

CAMPAGNE D'ODIO

UN ANNO DI PROGETTO CAPITANATA:

*servizio socio-sanitario di prossimità nei ghetti della provincia di Foggia,
in risposta ai bisogni dei lavoratori agricoli in condizione di sfruttamento.*



Progetto realizzato con il sostegno di:



Report realizzato con la collaborazione di :



Il progetto Capitanata di Intersos di servizio socio-sanitario di prossimità negli insediamenti informali della provincia di Foggia, ha iniziato le sue attività di apertura a Maggio 2018, finanziato per il 2018 ed il 2019 dal Fondo Sociale di Banca Intesa San Paolo, Fondazione dei Monti Uniti di Foggia, Kahane Foundation, AICU (Associazione Italiana Carlo Urbani) e Fondazione Prosolidar.

Il progetto persegue come scopo primario la tutela dell'individuo, spesso lavoratore migrante, che si trova, temporaneamente o definitivamente, al di fuori di sistemi di accoglienza e di meccanismi di tutela socio-sanitaria, e la promozione di cambiamenti inclusivi nel sistema di salute attraverso diversi tipi di intervento, quotidiani e continuativi durante tutto l'anno, attraverso due cliniche mobili. Gli interventi si realizzano in 7 insediamenti informali, 3 volte alla settimana a all'ex pista aeroportuale di Borgo Mezzanone e al Gran Ghetto, 1 volta a settimana a Borgo Tre Titoli e zone limitrofe, Palmori, alla ex fabbrica Daunialat di Foggia, a Borgo Cicerone, e nella zona fra Poggio Imperiale e Lesina.

Tra visite mediche, orientamento socio-sanitario ed orientamento lavorativo individuali, e focus group con le stesse tematiche, contiamo in un anno 587 sessioni di intervento, con 4895 accessi totali di cui 2978 beneficiari alla prima utenza. I dati di questo report fanno riferimento ai soli primi accessi¹.

Dai dati, socio-sanitari e lavorativi, emersi del progetto Capitanata di Intersos emerge la condizione vissuta dagli abitanti degli insediamenti, una popolazione giovane, dove la fascia più rappresentata è 18-29 anni (59%).

Non sono stati individuati Minori Stranieri Non Accompaniati, ma nella fascia dei giovani adulti è comunque molto rilevante la quota di neo-maggiorenni (18-21 anni), ben il 34% relativo alla fascia 18-29 anni. Dei neo-maggiorenni, il 70% giunto in Italia alla minore età, dato che suona come una sconfitta per i percorsi destinati alla tutela ed inserimento dei minori. La nazionalità maggiormente rappresentata fra i pazienti è la senegalese (26%), quindi, gambiana (15%), nigeriana (13%), ghanese (12%).

Le dinamiche tipiche dello sfruttamento femmini-



¹ -Da notare la distinzione tra Beneficiari: chi accede ad un servizio umanitario; e gli Intervistati: chi si sottopone alle varie survey, senza necessariamente aver fruito dei servizi umanitari; gli intervistati non rientrano nel computo dei beneficiari; Da Giugno 2018 al 30 Aprile 2019 sono state effettuate 282 sessioni di visite mediche, con 2795 accessi totali di cui 1860 prime visite. Per quanto riguarda le attività di orientamento socio-sanitario ed orientamento lavorativo individuale o attraverso attività di Focus Group sono state effettuate 301 sessioni di informativa socio-sanitaria con 1642 accessi totali di cui 834 primi accessi; 164 sessioni di informativa su lavoro e diritti (lavoro e protection) con 458 accessi totali di cui 284 primi accessi.

le fanno sì che le donne, in maggioranza nigeriane, si spostino a cicli molto più rapidi, in maniera meno regolare e non per loro volontà. Di conseguenza l'emersione dei fenomeni di sfruttamento risulta ancora più complesso e con essa anche l'accesso al diritto alla Salute.

La popolazione degli insediamenti informali in generale è caratterizzata dai continui spostamenti sul territorio, a dimostrazione di ciò, fra le persone con residenza in corso di validità, meno dell'11% riferisce sia nella provincia di Foggia. È infatti frequente incontrare soggetti che alla domanda circa dove vivono di base rispondono di non avere un punto di ritorno fisso, ma di spostarsi da anni fra un insediamento ed un altro, con pause di varia lunghezza nelle città di rinnovo documenti.

Ostacoli all'accesso alle cure:

Di fronte a ciò l'orientamento verso il Sistema Sanitario Nazionale è reso più complesso, considerati anche i tempi spesso richiesti per acquisire ogni volta le informazioni necessarie per iscriversi o cancellarsi da ciascun Sistema Sanitario Regionale (SSR). Questo aspetto mostra come il SSN tuteli con più difficoltà le persone che non dimorano stanzialmente in un singolo luogo, esponendo quindi la popolazione di lavoratori abitanti dei ghetti ad una tutela piena di ostacoli. Una consistente parte dei beneficiari afferma di avere o più spesso aver avuto un medico di riferimento, in genere fornitogli dal centro di accoglienza in cui si trovava in precedenza, ma di **non avere coscienza del significato e del ruolo di questa figura nel sistema sanitario italiano**.

Gli utenti intervistati in merito ai servizi socio-sanitari ritengono di essere a conoscenza dei diritti sanitari di chi è in possesso di un permesso di soggiorno, ed in alcuni casi anche per chi non è in possesso di documenti, ma i quesiti successivi mostrano come solo la minima parte degli intervistati ne sia davvero correttamente a conoscenza. Questo dato sottolinea il bisogno cruciale dell'orientamento sanitario, ma an-

che della formazione degli operatori nell'orientare ai servizi attraverso offerta attiva, ossia in modalità pensata in base alle caratteristiche della popolazione interessata, per garantire con l'accesso alle cure ad ogni individuo a prescindere dalla condizione legale. La presenza di ostacoli, nella conoscenza dei servizi, nel loro raggiungimento, e nella formazione degli operatori, incrementa **il circolo vizioso fra marginalità e cronicità delle patologie, con pazienti che non di rado si ritrovano senza terapia per la condizione di emarginazione in cui versano**.

La difficoltà di integrazione nei normali percorsi della medicina territoriale porta ad un uso non corretto del servizio di Pronto Soccorso (PS). Il ricorso ad un servizio per funzioni non da esso espletabili è alla base di ulteriori disagi e mancanze nella garanzia del diritto alla Salute. Spesso accade infatti che il paziente venga dimesso dal PS con affidamento al medico curante, senza assicurarsi che il paziente ne effettivamente abbia uno, o che sappia come averne l'assegnazione. Il ricorso improprio al PS per condizioni non acute ha un impatto negativo tanto sul paziente quanto sugli operatori sanitari, in termini di frustrazione e di servizi erogati in condizioni non ideali, i cui ritmi inoltre non permettono di effettuare un adeguato orientamento correttivo al fine di interrompere il circolo vizioso del ricorso al solo comparto di emergenza-urgenza, invece che ai servizi di cure primarie. Secondo gli intervistati nella prima fase progettuale, nei primi mesi di progetto il PS era il principale punto di riferimento sanitario, il 61% dei casi, seguito dal 33% da cliniche mobili private.

Gli elementi di promozione della salute rispetto alle comuni patologie croniche, quali l'ipertensione e il diabete, condivisi più trasversalmente in una condizione di inclusione, vengono in questi casi a mancare, diminuendo il potenziale della cura del sé, dei normali controlli di routine, fino al presentarsi di condizioni acute, che la presenza di un'efficace prevenzione primaria² e secondaria³ diminuirebbe drasticamente. Le patologie croniche sono una criticità importante

2 - Prevenzione primaria: evitare la comparsa di patologia;

3 - Prevenzione secondaria: intervenire su patologie già in atto ma nel loro stadio iniziale;

all'interno degli insediamenti, sebbene rimangano poco discusse nel dibattito assistenziale, suggerendo la necessità di campagne di prevenzione adattate a questi specifici contesti.

La condizione giuridica dei e delle migranti che vivono all'interno degli insediamenti informali diffusi nella provincia di Foggia, è affrontata nel progetto in collaborazione operativa con ASGI (Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione). La casistica è molto differenziata e complessa, con molteplici criticità che attengono diversi profili connessi alla condizione di fragilità sociale, situazioni di sfruttamento, assenza di adeguata informativa legale, scarsa consapevolezza della propria condizione giuridica, ostacoli nelle procedure burocratico-amministrative, prassi discrezionali non conformi alla normativa e messe in atto soprattutto da Questura e Comune, ma anche agli effetti del d.l. n. 113/2018, convertito con modifiche con L. n. 132/2018.

Più dei due terzi delle persone assistite da INTERSOS nella durata del progetto sono regolarmente soggiornanti. In seguito all'entrata in vigore del c.d. "decreto Sicurezza", nel mese di ottobre 2018, si è però notato un progressivo aumento delle persone prive di documenti.

Il d.l. n. 113/18, convertito con legge n. 132/18, ha infatti abrogato il permesso di soggiorno per motivi umanitari, che in precedenza rappresentava la forma di protezione più frequentemente riconosciuta ai richiedenti asilo. Coloro che avevano ottenuto un permesso di soggiorno per motivi umanitari prima dell'entrata in vigore del decreto possono convertirlo alla scadenza in un permesso di soggiorno per lavoro se rispondono a determinati requisiti, tra cui essere in possesso di un contratto di lavoro e del passaporto.

La maggior parte dei cittadini stranieri incontrati da INTERSOS, tuttavia, lavora nei campi senza un regolare contratto di lavoro. Molti, inoltre, non riescono a ottenere il passaporto dal Consolato del loro Paese d'origine. Di conseguenza, la maggior parte di questi lavoratori alla scadenza del permesso di soggiorno per motivi umanitari non possono rinnovarlo né convertirlo in un permesso di soggiorno per lavoro e re-

stano dunque senza alcun documento, condannati all'esclusione sociale ed allo sfruttamento.

Il decreto 113/18 ha inoltre previsto che il permesso di soggiorno per richiesta asilo non consente più l'iscrizione anagrafica, determinando grandi difficoltà nel percorso sociale dei richiedenti protezione internazionale.

Le nuove norme introdotte dal c.d. "decreto Sicurezza" incidono negativamente non solo sui diretti interessati, che si vedono privati di ogni opportunità di una vita serena e dignitosa in Italia, ma anche sulla società italiana, che rischia di subire un aumento della marginalità sociale e dell'insicurezza, in contrasto con gli stessi obiettivi dichiarati dal decreto.

Le sofferenze psichiche dei lavoratori, prima soggetti a forti traumi nei paesi di origine e di transito, e poi sottoposti a condizioni degradanti in Italia.

Nei ghetti il contesto abitativo e lavorativo, la discriminazione quotidiana e la difficoltà di un'inclusione concreta, predispongono anche ad uno **stato di sofferenza e stress psicologico evidente**. **Fra i fattori negativi più influenti sulla condizione psichica** figurano la perdita di riferimenti sociali, la mancanza di prospettiva per il futuro, appesantita dalla continua incertezza circa l'evoluzione del proprio status giuridico, oltre alla quotidiana umiliazione dei propri diritti nel lavoro agricolo e alla marginalizzazione sociale. In aggiunta, altri due aspetti sono emersi in più casi: da una parte il ruolo, riscontrato nella maggior parte dei casi, giocato dai traumi vissuti nel Paese di origine o durante il viaggio, come la detenzione in Libia o le violenze subite in itinere; dall'altra, la preoccupazione per la condizione dei familiari nel Paese d'origine, ricorrono quotidianamente e vengono riferiti come elementi psichici disturbatori, inficianti tanto il sonno quanto la capacità di una pianificazione serena del proprio futuro.

Le condizioni maggiormente riscontrate sono di tre tipi: abbassamenti umorali e stati d'ansia compensati, reazioni psico-somatiche o tendenze ipocondriache, stati di scompenso psichico acuto. Perquanto sulla carta nella maggior parte dei casi sia possibile l'inserimento nei percorsi di supporto

psicologico sia possibile, la difficoltà dei vari passaggi burocratici già precedentemente descritta favorisce ancor di più la perdita di un soggetto con maggiore vulnerabilità, oltre ad un comparto pubblico di tutela psichica sotto organico e con poche competenze transculturali.

Intersos ha somministrato **questionari socio-sanitari alla popolazione dei siti informali**⁴ a due riprese, con un numero totale di 204 intervistati. Un intervistato su tre, di cui la metà del campione in Italia da 1 a 3 anni, ha dichiarato di non avere alcuna fonte di informazione rispetto ai servizi socio-sanitari, il 17.4% di informarsi attraverso le cliniche mobili, e ben il 21.5% dichiara di informarsi attraverso il passaparola, mentre non sono utilizzate le informazioni scritte, o attraverso internet. Le survey mostrano una conoscenza del diritto alla salute estremamente bassa (12%).

Nell'indagine socio-lavorativa a 931 pazienti, è emerso che il 71.4% lavora nelle catene di raccolta o lavorazione agricole e la restante parte in altri esercizi o è in attesa di occupazione.

Attraverso questionari lavorativi più dettagliati ri-

volti ad un campione di lavoratori, effettuati durante la stagione lavorativa invernale 2018 (e quindi alla popolazione stanziale), il 51.3% degli intervistati dichiara di lavorare senza un contratto, ossia "in nero", e il 48.7% "in grigio", ossia con un contratto che ha elementi di grave irregolarità; mentre nel 13.3% dei casi Dispositivi di Protezione Individuale gli stessi sono forniti dal datore di lavoro. Interessante, infine, notare come oltre la metà del campione (54.4%) dei questionari socio-lavorativi approfonditi abbia dichiarato di non lavorare attraverso l'intermediazione, ossia attraverso caporali, rendendo lo sfruttamento un atto perpetrato direttamente dal datore di lavoro. Il fenomeno del caporalato, vale a dire dell'intermediazione, sebbene forte e presente, viene spesso sovrastimato, pur essendo rilevante anche una forma di auto-organizzazione delle comunità dei lavoratori, mentre è meno narrato il più complesso sfruttamento lavorativo nella catena di filiera agro-alimentare e il ruolo cruciale della Grande Distribuzione Organizzata nel creare un effetto domino di lucri e abusi.



4 - Nel mese di Agosto 2018 sono state effettuate 83 interviste e nel mese di Dicembre 2018, 121 interviste.

Conclusioni:

- Gli ostacoli di accesso alla Salute della popolazione migrante, in costante transito lavorativo, escludono i lavoratori dai percorsi di tutela sanitario, esponendoli dunque al rischio di un aggravamento delle loro condizioni socio-sanitarie.
- I dati raccolti nell'ambito del progetto di INTERSOS in Capitanata, congiuntamente alle modalità di informazione dei pazienti, sottolineano come sia determinante puntare ad una promozione dei servizi territoriali, attraverso la valorizzazione di informazioni socio-sanitarie di prossimità e delle figure di mediazione linguistico-culturale, per ridurre il costo umano, nonché economico, dei ricorsi impropri al comparto di emergenza-urgenza.
- Il SSN tutela con più difficoltà le persone che non dimorano stanzialmente in un singolo luogo, esponendo la grande popolazione di lavoratori abitati dei cosiddetti "ghetti" ad una tutela piena di ostacoli. Se questo è evidente nella popolazione maschile, che si sposta in autonomia e seguendo stagioni più regolari, il quadro diventa ancor più complesso in riferimento alla popolazione femminile, spesso vittima di sfruttamento.
- E' necessario un atto di responsabilità politica da parte dello Stato italiano, riconoscendo i lavoratori e lavoratrici senza permessi di soggiorno come tali, regolarizzando con permessi di soggiorno per lavoro chi altrimenti, nella realtà dei fatti, continuerà a vivere per sempre nel limbo della totale invisibilità e nell'inferno dell'abuso lavorativo, mantenendo vivo il fenomeno dello sfruttamento lavorativo.
- Le istituzioni devono affrontare la pluridecennale problematica dello sfruttamento lavorativo non attraverso approcci emergenziali e soluzioni fittizie, quali gli sgomberi fallimentari visti finora in Capitanata ed in altre zone del Sud Italia, ma attraverso un programma multidisciplinare che metta al centro le comunità interessate, a partire dai processi di ideazione di alternative strutturate alla marginalità, mettendo al centro il lavoro.

