19 abbiano influito nel percepire il pericolo.

La prima volta che l'ho preso avevo paura. Prima si sentiva solo di gente che moriva, al telegiornale sempre morti, quindi ero preoccupato, avevo paura. (Intervista 3, M, Algeria)

All'inizio sì, leggi i giornali, tanti morti, meglio fare il vaccino ed essere più sicuro; puoi prendere anche il COVID, però sei più protetto. Pericoloso per tutti, perché leggendo sul giornale, morti di qua e di là. Prima lo seguivo parecchio il telegiornale, prima la curva era scesa, poi è risalita, i morti sempre tanti. Prima erano meno, poi sono saliti, se sale il contagio aumentano anche i decessi. (Intervista 28, M, Italia)

Abbiamo avuto tanta paura, al televisore dicevano che all'ospedale ti uccidono, abbiamo avuto sempre paura di andare in ospedale, quindi prendevo a casa Tachipirina per la febbre, antibiotico, tutto per non andare in ospedale (...) ho detto che se muore, muore anche a casa, se muore, muore anche in ospedale, avevamo sempre questa paura. (Intervista 32, F, Rom)

Per alcuni la percezione del rischio si è ridotta in seguito ai vaccini.

Alla fine chi è vaccinato ha minimo di rischio di contagiarsi, avere il Green pass è un vantaggio, nonostante si possa pensare che sia uno svantaggio perché si devono fare i vaccini di una cosa che non conosco, quindi puoi avere paura, posso morire

o no, però puoi morire anche di COVID, quindi perché non farti il vaccino? (Intervista 2, M, Italia)

Ora no (non ho paura), tengo tre vaccini, non è come all'inizio che c'erano molti morti. (Intervista 13, F, Perù)

Alcuni intervistati dichiarano di non aver avuto paura di contrarre il virus e questo ha comportato anche una minor aderenza e bassa motivazione all'uso dei dispositivi di sicurezza.

Sinceramente non ho paura del COVID. (Intervista 4, M, Marocco)

Per me non credo, sono sempre stato bene. Qualche volta non seguivo neanche le regole, non ho preso niente, non credo. (Intervista 7, M, Marocco)

Io non ho mai avuto paura, so che esiste, ma io non ho mai avuto paura, anche perché non ho contatti. Per la gente che è uguale a me, non ho paura, sappiamo che dobbiamo mettere la mascherina e si mette, però la nostra vita continua come prima. (Intervista 15, M, Algeria)

No, per me non ho avuto paura, magari per le persone anziane o i più piccoli sì, poi ai tempi dicevano che era pericoloso per chi aveva problemi respiratori o per le persone anziane. A me chi mi ammazza, con quello che faccio tutti i giorni. Nemmeno ci ho pensato perché sono abbastanza resistente, mi becco il raffreddore però è difficile che mi prenda qualcosa per stare a letto. (Intervista 31, M, Italia)

In alcuni di questi, emerge la propria opinione rispetto all'esistenza o meno del virus, opinione che incide chiaramente sulla percezione del rischio per sé e per gli altri.

Ti ho detto che non credo a questa cosa. (Intervista 14, M, Marocco)

Non mi fa proprio paura, io penso che nemmeno esista. Non ho paura per me stesso e non ho paura nemmeno per la mia famiglia per un qualcosa che non c'è. (Intervista 17, M, Albania)

In alcuni casi si sottolinea come la percezione del rischio sia cambiata nel tempo. Ciò è dovuto al periodo in cui sono state svolte le interviste, cioè dopo almeno un

anno dall'inizio della pandemia e quindi con la campagna di prevenzione già attiva e le diverse varianti in circolazione.

Prima poteva essere pericoloso, ormai dopo due anni, dopo tutti i vaccini che hanno fatto, penso sia scalato come indice di pericolosità. (Intervista 2, M, Italia)

Quando è iniziato questo COVID, la preoccupazione era troppo alta, i primi tempi era una cosa spaventosa, quando prendevi il COVID dici è la fine del mondo, ora con il tempo abbiamo scoperto che il COVID non ammazza tutti e quindi siamo più tranquilli. Adesso non mi spaventa, però il fatto di prendere il COVID e andare in quarantena è noioso. (Intervista 3, M, Algeria)

Oggi è un raffreddore un po' più forte, ma niente di che se non hai patologie tue personali che aumentano la pericolosità del COVID. (Intervista 6, M, Italia)

Rispetto, metto la mascherina, faccio il distanziamento, ho fatto due vaccini, ma non perché ho paura del COVID. Prima ero impaurito come tutti. (Intervista 8, M, Marocco)

Ora il COVID non è pericoloso, tante persone sono vaccinate, ma prima, me incluso, c'era paura del COVID. Personalmente non credo che dopo due anni il COVID si comporti nella stessa maniera dell'inizio. (Intervista 12, M, Afghanistan)

Vaccino anti COVID-19

In questo capitolo sono riportate le motivazioni e le opinioni di coloro che hanno deciso di aderire o meno all'obbligo vaccinale contro la COVID-19.

Tra coloro che hanno deciso di essere vaccinati, ci sono degli intervistati che pongono l'accento sul valore di obbligo di questa azione senza metterlo in discussione, ma prendendolo come un dato di fatto rispetto al quale non ci sono alternative.

È un obbligo, ti tocca farlo per forza. (Intervista 2, M, Italia)

È obbligo. Dobbiamo farlo sia per proteggerci che per rispettare le regole. (Intervista 3, M, Algeria)

Strettamente connesso a questo gruppo di intervistati è quello di coloro che pongono l'accento sullo scopo attribuito alla scelta di vaccinarsi: il vaccino cioè è un passe-partout per lavorare, andare all'università e frequentare luoghi pubblici liberamente e senza vincoli. La relazione causale tra scegliere di vaccinarsi e raggiungere

un certo scopo passa attraverso l'obbligatorietà del vaccino, ma l'accento viene calcolato principalmente sullo scopo finale.

*Mi è stato chiesto all'università di farlo per entrare in aula.
(Intervista 8, M, Marocco)*

Io l'ho fatto solo perché era obbligatorio per andare al lavoro, non perché pensavo che esiste il virus. (Intervista 17, M, Albania)

Si l'ho fatto perché altrimenti non posso lavorare e non posso andare nemmeno al bar. (Interviste 21, M, Gambia)

In stretta connessione con questa chiave di lettura vi è il riferimento al Green pass, come certificazione che, da un certo momento in poi, si è resa indispensabile per le frequentazioni pubbliche di ogni tipo.

(Ho fatto) due (dosi) per ora, il terzo non era obbligatorio e quindi non l'ho fatto (...) ormai che ho il Green pass dopo due dosi posso benissimo non farmi la terza dose. (Intervista 2, M, Italia)

Ci siamo fatti il vaccino perché volevo prendere il Green pass. (Intervista 5, M, Tunisia)

Se (non lo facevo) non potevo entrare all'ospedale o anche al lavoro, a volte vado a fare mediazioni in tribunale, in questura, se non esibisco il Green pass non posso entrare. (Interviste 21, M, Gambia)

Tra coloro che decidono di vaccinarsi emerge come motivazione l'adeguamento al comportamento tenuto dalla maggioranza delle persone; in questo caso sembra prevalere una sorta di delega della scelta.

Vanno tutte le persone quindi anche noi, vanno a fare il vaccino e allora vado anch'io. (Intervista 20, F, Albania)

Quando guardavo televisione o giornale l'89% in Italia sono vaccinati (...) lo fate voi, quindi sono andato anch'io. (Intervista 27, M, Romania)

Gli intervistati espongono anche delle opinioni sul vaccino. Quale che sia il motivo per cui si aderisce all'iniziativa vaccinale, emergono dei dubbi sull'efficacia del vaccino stesso.

*Da una parte dentro di me c'è qualcosa che mi dice che forse va bene, forse in alcuni casi che hanno il vaccino però prendono il virus, e alcuni casi no. Da una parte mi viene un'idea sbagliata che questo vaccino non fa proprio per niente (...) anch'io ho qualche dubbio, però non è 100% .
(Intervista 3, M, Algeria)*

Tra coloro che hanno fatto il vaccino, emerge anche fiducia sul vaccino stesso per la tutela di sé e degli altri, e sullo Stato che lo ha promosso.

Alla fine ti aiuta anche a prevenire, oltre che al Green pass per entrare nei posti bar, ristoranti ecc. non penso che se ti davano del veleno te lo dicevano, se lo Stato ti dà il vaccino non penso te lo dia per ammazzarti, o comunque non si è sentito di morti per vaccino. (Intervista 2, M, Italia)

Se non hai il vaccino non hai diritto di frequentare i posti che frequentano gli altri, perché sennò se prendi il virus poi lo trasmetti agli altri. (Intervista 3, M, Algeria)

Il vaccino penso che sia una cosa valida però vedo che non è giusto che quelle persone che non hanno fatto il vaccino acquistino gli stessi diritti di quelli che hanno il vaccino perché io mi sono messa a rischio, perché nessuno sa che ti infettano, nessuno ti dà la garanzia; se io per proteggere me e la mia figliola da tutti ho provato per vedere se il mondo va un po' meglio, perché gli altri? È come dire che non si finirà mai la malattia, è come una speranza. (Intervista 9, F, Cuba)

Ho visto che funziona bene, anche in questa esperienza che ho avuto COVID dopo 7 giorni è passato, dopo questo periodo di sette giorni non ho avuto mai. (Intervista 27, M, Romania)

Adesso ormai tutto più o meno sarà un raffreddore con tutte le vaccinazioni che abbiamo fatto. (Intervista 31, M, Italia)

A fianco di tali atteggiamenti ed opinioni, c'è però anche quello di chi espone un pensiero critico sull'obbligo di essere vaccinati, critica che acquista una valenza di sapore etico.

Pensa tu una persona che non crede a una cosa e lo ha fatto per forza, pensaci tu di quanto ti puoi pentire di quanto hai

messo nel sangue che non hai un'idea di cosa è, io non ho avuto voglia di farlo, me lo hanno fatto per forza, arriva una persona adesso e ti fa una puntura e non sai cosa c'è dentro e ti puoi pentire per tutta la vita. (Intervista 17, M, Albania)

Tra gli intervistati che si sono vaccinati, assistiamo anche ad una perdita di fiducia sul vaccino dovuta alla incoerenza percepita del perdurare dello stato di emergenza e dei contagi e la richiesta di effettuare richiami ravvicinati del vaccino.

Quello che vedo ora è che la gente vaccinata prende il virus, ho grandi dubbi che questo vaccino veramente protegge. Però bisogna farlo per forza. (Intervista 3, M, Algeria)

*I vaccini li ho fatti tutti e tre, ma adesso non ne faccio più (...)
Personalmente non so se sia per quello, ma da quando ho fatto la terza dose ho problemi allo stomaco, è come se avessi sempre la febbre nello stomaco, non so se dipende da quello, però siccome ho sentito che ci sono tanti che hanno dei problemi, non questo, ma altri tipi di problematiche; e poi non ci credo più al discorso dei vaccini. Se ne sentono talmente tante che ormai non ci credo, primo perché sono convinto che l'efficacia di un vaccino è data dalla sperimentazione e per il COVID non c'è stata sperimentazione, perché sei mesi non sono sperimentazione, ci vogliono anni per sperimentare un vaccino, quindi sono convinto che quello che ci iniettano non è proprio immune da conseguenze. Siccome quello che si sente in giro e quello che si vede è che adesso siamo in un regime di bassa soglia riguardo al vaccino, c'è chi si infetta e si ammala ancora, però con sintomi meno gravi di quelli di prima; io ho avuto degli amici che l'hanno preso quando c'era la crisi e mi hanno raccontato che in effetti c'era da aver paura. (Intervista 6, M, Italia)*

Personalmente non ho fatto il terzo e non lo voglio fare perché è inutile. (Intervista 8, M, Marocco)

Infine, un ristretto gruppo di persone ha deciso di non aderire all'obbligo vaccinale, motivando questa decisione con la paura innescata dalle comunicazioni contraddittorie sugli effetti del vaccino.

Io non voglio (fare il vaccino), prima mi hanno detto che c'è casino, si muore, avevo preso due appuntamenti per fare il Green pass, ma non sono andato (...) perché ho paura di questa puntura; m'hanno detto che ci sono tante persone

malate con questo vaccino, (ho paura) che faccia male al mio corpo. (Intervista 7, M, Marocco)

No (...) Perché avevamo paura di questo vaccino (...) Qualcuno diceva che andavano bene, altri che facevano molto male questi vaccini, c'era tanta paura. (Intervista 32, F, Rom)

Green pass

Parallelamamente al tema sulla vaccinazione anti COVID-19 e ad esso strettamente connesso, è stata indagata anche la sfera delle opinioni sulla necessità di possedere il Green pass, quale strumento che attesta l'effettuazione della vaccinazione e in virtù di questo, consente la libera circolazione e frequentazione dei luoghi pubblici.

Il Green pass entra talmente nella quotidianità delle persone che alcuni intervistati lo percepiscono come una carta d'identità.

Se hai il Green pass hai tutto, hai i documenti. È come la carta di identità... (Intervista 7, M, Marocco)

Altri lo percepiscono come un limite alla libertà personale, nelle sue varie sfaccettature.

Sì (non avere il Green pass limita un po' la vita) perché non si può prender caffè dentro il bar, non puoi fare niente. (Intervista 5, M, Tunisia)

Non ne vedo la necessità come limitazione sui movimenti, anche perché poi è difficile controllare. (Intervista 6, M, Italia)

A livello normativo il possesso del Green pass è ancorato alla possibilità di usare liberamente i mezzi pubblici, di frequentare luoghi di socializzazione e persino di lavorare. Per alcuni intervistati ci sono proprio queste necessità alla base del possesso del Green pass.

Praticamente devi esibirlo quasi tutti i giorni, a stare per strada, per prendere i mezzi pubblici, bus o treno, per entrare in un bar a prendere un caffè, lo chiedono anche per prendere le sigarette, per prendere un caffè al bar ti serve, e così per andare al McDonald. (Intervista 2, M, Italia)

Io voglio vedere la partita, nella sala da gioco ci vuole il Green pass e io non ce l'avevo. (Intervista 5, M, Tunisia)

L'ho fatto principalmente perché ogni tanto vado a mangiare al McDonald. Per altre questioni non mi è servito. (Intervista 6, M, Italia)

Si (ce l'ho), se no non lavoravo in una casa di cura. (Intervista 15, M, Algeria)

Io l'ho fatto solo perché era obbligatorio per andare al lavoro. (Intervista 17, M, Albania)

Dovendo lavorare nello stabilimento d'estate, dovevo averlo per forza, non per il bagnino, ma la sera dentro al ristorante. Quindi quando è uscita la prima vaccinazione il proprietario mi ha detto di andare a farlo, già aveva preso l'appuntamento per tutti i dipendenti. (Intervista 31, M, Italia)

Proprio il valore normativo del Green pass fa sì che gli venga riconosciuto principalmente l'attributo di attestare l'essere in regola e non incorrere in sanzioni.

Penso che alla fine devi averlo, perché se capita il giorno in cui te lo chiedono, anche se prima non te lo hanno mai chiesto, lo becchi nel sedere. (Intervista 2, M, Italia)

Per essere in regola. (Intervista 5, M, Tunisia)

In questo ambito c'è anche un intervistato che dà un valore etico, di rispetto più che di evitamento della sanzione.

Io l'ho fatto perché rispetto la società dove vivo. Non di più. (Intervista 8, M, Marocco)

Alcuni intervistati vanno oltre il significato personale di possedere il Green pass e vedono il valore sociale di uno strumento nato per orientare le scelte vaccinali.

Devono farlo, perché c'è gente che non vuole fare il vaccino, perché se non hai il vaccino non hai diritto di frequentare i posti che frequentano gli altri, perché se prendi il virus poi lo trasmetti agli altri. E non va bene. Quindi bene così. (Intervista 3, M, Algeria)

Il Green pass è nato per obbligare le persone a fare le vaccinazioni, e quindi da quel punto di vista lo capisco. (Intervista 6, M, Italia)

Per il COVID non è utile. Magari sanno chi è vaccinato e chi no. (Intervista 8, M, Marocco)

Volevano assicurarsi se hai fatto il vaccino. (Intervista 20, F, Albania)

Alcuni intervistati poi manifestano un atteggiamento critico nei confronti del Green pass, sottolineando la sua inutilità.

1. C'è chi mette in evidenza la possibilità di essere contagiosi nonostante il suo possesso.

Mettiamo il caso che fosse rimasta la drammaticità di prima con le conseguenze ospedaliere, isolamento etc., mi sono sempre detto, se ieri eri negativo, non è detto che oggi non lo sei. (Intervista 6, M, Italia)

Ma quale differenza c'è fra uno che non ha il Green pass e non può stare sul treno perché temono che contagi gli altri, e uno che ce l'ha, ma non temono, anche se quello ha il Green pass da 6 mesi. Che vuol dire? come sanno dove ha dormito? da dove vengono? Non è che avere il Green pass in tasca vuol dire che non puoi avere il virus. (Intervista 8, M, Marocco)

2. E chi infine pensa che sia sufficiente essere vaccinato, senza la necessità di questa certificazione.

Per me è una cavolata (...) se hai il vaccino non c'è bisogno di chiedere il Green pass. (Intervista 15, M, Algeria)

Chi ha deciso di non vaccinarsi e quindi non ha il Green pass denuncia le difficoltà che incontra nella quotidianità.

Oggi andato dal dottore, dove serve il Green pass, ho fatto il tampone per andare da questo dottore. Da lui non posso entrare senza il Green pass, fatto tampone. (Intervista 10, M, Marocco)

Dappertutto mi chiedevano il Green pass, non andavo da nessuna parte, ma quando c'era bisogno di andare da qualche parte chiedevano il Green pass: sulla SITA, in farmacia, se entravo al bar. Meno male che al supermercato non mi chiedevano il Green pass, ma dappertutto lo chiedevano. Ma ce l'abbiamo fatta anche senza. (Intervista 32, F, Rom)

Non potevo andare a scuola con l'autobus perché non avevo il Green pass. A volte andavo, a volte no. Avevo paura di prendere una multa. (Intervista 34, F, Rom)

In sintesi, la percezione del rischio per la salute in corrispondenza della diffusione del virus Sars-Cov2 è stata difforme nel gruppo degli intervistati ed è cambiata nel tempo: nei primi mesi di pandemia, un gruppo di intervistati ha dichiarato stati di profonda paura, anche per le notizie apprese dai canali di informazione o per le esperienze indirette, di amici o conoscenti contagiati, che hanno abbattuto l'iniziale scetticismo sulla gravità del virus.

In queste circostanze viene fatto riferimento ad una maggiore aderenza alle regole, non solo in chiave egoistica, ma anche per la tutela della comunità. Questa posizione ha lasciato spazio anche a riflessioni più ampie sull'aderenza alle regole come forma di rispetto e responsabilità sociale.

Su posizioni opposte troviamo chi non crede alla pericolosità del virus e quindi non aderisce alle regole, mentre in una posizione intermedia si pone chi pensa che il virus non sia pericoloso per sé, ma solo per alcune categorie di persone, come i fragili, e di conseguenza rispetta le regole solo in determinate occasioni. In questa posizione si trovano anche coloro che, durante l'intervista sostengono di aver cambiato la percezione di rischio in seguito all'introduzione del vaccino, diminuendo o eliminando la paura del contagio per sé, anche se dichiarano di seguire le regole per non incorrere in problemi o non creare condizioni di rischio per gli altri.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per quanto emerge sulla posizione degli intervistati rispetto al vaccino anti COVID-19 e al possesso del GreenPass, dove non emergono opinioni o atteggiamenti propriamente riconducibili alla condizione di marginalità, ma al contrario di somiglianza con la popolazione generale.

Epatite

Il progetto prevedeva alcune domande per comprendere quanto e cosa gli intervistati sapessero dell'epatite.

La maggior parte di essi ha sentito parlare di questa malattia, anche se in generale le conoscenze vengono riferite in maniera vaga e incerta.

Alcuni intervistati si limitano a parlare dell'organo bersaglio dell'epatite, il fegato.

L'epatite non mi ricordo neanche cosa sia. Qualcosa che riguarda il fegato? (Intervista 2, M, Italia)

Quelle più pericolose sono la B e la C, rovinano il ...fegato (Intervista 4, M, Marocco)

Una cosa grave, l'ho capito devi sempre guardare il tuo fegato e fare dei controlli. (Intervista 7, M, Marocco)

È colpito tutto il corpo, ma in particolare il fegato. (Intervista 12, M, Afghanistan)

L'epatite è una malattia del fegato. (int 13) (Intervista 13, F, Perù)

Spiegarlo ad un amico sarebbe molto difficile per me (...) So che è una malattia che intacca il fegato (Interviste 21, M, Gambia)

Altri intervistati spiegano l'epatite basandosi esclusivamente sulla conoscenza delle vie di trasmissione.

(Si trasmette) tramite il sangue, forse tramite contatto fisico, rapporti sessuali, escrezioni. (Intervista 2, M, Italia)

Si prende anche dalla lametta e dal pennello per fare la barba, dal bagno (Intervista 4, M, Marocco)

L'epatite si trasmette per via sessuale, questioni igieniche... (Intervista 15, M, Algeria)

Si prende con le siringhe, con rapporti sessuali. (Intervista 17, M, Albania)

Si prende al contatto del sangue o andare a letto con una che già ce l'ha. (Intervista 21, M, Gambia)

Altri intervistati fanno un richiamo al rischio connesso ai comportamenti legati a dipendenza da consumo di droga o di alcol.

C'è un mio amico siciliano che è morto qua, anche lui usa la droga ed è morto per questo, usava siringhe e si drogava. (Intervista 1, M, Tunisia)

So che l'epatite C si prende per l'alcool, però non penso si prenda solo per quello. Ho conosciuto delle persone che per via del bere forse hanno preso l'epatite C da alcool, quindi il fegato frantumato. Avevo uno zio che è morto di epatite perché beveva. (Intervista 6, M, Italia)

Conosco un ragazzo che è morto vicino casa nostra in Marocco, beveva tanto, aveva l'epatite, vomitava sangue (...) Penso si trasmetta anche con le siringhe, lame di rasoio. (Intervista 8, M, Marocco)

So cos'è l'epatite, ho la cirrosi epatica, è legata al 99% alcool (Intervista 29, M, Romania)

L'epatite è più facile trasmetterla per quello che faccio io, con l'uso di droghe. (Intervista 31, M, Italia)

Collegata a questa conoscenza c'è l'importanza dichiarata da alcuni intervistati di tenere dei comportamenti sicuri sia nella prevenzione che nella cura in caso sia stata contratta la malattia.

Io per prima cosa non fumo altre sigarette che le mie, non le prendo da terra e anche per fare l'amore uso sempre il preservativo, anche quando ero piccolo nel mio paese. Questo sempre. (Intervista 1, M, Tunisia)

Non sono soggetto a rischio (...) sessualmente sono otto anni che non pratico, quindi non ci sono problemi, ma a parte questo discorso di Porte Aperte per il resto sono abbastanza solitario nelle mie giornate quindi non ho possibilità di contagio, in più la grande fortuna di aver solo il problema delle sigarette, quindi non bevo, non mi drogo e quindi sono fuori dalla cerchia delle possibili persone a rischio. (Intervista 6, M, Italia)

Ci sono tante persone qui che non sanno e non fanno mai controlli e purtroppo quando arriva all'ospedale è tardi; devi andare prima. (Intervista 7, M, Marocco)

Di epatite si muore. Questa epatite C dopo il trattamento hai un regime...devi mangiare le cose che ti diceva il dottore perché se non fai così arriva la cirrosi. (Intervista 27, M, Romania)

Le informazioni in possesso degli intervistati, come si evince dai brani precedenti, risultano sì presenti, ma talvolta approssimative, talaltra incerte. Possiamo avanzare l'ipotesi che questa cattiva informazione non sia appannaggio esclusivo del target di questa indagine, ma appartenga alla più ampia popolazione e sia collegabile alla scarsa diffusione di conoscenze su questo tema. A sostegno di questa ipotesi vi è la confusione che alcuni intervistati fanno tra epatite (HCV) ed HIV.

L'epatite non me lo ricordo. È quella che ti distrugge i globuli bianchi? No, forse quella è l'HIV, che distrugge i globuli bianchi e quindi hai più rischio di contrarre malattie (Intervista 2, M, Italia)

So che l'HIV si trasmette per via sessuale, però l'epatite non lo so. Per l'HIV so che si deve usare il preservativo, per l'epatite non lo so. (Intervista 6, M, Italia)

La conoscenza sull'epatite viene acquisita prevalentemente per via esperienziale, soprattutto in riferimento alla conoscenza di persone, più o meno vicine, che hanno contratto questa malattia.

Le sapevo queste cose da quando sono finito in carcere. Ho visto le persone che hanno preso l'epatite C (...) Ho conosciuto uno in carcere, l'hanno chiuso da solo. È entrato con altri ragazzi, poi gli hanno fatto la visita e hanno saputo che stava male, lo hanno isolato. (Intervista 4, M, Marocco)

Ho conosciuto un mio amico che è stato malato, trasmesso con relazione sessuale, l'ha scoperto con l'occhio che è diventato giallo. È guarito, ma è da poco. (Intervista 5, M, Tunisia)

Io lo so bene di questa cosa perché mia mamma due anni fa in Romania ha fatto questa analisi e ha visto che aveva l'epatite C, è stata trattata con un vaccino (Intervista 27, M, Romania)

Alcuni fanno riferimento però anche alla propria diretta esperienza come persona contagiata e malata.

Mi sono anche contagiato di questa malattia (...) Non so bene se B o C, mi sembra quella che hanno i tossici (...) Ho fatto una rissa con un moldavo, non sapevo che lui era tossico e soffriva di epatite; dopo due settimane ho cominciato a sudare, non andare bene al bagno, ho scoperto lì quando ero in carcere, dopo la rissa, dopo una settimana ho cominciato a sentirmi male (...) e ora da anni sto benissimo, ho fatto esami anche in Toscana, mi hanno detto che sono guarito e non devo più pensare a questa cosa. (Intervista 23, M, Tunisia)

Pochi intervistati fanno riferimento a canali di conoscenza come la scuola o la rete Internet.

Mi hanno informato a scuola ai tempi delle medie. (Intervista 2, M, Italia)

Una volta mi sono incuriosito e ho guardato su Internet. (Intervista 8, M, Marocco)

Gli intervistati fanno riferimento alle associazioni soprattutto nel controllo del proprio stato di salute rispetto all'epatite.

Io non ce l'ho l'epatite B e C, loro mi fanno il controllo tante volte. (Intervista 1, M, Tunisia)

Quando lo fanno a Porte Aperte questo controllo lo faccio subito. (Intervista 5, M, Tunisia)

Per precauzione ho fatto tutti i controlli, visto che (le unità di strada) venivano qui (strada) a farli, era anche comodo farle. No ti dovevi spostare. (Intervista 6, M, Italia)

Infine un più ristretto gruppo di intervistati riferisce di non sapere cosa sia l'epatite, nonostante possa averla sentita nominare.

(Ho sentito nominare l'epatite B o epatite C) però non so cos'è. (Intervista 3, M, Algeria)

(L'epatite B e C le conosco) poco. (Intervista 28, M, Italia)

1.5.5 CONOSCENZA DELLA COVID-19

Questo capitolo comprende le diverse conoscenze degli intervistati circa il virus Sars-Cov2 e le regole comportamentali ad esso riferite, così come il modo in cui queste vengono acquisite. Emergono anche gli atteggiamenti rispetto alle regole e le opinioni riferite ad esse.

Livello di conoscenza del virus e delle regole

Un'area indagata dallo studio è stata quella relativa alle conoscenze possedute dagli intervistati rispetto a due diversi aspetti: da una parte le informazioni sul virus, sulla sua sintomatologia e sulle modalità di trasmissione; dall'altra, la conoscenza delle regole e delle restrizioni per prevenire il contagio così come la procedura da seguire in seguito alla positività al virus.

a) Il virus

Il livello di conoscenza sulle modalità di trasmissione del virus risulta adeguato in diverse occasioni.

Penso sia trasmissibile per via aerea, si può trasmettere come un raffreddore starnutando. (Intervista 2, M, Italia)

Quando due persone parlano, si trasmette facile. (Intervista 5, M, Tunisia)

Potresti prenderlo anche sull'autobus. Dovevamo usare la mascherina perché altrimenti il fiato poteva essere contaminante. Quindi lo puoi prendere in qualsiasi momento. (Intervista 6, M, Italia)

Quando le persone sono infette e non si lavano le mani, si stringono le mani, se tocchi il naso con le mani. (Intervista 12, M, Afghanistan)

Per la prevenzione devi stare a distanza, devi stare attento con tante cose, io fumo la canna e non posso fumare con tutti, le sigarette anche. (Intervista 22, M, Gambia)

Anche parlando perché il COVID sale con la bocca e col naso, è nell'aria. (Intervista 30, F, Perù)

Il coronavirus basta un colpo di tosse ravvicinato, se uno è positivo e respiri a breve distanza è molto facile prenderlo. (Intervista 31, M, Italia)

Tuttavia per altri intervistati la COVID-19 rimane qualcosa di sconosciuto e poco chiaro.

Quando si respira, non è conosciuto bene, non lo conoscono nemmeno gli scienziati. (Intervista 29, M, Romania)

Rispetto alla conoscenza delle procedure in seguito al contagio e ai possibili sintomi manifesti si evidenzia un buon livello di conoscenza nella maggior parte degli intervistati.

La stanchezza, se qualche cosa nel tuo fisico non va. Tosse, febbre, male di respirazione. (Intervista 5, M, Tunisia)

Sì. Vado dal medico, fai il tampone. Conosco i sintomi, tosse, polmonite, febbre alta. (Intervista 8, M, Marocco)

Certo con la febbre, se hai il COVID tremi, non puoi respirare. Non puoi fare nulla, hai la febbre. Non puoi alzarti. Prendo la Tachipirina. (Intervista 20, F, Rom)

C'è chi invece dichiara di non essersi informato sulle modalità di trasmissione del virus per sfiducia o scarso interesse e di conseguenza manifesta un basso livello di conoscenza.

Si trasmette anche, ma non so, non ho seguito questo (Intervista 15, M, Algeria)

No, non mi è mai interessato. Perché io non mi fido proprio. (Intervista 17, M, Albania)

Non lo so come si trasmette. (Intervista 19, M, Marocco)

Emergono infatti dei dubbi circa l'esistenza del virus, talvolta enfatizzati da un atteggiamento complottista e di sfiducia.

Te hai conosciuto qualcuno che è morto? Sì esiste, è un virus, l'hanno creato, ma non è pericoloso fino al punto, ma lasciamo stare... (Intervista 4, M, Marocco)

Non ci credo tanto perché sono stato malato col COVID, ho visto altri malati e nessuno stava male, nessuno che aveva febbre o ha preso le medicine. (Intervista 5, M, Tunisia)

Niente, io non ci credo. (Intervista 14, M, Marocco)

Io ho tosse per la sigaretta e se ho la febbre è normale, perché esisteva anche prima. Non è una cosa nuova che è arrivata ora per il virus, perché quando cambia il tempo, dal freddo al caldo è normale, il sangue comincia a girare diverso da prima, è normale (Intervista 17, M, Albania)

No, nessun disturbo, non gli ho dato importanza e lui ha fatto il giro da me. (Intervista 29, M, Romania)

In questo senso, vengono anche proposte delle teorie complottiste circa l'origine del virus.

Dio non fa mai male a nessuno, l'umano fa del male, e questa cosa è stata fatta dagli uomini per gli interessi. È stato fatto dall'uomo per guadagnare, per gli interessi. (Intervista 4, M, Marocco)

È una guerra biologica fra i paesi. Non penso che è stato uno sbaglio. Non so cosa è successo prima, in Vietnam ricordi? Stessa storia che sta tornando. Ci sono dei responsabili, 100% ci sono, non è uscito da solo. (Intervista 5, M, Tunisia)

Tale sentimento di sfiducia si appoggia anche sull'esperienza che alcuni intervistati hanno avuto nella loro condizione di marginalità, nella quale non hanno riscontrato situazioni di pericolo causate dal virus.

Io sto sulla strada, frequento i posti di aggregazione dei senza fissa dimora, il centro diurno, le mense, dormitori, e da noi non si sentiva niente di tutto questo, nessuno di noi si ammalava. (Intervista 6, M, Italia)

Io sto dormendo fuori, perché non arriva il virus da me, quanta gente era lì? Secondo te non c'è il virus per terra? Certo che c'è, e se non lo prendi non esiste. (Intervista 17, M, Albania)

Hai visto tu un barbone morto per COVID? No, nessuno. Uno muore quando giunge all'ospedale, posso arrivare con una malattia all'ospedale, una influenza e mi dice che sono positivo al COVID, sei malato di COVID e poi muori, ma non muori di COVID, muori di altra cosa come la pancreatite, che è altra cosa, ma il dottore amministrativo dice COVID perché arrivano soldi all'ospedale; questi sono rapporti falsi. (Intervista 29, M, Romania)

In qualche caso, l'opinione complottista è influenzata anche da un vissuto di rabbia circa le conseguenze che la COVID-19 ha avuto nella propria vita, come ad esempio la perdita del lavoro.

Non mi fido perché il virus per me non esiste, è un business che fanno loro, e tutti stanno vivendo anche se hanno avuto il COVID... perché è uguale come l'influenza, non ha senso proprio niente di quello che dicono e di quello che stanno facendo, tutto quello che stanno facendo è il loro guadagno, guadagnano loro e noi andiamo giù, perché se non era questa situazione che hanno portato loro io non ero oggi qui, lavoravo come prima, anzi aveva aiutato pure la mia famiglia e oggi non posso mantenere nemmeno me stesso. (Intervista 17, M, Albania)

Al momento delle interviste c'è chi vede la COVID-19 come un virus meno pericoloso rispetto ai primi momenti del 2020 “Il COVID è un virus che si trasmette, prima eravamo convinti che uccideva tutti e poi col tempo hanno scoperto che...” (Intervista 3, M, Algeria); questo è stato possibile grazie alla campagna di vaccinazione che ha avuto effetti positivi sul contagio e di conseguenza ha abbassato la percezione del rischio.

b) Le regole conseguenti alla pandemia

Rispetto alle procedure da seguire in caso di positività, emerge un adeguato livello di conoscenza da parte degli intervistati.

Se sei positivo informare il medico e sentire cosa ti dice. Ho sempre pensato che alla fine bene o male chiamo il medico.

Quarantena o pasticche. 9 giorni con due o tre dosi, sennò 15 o 20 se non ha il vaccino. (Intervista 2, M, Italia)

Prima cosa deve andare a fare il tampone... Bisogna stare attenti, tenere la mascherina. La persona positiva poi deve stare sempre in isolamento. (Intervista 3, M, Algeria)

Chiama qualcuno che gli dice come fare, stare a casa finché loro vengono a prenderti, non devi uscire ad attaccarlo ad altri. Devi stare chiuso dentro una camera, bagno tuo. Non devi vedere nessuno finché il dottore non ti dice che sei a posto. Devi fare isolamento fino a che non ti danno l'ok. (Intervista 4, M, Marocco)

Certo, come ho sentito devo stare attenta, devo stare sola in casa, non avere contatti col bambino e con nessuno, stare da sola in camera e mangiare da sola, camera tua. E chiamare il medico se hai febbre, se no prendi Tachipirina. Come dice il dottore e tutto a posto. (Intervista 20, F, Rom)

C'è chi segue le regole perché ritengono che abbiano una buona efficacia di prevenzione per se stessi.

È un po' difficile seguire le regole, ma funzionano. (Intervista 7, M, Marocco)

Sì, anche in autobus, con la mascherina, ci credo per carità di Dio, lo dice tanta gente, ma mia opinione personale io dico, in generale, con tutte le persone al mondo, se noi teniamo questo modo per bene non ci arriva. (Intervista 15, M, Algeria)

Altri invece aderiscono alle regole non solo per proteggere se stessi, ma anche gli altri, cioè pongono particolare attenzione al risvolto sociale della prevenzione (come già affrontato nel paragrafo 4.2).

Se hai i sintomi e fai finta di niente non va bene, va bene per te, ma non per gli altri, magari lo trasmetti a una persona che ha problemi di salute, gli fai veramente un danno. (Intervista 3, M, Algeria)

Sì, prima cosa si fa un tampone, e se sai che hai il virus ti devi isolare per non contagiare gli altri. (Intervista 21, M, Gambia)

Una buona parte degli intervistati riferisce di rispettare le regole pur non essendo convinti della loro utilità, piuttosto sottolineando gli effetti psicologici che possono avere.

Uno può avere sintomi, puoi anche non averli però hai il COVID. Poi vedi gente tutta coperta, a livello psicologico secondo me la pressione di queste restrizioni, c'è gente come me che rispettano la legge, ma non sono convinte, io credo al COVID allo 0,1%, per me il COVID è un'influenza che hanno battezzato COVID. Ma è un'influenza come tante. (Intervista 8, M, Marocco)

Io non dico che è sbagliato ma io la mascherina più che per il COVID la mette per entrare in centro perché c'è lo smog. Per la gente che è uguale a me no, sappiamo che dobbiamo mettere la mascherina e si mette però la nostra vita continua come prima. (Intervista 15, M, Algeria)

E in diversi casi viene fatto riferimento alla validità di queste regole nel primo anno della COVID-19, ma non nel momento attuale delle interviste, come a sottolineare la differente percezione del rischio durante il passare del tempo.

Magari all'inizio, primo, secondo, terzo mese, il primo anno, ma ora siamo al terzo anno, e c'è ancora qualcuno che ti dice di metterti la mascherina anche da 100 metri. (Intervista 8, M, Marocco)

No, hanno fatto bene queste regole prima, ma ora secondo me devo lasciare la mascherina, basta COVID, se c'è qualche virus come ho avuto io è come un raffreddore, non è come era prima che le persone morivano. (Intervista 27, M, Romania)

Tra gli intervistati c'è chi invece non aderisce alle regole, che ritiene eccessive, poco efficaci e in generale con molti limiti e risvolti negativi per il proprio stile di vita.

Non me ne importa niente, so che hanno paura di prendere il virus però stanno esagerando, troppo esagerati. Non mi importa. (Intervista 3, M, Algeria)

Questa mascherina è più di un mese che la tengo, quindi non vale più, lo puoi prendere lo stesso, tutto quello che dicono non ha un senso, è solo un business, fa morire la gente e a loro non gliene frega e hanno fatto tutto questo casino, e adesso io sono rovinato, loro guadagnano, la gente che manda fuori questa roba, non gliene frega niente. (Intervista 17, M, Albania)

In particolare, vengono evidenziati i “controsensi” percepiti nelle diverse regole attuate per prevenire il contagio, ad esempio tra l’obbligo di essere vaccinato per contribuire alla sicurezza personale e altrui e la richiesta di continuare a mantenere comportamenti di tutela generali, due comportamenti percepiti come contraddittori.

Io dico che il virus non esiste e anche queste regole no, dicono che esiste il virus, fai il vaccino e non lo prendi più e io ho fatto il vaccino, ma perché devo usare la mascherina? quindi se io faccio il vaccino non lo prendo più, e io faccio il vaccino, ma adesso io per salire sul treno perché devo usare la mascherina? Ho fatto il vaccino e sono salvo, tu non devi venire da me a chiedermi la mascherina perché le regole sono per tutti uguali. Chi non ha fatto il vaccino non deve salire. Basta. Perché tu stai dicendo che non si può salire sul treno senza la mascherina e senza il Green pass, io ho il Green pass non devi venire da me a chiedere queste cose. (Intervista 17, M, Albania)

Un intervistato delinea quelle che secondo lui sono le differenti categorie presenti nell’opinione pubblica circa la COVID-19 e le regole derivanti per il contenimento del contagio.

La comunità in generale è divisa in tutto il mondo, è divisa in tre. Io faccio parte di quelli che rispettano le leggi riguardo il COVID, distanziamento, mascherina, vaccino, Green pass, ma non crediamo in COVID. Crediamo che c’è un’influenza, ma l’hanno ingigantita. Poi ci sono i negazionisti, quelli non credono e non rispettano le leggi. Poi ci sono le terze, quelle mi disturbano, quelli che passi da lì e ti gridano di mettere la mascherina. Questa gente poveraccia sempre ad ascoltare la tv, è bella la tv, ma bisogna anche ragionare. Questa gente per me è come se gli fosse stato fatto il lavaggio del cervello. Io non è che non credo nel COVID, però non credo che fa male fino a questo punto. (Intervista 8, M, Marocco)

In un caso, viene affrontato il pregiudizio della comunità per la condizione di senza dimora e come questo può influenzare la percezione del rischio di contrarre il virus da un homeless.

Alla fine qualunque persona per strada potrebbe avere il COVID, quindi se lo pensi di uno che ha più probabilità di prenderlo visto che non sta in un ambiente adeguato, allora dovrei pensarlo di tutti. O stai in casa chiuso 24 ore su 24, oppure ti schifi della gente e non ti avvicini (...) Non so se la gente ci fa caso coi barboni, non ho mai notato questo. Lo

dicevo nei confronti di chi fa l'elemosina, tipo gli zingari che ti chiedono i soldi, oppure sono vestiti così e li vedi sudici e quindi pensi che abbiano il COVID e quindi è meglio non avvicinarsi, non lo so. (Intervista 2, M, Italia)

Atteggiamento verso le regole

Questo paragrafo fa riferimento al modo in cui l'intervistato si pone rispetto alle regole stabilite per garantire la sicurezza personale ed altrui in conseguenza alla pandemia. È inclusa anche l'opinione collegata al suo atteggiamento verso le regole.

Il maggior numero di intervistati manifesta un atteggiamento di aderenza alle regole. Alla base di tale posizione c'è però una diversa motivazione.

Per alcuni intervistati emerge una posizione acritica rispetto alle regole, che sembrano essere seguite in quanto tali, senza essere accompagnate da una riflessione.

Le regole le rispetto, mascherina, lavo le mani, purtroppo non abbiamo l'acqua dove sto io. Quando vado nei posti dove si può, lo faccio (...) Questa cosa vale per tutti, è una regola da seguire. Le regole sono per tutti. Devi farlo. (Intervista 4, M, Marocco)

(Le mie giornate) sono cambiate per rispettare le leggi, come la mascherina, uscivo con la mascherina, la distanza, eccetera (...) io rispetto le regole e sono a posto. (Intervista 7, M, Marocco)

(Seguo) per rispetto della legge italiana. (Intervista 8, M, Marocco)

Seguivo la legge, se mi dicono di mettere la mascherina, la metto. (Intervista 14, M, Marocco)

Per il COVID è una regola da rispettare, la dobbiamo rispettare. (Intervista 15, M, Algeria)

Noi si stava dentro (casa occupata) e si stava alle regole (Intervista 28, M, Italia)

L'aderenza alla regola però in alcuni casi è affiancata da una riflessione sul significato intrinseco della regola stessa, da seguire non solo in quanto tale, ma soprattutto in chiave etica poiché rimanda al rispetto e alla tutela nei confronti propri ed altrui.

Penso (le regole) siano corrette. Vanno bene, alla fine è responsabilità della propria persona, ognuno deve pensare a sé

e agli altri e seguire queste regole (...) Penso sia innanzitutto un dovere seguirle, mettersi la mascherina, igienizzarsi le mani. (Intervista 2, M, Italia)

Alcuni portano la mascherina sporchissima. Non puoi proteggerti con una mascherina sporca. C'è qualcosa che non va in loro. Ignoranza (...) sono dispettosi. Una regola deve essere rispettata da tutti, se no è una mancanza di rispetto verso gli altri. Io la vedo così, se tutti togliamo la mascherina non va bene... (Intervista 3, M, Algeria)

Emerge anche una posizione di aderenza alle regole, ritenute necessarie per superare la diffusione del virus. In questo caso possiamo avanzare la presenza di un messaggio di fiducia nei confronti delle scelte operate a livello istituzionale.

Se uno non segue queste regole questo virus non finisce mai, continua ad allargarsi. Le regole sono buone, le rispetto, mascherina, lavo le mani. Quando vado nei posti dove si può, lo faccio. (Intervista 4, M, Marocco)

L'aderenza alle regole influenza anche la relazione verso gli altri.

Non ci sono persone che non conoscono le regole (...) quando una persona non conosce le regole, io la isolo e sto lontano. (Intervista 1, M, Tunisia)

A me dà molta noia la mascherina per il respiro, la tengo sempre sotto il naso e sulla SITA ho trovato persone che non capivano che non potevo respirare con la mascherina, ho trovato tante persone e ho litigato. (Intervista 32, F, Rom)

Tra coloro che seguono le regole, emerge anche una aderenza che potrebbe essere definita circostanziale ed opportunistica: le regole vengono seguite soltanto in specifiche circostanze, per non incorrere in sanzioni. Alla base c'è quindi un atteggiamento critico e sfiduciato sulla finalità e sull'utilità delle regole istituite. Questa posizione emerge anche nel paragrafo Green pass.

Sì è vero, uno deve avere (il Green pass) però quando sei sopra (un mezzo pubblico) non lo chiedono. Anche a me non lo hanno mai chiesto. Penso che alla fine devi averlo perché se capita il giorno in cui te lo chiedono, anche se prima non te lo hanno mai chiesto, lo becchi nel sedere. (Intervista 2, M, Italia)

Forse la maschera la mettiamo solo in tranvia o in bus o quando arriviamo a Porte Aperte, ma in casa o fra amici no. (Intervista 5, M, Tunisia)

No era impossibile (seguire le regole sempre), solo nel momento in cui si usavano i mezzi pubblici perché c'era l'obbligo (Intervista 6, M, Italia)

Finché potevo sì (seguivo le regole), perché se no non puoi vivere, devi seguirle per forza, se tu sei a casa ti hanno lasciato a casa e non hai un lavoro e non segui le regole come dicono loro, ti manca solo una multa che ti danno loro, poi vai ancora più giù. (Intervista 17, M, Albania)

Ci sono inoltre alcuni intervistati che aderiscono alle regole, ma in chiave critica, dichiarando di non credere nella loro utilità.

La gente ha ragione di mettere la mascherina in tranvia, non è che non la metto, ma non riesco a capire l'utilità, soprattutto in aula e soprattutto in università. Io ho gli occhiali perché da lontano non vedo la lavagna, quando respiri mi disturba tanto la mascherina. Ci vedo tanta ipocrisia. Ad esempio io guardo il calcio, vedo i giocatori che fanno come vogliono, e tu devi stare a distanza. No (non è facile per me seguire le regole). Lo fai ma non vedi l'ora... Quando hanno tolto l'obbligo di mascherine la gente festeggiava come fosse capodanno. (Intervista 8, M, Marocco)

C'è una regola da rispettare, io la rispetto, farei anche meno. (Intervista 15, M, Algeria)

Quindi devi seguire le regole per forza anche se per me non hanno senso perché io non mi fido di queste cose. (Intervista 17, M, Albania)

Infine un minor numero di persone intervistate manifesta la sua non aderenza alle regole o ad alcune di quelle diffuse durante la massima circolazione del virus.

Io sono sempre uscito (durante il lockdown) una volta la settimana anche per andare a giro. Tranquilla la situazione, potevi fare solo quello, non potevi fare altro, alla fine esci lo stesso, qualche bar lo trovi. (Intervista 2, M, Italia)

Tante volte mi dimenticavo la mascherina a casa, mi mettevo una sciarpa quando non avevo la mascherina ma ci stavano attenti e facevano casino. (Intervista 32, F, Rom)

Canali d'informazione

La dimensione “canali di informazione” fa riferimento sia ai mezzi mediali, sia alla rete relazionale con cui gli intervistati riferiscono di avere le notizie sulla pandemia.

Viene qui riportata anche la qualità dell'informazione raccolta e l'approccio più o meno riflessivo con cui gli intervistati si confrontano con le notizie.

Tutti gli intervistati riferiscono di aver ricevuto informazioni durante il periodo pandemico mediante i mezzi mediali.

I migliori istruttori erano i media perché arrivano a tutti, cosa fare, cosa non fare. (Intervista 12, M, Afghanistan)

I mezzi di comunicazione classici, tv, quotidiani, sono affiancati se non surclassati dalla rete web e dai social media, raggiungibili tramite gli smartphone, ormai in possesso di tutti.

Come ho saputo queste notizie? Dal telegiornale, dai social media. (Intervista 3, M, Algeria)

Tramite Internet, FB, noi i televisori non li abbiamo. (Intervista 6, M, Italia)

Ricevo le notizie sul telefono, perché non c'è TV, non c'è niente. (Intervista 7, M, Marocco)

Dal telefono, Internet, Tiktok perché io da quando ho cominciato la separazione, dal 2013, io alla TV le notizie non le guardo. (Intervista 9, F, Cuba)

Seguo sul cellulare le informazioni, sono internazionali... (int13) (Intervista 13, F, Perù)

Quello che succede durante questa pandemia lo so dal giornale, televisione. (Intervista 14, M, Marocco)

I primi momenti ho seguito tutto per radio, alla televisione guardo un po' (Intervista 15, M, Algeria)

Appena accendi la TV ci sono 24 ore su 24, lo sogniamo anche il virus (...) Abbiamo i telefoni. (Intervista 17, M, Albania)

In Romania si parla tanto di Italia, si guarda in TV, si parla, è come essere in Romania qua perché ci sono tanti rumeni, ci sono giornali, si parla di Italia come in Romania perché siamo tanti rumeni qua a lavorare. (Intervista 27, M, Romania)

Tramite il giornale, ogni tanto compro La Nazione. Quando passo dal giornalaio e leggo le notizie. (Intervista 28, M, Italia)

Emergono i limiti di ricevere informazioni per questo target, che potrebbe non essere raggiunto a causa della mancanza di tv o smartphone.

C'è chi riesce ad avere informazioni in tempo reale, c'è chi non riesce ad avere tutte queste informazioni qua. Per esempio quelli che non hanno la possibilità di avere uno Smartphone, uno può avere le informazioni da FB o da Google, queste persone queste informazioni non le hanno avute. C'è poi chi non guarda mai la TV o telegiornale, queste informazioni non gli arrivano. (Interviste 21, M, Gambia)

Anche la rete relazionale, amici e familiari, rappresenta un canale per avere informazioni o a cui fare appello per delucidazioni.

Me l'ha detto un mio carissimo amico. (Intervista 2, M, Italia)

Sì, chiedo ai miei amici e alla gente. (Intervista 22, M, Gambia)

Ho saputo da mia figlia che è dottoressa. (Intervista 23, M, Tunisia)

Ho un'amica, se non capisco parlo con lei. (Intervista 30, F, Perù)

Ho una sorella in Spagna che mi diceva qualcosa, mia mamma in Romania mi diceva un'altra cosa, telefonate di qua e di là. (Intervista 32, F, Rom)

Nella rete relazionale viene fatto riferimento anche ai conoscenti, alla gente per strada, che tramite il passaparola, veicola le notizie.

Tramite il passaparola, c'era chi aveva sentito un programma o un altro, perché poi di quello si discuteva negli assembramenti perché l'ordine del giorno era quello. (Intervista 6, M, Italia)

Sono informazioni che prendi anche parlando per la strada con la gente. (Intervista 14, M, Marocco)

Gli intervistati si riferiscono all'informazione ricevuta guardando alla facilità o meno di comprensione rispetto al linguaggio utilizzato e alle notizie trasmesse.

Si capiscono bene. (Intervista 5, M, Tunisia)

Erano difficili da capire perché non ti fanno capire molto bene nel dettaglio. (Dovrebbero) Usare un linguaggio comune (Intervista 15, M, Algeria)

(Le informazioni) chiare, che non si poteva uscire, lavare le mani, mettere la mascherina, stare tutti a casa dentro, per quale motivo dobbiamo stare in casa, cosa è successo, come fare, cosa no, che non puoi uscire, non puoi andare fuori a comprare da mangiare, solo una persona e basta. (Intervista 20, F, Rom)

Un intervistato fa notare che non sempre le informazioni trovano riscontro nella propria realtà, risultando così non sempre realistiche.

Non posso dire che non sono chiare, ma non posso dire neanche che sono chiare, cioè non posso dire che sono informazioni chiare, chiare. Non posso dire che non sono chiare perché sono informazioni che io vedo solo da Tv e dal telefono, che non ho visto realmente (Interviste 21, M, Gambia)

Emerge talvolta un atteggiamento di resa nella ricerca dell'informazione qualora la comprensione sia difficoltosa.

I primi momenti ho seguito tutto per radio e poi sono entrati gli epidemiologi, gli psicologi, una convinzione totale, allora ho seguito tantissimo, forse anche tre mesi poi ho detto basta (...) Se non capisco, allora lascio perdere. (Intervista 15, M, Algeria)

No non mi informo neanche, finché non vedo, io non mi fido di niente, alla fine se non senti qualcosa... non è che devi solo

guardare ...bisogna ragionare con la propria testa. (Intervista 17, M, Albania)

Le opinioni possono essere legate ai programmi che si guardano, a cui non è accompagnato un pensiero critico, come nel caso seguente.

Io guardo Dritto e Rovescio, la guardo in tre lingue, programma di Al Jazira il martedì, parlano del COVID e contro il COVID. Mi hanno convinto quelli che dicono quanto ho letto. Non mi hanno fatto il lavaggio del cervello. Dicono le cose in modo corretto, è un'influenza che l'hanno messa più gigante e hanno fermato l'economia, lavoro, scuola. (Intervista 8, M, Marocco)

Anche per quanto riguarda le informazioni, la loro qualità, il contenuto e il veicolo della loro trasmissione, quello che emerge dalle interviste è che questo target ha ricevuto notizie della pandemia, dalla diffusione del virus, alla disponibilità del vaccino, con i pro e i contro, fino alle regole da seguire. Le modalità sono quelle usate dalla popolazione generale, mezzi medialti tradizionali e soprattutto social media e la rete di relazioni. Rispetto a questi temi, anche chi è in una condizione di marginalità non è stato escluso dalla possibilità di avere un'opinione in base alle informazioni raggiunte e di strutturare un atteggiamento, il tutto similmente al resto della popolazione.

1.5.6 SERVIZI E COVID-19

Questa categoria fa riferimento ai servizi sanitari, sociali e di ricovero emergenziale presenti sul territorio che gli intervistati dichiarano di conoscere e utilizzare.

Ricorso al servizio sanitario

In questo paragrafo sono richiamati tutti quei soggetti, organizzazioni o persone fisiche a cui gli intervistati fanno riferimento per necessità legate alla propria salute.

Una buona parte degli intervistati riferisce di avere tessera sanitaria, STP o ENI; almeno formalmente risultano quindi inseriti nel sistema pubblico delle cure.

Dalle parole degli intervistati emerge anche che il medico di medicina generale rappresenta la figura a cui si rivolgono per avere delle informazioni o per questioni legate alla propria salute (sia inerenti la COVID-19, che non).

Per la sanità il riferimento è il dottore di famiglia. (Intervista 8, M, Marocco)

*In caso di dubbi (sul virus) mi rivolgo al mio medico.
(Intervista 15, M, Algeria)*

*Ho un medico, se sto male chiamo il dottore. (Intervista 16,
F, Bangladesh)*

Accade però che alcuni intervistati non si rivolgono al medico di medicina generale, ma preferiscano fare riferimento ad altre figure, in particolare ai sanitari che operano nelle associazioni territoriali e ai medici dell'emergenza. Le motivazioni addotte sono di varia natura.

Alcuni intervistati riferiscono che, prima di avere ricevuto la tessera sanitaria, avevano come unico riferimento l'associazione del territorio, con cui hanno stabilito una relazione di fiducia e di ascolto dei propri bisogni.

A dire il vero questo medico ce l'ho da poco, prima andavo allo Stenone perché avevo problemi coi documenti che erano scaduti. Per questo ho un bel rapporto con questa dottoressa che mi ha aiutato tanto. Quando sono stato male, siccome sono asmatico, avevo problemi di respirazione, avevo un po' di febbre, dolori muscolari, sono andato dal medico di base e mi ha scritto una terapia. Vado al centro medico Stenone, dove la dottoressa che conosco appena mi ha visto mi ha detto che dovevo fare un tampone. Faccio il tampone, positivo. E meno male, mi hanno chiamato l'ambulanza. (Intervista 3, M, Algeria)

Non l'avevamo il medico, l'abbiamo avuto da poco. C'erano questi dottori alla Caritas (Intervista 32, F, Rom)

In una circostanza emerge come al medico di medicina generale venga preferito lo specialista, percepito come una figura più rispondente ai propri bisogni di salute.

Grazie a Dio non ho mai avuto bisogno del medico di famiglia, se ho bisogno parlo con lo psichiatra. (Intervista 6, M, Italia)

La fiducia sembra pertanto un elemento centrale per gli intervistati, tanto che al bisogno alcuni preferiscono fare riferimento a canali informali prima ancora che al medico.

*Parlo con un amico prima e col dottore poi. (Intervista 11,
M, Marocco)*

(Se ho dei dubbi mi rivolgo) A uno che ne sa più di me, al mio medico o a qualcun altro che ne sa di più, se no il medico curante. (Intervista 28, M, Italia)

Se posso fare da sola faccio da sola, se poi sento che non mi aiuta, allora chiamo il medico. (Intervista 30, F, Perù)

Oltre al rapporto di fiducia, anche la difficoltà di dedicare del tempo per avere una risposta rappresenta un deterrente ad usufruire del sistema pubblico delle cure.

Da un lato il sistema organizzativo per la diagnosi e la cura non è dotato di quella flessibilità necessaria alle persone che hanno una condizione economica precaria e non tutelata e che pertanto devono privilegiare la necessità di lavorare a quella di curarsi (prendendo ad esempio permessi dal lavoro per fare delle visite).

Ho la dislessia, prima del COVID sono andato a fare la visita, ma quando è arrivato il COVID non posso andare per visitare (...) dopo per andare (a fare le visite) ci vuole tempo, andare qua, andare là, vai a fare questo; un anno, due anni... non sono andato alla visita per andare a lavorare. Ci devo tornare ma la cosa ha bisogno di tempo. (Intervista 10, M, Marocco)

Inoltre, il tempo che intercorre tra la domanda e la risposta di cura risulta di difficile comprensione ed accettazione, tanto che l'alternativa è il ricorso al Pronto soccorso, come emerge da un'intervista.

Se mi sento molto male certo chiamo e vado al Pronto soccorso, se mi fa male la testa e ho la febbre e chiamo il medico non è che risponde subito, devo prendere un appuntamento, non è che si chiama il medico e viene subito. (Intervista 30, F, Perù)

Alcuni intervistati fanno esplicitamente riferimento al sistema di emergenza come punto di accesso privilegiato per le cure.

Vado dal medico notturno, la guardia medica, o chiami l'ambulanza. (Intervista 2, M, Italia)

Una volta aveva un po' di tosse, qualche volta il naso chiuso o febbre, allora vado all'ospedale. (Intervista 7, M, Marocco)

Oppure una ulteriore opzione è la fuoriuscita dal sistema pubblico di cura, come emerge da un'altra intervista. In questo ultimo caso è evidente il ruolo dell'associazione territoriale per il mantenimento in cura di questa fetta di popolazione.

(In ospedale vado) Solo per le analisi (...) Non mi piace l'atmosfera, aspettare...Ma se c'è Bianca (CRI) con me, se lei dice, io rimango. (Intervista 29, M, Romania)

Tra le difficoltà di rimanere in cura nel sistema pubblico viene fatto riferimento anche alla sostenibilità della spesa per l'acquisto di farmaci, seppur di importi contenuti; tuttavia, per coloro che hanno un lavoro precario e non garantito questo aspetto può rappresentare una ingente difficoltà.

A Stenone mi trovo bene perché la medicina non mutuabile te la danno e non paghi niente. Tutte le medicine che sono a pagamento lì te le danno gratis. Sono stati molto utili per me perché sono asmatico, quindi vado spesso lì, poi ho avuto altri problemi di salute, vado lì e mi danno la Tachipirina, lo spray nasale che costa 15 euro e lì me lo danno sempre gratis. Ora ho questo medico di famiglia, per me è diventato più difficile perché torno lì (Stenone) mi dicono che ho la tessera sanitaria e quindi non devo andare. È un casino perché ora devo pagare anche la Tachipirina. (Intervista 3, M, Algeria)

Il medico mi ha dato medicina, lui visita poi ti dà la ricetta e poi vai a comprare. Comprato, è un po' caro però. (Intervista 10, M, Marocco)

Al contrario, riportiamo l'esperienza positiva di un intervistato che si cura usufruendo di farmaci esenti da spese.

(Il medico) mi ha prescritto una ricetta e vado in farmaci a prenderle. Quando sto per finire le compresse vado in ambulatorio e me le faccio risegnare a mio nome dal dottore. Quando è pronta la ricetta, la vado a prendere e vado in farmacia a prendere questi farmaci. Ho l'esenzione al ticket e quindi non le pago. (Intervista 28, M, Italia)

Confronto tra il sistema sanitario dell'Italia e del paese di origine

A questa categoria appartengono le testimonianze degli intervistati che, essendo arrivati in Italia in età adulta, possono fare un confronto tra il sistema sanitario del paese di origine e quello italiano in riferimento sia al periodo pandemico sia a considerazioni più generali.

La sanità italiana viene descritta come un sistema di cura di cui tutti possono beneficiare indipendentemente dalla condizione socioeconomica di partenza, sottolineando così la differenza con il proprio paese di origine, dove sono perpetuate le disegualtanze a scapito dei meno abbienti.

Lì (Algeria) lo Stato non è come qui in Italia che aiuta la gente, lì è un macello. Qui si dà una mano ai cittadini, ma

laggiù ... non è la stessa cosa. Il cittadino lì non è considerato, il povero cittadino, perché ci sono due categorie di cittadini, i cittadini con i quattrini e i cittadini disgraziati che non hanno niente... (Intervista 3, M, Algeria)

Qua ci sono tante cose, anche per fare un'operazione, o per farla gratis, ma in Tunisia questo non esiste, devi pagare soldi, vivere o morire. Se hai soldi vivi, altrimenti muori. (Intervista 5, M, Tunisia)

In questa accezione e passando ad una considerazione di esperienza diretta durante il primo periodo pandemico, un intervistato vede come un salvavita l'opportunità di essere curato dalla sanità italiana rispetto a quella del proprio paese.

Io sono tornata in Italia e mi sono sentita male e sono stata ricoverata; se io rimanevo in Perù sicuramente morivo anch'io, immagino. (Intervista 30, F, Perù)

Facendo riferimento alla risposta del paese di origine rispetto alla pandemia, emerge come la COVID-19 non abbia fatto altro che aggravare le distanze tra classi sociali, in particolare sul piano sanitario ed economico.

Quelli poveri hanno veramente pagato. Mi hanno detto, io non sono stato da diversi anni giù, mi hanno detto che li lasciano buttati nei corridoi degli ospedali, non li fanno neanche entrare in ospedale, è un casino, c'è gente che muore a casa. Anche gli ospedali, è un casino. Non è come in Italia e in Europa, lì hanno sofferto veramente. E meno male che il COVID non ha fatto tanto danno come qui in Europa, non c'era tanta gente che ha preso il COVID da noi come qui, sennò addio. (Intervista 3, M, Algeria)

In Tunisia è cambiato tantissimo anche nella mia famiglia. Lavoro, soldi, non c'erano più. Prima mia mamma mi diceva sempre di tornare a casa, ora mi dice di stare attento a tornare qua, perché lavoro non ce n'è più. (Intervista 5, M, Tunisia)

Un intervistato rumeno riferisce che gli strumenti messi in campo dall'Italia per fronteggiare la pandemia sono stati di aiuto al rientro nel proprio paese, dove il contagio è arrivato dopo rispetto all'Italia. Una volta rientrato in Romania, ha riscontrato carenza di conoscenza e consapevolezza sulla situazione pandemica.

Quando è iniziata questa malattia ho visto tutta la situazione di qua (Italia) e ho avuto paura, per questo quando sono andato in Romania già sapevo tutto di questa cosa perché sono stato qua e io sapevo tutto e per questo sono andato, i rumeni ancora erano un po' indietro con la mentalità. (Intervista 27, M, Romania)

Gli intervistati che vivono in condizione di marginalità testimoniano un rapporto difficile con il sistema sanitario pubblico; di esso in particolare non viene compreso il tempo di attesa che intercorre tra il bisogno e la risposta, tanto che l'atteggiamento degli intervistati è usare il canale dell'emergenza-urgenza, anche in caso di assegnazione del medico di medicina generale. Questa è una posizione che emerge trasversalmente fra gli intervistati.

Essendoci poi una buona fetta di persone presenti illegalmente sul territorio, sebbene testimonino di una buona considerazione del sistema di cura italiano, è comprensibile che si avvicinino con diffidenza a luoghi istituzionali di cura; risulta più facile, per la loro posizione, essere intercettati inizialmente dalle associazioni, che si muovono verso di loro, nei loro luoghi di vita e riescano così ad instaurare rapporti di fiducia, fiducia che è l'elemento portante per essere curati e che continua ad essere l'ago della bilancia nella scelta del curante dell'associazione, anche qualora cambi la propria condizione di illegalità.

C'è poi il problema del costo del farmaco, seppur esiguo, che può rappresentare un aggravio notevole per chi è in condizione di forte precarietà economica.

Terzo settore

Una buona parte del progetto ha evidenziato il ruolo che i servizi del Terzo settore hanno avuto e continuano ad avere per la popolazione d'interesse.

Sono stati messi in luce dagli intervistati diversi servizi territoriali, descrivendoli nei loro limiti e nelle loro risorse, come: l'Albergo popolare, La Fenice, Porte Aperte, Medu, Associazione Stenone, Cat, Caritas, Anelli Mancanti ecc.

Alcuni intervistati condividono la propria esperienza come utenti dei servizi, sottolineando come siano un'effettiva sosta dalla strada, dove trovare accoglienza e alcune delle comodità desiderate. Viene evidenziato anche come un centro, per quanto ben strutturato e funzionante, rimanga comunque differente rispetto ad avere una propria casa.

I miei genitori vengono qui a Porte Aperte, mi hanno detto di venire anch'io a vedere, alla fine è un bel posto, persone tranquille, che ti aiutano. Alla fine uno si fa gli affari propri,

c'è chi guarda la TV, chi sta al telefono; si può mangiare, prendere il caffè, è un centro di ristoro si può dire. Uno viene qui per riposarsi dopo aver passato tutto il giorno per strada o la notte per strada al freddo o comunque a dormire per terra. Qui viene per stare tranquillo. Posso stare in panciolle... non c'è da pensare a come mangiare, se puoi avere freddo o stare scomodo. Piacere non mi piace, però ci vengo perché devo. Alla fine è solo un centro, non è che puoi fare tutte le cose che potresti fare a casa, come stare in mutande, guardare quello che vuoi. (Intervista 2, M, Italia)

C'è chi invece frequenta la struttura solo perché non riesce a trovare alternative migliori.

Conosco questo posto (Porte Aperte) da molti anni, però ultimamente, siccome non ho lavoro, sono qui da un anno circa. Non mi trovo tanto bene qui, però meglio di niente. Perché il posto è troppo piccolo e c'è tanta gente. Magari un posto più grande, ci sono tanti posti così, però un posto troppo piccolo e siamo tanti. (Intervista 3, M, Algeria)

Vengono fatte differenze tra i servizi del Terzo settore, a seconda delle proprie esperienze, soprattutto evidenziando, come limite, l'assenza di un'offerta che si occupi realmente del tempo libero delle persone coinvolte e, come risorsa, quella di percepire il servizio come una vera famiglia.

Da un anno che sono tornato perché mi ha mandato il Sert, mi hanno detto di andare lì. Questa struttura dove dormo, di giorno la devo lasciare, quindi è un casino stare fuori tutto il giorno in giro. Poi il tempo non è che è bello, perché se è bello si può stare fuori. Però almeno qui ho un posto dove si carica il telefono, si beve un caffè. Quasi tutti i giorni. Quasi. C'è un altro posto dove andavo prima, ma ora non ci vado più, si chiama La Fenice. Però da quando ho iniziato a frequentare questo posto non ci vado più. Lì è diverso, non si può stare così, lì si beve il caffè e poi bisogna andare via. Non è così, è diverso. (Intervista 3, M, Algeria)

Tantissimo supporto a Porte Aperte, è chiaro che è un punto di riferimento preciso della giornata, accogliente, ti toglie dalla strada. È l'unico centro diurno strutturato in una maniera familiare, perché gli altri sono più tipo osteria, dei tavoli dove ti offrono il caffè, giochi a carte, fai quattro chiacchiere, qua invece è un appartamento e quindi è più una famiglia. Di

solito l'orario è 12.30 fino alle 17, perché vado a mangiare alla mensa. Quando non vado alla mensa, perché mi compro qualcosa all'Esselunga alle 11, poi ci sto tutto il giorno. (Intervista 6, M, Italia)

Sì, posso dirle con tutto il cuore che senza loro (Stenone) non ce l'avrei fatta, per me l'appoggio che ho avuto sono stati loro, le uniche persone che mi hanno sostenuto in tutto questo percorso sono stati loro...per me sono meglio della mia famiglia, sono grandi. (Intervista 9, F, Cuba)

C'è chi sottolinea la forte insoddisfazione legata alla mancanza di attività e luoghi da frequentare, che condiziona inevitabilmente la propria quotidianità.

È una giornata di merda, non c'è niente, esco dall'albergo, tutto il giorno a girare, dormi al giardino, poi un altro giardino per tornare stanco per dormire la notte, non c'è niente da fare. (Intervista 14, M, Marocco)

Vengono messi in luce anche i servizi che si occupano di formazione e apprendimento della lingua italiana e che svolgono un importante ruolo per il progetto di vita delle persone coinvolte.

Sto facendo l'università, faccio letteratura, lingue, con l'associazione (CAT) perché non puoi seguire gli studi senza il permesso di soggiorno, però c'è un'associazione che mi ha aiutato. Mi sono diplomato e mi hanno iscritto all'università, mi sono diplomato primo in classe maturità. E mi sono disintossicato. (Intervista 8, M, Marocco)

Io sono qui agli Anelli Mancanti per la scuola, per studiare italiano. Io sono qua per la formazione, per la scuola. Per imparare la lingua, per studiare, come dislessico. (Intervista 10, M, Marocco)

Sono qui (Anelli Mancanti) per la lingua, per imparare l'italiano. Alle 7.30, mio marito e io veniamo, ma mio marito ha trovato lavoro e quindi per ora non c'è. È molto utile per noi perché è comodo, non costano molto denaro i nostri insegnanti di italiano e gli insegnanti sono molto buoni. (Intervista 13, F, Perù)

In certi casi gli operatori diventano dei veri e propri punti di riferimento, sottolineando la presenza di una relazione di fiducia tra il servizio e chi ne usufruisce,

particolarmente importante per poter supportare la persona nel proprio progetto di vita. Ciò è stato particolarmente utile durante il periodo pandemico per veicolare le informazioni necessarie in ottica di prevenzione.

Sì è un punto di riferimento (Porte Aperte), alla fine sono stati loro ad aiutarmi per quanto riguarda il rifarmi i documenti, indirizzandomi verso i center e mi hanno dato gli appuntamenti. Prima di loro, se avevi bisogno ti arrangiavi. Se non lo sapevi, rimanevi ignorante. Di certo non c'è nessuno che ti dice come fare. (Intervista 2, M, Italia)

Quando ero all'albergo popolare non conoscevo nessuno. I primi anni c'era Rita, la presidentessa, che mi ha preso sotto le sue ali e mi ha portato al diurno. Mi ha fatto una scheda e mi ha detto che da domani potevo andare sempre; io andavo lì. Poi mi ha preso un'associazione, ho fatto il volontario, e infatti la mia vita è cambiata da così a così. (Int 28(Intervista 28, M, Italia)

È Bianca della CRI che mi protegge. Mi ha accompagnato all'ospedale per le analisi, ha perso tempo con me. Se non mi comanda Bianca, io non faccio niente, non mi muovo. Bianca, lei risponde di me. Mi ha salvato la vita una volta. Credevo di morire, poi è arrivata lei e mi ha portato dalla dottoressa. (Intervista 29, M, Romania)

Se non era per questi due posti (La Fenice e Stenone) ero perso qua a Firenze ed ero già andato in un'altra città. Chiedo alla Fenice, ho due operatori di riferimento che sono molto bravi ... quando c'è Tania vado diretto da lei, anche quando ho avuto un problema per il dente del giudizio, l'ho detto a lei e in una settimana mi ha fatto venire dal dentista. Fanno un bel servizio. (Intervista 31, M, Italia)

Infatti i servizi sono stati un buon supporto per quanto riguarda la distribuzione dei dispositivi di sicurezza, così come per la diffusione delle informazioni relative ai vaccini.

(A La Fenice) mi hanno dato tante informazioni e vaccino. (Intervista 1, M, Tunisia)

Mi hanno dato una mano. Sono loro (Porte Aperte) che hanno organizzato il vaccino e che mi hanno scaricato il Green pass e dato mascherina, gel. (Intervista 3, M, Algeria)

Le mascherine e il gel una volta li compro, una volta li prendo da Porte Aperte. (Intervista 5, M, Tunisia)

Porte Aperte lo ha fatto perché prima che chiudesse hanno optato per un regime di bassa frequenza quasi una prenotazione, si prenotava e si veniva qui un'ora e in quell'ora ci informavano e ci aggiornavano sul discorso dei vaccini, quando e dove si potevano fare. (Intervista 6, M, Italia)

Qualcuno evidenzia come i servizi possano proiettare la persona nel costruire il proprio progetto di vita, ma allo stesso tempo come la persona debba anche separarsi dal servizio per poter “camminare da sola”.

Mi sta aiutando, non è il massimo aiuto... Mi ha salvato in qualche situazione, passaporto, avvocato, dipende... Porte Aperte può proiettarmi. Devi vivere la vita, lavorare, fare, provare a fare qualcosa, devi avere documenti, senno' resto tutta la mia vita a Porte Aperte... Senza aiuto. (...) Mi sembrava più forte della droga la Caritas. Ci sono persone che passano solo la vita così, si svegliano, prendono caffè, all'una vanno in via Baracca, mangiano, vanno a dormire, la sera vanno in un altro posto. Sono bloccati con questo giro. (Intervista 5, M, Tunisia)

Purtroppo tante volte le persone si arrendono, e si fanno andare bene questa situazione, tanto vanno a mangiare, a dormire con il sacco a pelo, vanno al dormitorio, all'albergo popolare, e dopo si trasformano in queste bestie; cosa che ho fatto pure io in altre città perché bevo... Uno può anche finire per strada perché si trova in difficoltà, ma è impossibile che ci rimanga per 20 anni, e se ci rimani per 20 anni è perché te lo fai andare bene, ti adagi ai servizi che ci sono per i senza fissa dimora e quel poco che ti viene da fare lo fai per ubriacarti o drogarti; oggi non mi va di drogarmi perché voglio cercare una situazione migliore di questa. (Intervista 31, M, Italia)

Alcuni intervistati sottolineano un vissuto di vergogna per il momento di vita che stanno attraversando legato al chiedere aiuto e al frequentare i servizi.

(Stenone) mi ha preso l'appuntamento, però a volte non vorrei approfittarmi, perché hanno fatto tanto che mi vergogno a chiedere. Mi sento tanto grata, per me è tanto, io ho fratelli qui, famiglia e nipoti qui, però come mi hanno accolto loro... (Intervista 9, F, Cuba)

A me non piace quella vita lì, perché se fai sempre quella vita muori per strada, io voglio andare a lavorare, avere la mia casa, la mia famiglia, non voglio fare la vita di strada, non mi interessa se sono gratis, è che se pensi quella cosa lì vuol dire che mangi solo per respirare. Però io mi vergogno di me stesso, non posso accettarlo perché sono giovane, sono un ragazzo in gamba, posso sopportare tutte le cose per sistemare la mia vita, non come adesso, mi vergogno non voglio fare questa vita. (Intervista 17, M, Albania)

Un ulteriore aspetto messo in evidenza dagli intervistati è il cambiamento dei servizi a causa della COVID-19 e delle restrizioni.

Alcuni di loro infatti indicano come questi cambiamenti abbiano reso di difficile fruizione i servizi offerti con un impatto sul proprio stile di vita, ad esempio il limite di persone consentite nello stesso luogo oppure la sospensione delle attività di aggregazione ecc.

Con il COVID l'associazione Porte Aperte è cambiata, faticoso. Mangiare non puoi mangiare come prima, caffè non si fa come prima, la doccia lo stesso. Tutto è cambiato. (Intervista 4, M, Marocco)

Porte Aperte è cambiato, prima dormivamo qua, cucinavamo, ma ora non si può. Anche loro hanno paura del COVID. (Intervista 5, M, Tunisia)

Nonostante le criticità emerse, sono state evidenziate anche le risorse e l'efficacia dei servizi nel riuscire a riprogettarsi in breve tempo per dare continuità alla loro offerta e raccogliere i bisogni della popolazione.

Nonostante le difficoltà però a noi non è mai mancata l'assistenza da parte delle istituzioni. Quando hanno chiuso le mense comunque tutti i giorni ci davano il sacchetto e non c'era il panino, come in altre regioni, invece qui ci trovavi primo, secondo e frutta, un mangiare caldo. Poi si sono dati da fare per riaprire le docce, sono stati costretti ad aprirle nel centro sportivo della Caritas, si entrava uno alla volta. Quando uscivi, l'addetto entrava a sanificare tutto. A parte il disagio iniziale dopo si sono organizzati (...) Bisognava prenotare allo Stenone, mentre prima no. Ma altre differenze no, mi hanno sempre rifornito di medicine; quella volta che andavo lì aspettavo, vedevo quelli che prendevano le medicine. Penso sia cambiato anche per loro, però hanno fatto in modo che ci fossero meno disagi per noi. Per loro saranno cambiati i finanziamenti, la disponibilità del personale, però il servizio è rimasto sempre in piedi. (Intervista 6, M, Italia)

In questo senso, è interessante il punto di vista di un intervistato che pone l'accento sul modo di porsi ai servizi e chiedere aiuto: con gentilezza si riscontra una maggiore disponibilità degli operatori a soddisfare le richieste dell'utenza.

Anche il vestiario l'hanno chiuso, però per chi non era arrogante e pretendeva, con un po' di pazienza, dicevi alle persone che gestivano il vestiario di cosa avevi bisogno e te lo davano. Sono stato fortunato perché lì dove c'è la parrocchia c'è anche un centro della Caritas, ci siamo sempre dati da fare a pulire il cortile etc., informalmente facevi una lista delle cose di cui avevi bisogno e te le preparavano. È dipeso tutto da come ti comporti nella vita normale, perché se sei arrogante e vai con le pretese perché sei povero e quindi tu mi devi dare perché sei pagata per farlo, non esiste un discorso così, invece con la gentilezza... (Intervista 6, M, Italia)

Viene descritta particolarmente critica la situazione legata agli alloggi, sia per le regole presenti che per le situazioni di convivenza che si creano in quegli ambienti.

Ci sono dei dormitori qua, ma se non hai la residenza qui a Firenze e non hai un assistente sociale qui, poi dicono vabbè, possiamo trovarti un posto, però per 10 o 15 giorni al massimo, poi 10 giorni devi rimanere fuori, 15 giorni in dormitorio e dopo devi tornare, ma come fai a sistemarti così, se io vado lì per 15 giorni, mi trovo lavoro in regola e con un contratto, non posso farlo perché quei 15 giorni se io lavoro dopo quando esco da lì devo smettere di lavorare per forza perché se non hai un posto dove dormire, dove riposare la notte, farsi la doccia e cucinare come fai lavorare? quindi non ti puoi sistemare mai così, almeno ti devono dare un mese, così che lavori un mese e con il primo stipendio riesco a prendere un posto letto, dopo mi arrangio io, mi sistemo piano piano, ma non 15 giorni. (Intervista 17, M, Albania)

A Firenze associazioni quante ne vuoi, mangiare, ma il problema è dormire, gli affitti sono alti e poi se sei senza fissa dimora c'è questa difficoltà, c'è l'albergo popolare, ma non è un bell'ambiente dentro. Perché il 90% di persone che vedi dentro sembrano innocui, poi quando cominciano a bere, alle nove di sera entrano ed è un campo di battaglia; stessa cosa per strada. (Intervista 31, M, Italia)

In alcune interviste si nota la presenza di una rete efficace tra i servizi territoriali, in particolare per la gestione di situazioni critiche durante il periodo della COVID-19.

Questa mattina sono arrivato alla Croce Rossa, è arrivato un dottore, gli ho detto di farmi un tampone perché non stavo bene; ha fatto il tampone, ha visto che sono positivo, mi ha detto di andare all'albergo popolare domani, sono stato un giorno all'albergo popolare e dopo mi hanno mandato all'hotel vicino in via Baracca. (Intervista 27, M, Romania)

Ho chiamato il professore, mi ha detto che mio figlio non stava tanto bene, dicevano di fare i tamponi, di stare in casa, mi hanno detto di chiamare la Caritas che ha mandato dei dottori a casa e hanno fatto i tamponi a tutti. Ed eravamo tutti positivi, stavamo male. (Intervista 32, F, Rom)

Infine c'è chi evidenzia come risorsa dei servizi l'atteggiamento inclusivo, accogliente e non discriminatorio che avvicina l'utenza.

A Stenone ci sono persone molto buone, non facevano razzismo, che non ho trovato da altre parti. Non hanno mai fatto razzismo, ci siamo trovati bene e quando abbiamo qualcosa prendiamo appuntamento, una volta al mese, se non si poteva venire si chiamava, abbiamo trovato delle buone persone. (Intervista 32, F, Rom)

Proprio rispetto a questo, emerge un possibile aspetto su cui lavorare: diffondere conoscenze e informazioni per raggiungere una migliore apertura della comunità verso l'inclusione delle persone immigrate.

Informare sulle persone che sono immigrate, non siamo una minaccia. Siamo persone normali come tutti, non vogliamo essere considerati una minaccia o etichettati. Perché appena entri in un posto dove ci sono sconosciuti ci sono almeno due o tre persone che ti etichettano subito, nel modo con cui ti guardano, per come la persona si comporta in quel momento sembra che tu sia una minaccia, perché sei un immigrato, ma non so se la persona ti etichetta perché sei un immigrato o per il colore della pelle, questo non lo so. (Interviste 21, M, Gambia)

Albergo sanitario

Questo paragrafo fa riferimento all'esperienza vissuta in albergo sanitario da quegli intervistati che hanno dovuto trascorrere uno o più periodi di isolamento in queste strutture.

Di questa esperienza gli intervistati parlano in termini di durata, facendo emergere differenze sui giorni di permanenza in albergo sanitario; questi sono variati nel tempo in ragione della mutazione del virus, delle conoscenze possedute sulla sua contagiosità e dell'introduzione del vaccino, quale fattore di protezione. Si è pertanto passati da una condizione in cui bastava essere contatto di una persona positiva al virus per dover trascorrere delle settimane in albergo sanitario, fino alla limitazione ad una settimana per i soli contagiati.

Una volta sono andato in isolamento per il virus, 10-15 giorni e poi sono uscito. (Intervista 1, M, Tunisia)

Io l'ho fatta da positivo, mi hanno portato in un albergo sanitario (...) Anche a livello sanitario non fanno tutti gli stessi giorni come fa la gente positiva, ora, prima non lo so. Io sono stato positivo due volte e mi hanno portato in un albergo sanitario, prima ho fatto un mese e mezzo ad aprile scorso, la seconda volta 21 giorni in dicembre. (Intervista 3, M, Algeria)

Tanti alberghi di Firenze sono diventati sanitari. In quei 15 giorni che ero lì, ogni giorno veniva lo staff medico scafandrato a misurarci la temperatura, ci facevano il controllo dell'ossigenazione. La procedura era quella: stavi una settimana in isolamento, ti facevano il tampone, se era positivo te ne stavi altri 15 giorni in isolamento, se era negativo stavi 7 giorni in isolamento dove ti controllavano sempre la temperatura e poi uscivi dopo 7 giorni se non avevi sintomi. (Intervista 6, M, Italia)

In alcuni casi si evince la difficoltà di comprendere e rispettare le norme di isolamento conseguenti alla positività al virus nei casi in cui non sono manifesti segni di malattia evidenti.

Di notte andiamo tutti in una stanza a giocare a ramino. Tutti sani, non c'era nessuno malato...Né febbre né tosse, è arrivato tampone positivo. (Intervista 5, M, Tunisia)

Ho fatto quarantena perché ero positivo, c'è il COVID, ma non c'è COVID, non c'è niente. (Intervista 7, M, Marocco)

L'esperienza in albergo sanitario è raccontata facendo riferimento alla condizione di essere da solo in quanto isolato dalle persone.

(Ero) in un albergo vicino alla stazione, in una stanza da solo dove c'è tutto, la doccia, e fai tutto da solo, ti portano da mangiare e la colazione la mattina (...) Lì non si vede nessuno, è chiusa la porta, si apre la porta e ti danno da mangiare, quindi non vedo nessuno. (Intervista 1, M, Tunisia)

Lì sei sempre solo, chiuso. (Intervista 3, M, Algeria)

Alcuni intervistati richiamano la sensazione della privazione della libertà, tanto da paragonare l'esperienza dell'albergo sanitario al carcere.

Brutto. Sembra di stare in carcere, peggio, almeno in carcere puoi vedere la gente (...) ho avuto attacchi di panico. (Intervista 3, M, Algeria)

Ci siamo fatti 25 giorni dentro una stanza come in carcere. (Intervista 5, M, Tunisia)

In questa condizione assume un peso anche la dimensione del tempo, quando c'è poco o niente da fare e possono attivarsi pensieri negativi.

Se c'era televisione, si stava bene, se no cominciavano i pensieri. (Intervista 1, M, Tunisia)

(Non facevi) Niente, o guardi i programmi in TV o sul telefono o sul tablet, così si passa il tempo. Se dormi il giorno, poi rimani sveglio tutta la notte. Tutto cambia. (Intervista 3, M, Algeria)

In un caso viene fatto un richiamo alla pessima qualità delle condizioni di base offerte nell'albergo.

Il servizio era pessimo. Se mancava la carta igienica la chiedi e non c'era. La carta per uso alimentare non c'era. Mancava lo zucchero, lo chiedi e ti dicevano che lo mandavano la sera. (Intervista 3, M, Algeria)

Al contrario, per altri intervistati questa esperienza è positiva e paragonata ad una favola. In questi casi sono valorizzati gli aspetti prettamente alberghieri del servizio.

15 giorni da favola. Lì era una pacchia, ci hanno dato una camera singola con televisore (...) ci portavano il pranzo, la cena, la colazione, una volta la settimana ci portavano il tabacco. (Intervista 6, M, Italia)

Sono stato molto bene, mangiare, doccia, tutto, telefonino in stanza, quando avevo bisogno di un caffè me lo portavano, tutto mi portavano. (Intervista 27, M, Romania)

1.5.7 CONCLUSIONI

Sebbene l'obiettivo del progetto fosse quello di approfondire l'impatto avuto dalla pandemia da COVID-19, i tempi della sua realizzazione si sono dilatati tanto da rendere datati, seppur interessanti, i risultati attinenti strettamente a quel periodo. Ciò che possiamo considerare stimolante dal punto di vista delle riflessioni è la conoscenza tramite testimonianze dirette sulla condizione di marginalità e sul riassetto dei servizi.

Dietro al termine "ombrello" di marginalità si trovano realtà complesse e diverse tra loro, accomunate però, come emerge dalle nostre interviste, dal tratto comune della povertà di partenza, una povertà con origini varie. Può essere conseguenza di una risposta disadattiva ad un evento traumatico (come il licenziamento in età avanzata o un divorzio, aggravato dalla componente psichiatrica), di una condizione psichiatrica tout court, della dipendenza da sostanze, circostanze dalle quali la persona non riesce a riemergere per adattarsi entro i confini della così detta normalità di vita. La povertà di cui si fa testimonianza nel nostro studio è però rappresentata in buona parte dal target degli immigrati irregolari, che, in ragione della loro condizione giuridica, si trovano stabilmente in condizione di precarietà socio-economica. Ci sono poi persone che, in corrispondenza della pandemia, hanno perso i pochi e precari appigli finanziari di sopravvivenza.

Rispetto all'ipotesi iniziale dello studio, secondo cui questo target, per le caratteristiche di marginalità, avesse subito pesantemente e più della popolazione generale gli effetti delle restrizioni conseguenti alla pandemia, ne emerge una visione più ampia: da una parte viene confermato l'effetto negativo della COVID-19 sulla vita di quelle persone che, pur trovandosi in una condizione di marginalità, avevano anche una rete socio-economica, che è venuta meno. Dall'altra invece nelle condizioni di marginalità radicate non si evidenzia alcun impatto. In altre parole, chi sta in strada da diverso tempo non subisce una variazione nella condizione di vita: la mancanza di "privilegi/garanzie/diritti" né migliora né peggiora per effetto della COVID-19 (a differenza del resto della popolazione).

La relazione con i servizi Sanitario e del Terzo settore è il tema centrale di questo report, che a prescindere dalla pandemia, ha offerto l'opportunità agli utenti di esprimere il loro punto di vista in merito.

Per quanto riguarda i servizi erogati dal Terzo settore emerge sia la capacità di lettura dei bisogni di questo target sia una eterogeneità dell'offerta, che va dalle diverse modalità di accesso, alla differenziazione nella risposta ai bisogni, oscillando fra un atteggiamento assistenzialista ed uno improntato sull'*empowerment* delle persone. Il sistema sanitario nazionale (SSN) offre al contrario prestazioni con una modalità di accesso comune

a tutta la popolazione e che, per le caratteristiche di questo target, può rappresentare un ostacolo al loro utilizzo. In particolare la modalità relazionale e i tempi di risposta dell'SSN si scontrano con le loro aspettative ed esigenze, come emerge dal report. Ciò si concretizza frequentemente in una fuoriuscita di questa popolazione dall'SSN o in un accesso inappropriato (frequente è quello dell'emergenza-urgenza) e in un incremento delle richieste e del carico di lavoro per i servizi del Terzo settore. Tra gli ostacoli più spesso richiamati vengono citati i tempi di attesa per una visita, troppo dilatati o la mancanza di un rapporto di fiducia con il curante, con cui ci sono anche difficoltà legate alla lingua. Se l'obiettivo è facilitare l'accesso al servizio pubblico di cura per questo target, sarebbe utile promuovere uno studio mirato a comprendere dai destinatari stessi quali soluzioni concretamente li potrebbero facilitare. Promuovere soluzioni costruite diversamente, cioè senza il loro ascolto, rischierebbe di andare a definire interventi inefficaci.

Un aspetto da valorizzare, emerso soprattutto durante la pandemia, riguarda la flessibilità con cui il Terzo settore è riuscito a ripensarsi per erogare risposte ai bisogni primari, seppur con le difficoltà e i limiti dovuti alla situazione emergenziale. A tal proposito, uno spunto di riflessione arriva da alcuni intervistati e fa riferimento alla necessità di ripensare i servizi basandosi su alcuni bisogni ancora insoddisfatti e sulla progettazione fuori dall'emergenza per il raggiungimento dell'autonomia dell'individuo, passando cioè da un modello basato sull'assistenzialismo ad uno basato sull'*empowerment* della persona. Questa chiave di lettura è riconducibile al fatto che alcuni intervistati si trovano in condizione di marginalità a causa della situazione contingente e quindi vorrebbero avere gli strumenti per riemergere, a differenza di altri che nella condizione di marginalità hanno trovato un luogo di comfort, dove vogliono continuare a stare, anche in chiave assistita.

Inoltre, come emerge da una parte di intervistati, esistono sul territorio associazioni che offrono servizi complementari per la persona e che sono in comunicazione tra loro; nonostante questo aspetto già denoti l'esistenza di una rete che collabora per le presa in carico simultanea del bisogno della persona, si evidenzia comunque la necessità di consolidare questa collaborazione all'interno della rete dei servizi affinché ci sia un utilizzo efficace delle risorse presenti, evitando cioè le sovrapposizioni dell'offerta.

Nella riprogettazione dei servizi, risultano fondamentali quindi un monitoraggio attivo per ottimizzare le risorse e i servizi offerti; il coinvolgimento di tutti gli stakeholders, quindi anche gli utenti dei servizi, per un'effettiva analisi dei bisogni e offrire risposte personalizzate; inclusione del servizio sanitario (territoriale/ospedaliero) come interlocutore stabile all'interno della rete che si occupa di marginalità; ed accogliere infine la richiesta del target di uscire dalla logica dell'emergenza assistenziale per entrare in quella della progettazione finalizzata all'autonomia e alla dignità della persona.

Tra le offerte di servizi utilizzati durante l'emergenza COVID-19 e richiamati da alcuni intervistati si mette in luce l'ambivalenza riferita all'esperienza dell'albergo sanitario: se da una parte se ne conferma la difficoltà dovuta all'isolamento fuori dal proprio contesto di

vita, dall'altra questa stessa esperienza è stata vissuta come una piacevole parentesi dalla vita in strada grazie alla presenza di alcuni comfort (beni materiali e compagnia disponibile).

Durante il periodo pandemico, una delle dimensioni colpite è stata quella delle relazioni, analogamente al percepito dalla popolazione generale. La paura causata dal momento, unitamente alle regole di restrizione, ha incrementato il vissuto di solitudine, anche nelle relazioni strette. Questa percezione non viene collegata dagli intervistati alla loro condizione di marginalità. Infatti, in alcuni casi sono state riferite esperienze di solidarietà sociale dovute a relazioni precedentemente instaurate con la comunità di riferimento; questo ci dice che non sempre la marginalità porta a discriminazione.

Le esperienze di solitudine ed isolamento, che la COVID-19 ha contribuito ad esasperare per la paura dell'altro, rispecchiano l'individualismo dell'attuale società, riferibile ad un impoverimento del tessuto delle relazioni e collegata alla deriva dei rapporti sociali.

Come per il resto della popolazione, su quella marginale l'impatto della pandemia si è visto in maniera differente anche sul versante economico. Da un lato, il blocco di alcuni settori, iniziato con il primo lockdown e proseguito con la loro difficoltà nella ripresa, ha colpito particolarmente alcune persone in condizione di marginalità (immigrati irregolari o immigrati regolari con basse qualifiche) portandoli fuori dal mercato e aggravando perciò la loro situazione.

Dal lato opposto, questa stessa situazione non ha colpito quella parte di popolazione marginale già fuori dal mercato prima della pandemia e perciò non soggetta alle logiche della domanda e dell'offerta di lavoro. Questa situazione è spesso associata alla presenza di dipendenze o scompensi psichici in aggiunta alla condizione di senza fissa dimora. Inoltre la situazione lavorativa frequentemente è correlata a quella abitativa e viceversa.

Le soluzioni abitative adottate sono eterogenee e in alcuni casi sono state condizionate e peggiorate dalla situazione pandemica, mentre in altre sono rimaste stabili rispetto al periodo precedente.

Passando al tema della conoscenza della COVID-19 e dei comportamenti da adottare per limitarne la diffusione, questi sono stati accessibili anche a chi si è trovato in una condizione di marginalità. Il tema dell'informazione si denota come complesso viste le diverse fonti disponibili e contraddittorie presenti nel dibattito pubblico, per la popolazione marginale come per quella complessiva.

Anche per quanto riguarda l'aderenza alle regole ci sono stati comportamenti eterogenei, da quelli più egoistici a quelli più altruistici: alcuni cioè orientati al mantenimento delle proprie sicurezze e piccole tutele, altri adottati per proteggere la comunità ed il bene comune.

In conclusione, possiamo riflettere su come la pandemia abbia enfatizzato l'instabilità economica, geopolitica e sociale producendo delle ripercussioni particolarmente evidenti su una fetta di popolazione già a rischio. Questo tema richiama l'attenzione sulle nuove povertà, rese particolarmente evidenti in conseguenza del COVID; si aprono così nuovi

quesiti e si avverte la necessità di impellenti risposte per riuscire a comprendere e accogliere gli effetti di questa crisi nel lungo periodo, uscendo dalla logica dell'emergenza assistenziale per entrare in quella della progettazione più strutturata finalizzata all'autonomia e dignità della persona.

1.5.8 LIMITI DELLO STUDIO

Rispetto all'obiettivo iniziale dello studio, approfondire l'impatto della pandemia su questo target, di cui poco era noto in termini di ricadute economiche, sociali, psicologiche, i tempi dilatati con cui è stato possibile realizzare l'indagine, rendono i risultati datati, non tanto sul piano conoscitivo tout court, quanto nella possibilità di utilizzarli in riferimento alla contingenza pandemica.

Un secondo limite dello studio fa riferimento alla difficoltà incontrata di raggiungere un target, che per sua caratteristica intrinseca, risulta sfuggente ai canali istituzionali e che, seppur intercettato dalle associazioni, è stato non sempre compliant nel raccontarsi. Parallelamente, sempre per le caratteristiche del target, è stato non sempre agevole fissare l'intervista ad un'ora e in un luogo specifico; come è emerso, in alcuni casi tale difficoltà ha rappresentato la perdita dell'intervista perché la persona non si è presentata all'appuntamento. Questo ha comportato anche che non tutte le categorie del target previste in fase di progettazione delle interviste siano state poi raggiunte (ad esempio le sex worker di strada).

È stata necessaria anche una discreta flessibilità delle intervistatrici a spostarsi per le interviste in orari serali, quando cioè potevano giovare dell'intermediazione degli operatori delle unità di strada mentre fornivano servizio agli intervistati.

Alcune interviste sono state organizzate in luoghi all'aperto, cioè i luoghi di vita degli intervistati, per questo la qualità dell'audio non sempre è stata di buon livello; anche la difficoltà di comunicazione (alcuni intervistati parlavano molto poco l'italiano) ha accentuato la problematicità da questo punto di vista.

Riferimenti

1. <https://www.migrantesonline.it/2020/03/30/migrantes-toscana> - le-comunita-al-tempo-del-coronavirus/
2. Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
3. Bichi, R. *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale*, Carocci, 2007.

1.6 ESPERIENZE TOSCANE DI CONTESTO

1.6.1 IL PROGETTO *MARGINALITY INFECTIOUS SCREENING* – MARINS

Screening infettivologico in popolazioni marginali nell'area di Pistoia e Pescia e inserimento dei soggetti positivi in percorsi terapeutici/assistenziali

Il progetto MARINS (*Marginality Infectious Screening*), sostenuto dalla Fondazione Cassa di risparmio di Pistoia e Pescia, è rivolto a soggetti in stato di marginalità, come *homeless*, immigrati, persone in situazioni di disagio socio-economico, presenti nell'area di Pistoia e Valdinievole.

In particolare, gli scopi degli interventi su questa popolazione target sono:

1. coinvolgimento nello screening dell'epatite B, epatite C, HIV, TBC e COVID-19 per facilitare le cure in caso di infezione e contenere la diffusione nella popolazione generale di accoglienza;
2. informazione sulle opportunità di prevenzione delle malattie trasmissibili e sulle modalità di accesso alle cure e ai controlli clinici;
3. facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari generali in un'ottica di tutela dei diritti e di equità;
4. svolgimento di un'indagine epidemiologica sulla diffusione di malattie infettive.

Lo screening infettivologico delle popolazioni marginali assicura una maggiore efficacia nel controllo della diffusione nella collettività e migliori cure per il singolo soggetto.

Il progetto è iniziato nel novembre 2022, a seguito di parere favorevole del Comitato etico di Area vasta Centro (n. 22562_spe del 18/10/2022) e si concluderà nell'agosto 2025.

I soggetti della popolazione target sono stati individuati tra quelli che accedono alle sedi di associazioni che offrono assistenza sociale e sanitaria e che hanno aderito al progetto. Nel dettaglio, sono state realizzate 15 giornate di screening nel territorio della provincia di Pistoia, Montecatini Terme, Larciano, Bottegone e Buggiano, presso le seguenti sedi: strutture gestite dalla Caritas diocesana di Pistoia, come la Mensa "Don Siro Butelli", l'Accoglienza notturna per l'emergenza freddo, il Centro di ascolto e l'Emporio della solidarietà; 7 Centri di accoglienza stranieri (CAS) gestiti da Cooperativa Arca, Differenze culturali e non violenza ONLUS, Cooperativa Gruppo incontro e giovani e Comunità; Associazione ARCIGay.

Gli operatori delle diverse associazioni, dopo un primo contatto telefonico e l'adesione alla proposta di adesione al progetto MARINS, sono stati informati in modo più dettagliato sulle finalità dell'iniziativa in modo da poter fornire un'informazione più precisa alle eventuali domande dei potenziali partecipanti. Circa due settimane prima delle date stabilite per l'evento di screening, nelle diverse sedi sono state affisse

locandine e distribuiti volantini per pubblicizzare l’iniziativa e raggiungere il maggior numero di destinatari.

I soggetti che, a seguito di un breve colloquio esplicativo, si sono dichiarati disponibili a partecipare, hanno sottoscritto un consenso informato e sono stati sottoposti a una breve intervista anamnestica registrata su una scheda. In una postazione dedicata, gestita da due operatori (un infermiere e un biologo), dal novembre 2022 al giugno 2024 sono stati eseguiti:

1. tampone nasale antigenico rapido per SARS-CoV-2;
2. prelievo di sangue capillare tramite puntura del dito, con cui sono stati testati, utilizzando dei test rapidi:
 - antigene s (HBsAg) del virus dell’epatite B (HBV);
 - anticorpi anti-HCV contro il virus dell’epatite C (HCV);
 - anticorpi anti-TB contro il micobatterio della tubercolosi;
 - anticorpi anti-HIV e antigene p24 del virus HIV;
 - anticorpi anti-*Treponema pallidum* (TP) della sifilide.

I dati e i contatti dei soggetti risultati positivi ai test pungidito e che non risultavano già in trattamento presso un centro di riferimento, sono stati riferiti all’Unità di malattie infettive dell’Ospedale San Jacopo di Pistoia, direttore dott. Pierluigi Blanc. Come previsto, la fase della presa in carico risulta un passaggio critico in quanto, considerato il setting oggetto dello studio, non è raro che i soggetti positivi non si presentino agli appuntamenti prefissati. Per evitare la dispersione e per favorire il cosiddetto *linkage to care*, sono stati presi accordi con gli operatori delle associazioni che, in molti casi, hanno provveduto ad accompagnare personalmente gli utenti positivi all’ospedale San Jacopo.

RISULTATI IN ITINERE

I soggetti che nel corso dei primi 18 mesi circa di attività, dal novembre 2022 al giugno 2024, hanno acconsentito al test pungidito sono stati 405, di cui in **Tabella 1.6.1** è indicato luogo di contatto, sesso ed età media.

Tabella 1.6.1
Caratteristiche generali degli utenti che hanno aderito ai test pungidito proposti durante agli eventi di screening eseguiti dal novembre 2022 al giugno 2024

| SEDE | Soggetti testati | M/F | Età media |
|--------------------|------------------|----------------|-----------|
| CAS | 216 | 203/13 | 36 |
| Mense popolari | 117 | 47/70 | 48 |
| Empori solidarietà | 58 | 13/45 | 49 |
| ArciGay | 14 | 10/4 | 37 |
| Totale | 405 | 273/132 | 39 |

Rispetto alla provenienza geografica dell'intero campione, abbiamo rilevato una percentuale più alta di soggetti di nazionalità italiana (15%), seguita da quella dei soggetti di nazionalità bangladesi (10%) e marocchini (8%). Il dettaglio relativo all'area di provenienza dei 405 soggetti è riportato in **Tabella 1.6.2**, dove sono descritte le percentuali delle positività ai diversi test e le caratteristiche anagrafiche dei positivi ai test per l'HBsAg e per gli anti-HCV.

Tabella 1.6.2
Caratteristiche del campione totale e stratificato sulla base della positività al test per HBsAg e per gli anti-HCV

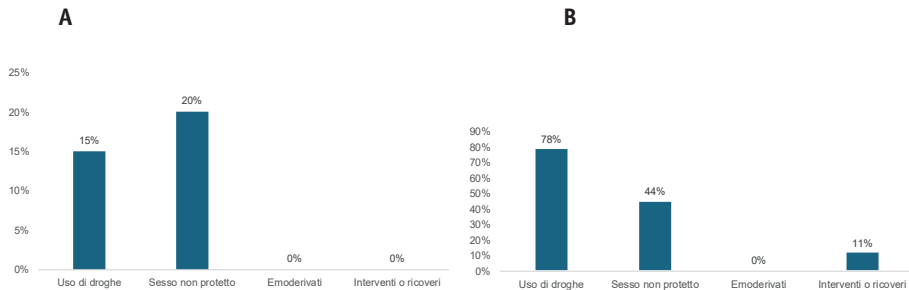
| Caratteristiche | Popolazione totale (n=405) | HBsAg- (n=385) | Anti-HBsAg+ (n=20; 5%) | Anti-HCV- (n=396) | Anti-HCV+ (n=9; 2,2%) |
|--------------------|----------------------------|----------------|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Età media | 38,2±15,7 | 39,5±15,7 | 36,6±15,0 | 39,4±15,7 | 42,0±15,6 |
| Sesso (M/F) | 273/132 | 253/132 | 20/0 | 266/130 | 7/2 |
| Provenienza | | | | | |
| Italia | 57 | 57 | 0 | 52 | 5 |
| Nord Africa | 49 | 49 | 0 | 49 | 0 |
| Africa centrale | 14 | 14 | 0 | 14 | 0 |
| Est Africa | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Ovest Africa | 147 | 131 | 16 | 146 | 1 |
| Est Asia | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Ovest Asia | 18 | 18 | 0 | 17 | 1 |
| Sud-est Asia | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Sud Asia | 63 | 60 | 3 | 61 | 2 |
| America centrale | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Sud America | 9 | 9 | 0 | 9 | 0 |
| Est Europa | 20 | 20 | 0 | 20 | 0 |
| Ovest Europa | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Sud Europa | 22 | 21 | 1 | 22 | 0 |

I risultati dei test mostrano una prevalenza sommersa di quasi 10 volte per l'HBsAg, (5% vs dato nazionale *Global Hepatitis Report 2024*=0.51%) e di oltre 3 volte per gli anti-HCV rispetto ai valori nazionali (2.2% vs dato nazionale *Global Hepatitis Report 2024*=0.68%). Tre soggetti erano anti-HCV e HBsAg positivi. Un dato allarmante è l'età media bassa dei soggetti HBV positivi (37 anni), risultato in controtendenza rispetto alle ultime rilevazioni nazionali, in cui le prevalenze maggiori si registrano

nelle fasce della popolazione più anziana (Andriulli A. et al. Eur J Intern Med, 2018), dal momento che in Italia la vaccinazione è obbligatoria dal 1991 per i neonati e ha coperto tutti i nati dopo il 1989.

Per quanto riguarda i soggetti HBsAg e anti-HCV positivi, è stata realizzata un'analisi dei principali fattori di rischio, i cui risultati sono riportati nella **Figura 1.6.1**.

Figura 1.6.1
Fattori di rischio dei soggetti HBsAg (A) e anti-HCV positivi (B)



Per la positività all'HBsAg non emergono particolari fattori di rischio, un dato che attribuisce la motivazione per l'alta prevalenza rilevata alla provenienza geografica da zone ad alta endemia e bassa compliance vaccinale. La positività agli anti-HCV è, in linea con quanto atteso, associata all'uso di droghe per via endovenosa e, in misura minore, al sesso non protetto.

Relativamente ai risultati dei test per le altre malattie infettive, i dati ottenuti sono riportati nella **Tabella 1.6.3**.

Anche la prevalenza dei soggetti anti-HIV positivi (1.2%) risulta superiore al dato nazionale (0.2%) ottenuto sulla popolazione generale (15-49 anni), secondo i dati riportati dalla *World Bank collection of development indicators* (<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>).

La prevalenza degli anticorpi anti *Treponema Pallidum* (anti-TP), l'agente infettivo che provoca la sifilide, è risultata essere leggermente superiore a quella del dato nazionale ottenuto da un recente studio su donatori di sangue (1.2% vs 1%) (Pati I et al, *Blood Transfusion*, 2023).

Nessun soggetto è risultato positivo alla tubercolosi.

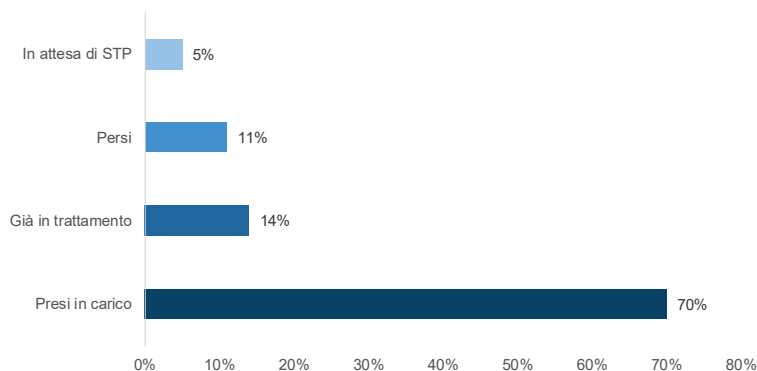
La maggior parte dei soggetti a cui sono stati proposti i test ha rifiutato il tampone nasale COVID-19: ne sono stati effettuati solamente 68 di cui 1 è risultato positivo (1.5%). Considerando la bassa percentuale di soggetti che si sono sottoposti al tampone nasale, non è possibile giungere a particolari conclusioni riguardo alla prevalenza. La scarsa adesione a questo test indica che, nonostante sia recentemente stato registrato un aumento di casi di COVID-19, questa infezione non viene più percepita come una minaccia per la salute propria e degli altri.

Un grafico relativo all'esito della "presa in carico" di tutti i 37 soggetti positivi è riportato in Figura 1.6.2.

Tabella 1.6.3. Caratteristiche del campione totale e stratificato sulla base della positività al test per gli anti-HIV e per gli anti-Treponema Pallidum (TP).

| Caratteristiche | Popolazione totale (n=405) | Anti-HIV- (n=402) | Anti-HIV+ (n=3; 0,7%) | Anti-TP- (n=400) | Anti-TP+ (n=5; 1,2%) |
|--------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|----------------------|
| Età media | 38,2±15,7 | 39,9±15,3 | 46,7±3,5 | 37,5±15,6 | 48,4±19,5 |
| Sesso (M/F) | 273/132 | 271/131 | 2/1 | 270/130 | 3/2 |
| Provenienza | | | | | |
| Italia | 57 | 56 | 1 | 56 | 1 |
| Nord Africa | 49 | 49 | 0 | 49 | 0 |
| Africa centrale | 14 | 12 | 2 | 12 | 0 |
| Est Africa | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Ovest Africa | 147 | 147 | 0 | 146 | 1 |
| Est Asia | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Ovest Asia | 18 | 18 | 0 | 18 | 0 |
| Sud-est Asia | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Sud Asia | 63 | 63 | 0 | 63 | 0 |
| America centrale | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Sud America | 9 | 9 | 0 | 9 | 0 |
| Est Europa | 20 | 20 | 0 | 17 | 3 |
| Ovest Europa | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Sud Europa | 22 | 22 | 0 | 22 | 0 |

Figura 1.6.2
Presa in carico dei soggetti positivi



Come descritto dalla **Figura 1.6.2**, la percentuale di soggetti presi in carico (70%) è da considerarsi di successo considerando il particolare setting a cui MARINS si rivolge e il fatto che il 14% dei positivi era già in trattamento o era stato trattato. Solo l'11% dei pazienti è da considerarsi perso, tenendo conto che 2 soggetti (5%) sono in attesa del documento necessario per accedere all'assistenza sanitaria (STP) che, una volta ottenuto, permetterà loro di intraprendere un percorso clinico.

Dai risultati in itinere del progetto MARINS, che si concluderà ad agosto 2025, emerge la necessità di implementare le campagne di screening infettivologico nelle popolazioni marginali allo scopo di rivelare il «sommerso», garantire l'equità dell'assistenza sanitaria e della cura e tutelare la salute pubblica limitando la circolazione degli agenti infettivi. Ci auguriamo quindi che, sebbene ancora in itinere, il progetto MARINS, con i suoi risultati molto promettenti in termini di adesione e percentuale di presa in carico, possa rappresentare un modello per iniziative simili da estendere ad altre zone nella nostra Regione e, in futuro, anche a livello nazionale.

1.6.2 LA SALUTE DEGLI STRANIERI

L'impatto dei determinanti di salute sui tassi di mortalità e morbilità di tutte le malattie può influire in modo differente su alcune categorie di popolazione. Aspetti quali i comportamenti personali e gli stili di vita, così come le condizioni di vita, di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari e altri fattori legati ad esempio alla condizione socio-economica o ad esposizioni culturali ed ambientali, possono condizionare significativamente la salute della popolazione. In un paese come l'Italia, nonostante la presenza di un Sistema sanitario nazionale universalistico, si riscontrano delle disuguaglianze di salute e difficoltà di accesso alle cure, aumentando il rischio di marginalità, specialmente in determinate categorie di popolazione.

Anche l'Istituto Superiore di Sanità riporta che, in relazione a gruppi di popolazione marginali quali persone senza fissa dimora, Rom e migranti, il dibattito sul tema dell'accesso ai servizi sanitari ha assunto nel tempo un ruolo centrale, in quanto tali categorie di popolazione risentono di fattori come la localizzazione geografica, fattori socio-culturali e linguistici nell'aver un accesso equo ai servizi di cura del territorio nazionale. [1] La popolazione straniera rientra certamente fra le categorie di popolazione che ne risente maggiormente, viste le dimensioni del fenomeno e l'ingente incremento dei flussi migratori in entrata nel nostro paese.

Secondo le stime globali del *World Migration Report 2024*, nel 2020 erano circa 281 milioni di migranti internazionali nel mondo, pari al 3,6% della popolazione globale. [2]

Nel contesto italiano, invece, al 1° gennaio 2023 gli stranieri presenti in Italia erano circa 5 milioni e 775mila, con un bilancio demografico in crescita per quanto riguardava la popolazione straniera residente in Italia (+110.000 unità). Risulta in diminuzione, invece, la componente irregolare che si attesta sulle 458mila unità, contro le 506mila dell'anno precedente. [3]

Le dimensioni di tale fenomeno evidenziano in modo preponderante alcune difficoltà di questa popolazione nel rapportarsi al sistema sanitario nazionale in quanto, lo status di straniero può determinare in alcuni casi l'assenza di diritti o l'impossibilità di esercitarli quando acquisiti. Fra essi, il diritto alla residenza, alla casa, all'assistenza sanitaria, rappresentano alcuni degli elementi che possono contribuire ad escluderli dal sistema sociale e sanitario in cui viviamo.

Nel contesto nazionale, la Toscana è una fra le prime regioni per presenza straniera sul territorio nell'intero panorama nazionale, con l'11,5% della popolazione residente nella regione proveniente da un altro paese, con una presenza maggiore di donne (N=221.207) rispetto agli uomini (N=208.646). [4] Inoltre, si tratta di una popolazione mediamente più giovane rispetto a quella residente italiana (stranieri: 35,7 anni; italiani: 47,4 anni) fattore che contribuisce a definire profili di salute generali differenti tra le due popolazioni. Per un'appropriatezza comprensione dello stato di salute di questa popolazione è importante ricordare che i flussi sanitari disponibili in Toscana raffigurano uno spaccato della popolazione immigrata nella regione, in quanto riferiti esclusivamente ai cittadini residenti nel territorio. La popolazione non residente o non regolare, al contrario, sfugge dai flussi di dati disponibili e si attesta a circa 30.000 persone, il 7,2% del totale degli stranieri presenti nel territorio toscano [5].

Oltre a questo, in Italia ma anche nel contesto regionale toscano, gli stranieri che risiedono nel territorio sono inizialmente caratterizzati dal cosiddetto "effetto migrante sano", un vantaggio di salute di questa popolazione rispetto alla popolazione autoctona al momento dell'arrivo nel paese ospitante, che vede una autoselezione di soggetti giovani e più sani che decidono di intraprendere il progetto migratorio. [6] Con il passare del tempo, però, tale vantaggio tende a ridursi a favore invece di un altro fenomeno definito "fenomeno di acculturamento", ovvero l'adozione di modalità comportamentali e sanitarie simili a quelle della popolazione italiana residente.

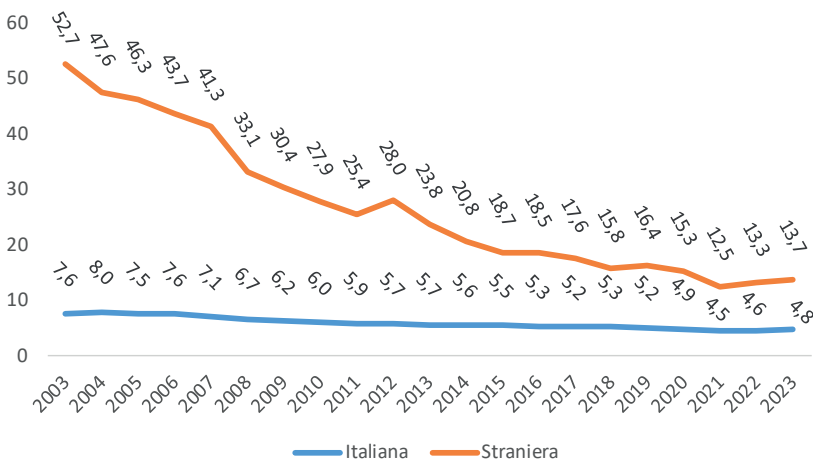
Fra i primi dati che descrivono le caratteristiche del profilo di salute della popolazione straniera residente in Toscana, la salute materno-infantile rappresenta sicuramente uno degli ambiti più caratterizzanti di questa popolazione se confrontata con quella italiana residente. Infatti, le donne straniere contribuiscono in buona parte alla natalità regionale, nonostante negli ultimi anni sia diminuita anche la fecondità delle donne straniere, a causa della diminuzione dei flussi

femminili in entrata e in parte a causa dell'assimilazione da parte delle donne straniere di comportamenti sempre più simili a quelli osservati nella popolazione femminile toscana.

Inoltre, nel 2023 le donne straniere risultano ancora a maggiore rischio di effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) rispetto alle italiane con circa il 36,5% delle IVG a carico delle straniere. Difatti il tasso di abortività delle donne straniere è quasi 3 volte superiore a quello delle italiane (13,7 per 1.000 rispetto a 4,8 per 1.000). Ciononostante, se si osserva il trend delle IVG dal 2003 al 2023, emerge chiaramente che tale fenomeno è in costante diminuzione, con una riduzione del 44% negli ultimi 10 anni (Figura 1.6.3).

Figura 1.6.3

Tasso di abortività volontaria – numero di IVG ogni 1000 donne in età feconda (15-49), per cittadinanza. Anno 2023 – Elaborazione ARS su dati CeDAP



Altro tema che caratterizza la popolazione straniera residente da ormai molti anni riguarda gli accessi alle cure in Pronto soccorso (PS). Difatti, osservando i tassi standardizzati di accesso della popolazione italiana e straniera residenti in Toscana, emerge un ricorso eccessivo ed inappropriato da parte di quest'ultima, confermato anche dal minor numero di ricoveri a carico degli stranieri

I dati 2023 mostrano dei tassi pressoché sovrapponibili tra le due popolazioni (stranieri: 382,2 x1.000 residenti; italiani: 335 x 1.000 residenti), dato stabile rispetto all'annualità precedente.

Se si considera l'età mediamente più giovane della popolazione straniera residente rispetto a quella italiana, la similitudine dei due tassi di accesso al Pronto soccorso suggerisce un utilizzo più elevato da parte della popolazione straniera del PS in età giovanile, indice del fatto che tendano ad identificare maggiormente il PS come primo accesso alle cure sanitarie nel territorio rispetto al medico di medicina generale.

L'analisi dell'ospedalizzazione per causa e cittadinanza, invece, conferma, come già evidenziato in precedenza, che la principale causa di ricovero fra gli stranieri risulta essere quella legata alle complicanze della gravidanza, parto e puerperio (13,12 per 1.000 stranieri residenti). Rimangono stabili i ricoveri per malattie del sistema circolatorio rispetto all'annualità precedente, con un tasso pari a 10,66 per 1.000 residenti registrati nel 2023, mentre aumentano le patologie oncologiche rispetto alle annualità precedenti (2023: 11,21 per 1.000 residenti) (Tabella 1.6.4).

In generale, confrontando i tassi di ospedalizzazione della popolazione residente straniera con quelli della popolazione italiana, si evidenzia un progressivo allineamento dei valori nel tempo, in parte dovuto al sopra citato effetto di acculturamento cui la popolazione straniera è soggetta.

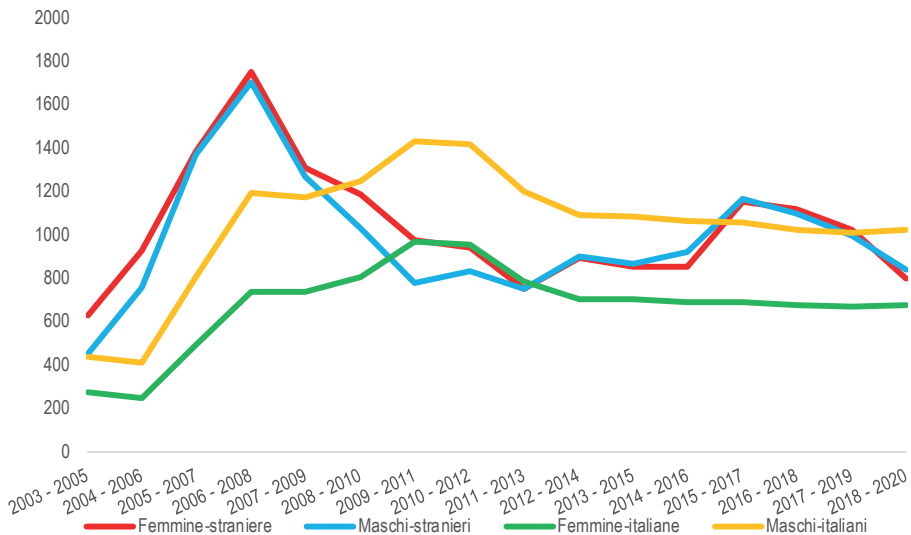
Tabella 1.6.4
Ospedalizzazione per causa e cittadinanza – Tasso standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, anno 2023 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati flusso informativo SDO

| Grande gruppo | Stranieri | Italiani |
|--|-----------|----------|
| Complicanze della gravidanza | 13,12 | 8,58 |
| Tumori | 11,21 | 14,39 |
| Malattie del sistema circolatorio | 10,66 | 13,53 |
| Malattie dell'apparato digerente | 9,11 | 10,84 |
| Malattie dell'apparato respiratorio | 7,71 | 9,68 |
| Traumatismi e avvelenamenti | 7,31 | 9,58 |
| Malattie dell'apparato genito-urinario | 7,06 | 8,26 |
| Malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo | 4,93 | 7,71 |
| Disturbi del sistema nervoso | 3,99 | 4,72 |
| Disturbi psichici | 2,66 | 4,28 |
| Malattie infettive | 2,53 | 2,31 |
| Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo | 2,01 | 2,22 |
| Malformazioni congenite | 1,23 | 1,5 |
| Malattie del sangue | 0,81 | 0,6 |
| Malattie della pelle e del sottocutaneo | 0,73 | 0,95 |
| Condizioni morbose di origine perinatale | 0,4 | 0,4 |

Infine, il tasso di mortalità grezzo nel triennio 2017-2019 è stato pari al 222,7 per 100mila, rispetto al 1.288,7 per 100mila italiani autoctoni. L'età confonde il confronto e sottostima le diseguaglianze di salute reali. A parità d'età, infatti, il tasso di mortalità degli stranieri supera quello degli italiani autoctoni: 1.285,1 decessi per 100mila vs 807,7 per 100mila. Sono in particolare le donne di origine straniera ad avere livelli di mortalità più alti delle italiane: 1.025,2 per 100mila vs 667,4 per 100mila (Figura 1.6.5). Al contrario, nel triennio 2018-2020 (ultimo triennio disponibile) i tassi di mortalità decrescono e tendono ad eguagliarsi nelle due popolazioni.

Figura 1.6.5

Mortalità, per cittadinanza – Tasso di mortalità standardizzato per età per 100.000 abitanti – Toscana, periodo 2003-2020 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati Registro di mortalità regionale



L'eccesso di mortalità delle donne straniere rispetto alle italiane autoctone riguarda la gran parte delle cause di decesso più frequenti, in particolare per i due grandi gruppi oncologici e circolatorio che hanno un notevole impatto sulla mortalità generale. Tra gli uomini le uniche patologie per i quali si rileva un rischio di morte doppio negli stranieri, rispetto agli italiani, è quello delle malattie infettive.

Fra le malattie infettive, HIV e AIDS rappresentano infezioni che da anni interessano maggiormente la popolazione straniera rispetto a quella italiana, seppur con un crescente allineamento nei tassi di infezione da HIV e AIDS tra le due popolazioni nel tempo.

Nell'ultimo biennio disponibili (2021-2022) il 27,1% delle diagnosi da HIV ha riguardato stranieri (Figura 1.6.6), mentre il 24,6% del totale delle diagnosi di AIDS ha riguardato stranieri.

Figura 1.6.6
Tasso di notifica di HIV per cittadinanza per 100.000 residenti. Anni 2009-2022. Fonte: Elaborazioni ARS su dati Sistema Sorveglianza HIV

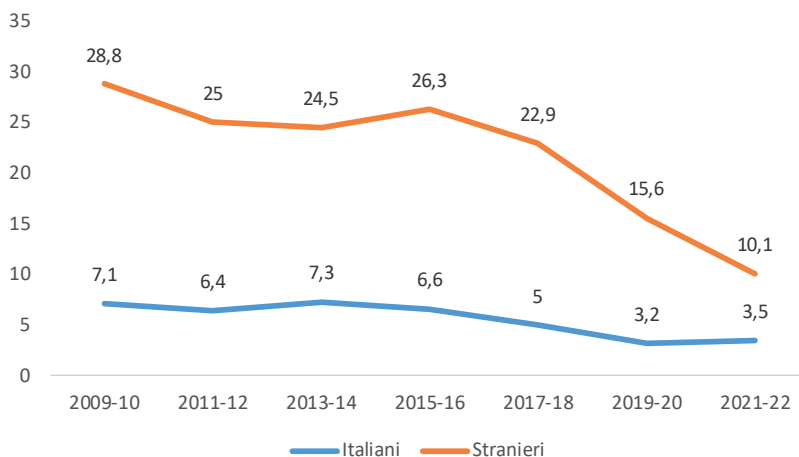
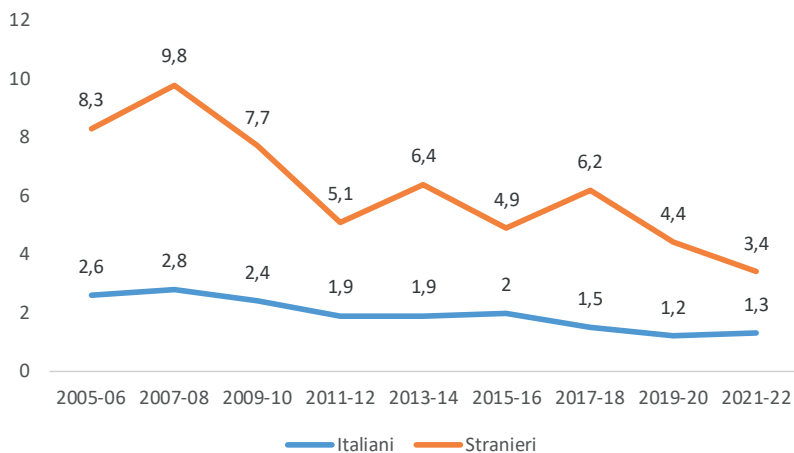


Figura 1.6.7
Tasso di notifica di AIDS per cittadinanza per 100.000 residenti. Anni 2009-2022. Fonte: Elaborazioni ARS su dati RRA



In sintesi, l'analisi del profilo di salute della popolazione straniera residente in Toscana evidenzia un progressivo allineamento dello stato di salute di questa popolazione con quella autoctona.

Permangono delle differenze per quanto riguarda la salute materno-infantile, così come per l'accesso al Pronto soccorso, ma si evidenzia nel tempo un progressivo allineamento dello stato di salute della popolazione straniera residente e di quella autoctona.

Ciononostante, restano evidenti alcune barriere nell'accesso alle cure, da parte della popolazione straniera che risiede nel territorio, legate a fattori di carattere socio-culturale che pone l'accento sulla necessità di un approccio pluridimensionale alla promozione della salute degli stranieri.

Riferimenti

- [1] Istituto Superiore di Sanità (2024), La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria.
- [2] World Migration Report 2024 (URL: <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/>)
- [3] XXIX Rapporto ISMU sulle migrazioni 2023 (URL: <https://www.ismu.org/xxix-rapporto-sulle-migrazioni-2023-comunicato-stampa-13-2-2024/>).
- [4] ISTAT, Demo-Statistiche demografiche (ultima consultazione 11 luglio 2024)
- [5] OpenToscana
- [6] Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Salute della popolazione immigrata



CAPITOLO 2

IL "DOPO-SECONDI": MIGLIORARE LA RETE DELL'ASSISTENZA ALLA MARGINALITÀ

2. IL "DOPO-SECONDI": MIGLIORARE LA RETE DELL'ASSISTENZA ALLA MARGINALITÀ

2.1 IL GRUPPO OPERATIVO MARGINALITÀ DEL COMUNE DI FIRENZE E IL SUO SVILUPPO

Il Gruppo operativo marginalità (GOM), costituitosi nel gennaio 2014, ha riunito inizialmente tutti i servizi ad accesso diretto che si rivolgono alle persone senza dimora nel Comune di Firenze. Nato dall'esigenza dei singoli servizi di sviluppare progetti sinergici ed integrati per le persone in condizione di grave deprivazione socio-economica, ha trattato le situazioni complesse relative alle persone senza dimora che accedono contemporaneamente ai vari servizi o che intercettate da un singolo servizio abbisognano di un intervento sinergico. La presenza di una rappresentanza dell'Ufficio inclusione sociale del Comune di Firenze ha permesso la definizione di percorsi condivisi che mettendo in relazione attori diversi ha comportato un virtuoso utilizzo delle risorse esistenti.

Dal mese di novembre 2016 al GOM hanno iniziato a partecipare anche le assistenti sociali che avevano in carico le persone segnalate, arricchendo le informazioni con aggiornamenti secondo un calendario di incontri con un ordine del giorno inviato qualche giorno prima la successiva riunione.

Dal mese di dicembre 2016 nel GOM è entrata anche una rappresentante dei Servizi di salute mentale dell'Azienda USL Toscana Centro (AUSL TC), primo risultato tangibile del percorso attivato dal Coordinamento toscano marginalità finalizzato alla costruzione di un rapporto sinergico e collaborativo con i servizi sanitari territorialmente competenti. .

Dal 2018 il GOM ha cambiato nome in Coordinamento inclusione sociale (CIS) ed è stato convocato e coordinato dall'Ufficio inclusione sociale del Comune di Firenze.

Partendo da criticità, punti di forza e aspettative esperite nel corso del tempo all'interno del GOM; il CIS ha favorito un nuovo modello di funzionamento del tavolo. In particolare, il CIS si riunisce una volta al mese (il primo martedì dalle ore 09:00 alle ore 12:00) su convocazione dell'Ufficio marginalità e immigrazione del Comune di Firenze, con la partecipazione delle strutture di accoglienza, i servizi di bassa soglia e le unità di strada che si occupano di persone in condizione di grave deprivazione socio-economica. Partecipano al CIS anche i rappresentanti dell'Ufficio marginalità e immigrazione, dei SERD e Servizi di salute mentale dell'AUSL TC. Data l'eterogeneità del gruppo e affinché l'azione di networking sia il più efficace possibile, è stato condiviso il mutuo rispetto delle differenti agenzie e dei diversi approcci nella consapevolezza che in questo specifico campo non esistono detentori assoluti

di verità o di soluzioni certe. L'ordine del giorno della riunione viene comunicato entro il venerdì precedente all'incontro e viene redatto a partire dalle segnalazioni che giungono dai vari partecipanti. Per omologare le presentazioni delle segnalazioni da prendere in considerazione, viene utilizzato un semplice modulo per la raccolta dati, che permette inoltre la lettura del percorso individuato, il monitoraggio e la verifica dei risultati raggiunti, l'analisi e la descrizione del lavoro effettuato dal CIS.

Il CIS si pone come luogo in cui, grazie al contributo di tutti i partecipanti, i percorsi individuali trovano una sintesi e vengono poi realizzati e accompagnati da micro-équipe, coordinate da un *case manager*, che si muovono indipendentemente dal tavolo e che sono formate da tutti i servizi coinvolti nel percorso, inclusi quelli istituzionali (es., Assistenza sociale, SERD, servizi di salute mentale) a prescindere dalla residenza e dalla classica presa in carico. L'azione del *case manager* è una sorta di facilitazione del funzionamento della rete attivata e non deve essere confusa con il ruolo di coordinamento, evitando così il rischio di individuare nel *case manager* l'unico *entitled* a prendere decisioni o l'unico responsabile del risultato dell'intervento. D'altro canto, la suddivisione delle responsabilità è da intendersi come sinergia costruttiva e non come deresponsabilizzazione collettiva. All'interno del CIS è possibile, quando motivati, individuare e sperimentare modelli alternativi e trasversali di intervento che possano portare ad un accesso ai servizi di accoglienza, salute mentale e dipendenze, a prescindere dai canonici requisiti di accesso.

Il CIS è anche luogo in cui affrontare temi generali, monitorare l'evoluzione del fenomeno, di restituire feedback rispetto all'effettivo bisogno dell'amministrazione comunale e declinare di conseguenza i servizi.

Il CIS dal 2020 ha cambiato nuovamente il nome in Coordinamento marginalità e si è configurato come spazio di confronto e di lavoro condiviso, un tavolo che si riunisce periodicamente, mettendo insieme e a confronto i servizi territoriali dell'Area marginalità e immigrazione del Comune di Firenze e tutti quei soggetti del terzo settore che operano nell'ambito di quest'attività nel territorio di Firenze. È prevista una riunione mensile in cui si affrontano le situazioni di grave marginalità emerse, sulle quali si confrontano i diversi soggetti, tra cui, centri diurni, centri di accoglienza, sportelli d'ascolto e unità di strada. Il confronto diretto tra i singoli operatori seduti allo stesso tavolo, oltre che costituire un efficace e interessante scambio di informazioni e conoscenze, offre l'opportunità di valorizzare la specificità di ogni singolo soggetto in base alla sua collocazione territoriale all'interno della città, alla sua vocazione e alla sua professionalità, nell'ottica di un'efficiente integrazione professionale.

L'ordine del giorno è costituito dai singoli casi che i servizi o le associazioni portano all'attenzione e su cui si raccolgono informazioni, storia pregressa, interventi socio-sanitari già messi in campo, per condividere poi proposte e linee progettuali circa le azioni da intraprendere, con l'attribuzione di ruoli e responsabilità, definendo così "il chi fa cosa".

La raccolta delle informazioni si qualifica come elemento centrale in quest'area professionale, dove gli operatori sono spesso chiamati ad intervenire verso soggetti talvolta non identificabili attraverso i documenti personali e dunque non facilmente rintracciabili attraverso i sistemi informativi ufficiali. La raccolta dei dati, con la ricostruzione delle storie e la condivisione degli interventi professionali da mettere in campo, risulta essere particolarmente importante ai fini della costruzione e dell'attivazione di un efficace e mirato percorso d'aiuto.

Data la complessità dei casi, si impone un livello di integrazione sempre più alto tra la dimensione sociale e quella sanitaria, rendendosi necessaria la partecipazione al tavolo anche di professionisti afferenti in particolare ai Servizi per le dipendenze e ai Centri di salute mentale.

2.2 TAVOLO MARGINALITÀ AREA PRATESE

Il Tavolo marginalità (TM) istituito dal 2018 dal Comune di Prato, rappresenta uno degli strumenti di sistema della *governance* pratese in ambito marginalità e inclusione sociale. Fondato sul principio di sussidiarietà, promuove la partecipazione e la condivisione tra istituzioni e enti del Terzo settore che si occupano di inclusione sociale, povertà e marginalità, a partire dal forte raccordo tra la Società della salute Pratese (SDS), Azienda USL Toscana Centro e i Comuni dell'area pratese. Il TM è strumento per coordinare gli interventi territoriali per le persone in situazione di grave marginalità, povertà, senza dimora o in gravissime situazioni di disagio socio-economico. Ha perciò funzioni di raccordo, di programmazione, di condivisione tra tutti i soggetti istituzionali e del privato sociale che intervengono sul fronte marginalità e inclusione sociale al fine di assicurare lo scambio di informazioni ed esperienze, migliorare la conoscenza del territorio ed affrontare le emergenze (anche climatiche) con progettualità specifiche. Il TM promuove e sostiene, infatti, idee e programmi integrati volti a incidere sul cambiamento e miglioramento nelle situazioni di maggior fragilità, vulnerabilità e grave marginalità sociale dei senza dimora, che vivono in strada o in sistemazioni insicure. Per le ragioni su esposte, il TM rappresenta una forma di "economia collaborativa" che connette tra loro operatori che mettono in circolo beni e servizi in modo diretto e cooperativo.

Il TM è nato per volontà del Comune di Prato, inizialmente in modo spontaneo, grazie ad alcuni operatori del Servizio sociale e immigrazione che hanno ritenuto fondamentale rafforzare e rendere appuntamento periodico le occasioni di incontro con operatori del terzo settore che si interessavano di inclusione e marginalità. L'attività del TM ha incontrato il pieno sostegno dei dirigenti e amministratori locali come buona pratica che avrebbe potuto accrescere le collaborazioni e la rete di supporto verso interventi sempre più strutturati e competenti. I partecipanti, infatti, sono cresciuti in breve tempo, passando dai primi due dell'ambito del privato sociale agli attuali oltre 10 che a vario titolo hanno una rappresentanza nel territorio pratese, tra cui Cooperative sociali per l'azione di mediazione di strada per senza dimora, per il contrasto alla prostituzione e per la riduzione del danno da uso di stupefacenti, ma anche Associazioni di volontariato per la somministrazioni di pasti gratuiti, riparo notturno e distribuzione beni di prima necessità e Associazioni caritatevoli. In base al tema di interesse, al TM si aggiungono altri stakeholder, pubblici o privati, per arricchire le conoscenze, acquisendo esperienze e competenze per rafforzare le azioni di promozione del benessere dei senza dimora. Ultimamente si sono aggiunti i rappresentanti dei Comuni della provincia pratese, in quanto molte *policies* in questo ambito sono svolte da parte della Società della salute Pratese, in maniera integrata e con una dimensione di zona.

L'incontro fra i diversi attori territoriali ha favorito la continuità della presa in carico dei più fragili, sia gestendo interventi ordinari per i bisogni di prima necessità come quelli di cura, prevenzione e protezione, ma anche gli interventi in condizioni emergenziali, come quelle per il freddo ed il caldo o per il COVID-19.

Il TM, che ha operato in modo informale fino al 2022, è stato formalizzato a gennaio 2023 dall'Amministrazione comunale di Prato, riconoscendone il ruolo strategico all'interno del sistema di inclusione sociale per l'abitare. Infatti oggi il TM è disciplinato dall'articolo 2 del "Regolamento comunale del sistema di inclusione sociale per l'abitare", intitolato "La *governance* del sistema di inclusione e accoglienza", che ne disciplina il funzionamento, la composizione e la relazione con gli altri attori di sistema. In base a questo articolo, il TM è coordinato dal Comune di Prato nella figura dell'assessore ai Servizi sociali e del dirigente. Vi partecipano professionalità amministrative e del servizio sociale della SDS pratese, professionisti dell'Azienda USL Toscana Centro, oltre ad altri soggetti che, a vario titolo, si occupano sul territorio pratese di accoglienza e interventi per la marginalità, anche estrema, tra cui le associazioni del Terzo settore, cardine e attuatore di molti interventi. In sinergia con la SDS è stata attivata recentemente anche la partecipazione degli altri comuni dell'area e delle associazioni del Terzo settore in essi operanti.

Di seguito l'elenco dei soggetti partecipanti a TM pratese:

Associazioni di promozione sociale - volontariato

- "Giorgio la Pira", per la gestione di mensa e dormitorio in coprogettazione con Sds;
- "San Vincenzo De Paoli", "Cives", "Prato viva", "Terra di mezzo", "Vincenziane della pietà" per servizi di prossimità e interventi per le prime necessità, in coprogettazione con Comune di Prato;
- "Terra di mezzo" per l'accoglienza e cittadinanza attiva soprattutto orientata al dialogo interculturale;
- "Croce d'oro", "CISOM", "Ronda Caritas" per il monitoraggio dei bisogni sociali nelle ore notturne ;
- "Medici per i Diritti umani - MEDU" per il monitoraggio della marginalità e del disagio sociale e primi interventi di protezione sanitaria di strada;
- "Parrocchia delle Carceri" e "Croce Rossa italiana" per la distribuzione di viveri.

Cooperative sociali

- "Pane e rose" per il servizio diurno e il centro servizi per i senza dimora e la marginalità sociale e l'accoglienza residenziale di soggetti con grave marginalità sociale;
- "COOP 22", Fondazione Caritas di Prato per il servizio di mediazione di strada, interventi diurni di accompagnamento e di monitoraggio di bisogni sociali nelle ore notturne;

- “Fondazione Opera S. Rita” per l’accoglienza di migranti;
- “COOP il Girasole” per servizi di accoglienza residenziale;
- “COOP CAT” per il servizio di mediazione di strada e riduzione del danno in tossicodipendenti di strada, in coprogettazione con SDS pratese;
- “Cooperativa Esther” per mediazione di strada e accoglienza delle vittime di tratta

Servizi territoriali

- Servizio salute mentale adulti e Servizio dipendenze della zona pratese dell’Azienda USL Toscana Centro;
- SDS Pratese;
- UOC Immigrazione del Comune di Prato
- Servizi sociali dei Comuni di Prato, Cantagallo, Vernio, Vaiano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Carmignano.

2.3 COORDINAMENTO TOSCANO MARGINALITÀ

Il Coordinamento toscano marginalità (CTM) è un'associazione di volontariato di secondo livello composta da 21 organizzazioni che operano con le persone senza dimora. È l'espressione formale del Tavolo di inclusione sociale del Comune di Firenze. La sua missione è quella di combattere la povertà e ogni forma di esclusione sociale con particolare attenzione al fenomeno delle persone senza dimora. Dal 2013, il CTM gestisce il Centro diurno La fenice dove le persone senza dimora sono ospitate e possono realizzare un progetto individuale per uscire dalla condizione di esclusione. L'accesso al Centro è diretto, le persone possono usufruire dei suoi servizi direttamente dalla strada, senza alcun filtro, né la necessità di essere inviati da un servizio istituzionale. Il Centro ospita dalle 80 alle 100 persone al giorno e nel 2023 ha contattato 1.160 persone e registrato più di 20.000 accessi. Al Centro diurno le persone possono usufruire di servizi in risposta ai bisogni primari (colazione, doccia, armadietti, barbiere, ricarica telefoni, orientamento ai servizi del territorio ecc.) e possono realizzare progetti individuali per uscire dalla condizione di grave deprivazione socio-economica. Presso il Centro diurno La fenice vengono anche erogati i servizi di accompagnamento alla richiesta di residenza virtuale¹ in via del Leone 35 e gestione della posta dei residenti. Ad oggi il CTM gestisce il Centro diurno in RTS (Rete temporanea di scopo) con Fondazione solidarietà Caritas, Cooperativa Il girasole, Associazione progetto Arcobaleno, CAT Cooperativa sociale. Attraverso una cabina di regia che oltre alle quattro organizzazioni citate comprende anche l'Ambulatorio Niccolò Stenone e l'Albergo popolare, gestito dalla COOP. Di Vittorio, il CTM promuove azioni di contrasto alla grave deprivazione socio-economica ed interventi in emergenza rispetto all'evoluzione del fenomeno.

Nel corso degli anni il CTM ha sviluppato una stretta sinergia con le Unità di strada sociali e sanitarie che intervengono sul territorio del Comune di Firenze in supporto delle persone senza dimora, promuovendo progetti per l'acquisto di beni di prima necessità. A partire dalla pandemia COVID-19 ha inoltre sviluppato una sempre maggiore collaborazione con la Società della salute di Firenze dell'Azienda USL Toscana Centro, promuovendo azioni di contrasto alle malattie connesse alla vita di strada e realizzando sessioni di vaccinazione e screening sanitario per quelle persone che presentano difficoltà ad accedere ai servizi istituzionali. Tra agosto 2021 e febbraio 2022 sono state effettuate 215 vaccinazioni per COVID-19 a persone senza

¹ Ai sensi della legge n. 1228/1954, che contiene l'ordinamento delle anagrafi della popolazione residente, l'iscrizione all'anagrafe del Comune è un vero e proprio diritto soggettivo, che spetta a tutti i cittadini che ne hanno la facoltà. Ogni Comune da parte sua è obbligato a tenere l'anagrafe della popolazione residente e a registrare anche le posizioni delle persone senza dimora "che hanno stabilito nel Comune il proprio domicilio." Il Comune, dal punto di vista pratico e in base a quanto sancito dalla circolare ISTAT n. 29/1992, quando riceve e la domanda d'iscrizione anagrafica da parte di un soggetto senza fissa dimora, provvede ad attribuirgli la residenza in una via fittizia, che non esiste, ma che ha comunque valore giuridico.

dimora che non avevano accesso ai servizi istituzionali e tra giugno 2020 e agosto 2023 sono stati effettuati 3600 tamponi. Il CTM gestisce anche progetti volti ad aiutare le organizzazioni associate a sviluppare la propria attività. Tra questi ricordiamo:

- SEISS: è un progetto che finanzia le piccole esigenze economiche di persone senza regolare stato di permanenza o senza permesso di soggiorno. Copre piccole spese, come quelle burocratiche, di trasporto o le sanitarie per chi non beneficia di altre forme di assistenza.
- Banco Farmaceutico: è un progetto che fornisce farmaci e prodotti farmaceutici alle organizzazioni aderenti, con l'obiettivo di aiutare le persone senza dimora e senza copertura sanitaria.
- FEAD: è un progetto realizzato in collaborazione con il Comune di Firenze che fornisce beni non alimentari di prima necessità alle organizzazioni e alle persone in condizioni di grave deprivazione socio-economica.

Il CTM è stato anche tra i fondatori di SMES (Salute mentale ed esclusione sociale) Italia, una rete nazionale collegata a SMES Europa, che opera nel campo delle persone senza dimora e di quelle con malattie mentali. Grazie a SMES Italia il CTM è in grado di realizzare la propria missione in tutta Italia, con un'attenzione specifica alle problematiche legate alla salute mentale delle persone senza dimora. Nel 2019, in collaborazione con gli altri membri di SMES Italia e ispirato dalle attività di SMES Europa, il CTM mette a disposizione un gruppo psicoterapeutico per persone senza dimora.

2.4 SERVIZI PER LA MARGINALITÀ DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO: STRANIERO TEMPORANEAMENTE PRESENTE - STP

Ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono assicurate le cure ambulatoriali ed urgenti (che non possono essere differite senza pericolo di vita o danno per la salute della persona) o comunque essenziali (relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve periodo, ma che nel tempo potrebbero determinare maggior danno alla salute o rischi per la vita), ancorché continuative per malattia ed infortunio e sono estesi loro i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, in strutture pubbliche o private accreditate del Servizio sanitario nazionale. Il principio della continuità delle cure urgenti o essenziali tende ad assicurare alla persona l'intero ciclo terapeutico e riabilitativo completo, al fine di garantire la soluzione dell'evento morboso.

In particolare a questi cittadini sono garantite:

- la tutela della gravidanza e della maternità a parità di trattamento con le cittadine italiane;
- la tutela della salute del minore;
- le vaccinazioni come da normativa vigente e nelle campagne di prevenzione collettiva;
- gli interventi di profilassi internazionale;
- la profilassi e la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai;
- le prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Le prestazioni erogate a tali cittadini sono senza oneri a carico del richiedente qualora sia privo di risorse economiche sufficienti. In tal caso è possibile applicare, a seguito di una dichiarazione di indigenza, il codice esenzione X01 e rilasciare il relativo attestato. Le prestazioni sono a carico dell'Azienda sanitaria che le ha erogate, prescritte su ricettario regionale.

La prescrizione e la registrazione delle prestazioni sono effettuate con codice regionale su tesserino denominato STP (Straniero Temporaneamente Presente), anche ai fini della tracciabilità delle prescrizioni, valido su tutto il territorio nazionale. Il tesserino STP può essere rilasciato in occasione della prima erogazione delle prestazioni, per apertura di un percorso assistenziale, oppure rilasciato preventivamente su richiesta dell'interessato, con le seguenti condizioni:

- domanda dell'assistito su prestampato aziendale;
- dichiarazione di non essere nelle condizioni di iscrizione al SSR;
- presenza sul territorio italiano da oltre 90 giorni dall'ingresso;
- indigenza.

Qualora non fosse possibile esibire un documento di identità, è sufficiente la registrazione delle generalità fornite dall'assistito.

I riferimenti degli Uffici STP nell'Azienda USL Toscana Centro (al giugno 2024)

Zona Empolese Val d'Arno Inferiore:

- Empoli - distretto socio-sanitario, via Rozzalupi 57 - orario: da lunedì a venerdì ore 8.30-17.00 (accesso su prenotazione)
come si accede: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2 o presso le farmacie del territorio
- Capraia e Limite - casa della salute, via A. Negro 9 località Limite sull'Arno - orario: da lunedì, martedì, mercoledì e venerdì ore 9.00-12.30 e 16.00-19.00, giovedì 09.45-13.00 e 16.00-19.00 (accesso su prenotazione)
come si accede: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2 o presso le farmacie del territorio
- Castelfiorentino - casa della salute, via C. Pavese 4 - orario: lunedì e mercoledì ore 8.30-12.30 e 13.30-18.30; martedì, giovedì e venerdì ore 8.00-13.00
- Certaldo - casa di comunità, piazza Macelli 10 - orario: da lunedì, martedì, mercoledì, giovedì e venerdì ore 9.45-13.00, mercoledì pomeriggio ore 14.00-17.00
- Gambassi Terme - casa della salute, via Volterrana 31 orario: mercoledì ore 9.45-13.00 (accesso su prenotazione)
come si accede: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2 o presso le farmacie del territorio
- Montaione - casa della salute, viale Vincenzo da Filicaia 18
orario: lunedì ore 9.30-13.00, martedì 15.30-19.30, mercoledì ore 9.00-13.30, giovedì e venerdì ore 9.00-13.00 (accesso su prenotazione)
come si accede: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2 o presso le farmacie del territorio
- Montelupo Fiorentino - distretto socio-sanitario, viale Cento Fiori 30
orario: lunedì, martedì, mercoledì e venerdì ore 10.30-13.00
- Montespertoli - casa della salute, viale Matteotti 20
orario: lunedì, mercoledì, giovedì e venerdì ore 8.00-12.00 e 15.00-18.00; martedì ore 9.00-12.00 e 15.00-18.00
- Montopoli in Val d'Arno - distretto socio-sanitario, via Mattei 4
orario: martedì ore 09.45-13.00 e 14.00-18.00, giovedì ore 09.45-13.00 (accesso su prenotazione)
come si accede: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2 o presso le farmacie del territorio
- San Miniato - ospedale degli Infermi, piazza XX Settembre 6
orario: lunedì e martedì ore 9.30-16.45, da mercoledì a sabato ore 9.30-12.00
- San Miniato Basso - casa della salute, via Torta 10/D
orario: martedì ore 8.00-13.00, mercoledì ore 8.00-13.00 e 14.00-16.30, giovedì ore 8.00-13.00 e 14.00-19.00 (accesso su prenotazione)

come si accede: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2 o presso le farmacie del territorio

- Santa Croce sull'Arno - distretto socio-sanitario, via Mainardi 2
orario: lunedì e venerdì ore 9.45-12.30 e 14.00-16.30; martedì e giovedì ore 9.45-12.30 e 14.00-17.30; mercoledì 9.45-12.30

Zona Fiorentina:

- Firenze - presidio Santa Rosa, lungarno Santa Rosa 13/15
orario: da lunedì a venerdì ore 8.00-12.30 (accesso diretto)
- Firenze - presidio D'Annunzio, via D'Annunzio 29 - orario: da lunedì a venerdì ore 8.00-12.30 (accesso diretto)
- Firenze - casa della salute Morgagni, viale Morgagni 33 - orario: da lunedì a venerdì ore 8.00-12.30 (accesso diretto)

Orari ambulatori STP Zona Firenze:

- lunedì: ore 15.00-19.00 (presidio Canova);
- martedì: ore 10.00-12.00 (presidio Santa Rosa) e ore 14.00-18.00 (casa della salute Le Piagge);
- mercoledì: ore 14.00-16.00 (presidio Santa Rosa) e ore 14.00-18.00 (presidio D'Annunzio);
- giovedì: ore 14.30-19.30 (casa della salute Morgagni);
- venerdì: ore 11.30-13.30 presso il presidio Santa Rosa

Zona Fiorentina Nord-ovest:

- Sesto Fiorentino - presidio Gramsci, viale Gramsci 561
orario: da lunedì a venerdì ore 8,00-12,30 accesso diretto
- Scandicci – presidio Acciaiuolo via Antonio Vivaldi - orario: da lunedì a venerdì ore 8,00-12,30 accesso diretto

Zona Fiorentina Sud-est:

- Figline e Incisa Valdarno - ospedale Serristori, piazza XXV Aprile 10 (sportello unico accoglienza) - orario: da lunedì a venerdì ore 7.30-19.0
- Pelago – presidio poliambulatorio, via Bettini, 11 Loc. San Francesco
orario: da lunedì a venerdì ore 8.30-13.0
- Incisa Valdarno - ospedale Serristori, piazza XXV Aprile 10 (sportello unico accoglienza) - orario: da lunedì a venerdì ore 7.30-19.00
- San Casciano Val di Pesa - presidio, via del Cassero 19/a - orario: lunedì ore 13.30-18.30, mercoledì e venerdì ore 8.30-13.30

Zona Mugello:

- Borgo San Lorenzo - nuovo centro polivalente, viale della Resistenza angolo via Gobetti 17/19 - orario: venerdì ore 14.00-15.00 (su appuntamento) modalità di accesso: chiamare per prenotazione appuntamento il numero telefonico 055 8451500 (da lunedì a venerdì ore 11.00-13.00)

Zona Pistoiese:

- Pistoia - casa della salute, viale Adua 40
come si accede: 1) prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2; 2) con prenotazione di persona in sede: da lunedì a sabato ore 11.00-12.00
- Pistoia - presidio distrettuale di Belvedere, piazza Belvedere 9
orario: lunedì, mercoledì, venerdì e sabato ore 11.00-12.00; martedì e giovedì ore 7.00-12.00
- Pistoia - sede distrettuale di Bottegone, via Fiorentina 571
come si accede: 1) prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2; 2) con prenotazione di persona in sede: martedì, mercoledì, giovedì e sabato ore 11.00-12.00
- Pistoia - presidio distrettuale Fornaci, via Capitini 7
orario: lunedì e venerdì ore 7.00-12.00; martedì, mercoledì, giovedì e sabato ore 11.00-12.00
- Agliana - casa della salute, via Curiel 1
come si accede: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Montale - distretto, via IV Novembre 7
orario: da lunedì a sabato ore 8.00-13.00
- Quarrata - casa della salute, via Montalbano 364
come si accede: 1) prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2; 2) con prenotazione di persona in sede: martedì e giovedì ore 14.30-17.30
- Serravalle Pistoiese - casa della salute di Casalguidi, piazza Salvo D'Acquisto
come si accede: 1) prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2; 2) con prenotazione di persona in sede: lunedì, mercoledì e venerdì ore 11.00-12.00; martedì e giovedì ore 10.00-12.00; sabato ore 7.00-12.00

Zona Valdinievole:

- Lamporecchio - casa della salute, piazza IV Novembre 28
orario: lunedì, mercoledì e venerdì ore 8.00-12.30, tel. 0572 463426 (per informazioni)
- Larciano - casa della salute, via Gramsci 33
orario: martedì e giovedì ore 8.00-12.30 - tel. 0573 228891 (per prenotazioni)
- Monsummano Terme - centro socio-sanitario, via Calatafimi 54
orario: da lunedì a sabato ore 7.30-13.00
modalità di accesso: chiamare il numero aziendale 0572 460000 info anagrafe sanitaria Val di Nievole (da lunedì a venerdì dalle ore 14.30-17.30), prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Montecatini Terme - centro socio-sanitario, via San Marco 38/42
orario: da lunedì a sabato ore 7.30-13.00
modalità di accesso: chiamare il numero aziendale 0572 460000 info anagrafe sanitaria Val di Nievole (da lunedì a venerdì dalle ore 14.30-17.30), prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Pescia - casa della salute, via Cesare Battisti 9
orario: da lunedì a sabato ore 7.30-13.30
modalità di accesso: chiamare il numero aziendale 0572 460000 info anagrafe sanitaria Val di Nievole (da lunedì a venerdì dalle ore 14.30-17.30), prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Pieve a Nievole - casa della salute, via Donatori del Sangue 16
orario: da lunedì a venerdì ore 7.30-13.00
modalità di accesso: chiamare il numero aziendale 0572 460000 info anagrafe sanitaria Val di Nievole (da lunedì a venerdì dalle ore 14.30-17.30), prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2.

Zona Pratese:

- Prato (centro) - centro socio-sanitario "Roberto Giovannini", via Cavour 118 -
orario: da lunedì a venerdì ore 7.30-19.00, sabato ore 7.30-13.00
modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;

- Ambulatorio Caritas (palazzina A)- orario: martedì e giovedì ore 16.30-18.30
modalità di accesso: diretto, senza appuntamento
- Prato (Nord) - sede distrettuale, via Giubilei 16 - orario: da lunedì a venerdì ore 7.30-13.00 - modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Prato (Sud) - sede distrettuale, via Roma 427- orario: da lunedì a venerdì ore 7.30-13.00 - modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Carmignano - sede distrettuale, via Redi 72 - orario: martedì, giovedì e venerdì ore 7.30-13.00 - modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Montemurlo – sede distrettuale, via Milano 13/aMontemurlo - sede distrettuale, via Milano 13/a - orario: da lunedì a sabato ore 7.30-13.00
modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Poggio a Caiano - sede distrettuale, via Giotto 1 - orario: lunedì, mercoledì e sabato ore 7.30-13.00 - modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Vaiano - sede distrettuale, via Val di Bisenzio 205/d - orario: martedì, giovedì e venerdì ore 7.30-13.00 - modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2;
- Vernio - casa della salute, via Livio Becheroni 2/4 angolo via Caduti della Direttissima - orario: lunedì, giovedì e venerdì ore 11.00-13.00 - modalità di accesso: prenotazione appuntamento tramite numero unico aziendale cup 055 54 54 54 tasto 2.

2.5 CENTRO DI SALUTE GLOBALE DELLA REGIONE TOSCANA

Il Centro regionale di Salute Globale (CSG), che operativamente afferisce all'Azienda ospedaliero-universitaria Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Meyer di Firenze, si configura come la struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti, secondo quanto stabilito dall'art. 7 bis della legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84, relativa al "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale - modifiche alla l.r. 40/2005" dal titolo "salute globale e la lotta alle disuguaglianze".

Fin dalla sua nascita nel 2012 (delibera di Giunta regionale della Toscana 15 ottobre 2012, n. 909), il lavoro del CSG ha avuto tra i suoi obiettivi strategici quello di contribuire a facilitare l'accesso al servizio socio-sanitario alle persone migranti e assicurare un

miglioramento dei percorsi di prevenzione e cura attraverso interventi mirati e coordinati a livello regionale per garantire equità e appropriatezza nell'offerta sanitaria.

Dal 2016 il CSG coordina la Rete di referenti aziendali per la salute dei migranti, nominati dai Direttori generali delle Aziende sanitarie (territoriali e ospedaliere) di appartenenza. La creazione di questa Rete rispondeva all'esigenza di trattare le tematiche connesse alla tutela della salute dei migranti, in un'ottica multilivello e interistituzionale, al fine di promuovere una strategia univoca, condivisa, e omogeneizzare le pratiche. Già dal 2018, con la delibera di Giunta regionale n. 1000, si è avviato un processo di rafforzamento del ruolo della Rete dei referenti delle Aziende USL per la salute dei migranti come interfaccia tra il livello regionale e quello della Zona-distretto/Società della salute. Questo percorso di rafforzamento del meccanismo di *governance* ha portato il CSG a delineare e proporre un'articolazione in grado di rispondere al meglio alle esigenze sopra menzionate e che, si auspica, vedrà la sua formalizzazione nell'approvazione di una delibera regionale di riorganizzazione del sistema di *governance* regionale. La Rete dei referenti dialoga regolarmente con il CSG, fungendo da antenna sui territori. Il CSG, attraverso la sua *expertise* e il suo ruolo istituzionale, e i referenti, grazie alla loro presenza e posizione all'interno delle Aziende, rappresentano una risorsa reciproca che, collaborando insieme, può fornire risposte, nonché supporto, alle necessità concrete che spesso gli operatori socio-sanitari e amministrativi si trovano ad affrontare nel loro agire quotidiano con la popolazione migrante. Inoltre, l'interazione tra la rete dei referenti e il CSG può migliorare la relazione con chi, a vario titolo, è coinvolto nelle tematiche relative alla salute dei migranti (privato sociale e altri enti istituzionali), nonché far emergere e dare valore alle buone pratiche e professionalità presenti nelle Aziende e, in ultimo, trovare soluzioni condivise e dialogare con il livello regionale. Il buon funzionamento di questo meccanismo dovrebbe indirizzare la Regione Toscana nell'elaborazione di politiche e interventi in favore della popolazione migrante, nonché al riconoscimento e valorizzazione delle competenze degli operatori coinvolti.

Oltre al rafforzamento della *governance* multilivello e multisettoriale, la tutela della salute delle persone migranti non può prescindere dal dialogo costante con il Terzo settore, necessario per comprendere in modo sistematico e approfondito le problematiche nell'accesso e nell'utilizzo del Sistema sanitario affrontate nel concreto e nel quotidiano dalle comunità migranti e dalle associazioni che lavorano in tale ambito. Tale raccordo è inoltre necessario per avere una panoramica delle iniziative che vengono realizzate sul territorio, evitando azioni ripetute e predisponendo interventi complementari.

Dalla sua creazione ad oggi, il lavoro del CSG insieme alla Rete delle Aziende sanitarie, ha spaziato moltissimo, in termini di progettualità, attività di supporto alla Regione e interlocuzioni a vari livelli, dalle Università, al Tribunale di Firenze, alle Commissioni territoriali, ad altre realtà regionali fino al Ministero della salute.

Principali azioni e risultati raggiunti negli ultimi anni

Dal dialogo costante con i servizi e i territori, nel 2018 ha preso avvio un importante lavoro di revisione a partire dalla riflessione sull'applicazione della normativa regionale e nazionale riguardo all'accesso delle persone migranti ai servizi sanitari. Tale percorso ha visto il coinvolgimento degli attori principali che operano nell'ambito della migrazione a livello regionale, impostando una metodologia di lavoro condivisa e concordata. In questo quadro è stato costituito un gruppo regionale di lavoro formato da referenti amministrativi di ciascuna Azienda sanitaria e ospedaliera, da un rappresentante della Direzione sanità, welfare e coesione sociale della Regione Toscana, da un avvocato associato ASGI (Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione) e da referenti del CSG, con ruolo di coordinamento. Il CSG, nell'ambito del gruppo di lavoro, realizzò una mappatura sul territorio toscano, seguita dall'analisi e rielaborazione dei risultati emersi, che si concluse con un raffronto tra l'Accordo Stato-Regioni del 2012 e le Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana del 2014. La riscontrata difformità di prassi a livello territoriale nell'accesso alle prestazioni sanitarie da parte della popolazione migrante, e la contestuale necessità di offrire agli operatori amministrativi e sanitari uno strumento di lavoro aggiornato alle novità legislative intervenute negli ultimi anni, ha portato alla completa revisione del capitolo relativo alla parte seconda "Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri" delle Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana, che nella sua versione aggiornata e modificata è stato approvato dalla Giunta della Regione Toscana con delibera 3 agosto 2020, n. 1146.

Nel 2020, la Regione Toscana con la delibera n. 1007 ha recepito tre documenti di indirizzo nazionali in materia di tutela dei migranti:

1. Linea guida per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza;
2. controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza;
3. Protocollo multidisciplinare per la determinazione età minori stranieri non accompagnati (MSNA).

In quell'occasione dava anche mandato al CSG di coordinare dei gruppi di lavoro interaziendali per l'elaborazione di procedure operative per la loro messa in atto.

In accordo con la Regione Toscana, il CSG ha deciso di partire dall'esame del documento per la determinazione dell'età degli MSNA e attraverso il confronto con un gruppo di lavoro costituito ad hoc e formato da professionisti delle aziende sanitarie coinvolte (Azienda USL Toscana Centro, AOU Meyer, Azienda USL

Toscana Sud-est e Azienda USL Toscana Nord-ovest), si è arrivati all'elaborazione delle "Indicazioni regionali per l'elaborazione di procedure aziendali per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati", approvate con decreto dirigenziale 7 giugno 2022, n. 11229. Una volta deliberato questo documento, le Aziende coinvolte lo hanno recepito integralmente, individuando nel Dipartimento del Servizio sociale il punto di raccordo con la Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minorenni e gli altri membri delle équipe aziendali. Di fatto, il *case manager* in tutte le aziende coinvolte è stato individuato nella figura dell'assistente sociale.

Successivamente, si è iniziato il lavoro relativo all'attuazione delle "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale", pubblicate in Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana 3 aprile 2017, n. 95, in attuazione dell'articolo 27 comma 1 bis del d.lgs. 18/2014 e recepite dalla Regione Toscana con delibera n. 1007.

Nel 2023 è stato costituito il gruppo di lavoro formato da professionalità delle strutture sanitarie per definire le procedure operative uniformi sul territorio regionale per l'implementazione e la concreta applicazione delle disposizioni nazionali sopra citate, tenuto conto della specificità e dell'organizzazione dei servizi della Regione Toscana, coordinato dal CSG su mandato della Regione Toscana.

Il modello prevede un meccanismo di identificazione, segnalazione, presa in carico e cura, nonché di certificazione degli esiti, delle persone che presentano vulnerabilità collegate alle violenze subite. Infine, presuppone l'istituzione di una struttura che possa configurarsi come punto di riferimento a livello regionale, individuando risorse già presenti e competenti nei servizi sanitari del territorio.

Il modello operativo, attualmente al vaglio dei settori regionali competenti, dovrà essere successivamente sottoposto ad un "Tavolo tecnico" con funzioni di revisione scientifica e valutazione dei percorsi di effettiva fattibilità previsti dalla proposta.

Infine, durante la pandemia e su richiesta di settori competenti della Regione Toscana e della rete territoriale delle strutture di accoglienza del Terzo settore, nel maggio del 2020 il CSG ha elaborato le Linee di indirizzo per i centri di accoglienza (CAS e Siproimi) in periodo di emergenza sanitaria da COVID-19, approvate e diffuse successivamente dalla Regione Toscana.

Questo documento mirava a fornire alle AUSL Toscane, alle Prefetture, agli Enti locali e agli enti gestori delle strutture di accoglienza delle raccomandazioni su come organizzare al meglio le azioni di prevenzione e contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e la gestione di ospiti sintomatici sospetti o confermati COVID-19 positivi. Il documento conteneva le indicazioni di svolgimento dello screening sierologico agli

operatori e agli ospiti dei centri di accoglienza e di gestione di test positivi. Presentava, inoltre, le istruzioni per la gestione dei casi sospetti o confermati asintomatici, paucisintomatici o sintomatici, sottolineando la necessità di una stretta collaborazione tra gli enti preposti all'accoglienza e i servizi territoriali di Igiene pubblica e i Medici di medicina generale. Considerate le difficoltà linguistiche e le differenze culturali, per facilitare la comunicazione il presente documento rimandava al sito web Regione Toscana contenente materiale informativo, disponibile anche nelle lingue di origine più diffuse dei migranti. A ribadire l'importanza di questo aspetto, le AUSL erano invitate a mettere a disposizione dei centri di accoglienza, ove richiesto e necessario, i propri mediatori linguistico-culturali (MLC) formati in sanità e aggiornati.

Progettualità passate e future

Il costante flusso migratorio degli ultimi anni ha attivato numerosi progetti, soprattutto a livello delle singole realtà regionali, che sono stati focalizzati dalla fase emergenziale sanitaria e socio-sanitaria immediatamente successiva allo sbarco, alla presa in carico socio-sanitaria al momento dell'arrivo sul territorio, con un particolare focus sulla salute mentale, materno-infantile e sulle attività di prevenzione e alfabetizzazione sanitaria. In questo contesto, il CSG ha coordinato e/o partecipato a diverse progettualità finanziate dal Fondo FAMI – Fondo asilo migrazione e integrazione – del Ministero dell'interno e della Commissione Europea. In seguito una breve sintesi di alcune delle esperienze più rilevanti che hanno coinvolto il nostro Centro e le AUSL toscane.

PROGETTO SPRINT – SPRINT 2

Il progetto Sprint – Sistema di protezione interdisciplinare per la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati, finanziato dai fondi FAMI del Ministero dell'interno, si è svolto da agosto 2016 a dicembre 2018 ed è stato guidato dalla Regione Toscana, con il coinvolgimento delle tre AUSL della Regione. Il suo obiettivo era di promuovere una strategia mirata e coordinata al fine di sostenere la salute mentale dei richiedenti asilo e dei titolari di protezione internazionale, coinvolgendo una vasta gamma di professionisti qualificati (psicologi, antropologi culturali, educatori professionali e mediatori linguistico-culturali) e offrendo servizi di ascolto, valutazione, intervento e consulenza per migliorarne il benessere psicologico. Il progetto è proseguito con l'approvazione di una "seconda edizione", Sprint 2, che ha preso il via nel 2019 per concludersi nel 2023. Sprint 2 si è posto in continuità con le azioni precedenti e ha introdotto una nuova componente, volta ad aumentare il livello di alfabetizzazione sanitaria dei richiedenti protezione internazionale e dei rifugiati presenti nel sistema di accoglienza toscano. Il servizio di alfabetizzazione sanitaria comprendeva una serie di attività volte ad aumentare la consapevolezza dei servizi sanitari disponibili sul territorio e degli stili di vita sani.

PROGETTO ICARE – ICARE 2

ICARE – *Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency* – è stato un progetto finanziato dal Fondo AMIF – Fondo Asilo Migrazione e Integrazione – dell’Unione europea e aspirava a migliorare l’accesso ai servizi sanitari locali per i richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI). Si è concentrato sulla seconda fase dell’accoglienza, promuovendo un’assistenza omogenea e sistematica, con particolare attenzione alle donne, attraverso un intervento multidisciplinare integrato condotto da un’équipe multiprofessionale con competenze psico-socio-sanitarie. ICARE ha coinvolto le Regioni Toscana, Lazio e Sicilia come partner e la Regione Emilia-Romagna come capofila, con una durata complessiva di 3 anni, dal 2019 al 2022.

L’anno successivo è stata finanziata una seconda fase del progetto, ICARE 2, che si è conclusa nel febbraio 2024. ICARE 2 si è differenziato dal primo rispetto al target, in quanto si è rivolto a tutti i cittadini stranieri provenienti da paesi extra UE regolarmente presenti in Italia, coinvolgendo in questa occasione anche i servizi dei Dipartimenti di salute mentale.

Infine, in linea con le esperienze precedenti, nell’ottica di fornire risposte adeguate, efficaci e tempestive ai bisogni di salute di RTPI e MSNA in condizioni di vulnerabilità, con particolare attenzione al disagio psico-patologico e alla salute materno-infantile, sessuale e riproduttiva, e a sostegno dei servizi socio-sanitari, la Regione Toscana, attraverso il CSG, ha elaborato la proposta progettuale “Prosit-Promuovere servizi interdisciplinari territoriali per la salute dei richiedenti asilo e rifugiati”. Il progetto, presentato nell’ambito dell’Avviso a valere sul Fondo asilo, migrazione e integrazione 2021-2027 – Obiettivo specifico 1 Asilo – Misura di attuazione 1.b) – Ambito di applicazione 1.d) – Intervento e) – “Piani regionali per la tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità”, è stato ammesso al finanziamento. Nel corso della sua implementazione si mira al rafforzamento delle risorse e competenze specifiche interne ai servizi socio-sanitari territoriali, dell’approccio multidisciplinare alla presa in carico, infine, delle sinergie multilivello – interistituzionali e intersettoriali – tra gli attori del territorio interessati. Il progetto tende, inoltre, al rafforzamento del dialogo tra i servizi socio-sanitari e il sistema di accoglienza, al fine di migliorare la capacità di identificazione dei bisogni, la valutazione, la presa in carico e la riabilitazione, per favorire non solo adeguate condizioni di salute ai soggetti vulnerabili, ma anche le loro possibilità di inclusione nel territorio. In particolare, il Prosit prevede l’istituzione da parte di ciascuna AUSL di almeno un’équipe territoriale multidisciplinare (ETM) composta da: etno-psicologo, ostetrica, assistente sociale e/o educatore professionale, MLC e antropologo, con l’obiettivo di supportare i servizi di salute mentale e la rete consultoriale nella presa in carico, cura e riabilitazione di RTPI e MSNA e di creare

sinergie con il sistema di accoglienza (Enti locali, Prefetture, Commissioni territoriali, Tribunali e organizzazioni del Terzo settore) perseguendo gli obiettivi specifici sopra indicati.

Trasversalmente ad ognuna delle azioni fin qui descritte, il CSG ha posto sempre grande attenzione alla realizzazione di percorsi formativi rivolti al personale socio-sanitario, sanitario e amministrativo delle Aziende sanitarie e agli operatori e MLC del privato sociale delle realtà toscane. La formazione è sempre stata occasione di conoscenza reciproca, di incontro e di sperimentazione del lavoro in équipe secondo un approccio culturalmente orientato, ed anche uno strumento in grado di innescare processi di cambiamento nelle pratiche e nella relazione con l'Altro in un'ottica di inclusione.

Indirizzo sede:

via della Quietè, 10, 50141 - Firenze

telefono: +39 0555662827

e-mail: migrazione.salute@meyer.it

sito web: www.centrosaluteglobale.eu



APPENDICE

APPENDICE

ALLEGATO 1 - PROTOCOLLO PER SCREENING CON TAMPONE ANTIGENICO SARS-CoV-2 E PUNGIDITO HBV E HCV

SCREENING CON TAMPONE ANTIGENICO SARS_CoV_2 E PUNGIDITO HBV E HCV PERCORSI PER SOGGETTI CONTATTATI DA ASSOCIAZIONI DI STRADA

Si inizia lo screening a dicembre 2021 nel Comune di Firenze e a gennaio in altre aree dell'ASL Toscana centro, verificando problemi specifici emergenti e adeguando i protocolli di volta in volta.

In accordo alla convenzione con l'ASL del Progetto SECONDI, il target delle Associazioni di strada e di MASVE per la campagna di screening è rappresentato dalle persone "difficili da monitorare". In particolare, la casistica più frequente è quella di persone con grave marginalità sociale e abitativa o ad alto rischio per malattie contagiose: stranieri irregolari, stranieri regolari ma con grave marginalità abitativa e sociale, senza dimora/senza tetto, tossicodipendenti e psichiatrici con grave marginalità sociale ed abitativa, ROM in accampamenti, occupanti edifici, sex workers di strada.

I soggetti target possono essere intercettati in vari contesti ambientali come presidi sociali e sanitari, abitazioni individuali o collettive, in strada e in orari variabili. I protocolli si differenziano leggermente per i contesti specifici. Qui presentiamo quelle generali.

Indipendentemente dal luogo, le Associazioni di strada si occupano di:

- contattare la persona;
- acquisire il consenso informato allo screening, con o senza mediazione linguistica;
- compilare questionario nella scheda informatizzata (locale o online);
- effettuare il test antigenico rapido nasale per SARS_CoV_2 ad opera di personale sanitario;
- effettuare sul posto test pungidito per HBV e HCV ad opera di personale sanitario.

I luoghi e gli orari delle uscite delle Associazioni e di MASVE sono coordinati e programmati in base alla disponibilità settimanale dei mezzi di trasporto attrezzati assicurati da ESCULAPIO, CRI e CISOM, per assicurarsi che eventuali positivi possano essere accolti nei locali per l'isolamento in attesa del tampone molecolare di conferma.

Le Associazioni e MASVE sono comunque libere di effettuare i test nei luoghi che sono per loro più adatti a coinvolgere il maggior numero di persone possibile se i positivi possono raggiungere autonomamente i luoghi di isolamento. Le Associazioni e MASVE possono scegliere la sequenza dei test da sottoporre (tampone nasale e pungidito) e, in ogni caso, cercando di effettuarne almeno 1.

Azienda USL Toscana centro



UFC Epidemiologia
In Staff Dipartimento Prevenzione

Presidio San Salvi
Palazzina 16
Via di San Salvi 12
50135 Firenze

055 693 3690
epidemiologia@uslcentro.toscana.it

A- TEST SARS_CoV_2

Il personale sanitario dell'Associazione, nel rispetto dei protocolli di sicurezza Covid, esegue il tampone rapido nasale seguendo le istruzioni del foglietto illustrativo del prodotto commerciale. Se la risposta del test è:

1- NEGATIVO, si comunica la risposta al soggetto e si consegna l'attestazione firmata con il modulo specifico. Ad oggi non abbiamo l'autorizzazione per inserire il dato dentro APP regionale "Toscana in salute" che consentirebbe di produrre il Green Pass di 48 ore. Ad oggi solo CRI può farlo con i suoi casi. In ogni caso, per ora il Green Pass per questa tipologia di utenti funziona parzialmente e la Regione sta lavorando a migliorare la procedura.

2- POSITIVO, si comunica la risposta e si consegna modulo firmato. In base al luogo, al soggetto e alle condizioni di contesto, l'Associazione decide se il soggetto può restare in sicurezza per sé stesso e per gli altri lì dove l'ha trovato.

2a – la persona può restare dove l'hanno trovato o in un locale sicuro. Le Associazioni prenotano il tampone molecolare in uno dei drive-through (non a domicilio) per il soggetto accedendo al link:

<http://rami.misericordietoscana.it/index.php/ richiestatampone>

Si compila un modulo con campi obbligatori. Per chi non ha Codice Fiscale è ammessa la dicitura "non posseduto", però è indispensabile la data e il luogo di nascita. Il campo "Telefono" è indispensabile e senza non si può procedere con appuntamento. Il numero di telefono deve avere solo caratteri numerici. Per Firenze, nel campo domicilio indicare anche il quartiere o la via o la zona per individuare il drive più vicino. Una volta inviato il modulo, verrà inviata una mail automatica all'indirizzo dell'ufficio richiedente riepilogativa dei dati inseriti al fine di ulteriore conferma del corretto caricamento della richiesta. Successivamente un operatore della Sala Operativa di Ra.Mi. provvederà ad assegnare un appuntamento nel drive aperto più vicino per il giorno successivo. Bisogna comunicare al soggetto che l'appuntamento gli arriverà per SMS, quindi di prestare attenzione ai messaggi e di non aspettarsi una chiamata. Le richieste inserite dopo le ore 16:30 verranno lavorate il giorno successivo.

2b- la persona va trasferita Albergo Popolare di Firenze – AP. E' solo per maschi. In questo caso la persona viene portata a piedi o con trasporto di Esculapio. L'Associazione avverte l'accettazione all'AP in stanza "bolla" Covid. Invia mail a presidio ASL di Santa Rosa per effettuare il tampone molecolare il giorno successivo. La mattina del giorno successivo l'utente è accompagnato a piedi a Santa Rosa dove effettua il tampone molecolare, con inserimento dei dati in SISPC da parte di operatore dell'HUB. Poi è riaccompagnato all'AP.

Se il soggetto non è iscritto nell'anagrafe sanitaria aziendale e non ha codice STP, l'Associazione o AP, invia a SOS Accoglienza e Assistenza ai cittadini di Santa Rosa (Resp. Dr. G. Papani) alla mail: ilaria.cirri@uslcentro.toscana.it e anna.albino@uslcentro.toscana.it, con



richiesta di attivazione di codice STP, allegando una copia (foto o scanner) di un documento (passaporto o CI), il nome, cognome e data di nascita. L'Ufficio effettua la registrazione STP nell'anagrafe sanitaria aziendale e restituisce il documento con codice STP con validità 6 mesi. Dopo questa procedura che richiede circa 1 giorno, si può effettuare il tampone molecolare.

Il risultato del test è disponibile dal giorno successivo su SISPC e scaricabile da parte di un operatore sanitario a Santa Rosa. Questo lo comunica all'Associazione, al Coordinamento SECONDI e all'utente se capace di comprendere e all'AP. Seguono le procedure di isolamento adottate fino ad oggi.

Se NEGATIVO è libero di uscire (da verificare la scaricabilità di Green Pass con procedure di Regione Toscana e Ministero).

Se POSITIVO, si prosegue con protocolli dell'isolamento per l'utente. L'Associazione o AP provvede ad avvisare il servizio di Igiene (IPN) territorialmente competente con mail (malattieinfettiveigiene.firenze@uslcentro.toscana.it), in cui nel campo OGGETTO si inserisce "CASO SECONDI" e nel testo il nome del caso ed i suoi recapiti ed il nome e recapiti rapidi dell'Associazione che lo segue. Se di zona diversa da "firenze" la mail è la stessa con il nome della zona (Prato, Pistoia, Empoli...ma qs lo faremo da gennaio 2022 quando si lavorerà anche su queste zone).

IPN attiva l'inchiesta epidemiologica chiamando l'utente e/o l'Associazione per identificare contatti stretti e situazione clinica, avvalendosi di eventuali mediatori linguistici. Le Associazioni rilevano e forniscono a IPN quante più informazioni possibili sui contatti stretti e sull'adeguatezza dei locali per l'isolamento. IPN insieme all'Associazione valuta le condizioni per l'isolamento del soggetto e seguono i protocolli ordinari per la gestione dei contatti stretti ed eventuale quarantene.

2c- la persona va trasferita all'Albergo Sanitario (Hotel B&B) – AS. Si invia una mail indirizzata ad alberghi_sanitari@uslcentro.toscana.it con in campo OGGETTO scritto "CASO SECONDI" e riferimenti del soggetto e dell'Associazione che l'assiste e suoi recapiti. L'AS di Firenze è il B&B Hotel Firenze Novoli in Viale Guidoni 101. L'utente può arrivarci da solo o con trasporto ESCULAPIO. In questo caso l'Associazione indica all'AS anche l'esatto luogo dove l'utente deve essere preso. L'AS attiva ESCULAPIO che comunica i tempi stimati in base al volume di attività. L'Associazione sta con l'utente fino all'arrivo di ESCULAPIO. All'arrivo all'AS è effettuata l'accettazione con i protocolli in vigore.

Entro il giorno successivo l'USCA presente nei locali dell'AS effettua il tampone molecolare.

Se il soggetto non è iscritto nell'anagrafe sanitaria aziendale e non ha codice STP, l'AS invia a SOS Accoglienza e Assistenza ai cittadini di Santa Rosa richiesta di attivazione di codice STP, allegando una copia di un documento, il nome, cognome e data di nascita. L'Ufficio effettua la registrazione STP e restituisce il documento con codice STP con validità 6 mesi. Per l'area di Prato, Empoli e Pistoia gli Uffici di riferimento per STP (Prato e Pistoia: dr. C. Sarti; Empoli: dr.ssa MA Ciardetti) ci sono indirizzi mail specifici, sempre attivati dall'AS di Firenze.

Azienda USL Toscana centro



UFC Epidemiologia
In Staff Dipartimento Prevenzione

Presidio San Salvi
Palazzina 16
Via di San Salvi 12
50135 Firenze

055 693 3690
epidemiologia@uslcentro.toscana.it

Il risultato del tampone molecolare è presente su SISPC e scaricabile dall'USCA e comunicato all'Associazione, all'AS e all'utente se capace di comprendere.

SE NEGATIVO è libero di uscire (da verificare la scaricabilità di Green Pass con procedure di Regione Toscana e Ministero).

Se POSITIVO, si prosegue con protocolli dell'isolamento per l'utente. L'AS comunica la positività all'IPN con mail (malattieinfettiveigiene.firenze@uslcentro.toscana.it) dove ci sono anche i recapiti dell'Associazione che lo segue. IPN attiva l'inchiesta epidemiologica per identificare contatti stretti e situazione clinica dell'utente, avvalendosi della mediazione dell'Associazione e degli eventuali mediatori linguistici. Le Associazioni rilevano e forniscono a IPN quante più informazioni possibili sui contatti stretti e sull'adeguatezza dei locali per l'isolamento.

In caso il cittadino rifiuti l'isolamento, come per tutti i cittadini, è fatta comunicazione alla Polizia Municipale.

Anche in caso il cittadino interrompa l'isolamento e fugge, è fatta comunicazione alla Polizia Municipale.

3. SINTOMATICO.

Per legge non gli si può fare tampone.

L'Associazione scrive una mail a malattieinfettiveigiene.firenze@uslcentro.toscana.it della zona di competenza e viene invitato a fare tampone molecolare, che gli sarà fatto da:

- USCA, a domicilio o dove sta se non può muoversi o ha sintomi da verificare;
- se capace di spostarsi, presso *drive through*, con appuntamento che gli viene dato e confermato su suo cell tramite il portale regionale. Se non ha codice fisce né STP, può fare STP con aiuto dell'Associazione con le modalità descritte sopra.

Se NEGATIVO, segue le cure per normali problemi di infezione o raffreddamento;

Se POSITIVO, è avvertita l'IPN e sono fornite istruzioni sui protocolli di isolamento.

Azienda USL Toscana centro



UFC Epidemiologia
In Staff Dipartimento Prevenzione

Presidio San Salvi
Palazzina 16
Via di San Salvi 12
50135 Firenze

055 693 3690
epidemiologia@uslcentro.toscana.it

B- TEST HBV E HCV

A seguito del test pungidito effettuato da personale sanitario delle Associazioni:

1. Se **NEGATIVO**, l'informazione è registrata sulla scheda informatizzata individuale e viene rilasciato un'attestazione di negatività firmata cartacea.
2. Se **POSITIVO** almeno uno dei due test, il soggetto è invitato ad andare a **MASVE** in giorni ed ore specificamente dedicate e identificate preventivamente ogni mese in accordo con le Associazioni in base alla casistica stimata attesa.

Dopo avere concordato l'appuntamento con il caso positivo ad **HBV e/o HCV**, l'Associazione trasmette a **MASVE** i dati identificativi ed i recapiti (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, numero di telefono, esenzione e fascia di reddito se presente) per inserirli nell'agenda delle prenotazioni.

L'Ambulatori **MASVE** è collocato Piano 3° del Padiglione 13 (ex Cliniche Mediche) dell'AOU Careggi, accedendovi in base alle norme Covid-19 con 15 minuti di anticipo sull'orario della visita, presentando al personale della portineria il foglio della prenotazione. L'accettazione viene effettuata al piano terra dello stesso edificio.

Per alcuni soggetti è necessario attivare l'accompagnamento da parte delle Associazioni, con cui è possibile concordare di concentrare più appuntamenti in una sola giornata.

Previo consenso, ogni soggetto positivo sarà sottoposto ai protocolli diagnostico-terapeutici standard per **HCV** e **HBV**. In particolare:

- **HCV** positivi: analisi diagnostiche di approfondimento per capire se l'infezione **HCV** è in corso o pregressa (in questo caso non è necessaria terapia);
- **HBV** positivi: approfondimenti diagnostici per valutare entità della replicazione virale e conseguente eventuale terapia o semplice monitoraggio con controlli semestrali.

Tutti i percorsi diagnostico-terapeutici sono gratuiti, indipendentemente dall'iscrizione al **SSR**.

Azienda USL Toscana centro



UFC Epidemiologia
In Staff Dipartimento Prevenzione

Presidio San Salvi
Palazzina 16
Via di San Salvi 12
50135 Firenze

055 693 3690
epidemiologia@uscentro.toscana.it

ALLEGATO 1BIS - PROTOCOLLO OPERATIVO SECONDI

Protocollo operativo di SECONDI – 7 dicembre 2021

A) QUALI PERSONE CONTATTARE?

1. Stranieri irregolari
2. Stranieri regolari con marginalità socio-abitativa o non affidanti al medico di famiglia
3. Senza fissa dimora
4. Lavoratori sessuali di strada
5. Dipendenti/psichiatrici con marginalità socio-abitativa
6. Occupanti edifici
7. Rom accampati

B) QUANTE PERSONE CONTATTARE?

MASVE e le 5 associazioni (Anelli Mancanti, CARITAS-Stenone, CAT, Croce Rossa Italiana, MEDU) contattano ciascuna tante persone quanto bastano ad arruolarne 250, per un totale di 1.500 soggetti.

C) DOVE SI CONTATTANO?

Le persone vengono contattate:

- a--per strada
- b- nella sede delle associazioni (ambulatori o altro) o presso mense (Caritas)
- c- altrove (quali case occupate, campo Rom).

D) COME FORMULARE LA PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA?

La proposta di partecipare al programma va modulata secondo la sede:

In (a) ambulatorio viene proposta a fine visita. In (b) e (c) con persone conosciute; o probabilmente con supporto di mediatore, a seguito di consegna di coperte e bevande calde, o altro secondo la stagione.

In linea di massima la proposta andrebbe presentata nel modo seguente:

1. Il programma è fatto per prevenire e curare due importanti malattie infettive, il COVID-19 e le epatiti B e C.
2. Fare il tampone e il test è utile sia per la persona sia per le persone a lui/lei vicine perché non vengano in contatto col virus.
3. Se il tampone rapido antigenico per il *COVID* risulterà positivo, e la persona non ha alloggio adeguato con camera e bagno dedicati
 - sarà portata in un apposito albergo con alloggio e vitto gratuiti, dove verrà eseguito il più preciso tampone molecolare. Se quest'ultimo risultasse positivo, potrà restare nello stesso albergo con alloggio e vitto gratuiti.

- se la persona ha alloggio adeguato con camera e bagno dedicati, potrà recarsi nei luoghi del servizio sanitario per fare il tampone molecolare, restando in contatto con l'associazione per il successivo trattamento.
- 4. Se il test del pungidito per epatite B o C risulterà positivo, potrà essere fissato un appuntamento all'ospedale di Careggi dove la persona eseguirà un'ulteriore analisi di approfondimento, e potrà avere una cura utilissima per la sua epatite, che è gratuita.

E) DOPO CHE LA PERSONA HA ACCETTATO DI PARTECIPARE AL PROGRAMMA

Alla persona viene richiesta la firma al *consenso informato*, e viene poi sottoposta

- alle domande previste nella *scheda socio-sanitaria* da parte di un operatore dell'associazione e al *tampone rapido antigenico* e al *pungidito* a cura di un operatore sanitario dell'associazione.
- Le informazioni della scheda sono riportate nella scheda informatizzata che sarà successivamente acquisita dalla USL Toscana centro.

A ciascuno vengono consegnati 3 certificati di positività/negatività per COVID, Epatite C, Epatite B.

F) SE LA PERSONA RISULTA NEGATIVA AL TAMPONE RAPIDO PER COVID-19

L'operatore

- certifica e
- invia a vaccinazione:
 - a un centro vaccinale AUSL (attualmente Mandela e i Gigli) senza prenotazione
 - se ha CF o STP, prenotando attraverso
 - alla Fenice, tramite Jacopo Lascialfari 340 9135939.

G) SE LA PERSONA RISULTA POSITIVA AL TAMPONE RAPIDO PER COVID-19

L'operatore

- certifica
- e prescrive tampone molecolare e isolamento.
- l'invio per trattamento al MASVE per eventuale positività a HBV/HCV viene sospeso fino alla diagnosi di negatività per COVID.

L'isolamento può essere fatto:

- con trasporto della persona in Albergo Sanitario, viale Guidoni 101 a Firenze, già a conoscenza dell'orario di attività dell'associazione, e con mail a alberghi.

sanitari@uslcentro.toscana.it con oggetto “Caso SECONDI “ e riferimento alla persona COVID rapido positiva

- con trasporto ad Albergo Popolare, previa telefonata a Jacopo Lascialfari 340 9135939
- restando al domicilio, se permesso dalle condizioni abitative (con camera e bagno dedicati) e affidato alla persona.

Il trasporto è effettuato:

- da CRI h 20-23 di martedì, giovedì, venerdì, sabato e domenica, contattabile mediante
- da CISOM h 20:30 – 23:00 di mercoledì; e 20-21 di lunedì (in collaborazione con A. Mancanti, che può essere chiamata dalle altre associazioni)
- da Esculapio h 7:00-13:00 (1 autambulanza) e 13:00-20:00 (2 autobulanz) quotidiane tramite chiamata a alberghi.sanitari@uslcentro.toscana.it.

SE AL TAMPONE MOLECOLARE PER COVID-19 LA PERSONA RISULTA NEGATIVA

L'operatore

- certifica
- e invia a vaccinazione:
 - a un centro vaccinale AUSL (attualmente Mandela e i Gigli) senza prenotazione
 - se ha CF o STP, prenotando attraverso
 - alla Fenice, tramite Jacopo Lascialfari 340 9135939.

SE AL TAMPONE MOLECOLARE PER COVID-19 RISULTA ANCORA POSITIVA

L'operatore prescrive continuazione di isolamento.

H) SE LA PERSONA RISULTA NEGATIVA AL TEST PUNGDITO PER HBC e/o HBV-:

L'operatore

- certifica

I) SE LA PERSONA RISULTA POSITIVA AL TEST PUNGDITO PER HBC e/o HB-:

L'operatore

- certifica
- e sulla base dell'agenda MASVE, invia Careggi contattando Laura Gragnani 333 371 958 oppure Monica Monti 339 392 1838

L) SELEZIONE PER PROGETTO INTERVISTE ARS

Un sottogruppo di circa 50 soggetti – 9 per ciascuna delle 5 associazioni e il MASVE – viene assicurato secondo i criteri forniti da ARS, con invio ad Anelli Mancanti per intervista (Orsola Privitera 338 6820598).

ALLEGATO 2 - CONSENSO INFORMATO

CONSENSO INFORMATO – 18/3/2021

(nome della persona) **Le/ti chiediamo di accettare la partecipazione al progetto SECONDI dopo avere ascoltato o letto quanto segue**

Le/ti viene chiesto di partecipare ad uno progetto epidemiologico della Regione Toscana, coordinata dalla USL Centro della Toscana. Le informazioni saranno mantenute in forma anonima.

Perché chiediamo la sua/tua collaborazione?

Per proteggere la salute sua/tua e di che le/ti sta intorno prevenendo la diffusione del COVID-19 e delle epatiti virali

Che cosa si propone il progetto

- 1- di rivolgersi alle persone che di solito non possono avere l'assistenza sanitaria e un proprio medico
- 2- di raccogliere informazioni tra tali persone:
 - (a) sulla diffusione del virus COVID 19
 - (b) sulla diffusione della epatite virale B e della epatite virale C
- 3- di dare assistenza e cura alle persone trovate positive a uno o piu' di questo virus

Le informazioni saranno mantenute per quanto possibile in forma anonima. Chi intervista le chiederà un recapito anche telefonico per poter fare, se vorrà, altri due contatti tra alcuni mesi per verificare le future condizioni di salute.

Caratteristiche del test

Verranno utilizzati due diversi test sierologici rapidi “pungidito” con prelievo di sangue capillare mediante puntura al polpastrello delle dita della mano.

COSA COMPORTA LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO

Se partecipa allo studio, dopo aver firmato il consenso informato, sarà sottoposto ai test sierologici “pungidito” sia per Sars-Cov.2, sia per epatite B, e C.

In caso di risultato positivo al COVID 19, dovrà sottoporsi quanto prima al tampone rino-faringeo per la ricerca dell'RNA virale e, in caso di conferma di positività, sottoporsi alla misura dell'isolamento domiciliare fiduciario. Se non ha la possibilità di permanere a domicilio in sicurezza, Le sarà garantito un controllo sanitario gratuito presso un albergo sanitario specializzato.

In caso di risultato positivo ad Epatite B e/o C, verrà invitato a far parte di un programma di cura dell'epatite B C all'ospedale di Careggi (Centro MasVE), che sarà gratuito.

COSA SUCCEDERÀ SE DECIDE DI NON PARTECIPARE AL PROGETTO

La partecipazione allo studio è volontaria: è libero/a di non partecipare allo studio; oppure, se decide di partecipare, avrà il diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento.

Sul quanto sopra detto formula pertanto il proprio _____
all'effettuazione del test e intervista

(1) Scrivere: "CONSENSO" oppure "DINIEGO"

Dà il consenso per il test **Dà il consenso** per il trattamento dati personali

DATA _____ **FIRMA leggibile** _____

dati dell'Intervistatore _____ **Associazione** _____

ALLEGATO 3 - SCHEDA SANITARIA

PROGETTO SECONDI
Scheda sanitaria

Codice intervistato _____

Nominativo intervistatore _____

Associazione _____

Contattato:

su strada, dove _____

in casa occupata, dove _____

in associazione, dove _____

in altra sede, dove _____

DATI PERSONALI

NOME _____ **COGNOME** _____ M F

DATA DI NASCITA/ETÁ _____ **LUOGO DI NASCITA** _____

NAZIONALITÁ _____ **da quanto è in Italia** _____

TELEFONO _____

Dove dimora attualmente:

su strada, dove _____

in casa occupata, dove _____

in casa con altre persone, dove _____

in centro di accoglienza, dove _____

in altra sede, dove _____

Note per rintracciare l'intervistato _____

Persone di riferimento: No Sì, contatto _____

ANNI DI SCUOLA (livello di istruzione) _____

LAVORO No Sì, quale _____

–

Come si sposta usualmente:

con mezzi pubblici

con bicicletta

a piedi

altro: _____

LIVELLO DI CONOSCENZA DELL'ITALIANO buono sufficiente
 insufficiente

Altre lingue parlate:

Francese

Inglese

Spagnolo

Arabo

Cinese

Albanese

Romani

Altro (specificare): _____

Ha il permesso di soggiorno?

Sì No

Ha la tessera sanitaria?

Sì No

Ha il codice STP/ENI?

Sì No

Ha il medico curante?

Sì, nominativo: _____

No

Ha la residenza?

Sì No

STORIA CLINICA

Sintesi delle principali patologie sofferte:

- Malattie infettive (TBC, malaria, HIV, sifilide)
- Tumori
- Malattie cardiache
- Diabete
- Ipertensione
- Malattie renali
- Malattie respiratorie croniche
- Disturbi mentali
- Epatopatie

FATTORI DI RISCHIO – EPATITE B/C

Ha mai fatto o fa uso di droghe per via endovenosa/intra-nasale?

- Sì No

Ha abitualmente rapporti sessuali non protetti?

- Sì No

Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue?

- Sì
 No

Se sì, dove?

- In Italia
 Altro

Ha subito ricoveri ospedalieri/interventi chirurgici?

- Sì No

FATTORI DI RISCHIO – CORONAVIRUS

Negli ultimi quindici giorni, ha avuto contatti con persone risultate positive al coronavirus?

- Sì No

RISULTATI TEST

Positività a test pungidito Coronavirus

IgM:

Sì No

IgG:

Sì No

Positività a test pungidito per virus epatite B

Sì No

Positività a test pungidito per virus epatite C

Sì No

NOTE _____

Conduzione intervista:

Mediatore culturale/facilitatore

Sì No

Comprensione domande:

- Molto
- Abbastanza
- Sufficiente
- Poco

DATA _____

ALLEGATO 3BIS - SCHEDA SOCIO-SANITARIA

| PROGETTO SECONDI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---|---|---|--------------------------------------|---|---|--|--|------|---------|-------|--------------|-----|---------------|-------------|--------------|----------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| Scheda socio sanitaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Campi obbligatori | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nominativo intervistatore* | | Associazione * | | Contattato* | | Dove* | | <input type="button" value="SALVA"/> <input type="button" value="Visualizza dati inseriti"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Nome</th> <th style="width: 15%;">Cognome</th> <th style="width: 10%;">Sesso</th> <th style="width: 15%;">Data nascita</th> <th style="width: 10%;">Eta</th> <th style="width: 15%;">Luogo nascita</th> <th style="width: 10%;">Nazionalità</th> <th style="width: 10%;">In Italia da</th> <th style="width: 10%;">Telefono</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> X </td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | Nome | Cognome | Sesso | Data nascita | Eta | Luogo nascita | Nazionalità | In Italia da | Telefono | | | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> X | | | | | | |
| Nome | Cognome | Sesso | Data nascita | Eta | Luogo nascita | Nazionalità | In Italia da | Telefono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vaccinato per COVID-19 | | Dove dimora attualmente | | | Nota per rintracciare l'intervistato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persone di inferimento | | Contatto | | Anni di scuola (Livello di istruzione) | | | Lavoro (se sì, quale) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | | | | | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Come si sposta abitualmente | | | Livello di conoscenza dell'italiano | | | Lingue parlate | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> con mezzi pubblici <input type="checkbox"/> con bicicletta <input type="checkbox"/> a piedi <input type="checkbox"/> altro | | | <input type="radio"/> buono <input type="radio"/> sufficiente <input type="radio"/> insufficiente | | | <input type="checkbox"/> francese <input type="checkbox"/> inglese <input type="checkbox"/> spagnolo <input type="checkbox"/> arabo <input type="checkbox"/> cinese <input type="checkbox"/> albanese <input type="checkbox"/> romani <input type="checkbox"/> altro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Permesso di soggiorno | | Possesso di tessera sanitaria | | Possesso di codice STP/ENI | | Medico curante (se sì, nominativo) | | Possesso della residenza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| STORIA CLINICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sintesi delle principali patologie sofferte <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> malaria <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> malattie renali <input type="checkbox"/> sfilida <input type="checkbox"/> malattie respiratorie croniche <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> disturbi mentali <input type="checkbox"/> malattie cardiache <input type="checkbox"/> epatopatie | | | | Uso di droghe per via endovenosa /intra-nasale: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Abitualmente rapporti sessuali non protetti: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Ricevuto trasfusioni di sangue? Dove?: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Ricoveri osped. o interventi chir.: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Negli ultimi 15 giorni contatti con persone positive a COVID-19: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RISULTATI TEST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coronavirus IgM | | Coronavirus IgG | | epatite B | | epatite C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOTE | | | Mediatore culturale/facilitatore | | | Conduzione intervista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comprensione domande | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ALLEGATO 4 - CERTIFICAZIONE DI POSITIVITÀ/NEGATIVITÀ AL TEST RAPIDO OROFARINGEO COVID-19

Progetto SECONDI

CERTIFICAZIONE DI POSITIVITA'/NEGATIVITA' AL TEST RAPIDO OROFARINGEO COVID-19

ASSOCIAZIONE.....

SI CERTIFICA CHE IL SIG/LA SIG

HA EFFETTUATO IN DATA ODIERNA ALLE ORE

PRESSO

IL TEST ANTIGENICO RAPIDO PER IL SARS-COV-2, CHE È RISULTATO

o POSITIVO

o NEGATIVO

NOME E COGNOME OPERATORE

.....

DATA.....

FIRMA DELL'OPERATORE (LEGGIBILE).....

Progetto SECONDI

*CERTIFICAZIONE DI POSITIVITA'/NEGATIVITA' AL TEST
PIUNGIDITO PER HBV/HCV*

ASSOCIAZIONE.....

SI CERTIFICA CHE IL SIG/LA SIG

HA EFFETTUATO IN DATA ODIERNA ALLE ORE

PRESSO

IL TEST PIUNGIDITO PER HBV, CHE È RISULTATO

o POSITIVO

o NEGATIVO

E IL TEST PIUNGIDITO PER HCV, CHE È RISULTATO

o POSITIVO

o NEGATIVO

NOME E COGNOME OPERATORE

.....

DATA.....

FIRMA DELL'OPERATORE (LEGGIBILE).....

ALLEGATO 5 - MODELLO RACCOLTA CASI SETTIMANALI

| Data | Luogo | COVID | | | | | | | |
|------|-------|-------------------------|------------------|---------------------------|-------------|----------|-----------------|----------|--------------------------|
| | | TOT soggetti contattati | Di cui vaccinati | N. soggetti che accettano | TOTALE TEST | POSITIVI | INVIATI A AP/AS | NEGATIVI | DI CUI INVIATI A VACCINO |
| | | | | | | | | | |

| Data | Luogo | HCV-HBV | | | | |
|------|-------|-------------------------|---------------------------|--------|----------|----------|
| | | TOT soggetti contattati | N. soggetti che accettano | TOTALE | NEGATIVI | POSITIVI |
| | | | | | | |

ALLEGATO 6 - TRACCIA INTERVISTA

Ti farò delle domande per capire se qualcosa è cambiata nella tua vita a causa del COVID-19

1) Tu lavori? (esplorare la differenza della fase pre/post pandemia, ad esempio chiedere se prima del COVID lavorava e cosa è successo al loro lavoro in questi ultimi due anni, se fa lo stesso lavoro rispetto a prima o se qualcosa è cambiato in questi due anni, sostegni economici ricevuti. [Se sex workers] le restrizioni COVID hanno mutato numero e qualità del rapporto coi clienti? – [in caso di immigrati] pensa di restare in Italia o preferirebbe andare via? Dove? Perché?)

2) Ci sono stati dei cambiamenti per la tua famiglia? (Se hanno una famiglia, indagare come è stata gestita la relazione con questa, se sono stati separati, gestione dei bambini, scuola. (in caso di migranti) Indagare eventuali cambiamenti nelle relazioni con la famiglia nel luogo di origine, ad esempio se non sono potuti andare a trovarli o se i familiari non sono potuti venire a trovare loro, eventuali preoccupazioni che arrivano dalla famiglia nel luogo d'origine. - [in caso di immigrati] pensa di restare in Italia o preferirebbe andare via? Dove? Perché?)

3a) (A chi ha una casa di riferimento) In questi due anni ci sono state delle regole ad esempio restare molto tempo in casa, isolamento, distanziamento ed uso della mascherina. Sei riuscito a seguirle? Con chi eri in casa? Come è stato passare molto tempo in casa? (per l'intervistatore: capire se frequentano persone durante il giorno e se sì, se rispettano le norme di distanziamento e sicurezza previste. Se non è già venuto fuori indagare la convivenza con la famiglia - ([Se users] le restrizioni COVID hanno mutato l'approvvigionamento delle sostanze?)). Aggiungere una riflessione su come è cambiata la situazione abitativa in questi due anni, e se è cambiata, in vista di una eventuale nuova restrizione, l'impatto che questo cambiamento potrebbe avere.

3b) (A chi non ha una casa) In questi due anni ci sono state delle regole ad esempio isolamento, distanziamento, uso della mascherina: le tue giornate sono cambiate in qualche modo? Cosa hai fatto? Dove? Con chi? Queste cose le facevi già prima? (per l'intervistatore: capire se frequentano persone durante il giorno e se sì, se rispettano le norme di distanziamento e sicurezza previste - ([Se users] le restrizioni COVID hanno mutato l'approvvigionamento delle sostanze?)). Aggiungere una riflessione su come è cambiata la situazione abitativa

in questi due anni, e se è cambiata, in vista di una eventuale nuova restrizione, l'impatto che questo cambiamento potrebbe avere.

4) In questi due anni ti sembra che sia cambiato il modo in cui la comunità si relaziona con te? E in che maniera (in meglio o in peggio)?

5) Vedo che sei stato contattato da (nome associazione) la conoscevi già? Da quanto tempo la conosci? Conosci altre associazioni? Allora frequenti (per l'intervistatore: elencare alcuni servizi di cui pensi che possano usufruire/ a seconda del target, fare riferimento alla mappatura dei servizi)? **Li frequentavi anche prima del COVID-19? (se sì) Rispetto alla tua esperienza, ci sono stati dei cambiamenti? (se sì) Questo cambiamento per te è positivo o negativo** (per l'intervistatore: esplorare il significato in base a come evolve l'intervista)?

6) Lo sai come si trasmette e si prende il virus? Sai cosa si può fare e cosa non si può fare (le regole)? (per l'intervistatore: indagare norme di distanziamento, uso delle mascherine, del gel disinfettante, e chi glieli fornisce)? Pensa che sia facile seguire queste regole? Secondo lei funzionano? Conosce qualcuno che ha avuto più difficoltà a seguirle? (se sì) Perché? Ha avuto la percezione che le restrizioni COVID abbiano cambiato il modo in cui le persone si relazionano con lei? (per l'intervistatore indagare se le altre persone sono risultate più diffidenti o più distanti, indagare eventuali esperienze e vissuti di discriminazione o emarginazione)

7) Pensi che il COVID-19 sia un virus pericoloso per te? Ti fa paura? Per la tua famiglia? Per le persone in generale? (per l'intervistatore: in base all'andamento dell'intervista chiedere o fare una considerazione sulle preoccupazioni/paure dell'ultimo anno, anche riferite alle relazioni con la famiglia di origine – se immigrati)

8) Come ricevi notizie sull'andamento della pandemia? Le ricevi con facilità? Ti aggiorni spesso? A chi chiedi? Dove? Sono facilmente comprensibili le informazioni che trovi?

(per l'intervistatore: internet, tv, familiari, amici, membri della comunità)

9) Le associazioni ti hanno fornito delle informazioni circa il virus e la situazione che stiamo vivendo?

(per l'intervistatore: capire se ha la percezione/conoscenza di iniziative territoriali per aiutarlo e aiutare la sua famiglia, comunità durante questo periodo difficile?)

10) Se hai dei dubbi a chi ti rivolgi? (per l'intervistatore: comunità, associazione?)

11) Ti è capitato in questo ultimo anno di avere un problema di salute (quale)? E a chi ti sei rivolto (ospedale, medico del territorio, associazione)? (per l'intervistatore: capire se ha avuto il covid o sintomi riconducibili al covid, se si è rivolto a dei curanti diversi rispetto a quelli che avrebbe contattato prima della pandemia e perché, se si è rivolto agli stessi e perché, se rispetto a prima della pandemia ha riscontrato delle difficoltà o delle differenze in questo accesso) * se raccontano dell'esperienza con il COVID fare riferimento alla domanda successiva

12a) Ti va di raccontarmi l'esperienza (diretta o indiretta) che hai avuto con il virus? (per l'intervistatore: capire se la persona ha avuto il covid o è stato in contatto con un covid, altrimenti chiedere nell'intervista. Indagare l'impatto sanitario, cioè contrazione o meno del virus, esperienze di quarantena, di gestione dei sintomi, di accesso ai servizi sanitari, alle visite, ai farmaci, contrazione o meno del virus sul luogo di lavoro. *vedi altre domande in coda) *

12b) Sei a conoscenza dei passi da seguire nel caso sospettassi di avere contratto il virus? (per l'intervistatore: se non ha avuto il covid o non lo ha avuto nessun conoscente, indagare se sanno cosa fare, cioè se conoscono i sintomi, a chi rivolgersi, eventuale quarantena, chi gli dà questa informazione) *

13) Sai cosa è il green pass e il super green pass? Hai il green pass? Che impatto ha avuto l'introduzione del green pass sulla tua vita?

Capire dove e come hanno ottenuto queste informazioni. Impatto del green pass sulle relazioni sociali, lavorative

13a) (se hanno il green pass) Hai il green pass perché (vaccino, malattia o tampone)? Cosa ne pensi? È stato difficile, utile.

13b) (se vaccinati) Come hai capito cosa fare per poterti vaccinare? Qualcuno ti ha spiegato come fare? (capire chi e come li ha inviati alla vaccinazione esempio amici, comunità, media, operatori/volontari)

13c) (se non hanno il vaccino) Perché non ti sei vaccinato? (approfondire le motivazioni: non si fida, non lo ha saputo, non sa dove andare o altro).

13b) (se non hanno il vaccino) Sai che c'è la possibilità di vaccinarti per il COVID-19? Se te lo offrissero cosa faresti? E perché? Capire che significato danno al vaccino.

14) Sai cos'è l'Epatite? Se dovessi spiegare a qualcuno o un amico/a cos'è l'Epatite, cosa diresti? Conosci la differenza fra Epatite B e C? Lo sai come

si trasmettono questi due virus? Sai quali conseguenze hanno per la salute? Pensi che l'Epatite B e C siano virus pericolosi per te? Conosci qualcuno che ha l'Epatite?

(per l'intervistatore: cercare di capire se la persona è positiva ad uno dei due tipi di Epatite (B e C), se lo ha scoperto durante il test pungidito del progetto o se ne era già a conoscenza. Capire se conosce le modalità di trasmissione e i comportamenti di prevenzione contro questi due virus e se li mette in atto. Se la persona è positiva a questi due virus, capire cosa significa per loro e che impatto ha sulla loro vita quotidiana.)

Eventuali altre domande

*** Tu sai se hai già contratto in questo anno il virus COVID-19?**

Ti è capitato di entrare in contatto con una persona che poi è risultata positiva?
(se sì)

Hai fatto la quarantena? Dove? Con chi?

Hai avuto dei sintomi?

(se sì)

Ti sei rivolto ai servizi sanitari?

Hai fatto delle visite?

Hai preso dei farmaci?

Sei stato in ospedale?

Sai come hai contratto il virus (familiari, amici, lavoro)?

