



LA POVERTÀ A ROMA: UN PUNTO DI VISTA

ANNO 2018



LA POVERTÀ
A ROMA:
UN PUNTO
DI VISTA

ANNO 2018





LA POVERTÀ A ROMA: UN PUNTO DI VISTA

ANNO 2018

Il Rapporto è stato curato da

Elisa Manna
Raffaella Esposito

Autori dei testi

Lucia Anania
Manuela Baroncelli
Simona Bosi
Alessandra Cantarini
Lorenzo Chialastri
Francesca Cubbeddu
Riccardo De Paris
Alice Farina
Maurizio Fiasco
Salvatore Geraci
Savatore Grammatico
Mario Guerra
Nadio La Gamba
Alessandra Milicia
Roberta Molina
Luca Murdocca
Massimo Pasquo
Daniela Pezzi
Maria Francesca Posa
Tania Turculet

Elaborazioni statistiche

Gabriella D'Ambrosio

Elaborazioni grafiche

Mastergrafica srl - Teramo

CARITAS ROMA

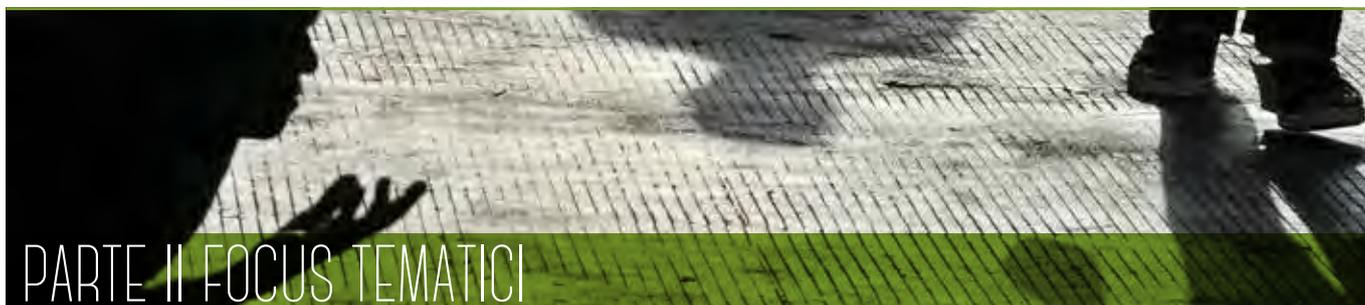
Piazza San Giovanni in Laterano, 6 · 00184 · Roma
Tel 06.69.886.424/425 · direzione@caritasroma.it
www.caritasroma.it

PRESENTAZIONE	6
NOTA INTRODUTTIVA	8



INDICE

1 QUADRO GENERALE	
1.1 Dati di scenario nazionali e internazionali	<u>14</u>
1.2 Una società profondamente disuguale: pregiudizio o realtà	<u>15</u>
1.3 Povertà e precarietà del lavoro	<u>19</u>
1.4 Roma tra squilibri e criticità	<u>22</u>
1.5 Vivere di stenti da vecchi	<u>24</u>
1.6 Famiglie vulnerabili	<u>25</u>
1.7 Minori e giovani in povertà	<u>26</u>
1.8 La trasmissione generazionale dell'esclusione sociale	<u>28</u>
2 LE PERSONE CHE LA CARITAS INCONTRA	
2.1 Qualcuno che ascolta	<u>30</u>
2.2 Le persone che incontriamo attraverso i Centri d'Ascolto	<u>36</u>
2.3 Nazionalità ed età delle persone accolte	<u>38</u>
2.4 Le ragioni "dimenticate" della presenza degli stranieri	<u>43</u>
2.5 Le fragilità della salute mentale	<u>56</u>
2.6 La condizione abitativa tra necessità e limiti	<u>71</u>
2.7 La famiglia fragile	<u>82</u>



PARTE II FOCUS TEMATICI

1 GLI STRANIERI

- 1.1 L'integrazione degli stranieri a Roma: un percorso accidentato 94
- 1.2 Minori in migrazione: lontani dalla famiglia 106
- 1.3 I minori albanesi che giungono in Italia 120
- 1.4 Il racconto dei media sull'immigrazione 123
- 1.5 Immigrazione e salute: tra pregiudizi e tentativi di *governance* 126

2 GLI ANZIANI

- 2.1 Abuso di farmaci negli anziani 132
- 2.2 Casa Wanda: l'accoglienza dei malati di Alzheimer 136

3 LA SALUTE MENTALE

- 3.1 L'assistenza psichiatrica a 40 anni dalla legge 180 140
- 3.2 Isolamento degli anziani e barbonismo domestico 143

4 LE DIPENDENZE

- 4.1 La trappola delle dipendenze 148
- 4.2 Gioco d'azzardo oggi: intervista a Maurizio Fiasco 162

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

166

PRESENTAZIONE

Don Benoni Ambarus
*Direttore della Caritas
diocesana di Roma*

Anche quest'anno abbiamo voluto mettere a disposizione di tutti il nostro studio sulle povertà a Roma con l'intento di rendere sempre più evidente all'opinione pubblica quanta umanità ancora soffre ed è emarginata nella nostra città. Questo non è uno studio commissionato né commissionabile, esprime solo il desiderio di umanizzare le cifre e raccontare la verità.

Lo sforzo che abbiamo fatto in particolare quest'anno è stato quello di dare maggior spazio alla drammaticità delle vite di tante, troppe persone che sfugge generalmente agli occhi dei più. Per far questo abbiamo deciso di avvalerci dei numerosi punti d'osservazione che abbiamo sul territorio romano: una rete di 145 centri d'ascolto attivati presso le parrocchie e 3 centri diocesani.

La povertà che intercettiamo e accogliamo nei nostri centri e nelle nostre strutture non è solo quella che chiede l'elemosina agli angoli delle strade e che necessita di un piatto caldo, ma assume sfaccettature che si intrecciano con la vita apparentemente normale del nostro vicino di casa: una malattia invalidante vissuta nell'isolamento, la perdita improvvisa di un lavoro di un capofamiglia, un disturbo mentale che non trova la necessaria attenzione all'interno di un nucleo familiare o nelle strutture sanitarie, un decorso postoperatorio senza una residenza sicura, un affitto impossibile da onorare per le magre entrate di famiglia, una ludopatia, una tossicodipendenza. Tutte queste povertà necessitano dell'attenzione di tutti e non solo della Caritas. Il nostro contributo vorrebbe allenare e responsabilizzare lo sguardo e l'azione di persone diverse: dagli "addetti ai lavori" ai rappresentanti della società civile, dagli operatori parrocchiali agli operatori dell'informazione. Ben sappiamo che sono disponibili statistiche che raccontano la povertà, e anche noi nel nostro studio ne riportiamo diverse. Ma le statistiche ufficiali non sempre sono capaci di registrare l'incubazione e il travaglio di situazioni limite che noi spesso incontriamo e nelle quali siamo coinvolti. Non a caso ci capita di dover raggiungere fin dentro la loro casa persone che si sono gradualmente ritirate dalla vita sociale (prevalentemente anziane) e che si sono rintanate nelle loro abitazioni in cui accumulano poco a poco i poveri resti di una vita un tempo attiva. Come pure ci capita di imbatterci in casi di adolescenti che si isolano e rifiutano ogni contatto con l'esterno.

Ci proponiamo dunque come cassa di risonanza di tali fragilità nascoste in cui ci imbattiamo allo scopo di contribuire alla formazione di una coscienza e di una premura collettive più informate. La speranza è

quella di renderci consapevoli della profonda ingiustizia dell'attuale modello di sviluppo e di costruire in maniera condivisa una nuova cultura collettiva che per noi poggia sulle radici cristiane, ma che più in generale, si può richiamare ai valori tutelati nelle costituzioni democratiche e nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo.

Non ci illudiamo che la costruzione di questa cultura avverrà in tempi brevi; tutti vediamo come la società attuale poggi su tutt'altro tipo di valori: la competizione, l'aggressività, l'idolatrato del denaro. Però tutti abbiamo registrato che una società basata su tali principi non solo è ingiusta, cosa che potrebbe lasciare indifferenti alcuni, ma è portatrice di crisi sociale ed economica, con rischiose aperture al conflitto, alla guerra di tutti contro tutti. La globalizzazione ci mette tutti in connessione diretta e dunque appare necessario e non solo virtuoso curare che nella comune navigazione ci sia equilibrio e armonia tra viaggiatori che per noi cristiani, ricordiamolo, sono anche fratelli.

NOTA INTRODUTTIVA

Elisa Manna

*Responsabile
del Centro Studi
della Caritas
diocesana di Roma*

La Caritas di Roma ha predisposto per il secondo anno un Rapporto sociale 2018 sulle povertà del territorio romano: lo scopo, come già sottolineato nel Rapporto del 2017, non è quello di offrire un'istantanea della città né, tantomeno, quello di elencare una lunga, deprimente sequela delle cose che non vanno.

Al contrario, lo spirito con cui abbiamo elaborato queste pagine è quello di suggerire un **altro punto di vista**, un'altra angolazione; per promuovere consapevolezza sulla difficile condizione di larghe fasce della popolazione romana e, possibilmente, contribuire alla formazione, dentro e fuori la Chiesa, di una coscienza collettiva più realistica e responsabile riguardo al territorio che condividiamo.

Con una precisazione; i mali di cui parleremo nel Rapporto non sono quelli in cui tutti quotidianamente restiamo impigliati: la mobilità difficile, le strettoie burocratiche, il degrado dei quartieri periferici e centrali. In questo Rapporto abbiamo cercato di far emergere le gravi fragilità interstiziali, quelle nascoste agli occhi dei più e che Caritas incontra continuamente nei nostri tanti servizi e centri d'ascolto sparsi sul territorio e nelle parrocchie. Fragilità "difficili" come quelle dei malati di mente abbandonati a sé stessi da una società che non sa accompagnarli, "fragilità problematiche" come i tanti immigrati che si sperdono tra le maglie normative e finiscono a vagare senza meta, "fragilità poliedriche" come i tanti anziani che sommano alla povertà economica e d'istruzione una dipendenza da alcool o da azzardo.

Fragilità soprattutto sfuggenti, difficili da decifrare, che spesso hanno un disperato bisogno di cose diverse da quello che potrebbe sembrare il loro bisogno più urgente: non capita di rado che più che di assistenza medica o di un rifornimento alimentare, queste persone mostrino il bisogno di qualcuno che li stia ad ascoltare, che regali il suo tempo per consentirgli di raccontare di sé e della sua vita.

A noi sembra che di questa cultura, di questa testimonianza ci sia oggi un estremo bisogno, a fronte di un degrado psicologico, culturale, etico che va crescendo e che va diffondendosi in ogni ambito della società. Anche il "rumore" insensato che viene dai media è figlio di questa insignificanza invasiva.

Il fatto è che **il modello di sviluppo** basato sulla competizione e sull'individualismo più esasperati, ha prodotto una desertificazione dell'umano che lascia inevitabilmente ai margini quelli che non possono, non vogliono, non sanno "stare al gioco".

Li lascia ai margini come scarti, per dirla con papa Francesco. Chi sta male spesso è completamente isolato, le protezioni sociali sono del tutto insufficienti, i riferimenti collettivi sempre più evanescenti, le esigenze di sistema sopravvanzano evidentemente quelle delle singole persone.

Tra queste persone ci sono quelle che non entrano nemmeno nelle dinamiche reattive di sistema. Quelle che al malessere collettivo rispondono col rancore e la violenza individuale oppure con quella reattività emotiva e con vena autoritaria di matrice identitaria che si oppone ad una globalizzazione avvertita come minacciosa per la propria integrità. Sentimenti di rivolta del ceto medio impoverito che trovano forme provvisorie di condensazione; per dirla con Magatti "il collasso dello scambio finanziario/consumierista e la successiva crisi del 2008 hanno portato a forme disorganizzate di protesta (società psicotica), individualizzate o collettive".

Gli immigrati, per definizione "*in between*" si sono presentati antropologicamente come capri espiatori "ideali" di una bolla di energia negativa in tensione che si è gonfiata a dismisura per tante e diverse cause sociali.

Si potrebbe a questo punto legittimamente suggerire una definizione, "società patogena", (citando un'importante scuola di antropologi del secolo scorso, tra i quali Ruth Benedict) per indicare in alcuni disvalori di determinati modelli di cultura gli "agenti patogeni" che finiscono per contaminare l'intera cultura facendo "ammalare" gli individui. Rendendoli aggressivi o anaffettivi o perversi o indifferenti agli altri. Aggettivi che sembrano calzare a pennello per descrivere i tempi attuali, non è così?

Questo tipo di analisi non deve sembrare solo retorico... Nel nostro Rapporto ricorrerà il termine di diseguaglianza: un termine che prediligiamo perché evidenzia la necessità di guardare alle cose non

come il risultato di fatalità o di processi naturali, ma come prodotto di una società che favorisce appunto una distribuzione di risorse profondamente ingiusta. Diseguaglianza che trova molte e anche carsiche forme di espressione e che finisce con l'investire tutte le azioni sociali dell'individuo

E dunque, se ingiusta, da cambiare, in nome della *esigibilità dei diritti* di ogni essere umano, attraverso anche una nuova centralità del lavoro. In un sistema costituzionale i diritti sociali non sono un'opzione di questa o quella parte politica, di questa o quella maggioranza di governo; vanno intesi in realtà come un principio giuridico vincolante. I principi di giustizia distributiva costituiscono in questo senso diritti e le politiche per realizzarli sono atti dovuti. Il dibattito contemporaneo su questi temi, purtroppo ancora troppo limitato ai soli addetti ai lavori, appare centrale e autenticamente generativo.

Insomma è necessario, per citare ancora Magatti, un vero **cambio di paradigma**, e cioè la disposizione a cercare comunitariamente la forza di una nuova proposta. Proposta che sappia rispondere ai bisogni dell'intera collettività, e che non produca paria, gente senza diritti sociali. Proposta che certamente richiede un grande sforzo di inventiva, di vera libertà mentale e di collaborazione tra soggetti e saperi.

Il Rapporto che presentiamo in queste pagine vuole offrire un contributo di conoscenza all'approfondimento per un uditorio dentro e fuori il mondo cattolico su questi temi. Lo fa attraverso una declinazione in **due parti**.

Nella **prima**, dopo un'analisi di scenario sulla realtà socioeconomica di Roma vista dalla parte dei più fragili, si propone un'ampia analisi delle persone che Caritas incontra nei suoi servizi sul territorio (meglio nelle sue opere-segno), dei loro bisogni, delle loro esperienze. Una presentazione delle prestazioni che richiama l'ancor più importante offerta di relazione.

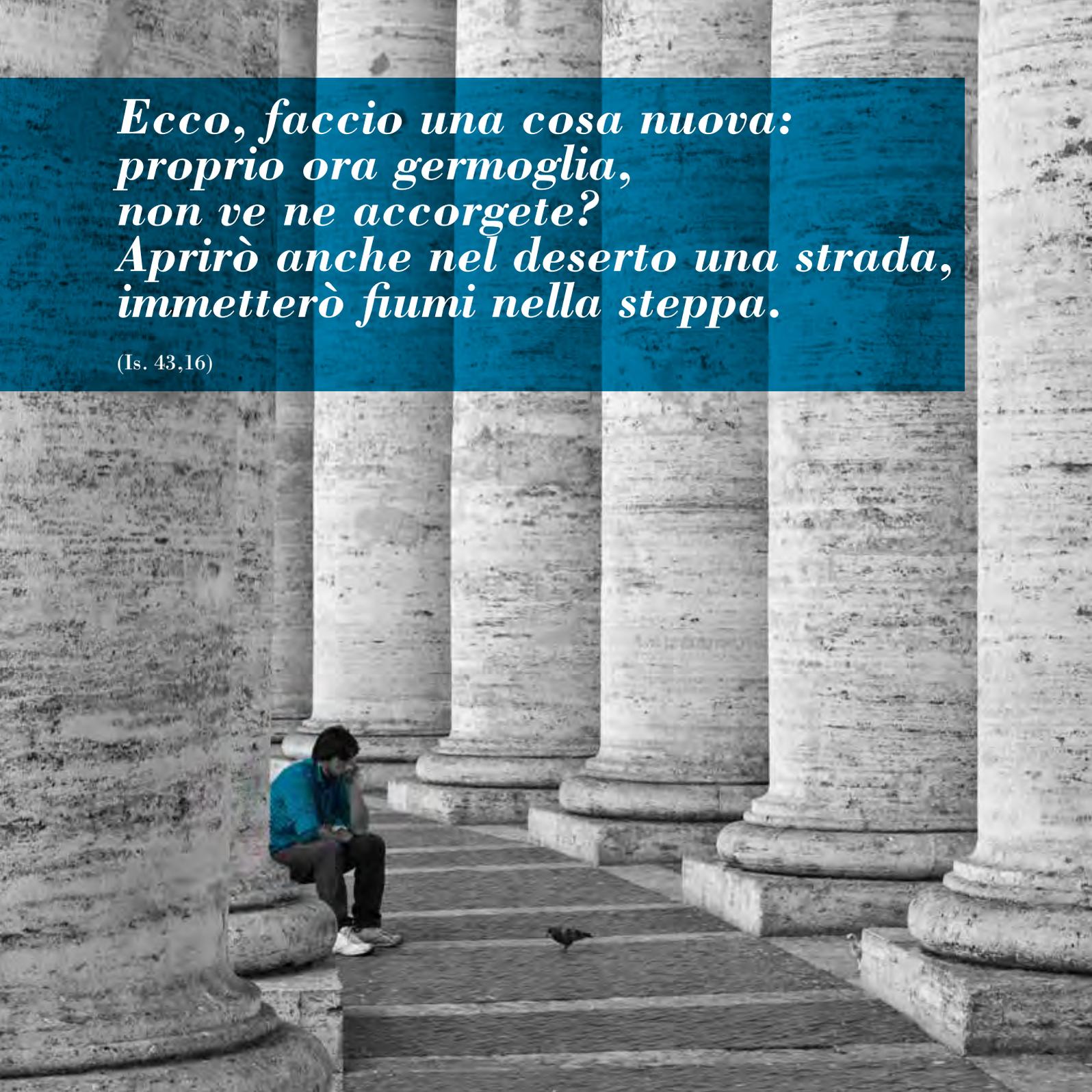
Abbiamo cercato di dar voce a queste persone, una voce che non hanno mai. Perché la più grande forma di discriminazione per i poveri è la mancanza di attenzione spirituale. A fronte anzi, accanto a questo popolo di invisibili sta l'operatore, il volontario Caritas. La Caritas si offre così come una dimensione-ponte tra i bisogni degli ultimi e i bisogni dei volontari che avvicinandosi si completano generando prospettive evolutive per gli uni e gli altri. Il ruolo della Caritas appare perciò fertile, generativo, perché dall'aiuto ai bisognosi zampilla un'altra onda benefica per gli stessi volontari che nella relazione con il bisognoso ritrovano l'identità dialogante e imprescindibile della condizione umana. Viene in mente la concettualizzazione di Maslow secondo la quale la realizzazione dell'individuo è legata al contributo sostenibile che egli apporta ai diversi contesti sociali per lui significativi. Detto in termini più poetici, il mondo Caritas appare come "un deserto che germoglia davanti ai nostri occhi", secondo l'immagine biblica disegnata nel libro profetico di Isaia e quest'immagine non può che confortarci tutti, anche per la capacità di Caritas di saper parlare ai lontani, di saper attrarre i "tiepidi". Perché una cosa è certa: nessuno si salva da solo; c'è bisogno di ritrovare le ragioni del ri-mettersi insieme e di avere un orientamento comune.

La seconda parte raccoglie contributi tematici che vengono dalle diverse aree in cui è organizzata la Caritas romana, dedicati al tema degli stranieri, degli anziani, del disagio mentale, delle dipendenze. Nel primo capitolo verrà analizzato il percorso accidentato dell'integrazione degli stranieri a Roma, cui segue un'analisi della realtà dei minori in migrazione. Sempre nel capitolo dedicato agli stranieri verrà riportato un approfondimento sui minori albanesi e due contributi che analizzano gli stereotipi della comunicazione mediatica per quanto riguarda i temi della salute e non solo. Nel secondo capitolo dedicato al tema degli anziani si presenta un contributo sull'insidioso tema del consumo di farmaci, cui segue

un approfondimento sull'isolamento degli anziani e sul barbonismo domestico. Nel capitolo sulle dipendenze viene proposto uno scenario sul consumo di droga, di alcool e sul gioco d'azzardo (contro il quale la Caritas di Roma è da tempo impegnata e "in rete").

La struttura di quest'anno ha dato un maggiore spazio al vasto mondo Caritas, fatto da una parte di operatori e volontari e dall'altra di quelli che si possono definire utenti, ma che preferiamo indicare come persone fragili, cioè persone che nella Caritas hanno cercato una risposta ai loro tanti problemi. Non sempre queste persone hanno la forza e la speranza per rivolgersi alla Caritas o comunque a qualcuno che li aiuti. Sono quelle persone che non cercano più nulla, che si sono lasciate andare (in mezzo a una strada come dentro una casa solo apparentemente dignitosa) e che la Caritas ha avvicinato con uno sguardo di incoraggiamento e di rispetto.

Perché sentiamo, ogni anno che passa in misura maggiore, la responsabilità di contribuire ad un nuovo modello di società, che al posto della parola consumo ponga al centro la parola "dialogo" e ancor più la parola "ascolto". Un futuro da costruire insieme ai tanti che stanno sognando in questo passaggio epocale di trasformare la profonda crisi sociale che attraversiamo in opportunità di rinascita.

A photograph of a person sitting on a stone step in a colonnade of ancient columns. The person is wearing a blue jacket and dark pants, and is looking down. The columns are made of light-colored stone and are arranged in a row, creating a sense of depth. The floor is made of large stone tiles. A small dark object, possibly a pigeon, is on the floor in the foreground.

*Ecco, faccio una cosa nuova:
proprio ora germoglia,
non ve ne accorgete?
Aprirò anche nel deserto una strada,
immetterò fiumi nella steppa.*

(Is. 43,16)

A large, stylized graphic of a hand with fingers spread, rendered in a light gray color. The hand is positioned in the background, behind the text, and its fingers are spread out towards the top of the frame.

PARTE I
LE POVERTÀ A ROMA



1. QUADRO GENERALE

a cura del Centro Studi Caritas

1.1 DATI DI SCENARIO NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Lo sguardo costante della Caritas di Roma sulla città registra anche quest'anno, attraverso i tanti servizi della stessa Caritas sparsi sul territorio metropolitano, l'emersione di nuove povertà accanto al consolidarsi di quelle più antiche.

La povertà non è solo quella di natura socioeconomica, ma anche quella portata da una carenza d'istruzione, un disturbo mentale, un'anzianità in solitudine.

La mancanza di un tetto, la mancanza di formazione, l'isolamento volontario di un giovane, le mancate cure per una malattia grave o per la disabilità sono forme, come ha affermato mons. Enrico Feroci, di "fame di giustizia sociale che gridano allo scandalo".

Per capire chi sono oggi i poveri bisogna dunque adottare un'apertura mentale che ci aiuti a intercettare le nuove povertà e a farle emergere. Dobbiamo insistere: povertà non è solo privazione economica. Anche un disturbo mentale non riconosciuto e curato, una dipendenza da gioco d'azzardo o da droghe, un immigrato non integrato rappresentano condizioni di fragilità bisognose di attenzione.

Come già lo scorso anno, intendiamo così offrire un contributo per una seria riflessione sulla povertà basata principalmente sui dati originali che provengono dai 145 centri d'ascolto parrocchiali e dai 3 centri d'ascolto diocesani distribuiti sul territorio romano.

Prima di entrare però nel merito delle informazioni, delle conoscenze, delle *tranche de vie* che vengono dal mondo Caritas, proponiamo, a titolo di contestualizzazione, una breve riflessione di natura generale sulla situazione socioeconomica del Paese. L'Italia come tutti ci ripetiamo, è nel pieno di una profonda transizione, in parte frutto dei più recenti mutamenti contemporanei (si pensi alle evoluzioni della tecnologia nell'ambito dell'organizzazione del lavoro), in parte effetto di trasformazioni di lunga durata e con radici antiche (si pensi ai mutamenti demografici e all'invecchiamento della popolazione, come pure alla crisi valoriale e allo "sparigliamento" delle diverse fasi esistenziali); in parte di lunghe congiunture come la crisi economica globale che non riusciamo a lasciarci alle spalle.

È forse proprio la dimensione demografica a dare il senso più evidente di un cambiamento profondo. Al primo gennaio 2018, con una popolazione di 60,5 milioni di individui (e un'incidenza della popolazione straniera dell'8,4% cioè 5,6 milioni di persone), si deve registrare una diminuzione della popolazione totale per il terzo anno consecutivo. Le nascite sono in calo da nove anni, nel 2017 sono state 464mila, un nuovo minimo storico. Aumenta lo squilibrio demografico: con quasi 170 anziani con più di 65 anni ogni 100 giovani (0-14 anni) l'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo dopo il Giappone.

A fronte di un processo a quanto pare irreversibile di invecchiamento, la situazione socioeconomica continua ad essere difficile pur in presenza di segnali positivi. Infatti nel 2017 l'economia italiana ha beneficiato di un contesto internazionale espansivo, ma la crescita è restata inferiore a quella delle altre maggiori economie europee. Crescono gli occupati e il tasso di occupazione, ma in maniera inferiore di oltre 9 punti rispetto alla media europea e i disoccupati sono comunque una cifra imponente, 2,9 milioni di individui; nel complesso, considerando anche le forze di lavoro potenziali, le persone che vorrebbero lavorare superano i 6 milioni. L'occupazione di donne e giovani registra segnali incoraggianti, ma resta comunque di molto inferiore rispetto alla media europea. Il 2017 è anche caratterizzato da un significativo incremento del lavoro a termine.

1.2 UNA SOCIETÀ PROFONDAMENTE DISUGUALE: PREGIUDIZIO O REALTÀ

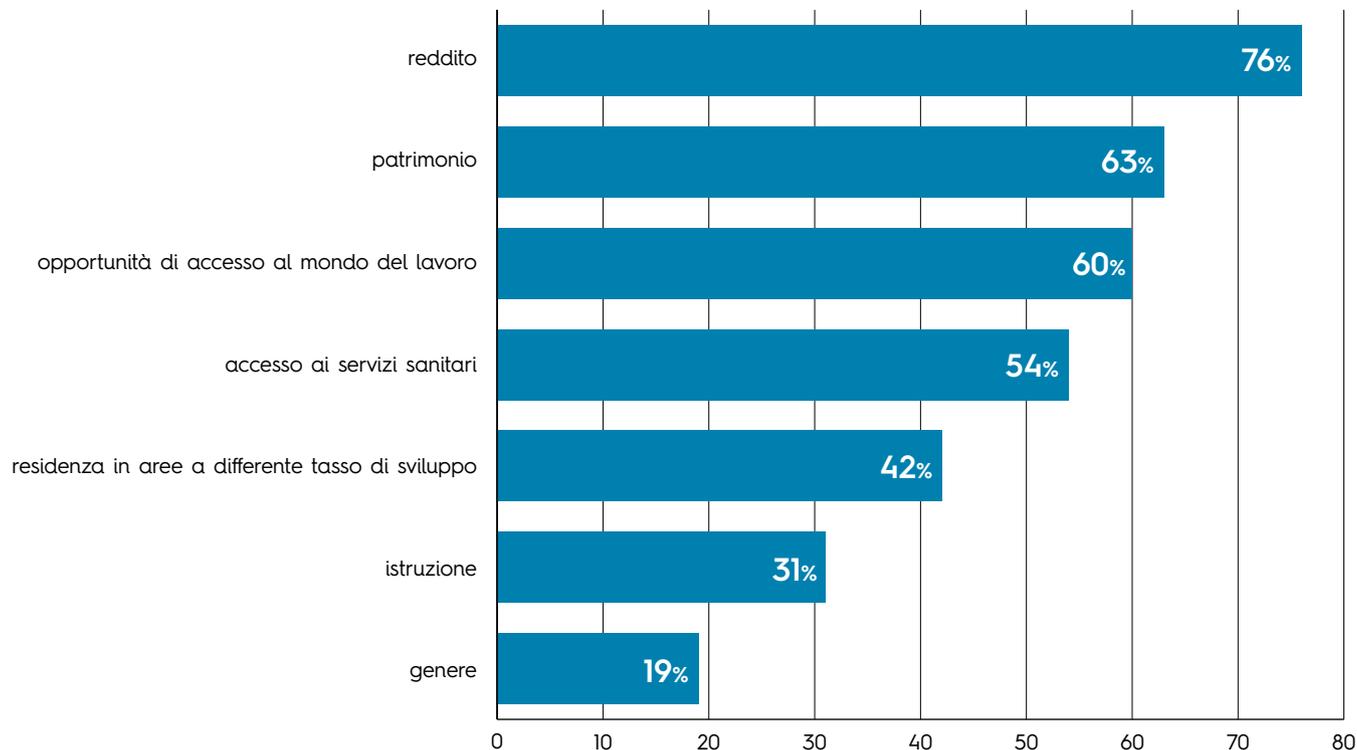
L'ingiustizia sociale regna sovrana a livello mondiale: secondo i dati di Oxfam, in questa congiuntura particolarmente problematica a livello mondiale, l'82% dell'incremento di ricchezza netta registratosi tra marzo 2016 e marzo 2017 è andato all'1% più ricco della popolazione globale mentre a 3,7 miliardi di persone non è arrivato un solo centesimo.

Ma come vivono gli italiani questa fase? Che percezione diffusa si registra rispetto allo stato di benessere/malessere collettivo?

Per cominciare, può aiutare a comprendere l'attuale congiuntura il riferimento ad una recente indagine (commissionata da Oxfam Italia all'Istituto Demopolis). La ricerca è sul tema della **"disuguaglianza percepita"**. Ebbene, l'umore collettivo sembra orientato ad un'insofferenza sociale diffusa che trova alimentazione nella sensazione del permanere e dell'incancrenirsi di profonde ingiustizie sociali: secondo il 61% del campione di italiani intervistati le disuguaglianze sociali sono nettamente cresciute nel periodo 2011-2016.

È dunque diffusa una sensibile sensazione di iniquità, di ingiustizia sociale nella distribuzione delle risorse, più marcata persino delle disparità nell'accesso al mondo del lavoro, ai servizi e alla disuguaglianza di genere.

ITALIA. La disegualianza percepita



Fonte: Indagine demoscopica dell'Istituto Demopolis per Oxfam Italia (ottobre 2016)

È noto il fatto che la percezione collettiva può essere orientata e influenzata da molti fattori che travalicano la concretezza della realtà, come ad esempio la drammatizzazione mediatica, la spettacolarizzazione politica tante volte imputate per spiegare varie forme di allarmismo sociale. In questo specifico caso, però, sembra che media e politica possano essere assolti. Infatti se si confrontano dati di rilevazioni autorevoli sulla situazione socioeconomica degli italiani, si registra una situazione effettivamente ingravante di disegualianza. **Una volta tanto sembra che la percezione diffusa e la realtà coincidano.** A tale proposito il primo fenomeno che è necessario

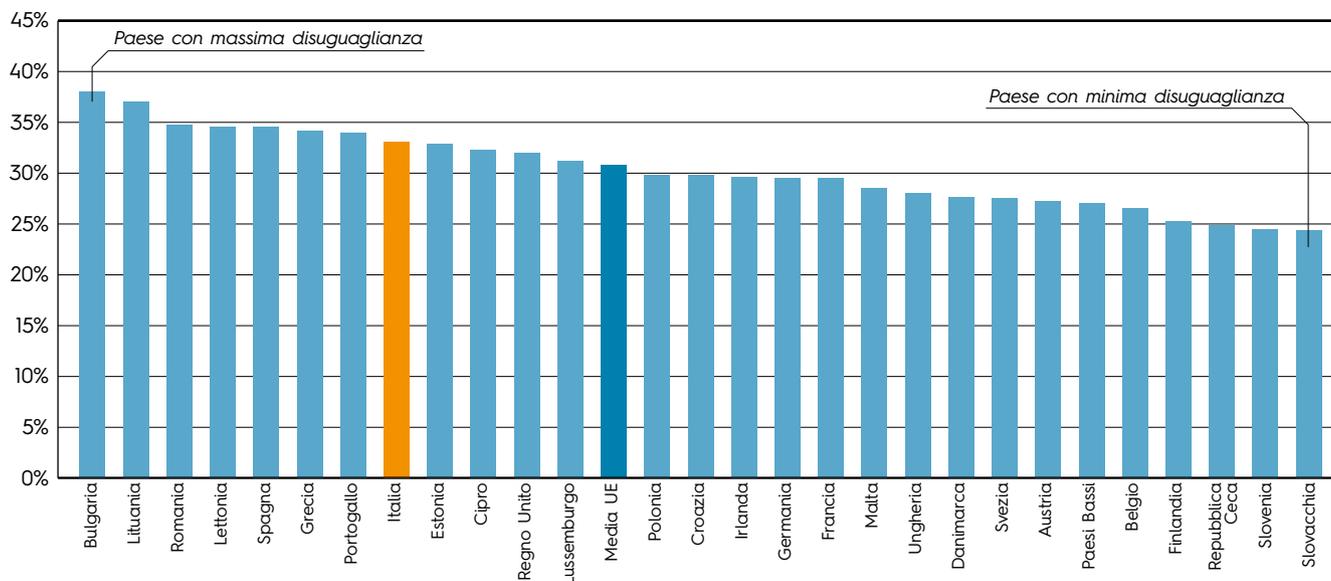
sottolineare, anche per comprendere il diffondersi tra la popolazione di atteggiamenti rancorosi evidenziato da diversi osservatori, è costituito dall'effettivo ampliarsi della forbice sociale, in poche parole dall'accentuazione di un'ingiustizia sociale, che non solo non accenna a diminuire, ma che anzi aumenta e si consolida. Il più recente rapporto Bes dell'Istat sullo sviluppo equo e sostenibile in Italia non lascia dubbi in proposito: mentre si registra la crescita del reddito disponibile nominale delle famiglie, si evidenzia però un aumento della disegualianza. Il reddito infatti in Italia è cresciuto maggiormente tra le famiglie con i livelli reddituali medio-alti. Rimangono indietro so-

prattutto i giovani, colpiti in misura crescente dal rischio povertà. Anche il peggioramento dell'indicatore di **intensità lavorativa** molto bassa, interessa quasi esclusivamente i giovani ed è strettamente legato alla perdurante difficoltà ad inserirsi nel mercato del lavoro, avvertita in modo particolare dai giovani che vogliono o debbono rendersi indipendenti economicamente dal sostegno familiare. Né si intravedono segnali di controtendenza per quanto riguarda la povertà assoluta: la sua incidenza, più che raddoppiata durante la crisi, si mantiene su valori elevati ed è **ulteriormente aumentata tra i minori**. Adottando la metodologia Eurostat (secondo la quale la grave deprivazione si manifesta quando si presentano quattro o più sintomi su un elenco di nove¹) si può inoltre evidenziare che la quota di chi vive in condizione di grave deprivazione in Italia raggiunge nel 2016 il 12,1% (era 7,4% nel 2010), risultando di circa 5

punti percentuali superiore alla media europea (7,5% nel 2016). Facendo un veloce riferimento allo scenario internazionale, si rileva un ulteriore squilibrio. Utilizzando il coefficiente di Gini, che misura il grado di disuguaglianza di una società, si scopre che l'Italia ricopre una posizione (con il 33,1%), ben superiore alla media europea (30,8%). L'indicatore in questione misura l'ampiezza con cui la distribuzione dei redditi tra individui e famiglie all'interno di una società devia da una distribuzione perfettamente uguale. Il range è compreso tra 0 e 100, dove, in linea teorica, 0 rappresenta la perfetta uguaglianza tra individui (ciascuno ha le stesse entrate degli altri) e 100 rappresenta la massima disuguaglianza tra gli stessi.

In poche parole: nella graduatoria che misura la disuguaglianza sociale dei 28 Paesi europei l'Italia ottiene il non lusinghiero risultato di posizionarsi tra i primi 8 paesi, dove l'ingiustizia sociale è più forte.

EUROPA. Indice di Gini del reddito disponibile nei Paesi UE (2016)



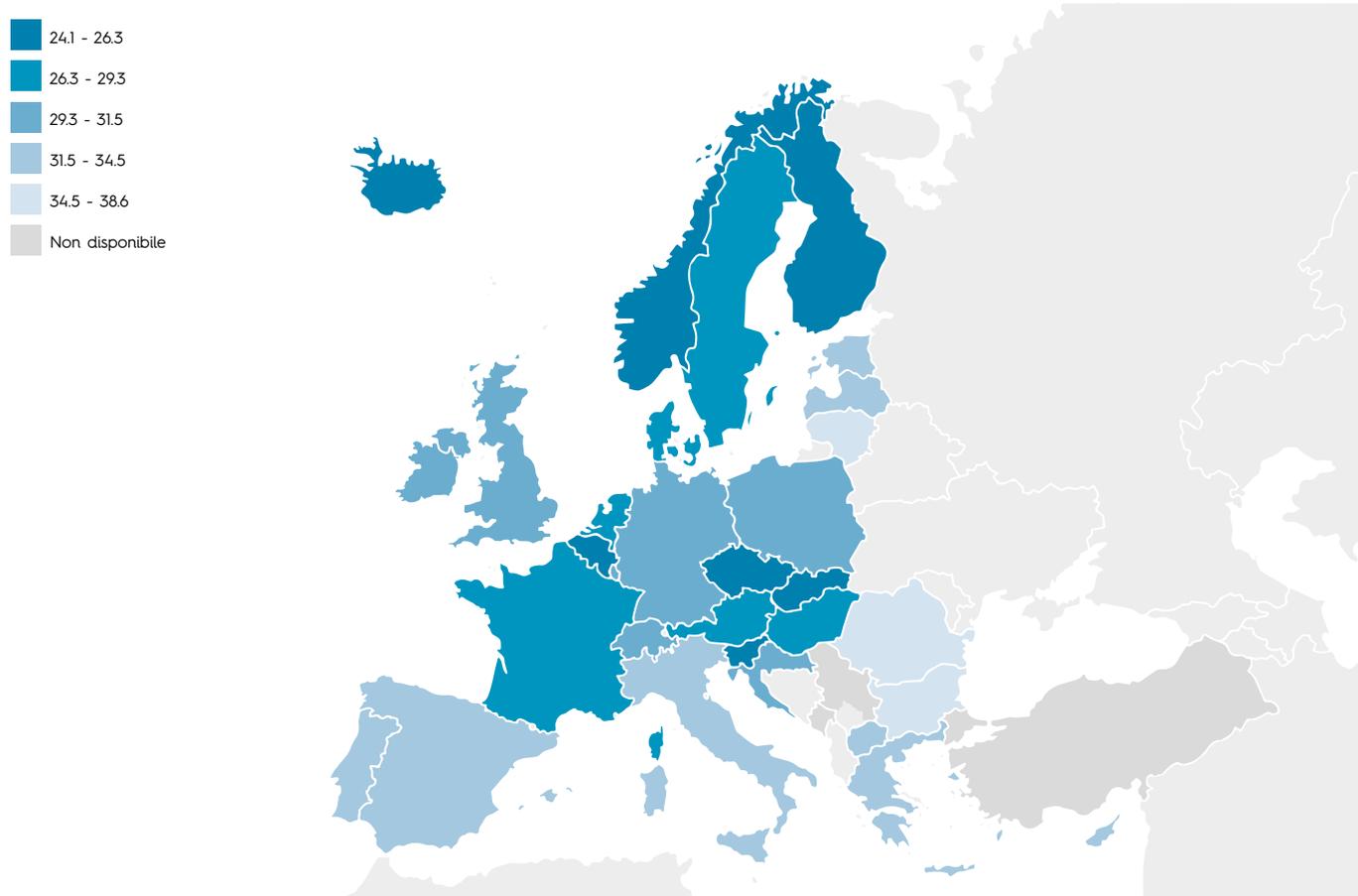
Fonte: EU-SILC, Eurostat, rielaborazione Oxfam

Può essere utile una rappresentazione geografica che evidenzia in maniera più immediata la scabrosa posizione dell'Italia, misurata attraverso l'indice di Gini.

Anche la recentissima indagine sui bilanci delle famiglie condotta da Banca d'Italia conferma la crescita della disuguaglianza nella distribuzione dei redditi, tornata in prossimità dei livelli prevalenti alla fine

degli anni Novanta del secolo scorso. Banca d'Italia sottolinea anche l'aumento della quota di individui a rischio di povertà, definiti come quelli che dispongono di un reddito equivalente inferiore al 60% di quello mediano. L'incidenza di questa condizione, che interessa per lo più le famiglie giovani, del Mezzogiorno o dei nati all'estero è salita al 23 per cento, un livello molto elevato.

EUROPA. Indice di Gini del reddito disponibile nei Paesi UE (2016)



Fonte: Eurostat

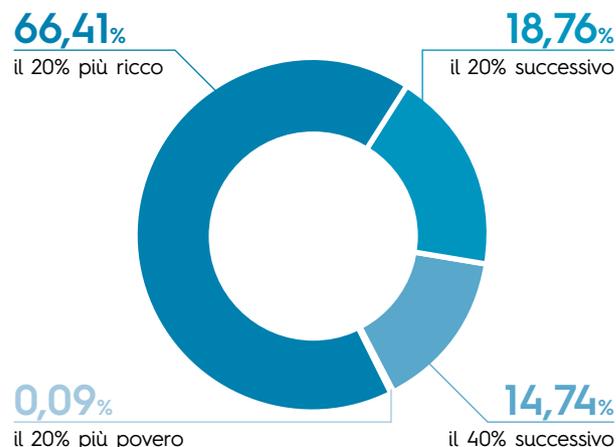
1.3 POVERTÀ E PRECARIETÀ DEL LAVORO

Il disagio economico che affligge l'Italia è strettamente legato alla difficoltà di **entrare e permanere nel mercato del lavoro**. Secondo il rapporto BES curato dall'Istat, nel 2016 il 12,8% delle persone residenti in Italia vive in famiglie con componenti tra i 18 e i 59 anni che nel corso dell'anno precedente hanno lavorato per meno del 20% del loro potenziale (indicatore di intensità lavorativa molto bassa).

Inoltre, nel 2017 l'incidenza della povertà assoluta fra i minori resta elevata ed è pari al 12,1% (1 milione 208mila). Tra i giovani fino a 34 anni è pari al 10,4% (era 10% nel 2016). Parliamo di valori di molto maggiori rispetto a quella degli anziani (4,6%). Anche l'ultimo Rapporto Oxfam (2017) lascia poco spazio all'ottimismo, fornendo una fotografia degli **squilibri distributivi** e degli **eccessi nella concentrazione della ricchezza netta** alquanto preoccupante, che conferma quanto detto precedentemente, rilevando tale andamento (accumulazione di enormi fortune nelle mani di una ristretta elite mentre milioni di persone lottano per la sopravvivenza).

Secondo l'Oxfam e guardando all'Italia si possono formulare comparazioni diverse che evidenziano la disuguaglianza: ad esempio, il 20% più ricco degli italiani detiene oltre il 66% della ricchezza nazionale mentre il 60% più povero della nostra popolazione possiede solo il 14,8% della ricchezza nazionale. Detto in altri termini, e forse più incisivamente, il 10% della popolazione italiana più ricca possiede oggi oltre 6 volte la ricchezza della metà più povera della popolazione.

Distribuzione ricchezza nazionale - val. % (2017)



Fonte: Elaborazioni Oxfam su dati Global Wealth Databook 2017 di Credit Suisse

Mettendo a confronto la quota dei cittadini più ricchi con quella dei cittadini più poveri e approfondendo ancora si registrano ulteriori squilibri. La stridente disuguaglianza si coglie con maggiore chiarezza se si confronta lo stato patrimoniale netto dell'1% più ricco degli italiani (che detiene il 21,5% della ricchezza nazionale) con quello detenuto complessivamente dal 20% più povero della popolazione italiana: in quest'ultimo caso il rapporto è pari a 240 volte. Ancora: la ricchezza dei primi 14 miliardari italiani della lista Forbes equivale alla ricchezza netta detenuta dal 30% più povero della popolazione.

Al di là delle diverse formule per rappresentare la disuguaglianza, va registrato con forza un dato che nella sua semplicità forse è ancora più eloquente: nel 2017 in **Italia cresce inequivocabilmente l'incidenza delle famiglie sia in condizione di povertà assoluta² sia in condizioni di povertà relativa³**. Il che dimostra che, a fronte di alcuni segnali di ripresa, il vasto bacino della povertà non mostra di beneficiarne.

ITALIA. Incidenza di povertà assoluta e povertà relativa - val. % (2016-2017)

	2016	2017
Incidenza della povertà assoluta (%)		
Famiglie	6,3	6,9
Individui	7,9	8,4
Incidenza della povertà relativa (%)		
Famiglie	10,6	12,3
Individui	14,0	15,6

Fonte: Istat 2018

ITALIA. Stima di povertà assoluta e povertà relativa - V.A. (2016-2017)

	2016	2017
Povertà assoluta		
Famiglie	1 milione 619mila	1 milione e 778mila
Individui	4 milioni 742mila	5 milioni e 58mila
Povertà relativa		
Famiglie	2 milioni 734mila	3 milioni 171mila
Individui	8 milioni 465mila	9 milioni 368mila

Fonte: Istat 2018

Lo stesso trend è registrabile per la popolazione degli individui. Siamo arrivati a 5milioni e 58mila individui in povertà assoluta e ben oltre 9 milioni di individui in povertà relativa! La numerosità della famiglia continua ad essere predittiva di disagio. Oltre il 30% delle famiglie con tre o più figli minori risulta in condizioni di povertà relativa e oltre il 20% si trova in condizioni di povertà assoluta.

ITALIA. Incidenza di povertà assoluta e povertà relativa per numero di figli minori - val. % (2017)

	Incidenza di povertà assoluta (%)
1 figlio minore	9,5
2 figli minori	9,7
3 o più figli minori	20,9
Almeno un figlio minore	10,5
Incidenza di povertà relativa (%)	
1 figlio minore	17,0
2 figli minori	19,4
3 o più figli minori	31,0
Almeno un figlio minore	19,0

Fonte: Istat

Un altro modo di analizzare la povertà è quello di far riferimento a una recente classificazione sociale formulata dall'Istat. Facendo riferimento **ai gruppi sociali** si nota che dal 2015 al 2017 aumenta la povertà assoluta tra le "famiglie tradizionali della provincia", tra le "anziane sole" e i "giovani disoccupati".

ITALIA. Incidenza di povertà assoluta tra le famiglie e gli individui per gruppo sociale - val. % (2015-2017)

	Famiglie			Individui		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Famiglie a basso reddito con stranieri	27,9	30,1	28,9	34,4	36,6	33,4
Famiglie a basso reddito di soli italiani	12,8	10,9	11,8	13,2	11,9	12,4
Famiglie tradizionali della provincia	8,4	9,9	14,0	8,4	10,0	14,1
Anziane sole e giovani disoccupati	8,5	9,7	11,9	8,3	10,6	13,4
Le famiglie degli operai in pensione	4,6	4,6	4,8	4,5	4,6	4,6
I giovani blue-collar	3,3	3,8	4,8	3,5	4,2	5,1
Le famiglie di impiegati	1,6	2,3	2,1	2,3	3,2	2,6
Le pensioni d'argento	1,6	1,0	1,4	1,7	0,9	2,1
La classe dirigente	-	-	-	-	0,8	0,3
Totale	6,1	6,3	6,9	7,6	7,9	8,4

Fonte: Istat 2018

Cresce l'incidenza degli individui a rischio povertà per caratteristiche del capofamiglia praticamente in tutte le fasce d'età (ad eccezione della fascia d'età 65 anni e più); raddoppia al Nord Italia (mentre il già altissimo livello al Sud permane sugli stessi livelli e aumenta al Centro); cresce sia per "lavoratori dipendenti" sia per gli "indipendenti" (si salvano i pensionati).

ITALIA. Incidenza degli individui a rischio di povertà per caratteristiche del capofamiglia - val. % (2016)

Capofamiglia	2006	2016
Età		
Fino a 35 anni	22,6	29,7
Da 35 a 45 anni	18,9	30,3
Da 45 a 55 anni	20,2	24,1
Da 55 a 65 anni	16,6	20,9
Oltre 65 anni	20,2	15,7
Area geografica		
Nord	8,3	15,0
Centro	9,7	12,3
Sud	39,5	39,4
Condizione professionale		
Lavoratore dipendente	18,4	21,2
Lavoratore indipendente	14,6	19,5
Pensionati	19,0	16,6
Altra condizione non professionale	75,9	83,0
Paese di origine		
Italia	18,8	19,5
Eestero	33,9	55,0
Totale	19,6	22,9

Fonte: Banca d'Italia

Ma non è solo la povertà a crescere. Cresce anche l'**isolamento sociale**, un fenomeno che Caritas Roma ha già portato più volte in evidenza: circa **3 milioni di italiani dichiarano di non avere alcuna rete di relazioni esterna alla famiglia**, cioè non hanno relazioni con amici, non hanno rete di sostegno (parenti, vicini, amici su cui contare), non partecipano ad alcuna rete associativa.

Questa modifica in negativo delle reti sociali di supporto è strettamente connessa a modifiche nei comportamenti individuali come la bassa fecondità (1,34 figli per donna), l'instabilità coniugale (le separazioni nel 2016 sono state 16,4 ogni 10mila abitanti e, secondo l'Istat, i divorzi aumentano soprattutto nella fascia d'età 55-64 anni), la posticipazione di tutte le tappe della transizione adulta e della formazione della famiglia.

Inoltre aumentano le famiglie composte da una persona sola (nel 2016 sono 31,6%, erano 21,5% nel '96). Le forme di socialità virtuale (come sottolinea l'Istat in un approfondimento recentissimo) affiancano le forme tradizionali di relazione, risultano gradite, ma non riescono ad offrire lo stesso grado di soddisfazione delle relazioni *de visu*, che vengono favorite, tra l'altro, dal capitale d'istruzione posseduto.

1.4 ROMA TRA SQUILIBRI E CRITICITÀ

La città di Roma e l'area metropolitana che la circonda riflettono le contraddizioni che si riscontrano a livello nazionale, in parte amplificandole e drammatizzandole.

L'area metropolitana prende sembianze e forme sociali diverse a seconda del quartiere e della zona urbanistica, per paesaggio urbano e per connotazione sociale dei cittadini, tratteggiando il profilo di una città caratterizzata da marcate diseguaglianze. La complessa articolazione della metropoli vede zone vulnerabili presenti anche nelle aree centrali della città, dove si trovano elevati valori immobiliari, ma la loro concentrazione è massima soprattutto nelle aree prossime al Grande raccordo anulare, a nord ovest come ad est.

Se l'Italia è paese di forti diseguaglianze (come si è visto nel paragrafo precedente) la sua capitale ne riproduce le differenze sociali, non riuscendo a compensare. Basterà ricordare i tanti giovani che non trovano occupazione e gli anziani che non riescono ad andare in pensione.

Peraltro i segnali possono anche segnare un fenomeno positivo che però ne cela uno di segno negativo: è il caso della vitalità imprenditoriale, per fare un esempio. Secondo Unioncamere nel Lazio sono registrate 650mila imprese pari ad oltre il 10% del totale delle imprese italiane, con un tasso di crescita doppio rispetto a quello nazionale. Nell'area metropolitana di Roma sono iscritte 470.000 imprese, di cui 346mila attive, pari a circa l'8% del dato nazionale.

Va comunque notato che in tale crescita va considerato il fenomeno delle ditte (sia individuali che srl semplificate) spesso aperte per svolgere attività precarie di lavoro autonomo in una forma impropria.

Tuttavia, nella sola area metropolitana di Roma nel settore del commercio tradizionale in questi ultimi 5 anni (2011-2016) il numero di imprese in assoluto che hanno chiuso sfiorano oltre le 16.000 unità (con un saldo tra aperture e chiusure negativo di 8.000 imprese, tra i più elevati d'Italia). Ancora oggi del resto, i dati sui consumi mostrano un forte rallentamento e la ripresa dell'export e del turismo sembrano non bastare.

È che nella città coesistono concentrazioni di benessere che "magnetizzano" ulteriore benessere e diffuse forme di disagio socioeconomico, dove affiorano fenomenologie diverse e complesse di vulnerabilità. Vedremo più avanti che non si tratta solo di un'impressione.

Analizzando la distribuzione del reddito medio nell'ultimo anno disponibile, si registra una estrema variabilità: si va dai 40.530 euro (reddito individuale imponibile medio) del II Municipio ai 17.053 del VI Municipio (dunque meno della metà rispetto al primo in classifica).

COMUNE DI ROMA. Reddito medio dichiarato per Municipio (2015)

Municipio	Totale contribuenti	Reddito individuale imponibile medio
I	112.801	37.595,76
II	111.809	40.530,40
III	135.449	25.379,52
IV	113.789	21.195,88
V	159.418	18.773,22
VI	146.592	17.053,83
VII	206.800	24.048,15
VIII	88.372	28.007,85
IX	115.594	29.587,85
X	142.367	22.726,66
XI	98.077	21.299,70
XII	94.204	27.170,00
XIII	84.059	23.847,48
XIV	119.608	24.657,79
XV	93.244	30.290,57

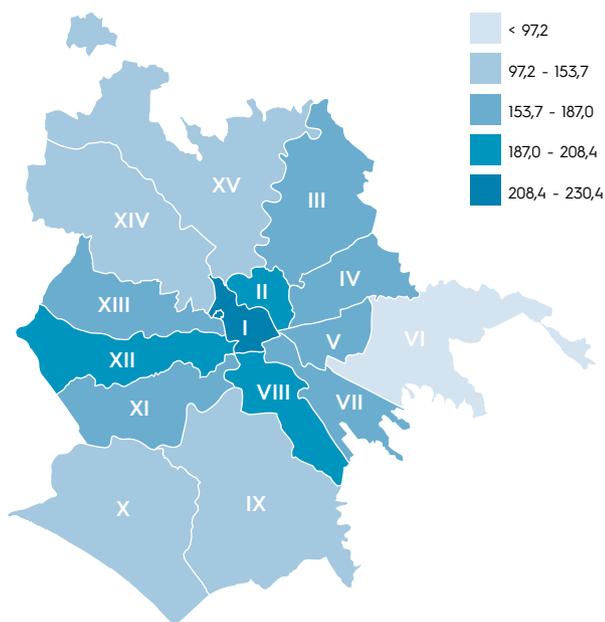
Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Siatel - Agenzia delle Entrate

Nel complesso l'1,8% presenta un reddito di oltre 100.000 euro annui, mentre il 51,3% possiede un reddito fino a 15.000 euro.

1.5 VIVERE DI STENTI DA VECCHI

La città invecchia a vista d'occhio: in alcune zone, in particolare del centro storico, gli anziani rappresentano la fascia d'età più consistente e contribuiscono notevolmente a caratterizzare l'habit sociale di alcuni municipi.

COMUNE DI ROMA. *Indice di vecchiaia per Municipio (2017)*



Fonte: Elaborazione Centro Studi Caritas di Roma su dati dell'Ufficio Statistico di Roma Capitale

E non si tratta di anziani che godono certamente di redditi adeguati; gli anziani in difficoltà si concentrano in misura maggiore nel quinto e nel settimo Municipio, ma per la verità è anche possibile dire che si distribuiscono un po' in tutti e quindici i municipi.

COMUNE DI ROMA. *Numero stimato di residenti sopra i 65 anni con reddito inferiore a 11.000 euro (2015)*

MUNICIPIO	Totale popolazione Over 65 con reddito dichiarato (V.A.)	Totale popolazione Over 65 con reddito dichiarato (%)	Totale popolazione Over 65 con reddito inferiore a 11.000€ (V.A.)	Totale popolazione Over 65 con reddito inferiore a 11.000€ (%)
I	37.265	6,9	9.130	6,2
II	38.174	7,1	8.046	5,5
III	42.582	7,9	10.618	7,2
IV	33.464	6,2	9.685	6,6
V	46.390	8,6	15.054	10,2
VI	31.667	5,9	11.882	8,1
VII	63.261	11,7	16.546	11,3
VIII	29.788	5,5	6.213	4,2
IX	31.453	5,8	6.599	4,5
X	37.640	7,0	10.441	7,1
XI	30.148	5,6	8.942	6,1
XII	31.215	5,8	7.962	5,4
XIII	25.792	4,8	7.762	5,3
XIV	34.851	6,4	10.199	6,9
XV	27.470	5,1	7.862	5,4
Tot.	541.160	100,0	146.941	100,0

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Siatel - Agenzia delle Entrate

La domanda che nasce spontaneamente è: come fanno 146.941 ultrasessantacinquenni con al massimo 11.000 euro di reddito, che avranno probabilmente in molti anche bisogno di un'assistenza domestica (badante, donna delle pulizie) a poter pagare un affitto (che a Roma è di circa 800 euro)? Oppure, se proprietari di casa, comunque a sostenere il mantenimento dell'abitazione (condominio, bollette) più le spese per il vitto e quelle sanitarie-assistenziali?

C'è una città nella città che nella fase finale della vita si trova con risorse economiche stentate a fronteggiare una stagione che è forse per definizione quella più fragile, più bisognosa di aiuti, anche a pagamento, vista l'enorme difficoltà che le distanze della metropoli frappongono ad eventuali parenti pur volenterosi di assistere i propri anziani.

1.6 FAMIGLIE VULNERABILI

Le famiglie si caratterizzano per diversi livelli di vulnerabilità ed è importante sottolineare che sta aumentando il disagio invisibile di famiglie apparentemente normali.

Quelle con un solo occupato e senza ritirati del lavoro sono aumentate a Roma dal 2008 al 2016 del 47,8%. Il dato è di molto superiore a quello nazionale e identifica quella tipologia familiare cui manca l'ammortizzatore sociale della pensione di un nonno o di una nonna che consenta un margine di relativa tranquillità.

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA, LAZIO E ITALIA.

Famiglie con un solo occupato senza ritirati dal lavoro - V.A. e var. % (2008 e 2016)

Riferimento territoriale	2008	2016	var. % 2008-2016
Città Metropolitana di Roma	462.522	683.419	47,8
Lazio	613.189	900.204	46,8
Italia	6.533.860	7.659.329	17,2

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Istat

Ma altre tipologie familiari confluiscono nel grande bacino delle famiglie "vulnerabili": ad esempio, nella città metropolitana di Roma il 51,4% (cfr. tabella di seguito) delle famiglie senza occupati, senza ritirati dal lavoro e con almeno un elemento disponibile al lavoro è costituito da una persona sola, una percentuale di molto superiore a quella nazionale. Una percentuale superiore al dato nazionale è costituito da padre solo con figli e da madre sola con figli.

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA, LAZIO E ITALIA.

Famiglie senza occupati, senza ritirati dal lavoro e con almeno un elemento disponibile al lavoro secondo la tipologia - V.A. e var. % (2016)

	Città Metropolitana di Roma	Lazio	Italia
Numero di famiglie	92.790	142.107	1.546.834
Tipologia di famiglia			
Persona sola	51,4	47,7	39,5
Coppia con figli	18,5	21,3	32,6
Coppia senza figli	4,9	6,7	6,9
Padre solo con figli	2,0	2,3	1,6
Madre sola con figli	23,2	22,0	19,4
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Istat

1.7 MINORI E GIOVANI IN POVERTÀ

I giovani dai 15 ai 34 anni sono a Roma, al 31 dicembre 2017, 564.045 con una concentrazione maggiore nei popolosi VI e VII Municipio. I giovani stranieri sono 106.573. Essi si collocano soprattutto nel VI Municipio; un'alta percentuale si ritrova anche nel Centro Storico.

A Roma, per cercare di dare un'informazione più articolata a livello territoriale e al fine di analizzare la distribuzione delle famiglie in condizione di difficoltà economica all'interno dei 15 Municipi, è stata presa in considerazione la stima dei nuclei familiari in cui sono presenti minori e il cui reddito non supera i 25.000 euro. Il dato riferito all'anno fiscale 2015, evidenzia come le zone del quadrante est di Roma risultino essere le aree di maggior disagio; infatti tale valore è più elevato all'interno del VI Municipio (16.729) comprendente le zone di Torrespaccata, Torre Maura, Giardinetti-Tor Vergata, Acqua Vergine, Lunghezza, Torre Angela, Borghesiana, San Vittorino. A questo segue il V Municipio (12.162) a cui corrispondono le seguenti aree urbanistiche: Torpignattara, Casilino, Quadraro, Gordiani, Centocelle, Alessandrina, Tor Sapienza, La Rustica, Tor Tre Teste, Casetta Mistica Centro, Direzionale Centocelle e Omo. Viceversa, il valore più basso si registra all'interno dell'VIII Municipio (Ostiense, Valco S. Paolo, Garbatella, Navigatori, Tormarancia, Tre Fontane, Grottaperfetta, Appia Antica Nord, Appia Antica Sud) e del II Municipio (Villaggio Olimpico, Parioli, Flaminio, Salarino, Trieste, Villa Borghese, Villa Ada, Nomentano, San Lorenzo, Università, Verano).

COMUNE DI ROMA. *Stima famiglie residenti con minori e reddito sotto i 25.000 euro (2015)*

Municipio	Stima famiglie residenti con minori e reddito sotto i 25.000 euro
I	6.630
II	5.103
III	7.797
IV	7.394
V	12.162
VI	16.729
VII	11.218
VIII	4.283
IX	6.452
X	11.367
XI	7.334
XII	5.291
XIII	6.145
XIV	9.356
XV	7.960
Totale	125.221

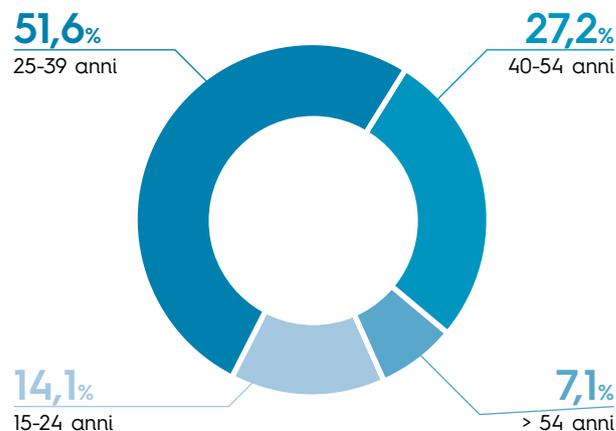
Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Siatel - Agenzia delle Entrate

Come per gli anziani, i giovani romani presentano caratteristiche marcate di sofferenza. Per renderse-ne conto basta guardare al tasso di disoccupazione giovanile e a come è cambiato negli anni secondo la fascia d'età. La disoccupazione giovanile è aumen-

tata visibilmente per tutte le fasce d'età, di circa 10 punti percentuali: praticamente un quarto dei giovani romani (18-29 anni) risulta disoccupato.

E l'occupazione va analizzata in controtuce: il lavoro atipico, che si caratterizza per la presenza di contratti a termine o di collaborazione che non sono certo l'ideale per metter su famiglia e raggiungere una certa stabilità, coinvolge il 14,1% dei giovani tra i 15 e i 24 anni e il 51,6% dei giovani tra i 25 e i 39 anni.

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA. *Occupati per lavoro atipico e fascia d'età - val. % (2016)*



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Istat

Ma c'è un indicatore di sofferenza ancora più eloquente: i NEET, cioè i giovani che non lavorano, ma neanche studiano o sono in formazione, sono a Roma 134.556, una città nella città; dal 2008 sono aumentati del 68,3% (erano nel 2008 "soltanto" 79.953). Chi sono i NEET? I centri d'ascolto della Caritas di Roma rivelano: sono giovani mortificati da un iter scolastico fallimentare e da un mercato del lavoro che ha come unico elemento stabile la precarietà.

1.8 LA TRASMISSIONE GENERAZIONALE DELL'ESCLUSIONE SOCIALE

Un aspetto meno analizzato riguarda l'esposizione economica finanziaria delle famiglie. A Roma questo fenomeno è diffusissimo. I nostri servizi avvertono:

"Più nascoste sono risultate le sofferenze legate al tema dell'usura-molto rilevante e più estesa di quanto si possa immaginare, per ragioni "umanamente" comprensibili legate al timore delle conseguenze in caso la propria condizione sia resa pubblica. Durante i colloqui sono emersi quasi in via accidentale, articolate e **spaventose posizioni debitorie** in capo a singole persone e nuclei familiari, per decine di migliaia di euro, la cui somma complessiva in alcuni casi sfiora e anche supera i 100mila euro. Sono situazioni pregresse relative a canoni di locazione non pagati da decenni e/utenze onorate in modo discontinuo solo per dare segnali positivi ai gestori ed evitare così il distacco della luce o del gas. In realtà si tratta di una corsa continua per dilazionare il più possibile quest'evento assai temuto dalle famiglie. Ma spesso purtroppo si verifica. In alcuni casi, a distacco avvenuto, si è proceduto a stipulare un contratto con altri gestori, lasciando pendenti e insolute le precedenti posizioni. I rapporti di debito che sono emersi durante i colloqui al Centro d'Ascolto Caritas, sono vantati da enti pubblici che gestiscono alloggi a canone agevolato oppure da società private per la fornitura di energia elettrica, gas, acqua ecc. Alcune pratiche di insolvenza sono transitate a enti per la riscossione dei crediti, come Equitalia S.p.A. fino al 1° luglio 2017 e, successivamente al suo scioglimento, devolute all'Agenzia delle Entrate-Riscossione. La circostanza che i debiti afferiscono a un ente (pubblico o privato) e non

a una persona fisica, ha causato atti di pignoramento che nella maggior parte dei casi non hanno avuto effetti significativi poiché persone e nuclei familiari sono risultati nullatenenti, sprovvisti di beni mobiliari e immobiliari. Poiché però l'atto di pignoramento a impulso di un ente pubblico non dovrebbe decadere, è sempre in agguato l'espropriazione forzata di beni o redditi certificati che potrebbero essere acquisiti o conseguiti nel futuro. Anche per questo motivo, durante i colloqui è stato osservato che molte famiglie, nell'assoluta impossibilità di far fronte a debiti così onerosi, sono come **destinate e costrette non solo a una precarietà senza fine ma soprattutto ad adottare un profilo decisamente basso di visibilità** e pubblicità della loro condizione economica che sfugge così ai controlli ufficiali poiché non esiste documentazione formale delle entrate economiche.

Sono famiglie che non intravedono futuro per la risoluzione dei loro problemi economici, non ce la fanno a pagare gli arretrati neanche rateizzando le somme di denaro, decidono di lavorare senza contratto (qualora il lavoro si trovi), in modo che il reddito non sia tracciabile dall'Agenzie dell'Entrate, dall'INPS o dalla Guardia di Finanza...

Durante i colloqui è anche emerso che la situazione debitoria antica dei genitori ha condizionato fortemente **le aspettative di vita dei figli**, condannati a una vita di stenti soprattutto nell'età della crescita e dell'adolescenza e comunque fino alla maggiore età e finché i figli sono risultati all'interno dello stesso nucleo familiare. Ciò ha depresso in partenza sogni e desideri di possibili percorsi, sempre per il timore di verifiche ed espropri, inducendo i figli ad abbandonare presto gli studi per contribuire al mantenimento della famiglia e costretti a non poter accettare lavori regolari, ma solo in nero".

(Caritas di Roma, Area Ascolto e Accoglienza, Relazione 2018)

Un'altra faccia della povertà, tra quelle più invisibili, che si districa tra carte bollate e destini segnati.

CAPITOLO 1.

Note di chiusura

1 I problemi sono individuati secondo la metodologia Eurostat e sono: 1) non poter sostenere spese impreviste di 800 euro; 2) non potersi permettere una settimana di ferie all'anno lontano da casa; 3) avere arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o per altri debiti come per es. gli acquisti a rate; 4) non potersi permettere un pasto adeguato ogni due giorni (cioè con proteine della carne o del pesce o equivalente vegetariano); 5) non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione; 6) non potersi permettere l'acquisto di una lavatrice; 7) non potersi permettere l'acquisto di un televisore a colori; 8) non potersi permettere l'acquisto di un telefono; 9) non potersi permettere l'acquisto un'automobile (Fonte: indagine Eu-Silc)

2 Soglia di povertà assoluta: rappresenta la spesa minima necessaria per acquisire i beni e i servizi inseriti nel paniere di povertà assoluta. La soglia di povertà assoluta varia, per costruzione, in base alla dimensione della famiglia, alla sua composizione per età, alla ripartizione geografica e alla dimensione del comune di residenza.

3 Soglia di povertà relativa: per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media per persona nel Paese (ovvero alla spesa procapite) e si ottiene dividendo la spesa totale per consumi delle famiglie per il numero totale dei componenti. Nel 2017 questa spesa è risultata pari a 1.085,91 euro mensili.



2. LE PERSONE CHE LA CARITAS INCONTRA

a cura del Centro Studi Caritas

2.1 QUALCUNO CHE ASCOLTA

Lungi dai discepoli di Cristo sentimenti di disprezzo e di pietismo verso di essi; piuttosto sono chiamati a **rendere loro onore**, a dare loro la precedenza, convinti che sono una presenza reale di Gesù in mezzo a noi. «Tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me».

(Messaggio di papa Francesco, Il Giornata Mondiale dei poveri)

Spesso il disagio delle persone è difficile da vedere poiché nascosto nelle pieghe di un'apparente vita normale (pensiamo al fenomeno dell'azzardo, all'indebitamento e al collasso delle famiglie c.d. medie causata dall'aumento della forbice delle disuguaglianze, alla perdita del lavoro e della casa che sempre più tocca indifferentemente i diversi strati della popolazione); altre volte è di difficile comprensione poiché afferisce a situazioni di cui si ha scarsa o imprecisa conoscenza (si pensi all'ereditarietà della povertà, ai disagi psichici, alla questione degli stranieri); altre volte ancora riguarda nostre più o meno recondite paure ed incertezze (ad esempio la relazione con l'altro da me). In tutte le varie circostanze specifiche appena accennate ricorre il tema del richiamo alla responsabilità personale: cosa sappiamo delle situazioni di disagio nella nostra città e come ci poniamo di fronte ad esse? Riusciamo a **render loro il dovuto "onore"** (cioè, come si legge nel dizionario Garzanti, riconoscere la massima stima e considerazione)?

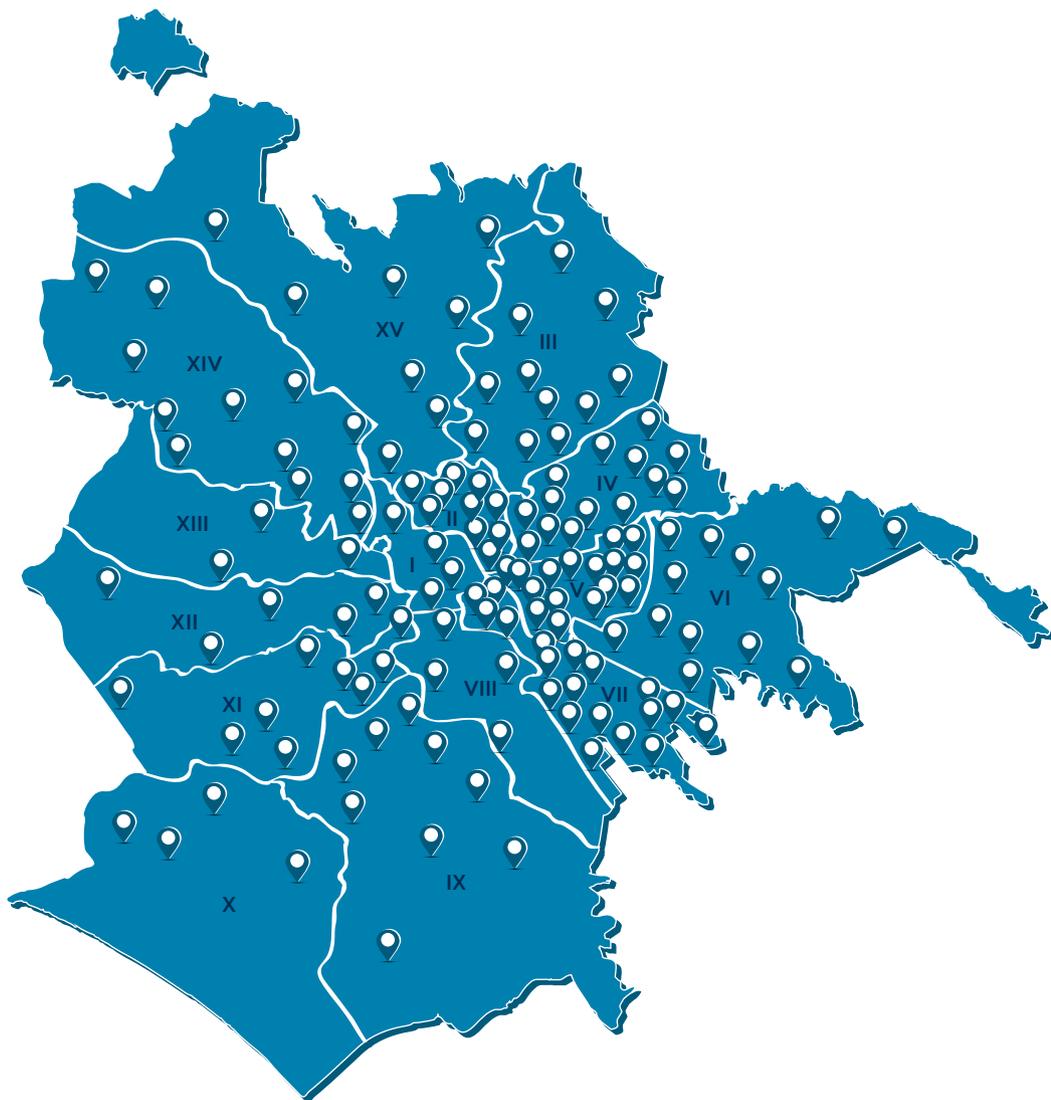
Il saper vedere, il saper sentire e il saper agire necessitano di capacità ma anche di sapiente e costante esercizio di osservazione: la città di Roma offre davvero un vasto e variegato scenario dell'umana fragilità su cui vale la pena provare a concentrare la nostra attenzione, la nostra sensibilità e le nostre azioni. La Caritas diocesana e le caritas parrocchiali auspicano di poter offrire un valido contributo in questa direzione grazie alla loro presenza capillare sul territorio, attraverso i 145 centri d'ascolto parrocchiali della Rete e i 3 centri d'ascolto diocesani. Le realtà che si vanno ad incontrare, le persone, le storie sono numerosissime e aiutano a capire cosa accade nella città e che difficoltà fronteggiano le persone che a volte faticiamo a mettere a fuoco.

In questo capitolo proveremo a posizionare delle lenti d'ingrandimento su alcune situazioni e fenomeni che sono venuti particolarmente in evidenza proprio grazie al lavoro di ascolto e sostegno svolto dai centri

d'ascolto sparsi nella città che per la loro peculiarità riescono ad essere allo stesso tempo antenne di

raccolta e di emissione di segnali delle esistenze in maggiore stato di fragilità.

Presenza dei CDA diocesani e parrocchiali della Rete della Caritas di Roma sull'intero territorio romano.¹



Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018

Ogni mattina, alle nove, si apre la porta del Centro di Ascolto e le persone si accomodano in attesa di essere ascoltate e vedere risolti, come per magia, i propri problemi. La sala si riempie di uomini, donne, giovani, anziani, portatori di una molteplicità di difficoltà, alcuni di loro li conosciamo da anni, altri sono qui per la prima volta e si guardano intorno con circospezione, qualcun altro, esausto e arrabbiato, attacca subito con un atteggiamento rivendicativo. È un luogo in cui vivono fianco a fianco condizioni considerate croniche e altre in cui il disagio si manifesta in fase acuta e ci porta a confrontarci con una sorta di "codice rosso". Uno dei modi attraverso cui il centro di ascolto riesce a non soccombere a tale moltitudine e diversità di bisogni, è l'idea di privilegiare "l'incontro" con le persone rispetto al soddisfacimento del loro bisogno. La complessità, in questo senso, è quella di sapersi muovere su un duplice livello di intervento, quello di chi opera in un centro che dispensa servizi a carattere di emergenza, con quello di chi è consapevole che per aiutare una persona occorre in un certo senso saper riattivare un processo di significazione e comprensione della crisi per evitare da subito l'instaurarsi di un pericoloso circolo vizioso che mantiene l'emergenza. Per fare ciò occorre poter stare con la persona nel momento in cui giunge a noi col suo bisogno, comprendere in che modo il nostro incontro si inserisca nella particolare processione di eventi che l'ha condotta fino a noi. In questo senso, la possibilità di poter offrire accoglienza, mensa, emporio, ecc., rappresenta lo sfondo del nostro intervento che privilegia invece quegli elementi di contesto che aiutano a significare il qui ed ora della relazione con l'individuo. Ci sono situazioni, per esempio, in cui il racconto della persona appare piatto e privo di coloriture emotive, quasi come si ascoltasse il nastro registrato di una segreteria telefonica, altre in cui la sofferenza è tale da offuscare le capacità di pensiero. È importante saper resistere alla tentazione di limitarsi a dispensa-

re risposte pratiche e mantenere attiva la possibilità di mettere sempre in discussione la lettura della crisi che la persona ci porta, rimanere "curiosi", anche nelle situazioni più drammatiche a partire da quello che ci appare emergente.

(Caritas di Roma, Area Ascolto e Accoglienza, Relazione 2018)

È il **silenzio dell'ascolto** ciò di cui abbiamo bisogno per riconoscere la loro voce. Se parliamo troppo noi, non riusciremo ad ascoltare loro.

(Messaggio di papa Francesco, *Il Giornata Mondiale dei poveri*)

I numerosi **centri di ascolto** della Caritas, sia diocesani che parrocchiali, permettono di sviluppare un contatto piuttosto diffuso con il territorio cittadino e con le situazioni di disagio. Al fine di poter rendere le osservazioni e gli interventi intellegibili, efficaci ma anche condivisi i centri d'ascolto della Caritas sono organizzati su un sistema informatico in cui confluiscono tutti i dati raccolti nei diversi centri, suddivisi in diocesani e parrocchiali.

Quest'anno la rete Caritas ha potuto interagire con **21.149** persone in stato di bisogno, persone le cui storie, narrazioni, vicende sono diventate non solo la preoccupazione e la premura degli operatori della Caritas ma anche dei 4.000 volontari, dei 6.106 studenti di 62 diversi istituti, dei 219 docenti, delle 145 parrocchie dei 5 settori romani che tutti insieme prestano il loro tempo e la loro disponibilità nei nostri centri.

Non solo. Se la prossimità alle persone in disagio è la peculiarità e la preziosità dei centri d'ascolto Caritas sul territorio, sia diocesani che parrocchiali, l'obiettivo è che tale vicinanza possa aiutare non solo ad approfondire le relazioni già in essere tra gli operatori diocesani e parrocchiali e le persone a cui si tenta di offrire un qualche sostegno, ma anche ad

accorciare le distanze tra le vite di queste persone e coloro che ancora non hanno avuto occasione di entrarvi in contatto significativo.

Offrire al povero un **“luogo spazioso”** equivale a liberarlo dal **“laccio del predatore”** (cfr *Sal 91,3*), a toglierlo dalla trappola tesa sul suo cammino, perché possa camminare spedito e guardare la vita con occhi sereni.

(Messaggio di papa Francesco, *Il Giornata Mondiale dei poveri*)

È necessario fare un'ulteriore precisazione a questo riguardo. L'atteggiamento di attenzione e di disponibilità, in altri termini l'ascolto della persona, si realizza principalmente grazie ad un appello che trova origine nelle varie circostanze di incontro concreto con la singolarità e la storia delle persone che si rivolgono ai nostri centri: in qualche modo sono l'urgenza e la serietà del bisogno dell'altro a suscitare in noi il tentativo di darvi **spazio** prima di tutto in noi stessi, nelle nostre intuizioni, conoscenze, certezze e poi nelle nostre scelte ed azioni specifiche.

La questione principale è quindi partire da ciò che la persona chiede, narra, rappresenta nella sua interezza e globalità piuttosto che costringerla in qualche categoria aprioristica. Certamente la nostra esperienza si sostanzia di incontri con fragilità, a volte con vite spesso spezzate o allo stremo e potremmo anche incorrere nel rischio di assolutizzare **“il bisogno”** facendolo coincidere con la persona. Ma appunto, il rischio va evitato.

Ecco perché è estremamente interessante osservare come la seconda richiesta esplicitata in maniera netta dalle persone che si sono rivolte in quest'ultimo anno ad uno dei nostri centri di ascolto diocesani sia **“l'ascolto”** anche se noi siamo portati, nel sentire comune, a credere che le loro esigenze materiali siano più urgenti del resto. Invece le persone rac-

contano qualcosa di diverso su di sé: ci invitano a considerare la profonda solitudine relazionale che si trovano a dover fronteggiare, molto spesso senza più energie residuali da mettere in campo.

Utenti Caritas dei centri diocesani per tipologia di richieste - val. % sui casi

Richieste	% sui casi
Mensa	61,4
Ascolto	46,4
Cure mediche	34,2
Farmaci	27,0
Rinnovo tessera Caritas	24,9
Alloggio	23,8
Lavoro	11,2
Emporio	8,3
Scuola di italiano	7,4
Orientamento sul territorio	1,8
Docce	1,3
Pacchi viveri	1,3
Altro	4,5

* Totale superiore a 100 per risposte multiple.

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Qualcosa di simile si rileva osservando i dati provenienti dai centri di ascolto parrocchiali: la seconda problematica indicata dagli operatori in contatto con le persone che si rivolgono presso i centri parrocchiali è la **“solitudine”**, a cui spesso si connettono tutte le altre difficoltà.

Utenti Caritas dei centri parrocchiali per bisogni rilevati - val. % sui casi

Bisogni rilevati	% sui casi
Reddito inadeguato	79,6
Solitudine/isolamento	13,6
Precarietà abitativa	12,3
Gestione economica familiare inadeguata	12,3
Fragilità psicologica	12,0
Malattia fisica	12,0
Bassa scolarità	8,2
Conflittualità familiare	7,2
Malattia psichiatrica	4,0
Disorientamento sui diritti esigibili	4,0
Disabilità	3,8
Altro	3,5

* Totale superiore a 100 per risposte multiple.

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Com'è possibile essere giunti a questo deficit di "umano" tanto diffuso?

La domanda non è peregrina se la si legge nel contesto del presente lavoro, vocato precipuamente alla corretta e cogente lettura delle situazioni di fragilità e povertà della nostra città.

È importante ricordare che la nostra azione di sensibilizzazione e decodifica del disagio si inserisce nel ragionamento che anche a livello mondiale e locale si sta cercando di fare per poter misurare, comprendere e approntare strategie ed azioni sempre più adeguate a rispondere ai bisogni vitali delle persone.

A questo proposito è molto interessante richiamare all'attenzione gli sforzi che si stanno facendo al fine di raffinare gli strumenti di lettura della povertà, con l'inserimento già dal 2010 di un indice complesso di registrazione delle condizioni di povertà (Mpi, Multi-dimensional poverty index) che poggia sul concetto allargato di povertà, la c.d. povertà multidimensionale, in modo da prendere in considerazione i diversi aspetti della sviluppo umano e non solo il dato economico basato sul reddito pro-capite.²

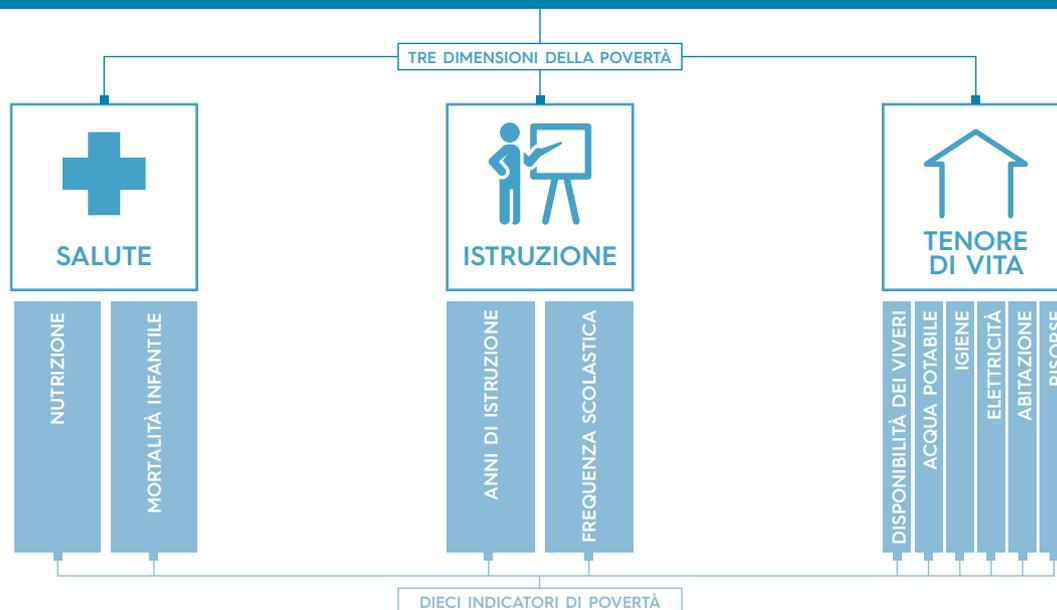
Quando la persona non si sente riconosciuta nella propria sofferenza, si sente come su un altro pianeta. «L'esclusione è quel sentimento terribile di non sentirsi più appartenente al gruppo degli umani».

Jean Furtos

In questi casi è quanto mai importante avere l'occasione di intervenire precocemente, prima che la persona si stabilizzi nel suo disagio; l'antidoto all'esclusione è sempre il rispetto, rispetto significa accettare la persona così com'è, accoglierla.

(Caritas di Roma, Area Ascolto e Accoglienza, Relazione 2018)

Indice Globale di Povertà Multidimensionale 2018 (MPI)



L'MPI globale misura direttamente le privazioni che le persone affrontano nello stesso tempo in diversi aspetti della loro vita.

L'MPI ha **tre dimensioni** e **dieci indicatori**.

Una persona è considerata povera in base all'indice MPI se è privata di **1/3** o più di questi indicatori ponderati, dove gli indicatori di salute e istruzione sono calcolati a **1/6** e gli indicatori di tenore di vita a **1/18**.



L'MPI globale aiuta a porre fine alla povertà in tutte le forme e dimensioni.

Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma su dati Global Mpi Report

I risultati aggiornati al 2018 registrano 1,3 miliardi di persone di 105 diversi Paesi che soffrono di povertà multidimensionale; l'83% dei poveri multidimensionali vive nell'Africa subsahariana o in Asia (cioè oltre

1,1 miliardo di persone); il 49,9% dei poveri multidimensionali sono bambini tra 0 e 17 anni; il 64% dei bambini dell'Africa subsahariana è in povertà multidimensionale.

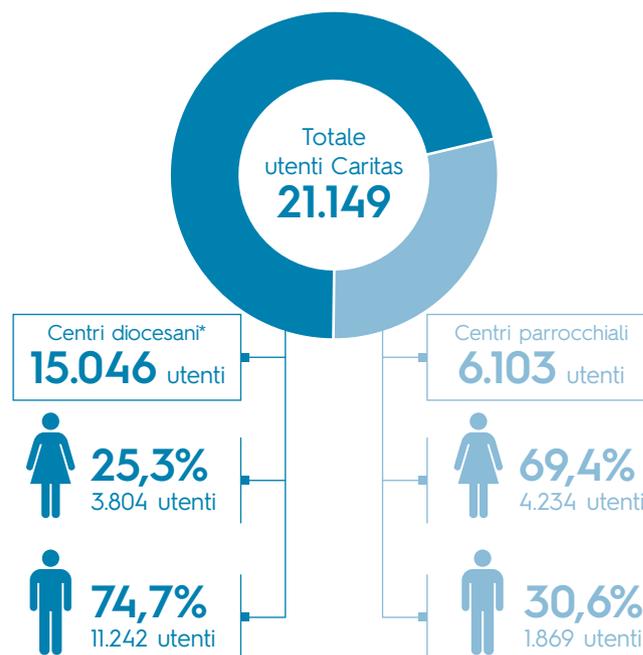
L'Mpi trova le sue origini nel lavoro che il Programma di Sviluppo Umano delle Nazioni Unite (UNDP) pubblicò nel 1990: si trattava del suo primo Rapporto nel quale veniva introdotto un nuovo approccio al benessere della persona e allo sviluppo della stessa, legato alla "ricchezza" della vita umana nella sua interezza e non solo alla ricchezza economica. Le parole chiave di quel Rapporto erano infatti **persona, opportunità e occasioni**.

In continuità con quella prima intuizione dell'UNDP useremo queste 3 chiavi di lettura nell'analisi che segue, provando a mettere in evidenza, anche attraverso la nostra banca dati, proprio quelle situazioni e condizioni che in qualche modo limitano la realizzazione del progetto di vita delle persone, le sue opportunità ed occasioni di felice realizzazione.

2.2 LE PERSONE CHE INCONTRIAMO ATTRAVERSO I CENTRI D'ASCOLTO

I primi dati che andiamo ad analizzare riguardano le caratteristiche che permettono di delineare una sorta di identikit delle persone che per diverse ragioni si sono rivolte alla nostra rete.

Come mostrato nell'infografica il numero totale degli utenti che sono entrati in contatto almeno una volta con un CDA della Rete Caritas è pari a 21.149 persone, suddivise in 15.046 afferenti ai CDA diocesani e 6.103 a quelli parrocchiali.



**Utenti Caritas dei centri diocesani = tutti coloro che sono passati per un Centro Caritas che utilizza il SIS nel 2017.*

Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018

Come si nota in maniera assai chiara il rapporto maschi femmine è inverso a seconda che si tratti di persone legate ad un centro diocesano o parrocchiale: nel caso dei centri parrocchiali accade che siano in maggioranza le donne (69,4%) ad esprimere una richiesta d'aiuto o a cercare un qualche tipo di contatto, contro il 74,7% dei maschi nei centri diocesani.

Sesso	Centri diocesani	Centri parrocchiali
Femmina	25,3 (3.804)	69,4 (4.234)
Maschio	74,7 (11.242)	30,6 (1.869)

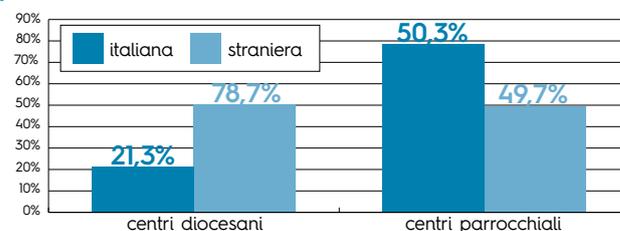
Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

La differenza, secondo quanto riferiscono gli operatori ed i volontari, si spiega da una parte attraverso il funzionamento di dinamismi relazionali non perfettamente coincidenti: il contesto parrocchiale, più prossimo e familiare, potrebbe certamente facilitare la relazione d'aiuto ma anche inibirla e in questo caso le donne assumono un comportamento meno circospetto. In particolare per la fascia di età 45-64 anni si possono osservare diverse situazioni: se l'uomo è sposato, normalmente è la moglie a rivolgersi al CDA della Parrocchia, al Parroco o ai Servizi Sociali del territorio; nel caso in cui viva all'interno di un nucleo familiare con genitori anziani generalmente sono questi ultimi ad attivare la richiesta anche se occorre specificare che spesso a queste situazioni si associano delle patologie psichiatriche non adeguatamente trattate; infine, nel caso in cui la presenza della famiglia sia venuta meno per una qualche ragione e non potendo più contare sul sostegno della rete sociale più prossima questi adulti vedono nell'attivazione da parte dei vicini, del parroco o dei servizi sociali la ragione del loro contatto con un centro d'ascolto parrocchiale.

Come si può facilmente comprendere, tenuto anche conto di quanto osservato sopra a proposito della povertà multidimensionale, la presa in carico dei casi che giungono ai centri d'ascolto spesso presenta livelli di articolazione e complessità di non poco rilievo e richiede numerose competenze specifiche e variegate risorse umane e strumentali; tanto i servizi sociali quanto i centri d'ascolto lamentano il forte stato di sofferenza e limitatezza delle opportune risorse in grado di garantire la realizzazione dei loro interventi. Tuttavia il coinvolgimento del territorio che i centri d'ascolto riescono a sollecitare, anche in termini di professionalità spendibili a titolo volontaristico, permette loro di porsi come prezioso supporto ai servizi sociali in affanno.

D'altra parte, come mostra il grafico sotto, un'altra differenza tra i centri d'ascolto è riscontrabile nella nazionalità degli utenti: va considerato che nei centri diocesani confluiscono più persone straniere (con il 78,7% del totale degli utenti), di cui la maggioranza è rappresentata da uomini che sono inseriti in percorsi migratori, soprattutto afferenti alla protezione internazionale; tuttavia non si possono dimenticare le situazioni di disagio relative agli immigrati stabilizzati nel nostro territorio e che, colpiti dagli effetti della crisi, si trovano in situazioni di forte instabilità lavorativa proprio in una età (dai 45-50 anni in su) in cui è particolarmente difficoltoso ricollocarsi.

Utenti Caritas dei centri diocesani e parrocchiali per cittadinanza - val. %



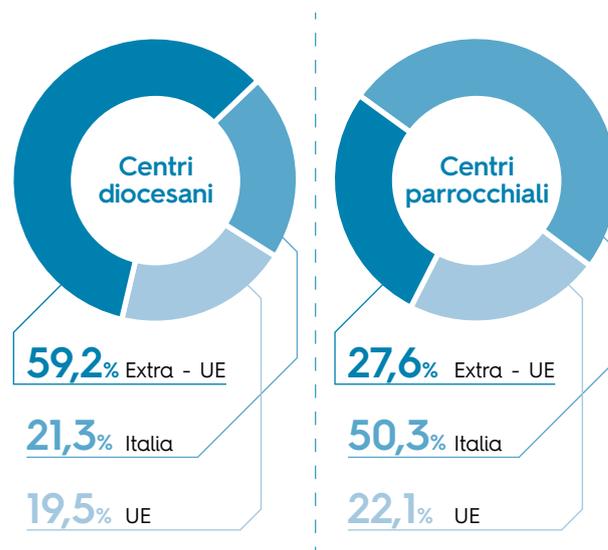
Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Questa differenza si spiega anche grazie al fatto che il centro d'ascolto diocesano per stranieri è stato il primo servizio aperto dalla Caritas diocesana di Roma (1981) e negli anni è diventato un vero punto di riferimento per le varie comunità straniere presenti nel territorio cittadino nonché per gli immigrati di nuovo arrivo (di questo parleremo più nel dettaglio in seguito).

2.3 NAZIONALITÀ ED ETÀ DELLE PERSONE ACCOLTE

Andando ad analizzare poi la suddivisione per continente di provenienza si nota che nel caso dei CDA diocesani il 59,2% degli utenti appartiene ad un paese extra-UE, il 19,5% ad uno UE (per un totale di 78,7% di persone straniere) e solo il 21,3% è di nazionalità italiana. Nel caso dei CDA parrocchiali il fenomeno è pressoché invertito, con una presenza del 50,3% degli utenti di nazionalità italiana ed una ripartizione tra gli stranieri del 22,1% di persone di cittadinanza UE e del 27,6% di cittadinanza extra-UE.

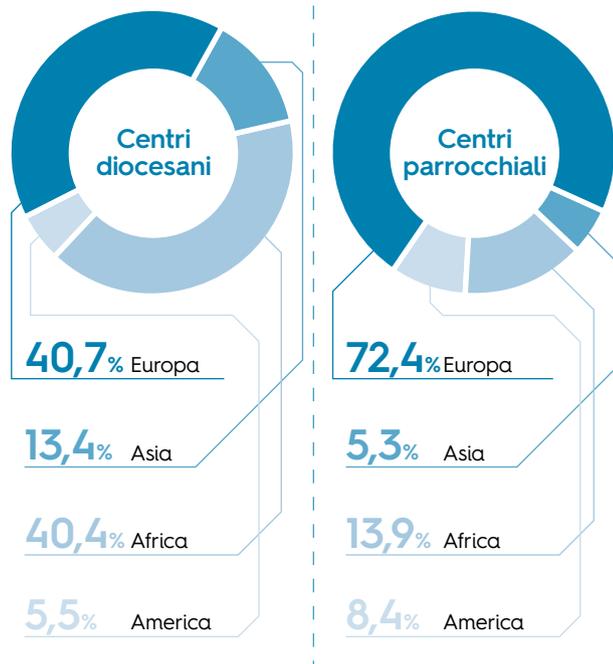
Utenti Caritas dei centri diocesani e parrocchiali per provenienza - val. %



Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Come mostrato nel grafico successivo esistono delle interessanti differenze relativamente al dettaglio dei continenti di provenienza, in continuità con quanto osservato sopra: nel caso degli utenti dei centri d'ascolto parrocchiali la maggioranza è rappresentata dal 72,4% di europei, mentre il rimanente si suddivide in 13,9% africani, 8,4% sud-americani e 5,3% di asiatici. Le percentuali degli utenti dei centri diocesani invece si abbassano al 40,7% di europei, a favore di un innalzamento molto evidente degli africani con il 40,4%, a cui seguono il 13,4% degli asiatici e il 5,5% degli americani.

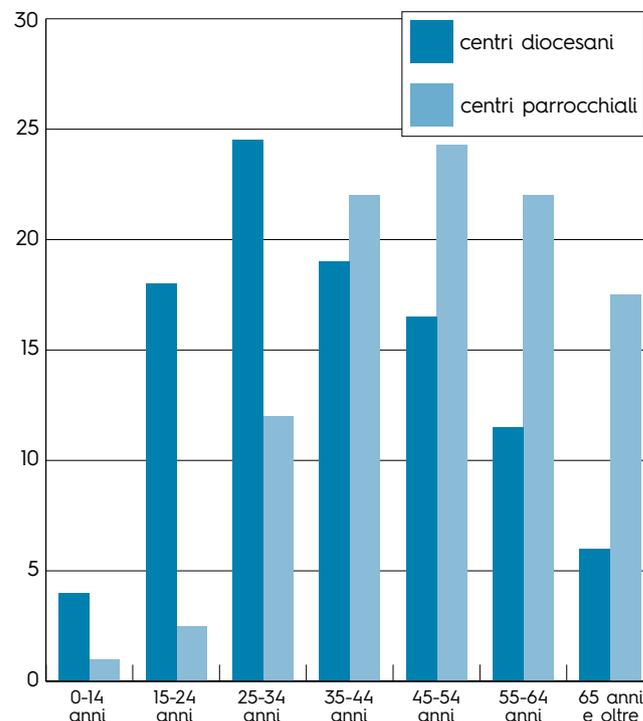
Utenti Caritas dei centri diocesani e parrocchiali per continente di provenienza - val. %



Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Nel grafico successivo invece sono evidenziate più nel dettaglio le differenze per fasce di età a seconda che si tratti di persone che si rivolgono ai centri d'ascolto diocesani o parrocchiali; il primo dato è la preponderanza di giovani (fino ai 34 anni) nei centri diocesani.

Utenti Caritas dei centri diocesani e parrocchiali per classe d'età - val. %



Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Gli operatori dei CDA sia italiani che stranieri ed i servizi promossi dalla Caritas hanno riportato numerose interessanti osservazioni in merito a detto fenomeno.

Relativamente ai giovani stranieri il fenomeno si spiega facendo riferimento prevalentemente ai movimenti migratori: normalmente, quando necessario, capita

più spesso che siano gli uomini giovani a partire in ragione della maggiore speranza di “resistenza” alle avversità dei viaggi migratori e a trovarsi poi in stato di bisogno soprattutto nel periodo immediatamente successivo all’ingresso nel nostro paese e nella nostra città. Ecco perché la giovane età degli stranieri svetta in modo evidente nei centri d’ascolto diocesani.

D’altra parte si nota come nel caso degli utenti dei centri d’ascolto parrocchiali le percentuali più elevate si rintracciano nella fascia di età dai 45 anni in su, fino ad arrivare ad un ribaltamento della situazione per le fasce di età 55-64 anni e over 65.

Nel caso degli italiani la maggiore presenza rispetto al passato dei giovani che tramite i centri d’ascolto sono ospitati nei centri d’accoglienza si lega, ovviamente, al grave problema occupazionale.

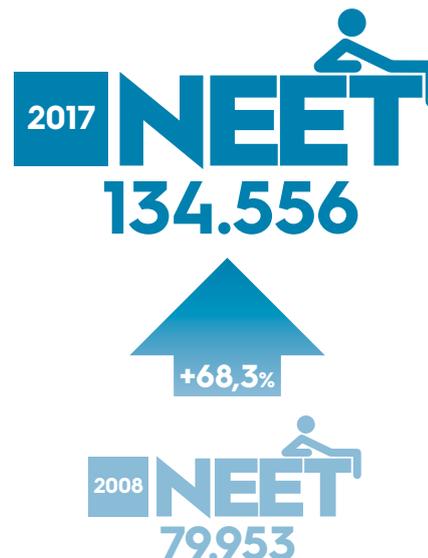
CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA. *Tasso di disoccupazione giovanile 15-29 anni (2007-2017)*

Anno	Tasso di disoccupazione (15-29 anni)
2007	16,4
2008	17,4
2009	20,6
2010	21,6
2011	23,8
2012	27,4
2013	29,9
2014	33,3
2015	31,5
2016	27,8
2017	26,1

Fonte: Istat

Nel 2017 nella sola Città Metropolitana di Roma il tasso di disoccupazione giovanile è stato pari al 26,1%, con un aumento di 9,7 punti percentuali rispetto al 2007. Se poi consideriamo il caso dei Neet (tutti coloro che non sono impegnati nello studio, nel lavoro e nella formazione) sempre nella provincia romana si è passati da 79.953 giovani nel 2008 a 134.556 nel 2017, con un aumento del +68,3%.

CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA. *Neet di 15-29 anni - V.A. (2008 e 2016)*



Fonte: Elaborazione grafica Centro Studi della Caritas di Roma su dati Istat

Se tutto questo è vero gli operatori sollecitano anche a considerare ulteriori elementi che aiutano a comprendere meglio la situazione di quei giovani che arrivano a “bussare” alle porte dei CDA, forse come ultima spiaggia: «il lavoro è l’anello debole di una catena debole, in cui ogni maglia corrode la successiva. I giovani che si presentano al CDA sono,

nella maggioranza dei casi, vittime di gravi tensioni familiari o con famiglie assenti o non in grado di sostenerli; persone con grossi traumi pregressi che tentano di sfuggire alle violenze e dagli abusi nelle loro famiglie. Ancora giovani e giovanissimi che all'improvviso si trovano in strada a dover affrontare situazioni difficili, spesso drammatiche, senza aver acquisito le competenze e l'esperienza proprie degli adulti e con il rischio di non riuscire a dominare la propria sofferenza. (...) E forse, più che per gli adulti, per i giovani la povertà più grande non è la privazione, ma l'isolamento».³

Al di là di queste differenze rimane indubbia la fatica delle persone, che gli operatori e i volontari riportano, relativamente alla scelta di rivolgersi ad un centro di ascolto o di accoglienza: il dato da cui partono tutte le richieste è il riconoscimento di un qualche tipo di fallimento "esistenziale" che può andare ad assumere svariate forme e il depotenziamento di capacità personali, con forti ricadute sull'autopercezione e l'autonomia.

Quanto più avanzato sarà il percorso di perdita di fiducia, di risorse e di autostima tanto più sarà complesso il processo di sostegno e di recupero delle capacità residuali.

Un compito che come servizio ci poniamo nei confronti dei giovani è quello di mantenere viva in loro la convinzione che il destino non sia immutabile, soprattutto quando si ha ancora tutta la vita davanti. Insieme a questa speranza che ogni giorno rinnoviamo, tentiamo di renderli responsabili delle proprie azioni, affinché non finiscano per lasciare che gli eventi decidano per loro. Chi si arrende, chi si chiude in sé stesso, chi non ha alcun progetto, non può vedersi proiettato nel futuro.

(Caritas di Roma, Area Ascolto e Accoglienza, Relazione 2018)

Nel caso dei giovani stranieri il centro d'ascolto per stranieri diocesano, ad esempio, lavora proprio sull'accompagnamento verso non solo la risoluzione di problematiche specifiche (documenti, sistemazione alloggiativa, pasti, supporto psicologico, apprendimento della lingua, ricerca lavoro, qualificazione professionale, ecc...) ma soprattutto sull'uso dei vari strumenti offerti come occasioni di recupero della dimensione relazionale e comunicativa al fine di una rapida riconquista delle dinamiche sociali e di integrazione atte a rimettere in moto i loro percorsi vitali e di realizzazione personale (come dicevamo nel paragrafo 1 a proposito del lavoro del Programma di sviluppo umano delle N.U.).

Non dobbiamo dimenticare infatti che gli stranieri di nuovo arrivo sono sempre fortemente segnati dagli eventi dei Paesi di provenienza da cui sono stati costretti a fuggire, dalle condizioni drammatiche dei viaggi (come meglio vedremo nel paragrafo successivo) e, infine, dalla situazione di isolamento e solitudine che caratterizza solitamente il primo periodo di arrivo in un Paese straniero.

Le tabelle di seguito mostrano in dettaglio l'incrocio tra la classe di età ed i Paesi di provenienza, con due specifiche sulla classe 15-24 anni e 25-34 anni. Come si evince chiaramente dai dati e dalle percentuali, subito dopo la cospicua presenza romana i successivi primi 8 Paesi appartengono tutti al continente africano, con un'altissima numerosità di giovani provenienti dal Mali.

Utenti Caritas dei centri diocesani per provenienza e classe d'età - val. %

	Romania	Mali	Nigeria	Afghanistan	Eritrea	Marocco	Somalia	Senegal	Guinea
0-14 anni	4,6	-	6,7	1,5	3,7	5,0	0,9	1,6	1,1
15-34 anni	20,1	90,5	61,0	81,3	70,0	40,0	82,1	69,9	85,2
35-44 anni	25,1	8,4	22,7	13,1	18,1	28,7	10,2	18,8	9,9
45-54 anni	28,0	1,0	7,7	3,0	5,8	17,9	4,4	7,5	2,4
55-64 anni	18,6	0,1	1,7	0,9	2,2	6,5	1,6	1,9	1,1
65 anni e oltre	3,6	-	0,2	0,2	0,2	1,9	0,8	0,3	0,3
Totale	100,0 (1.520)	100,0 (964)	100,0 (595)	100,0 (465)	100,0 (464)	100,0 (463)	100,0 (430)	100,0 (425)	100,0 (372)

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Utenti Caritas dei centri diocesani per provenienza e classe d'età 15-24 anni - val. %

	Guinea	Eritrea	Somalia	Mali	Senegal	Afghanistan	Nigeria	Marocco	Romania
15-24 anni	57,5	40,7	40,5	38,4	36,7	30,8	25,4	11,9	6,3

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Utenti Caritas dei centri diocesani per provenienza e classe d'età 25-34 anni - val. %

	Mali	Afghanistan	Somalia	Nigeria	Senegal	Eritrea	Marocco	Guinea	Romania
25-34 anni	52,1	50,5	41,6	35,6	33,2	29,3	28,1	27,7	13,8

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

2.4 LE RAGIONI “DIMENTICATE” DELLA PRESENZA DEGLI STRANIERI

Riguardo le aree geografiche è interessante notare come le provenienze per continente dei nostri utenti se da una parte sono influenzate da ragioni specificamente legate al nostro Paese quali le politiche migratorie, la prossimità dei Paesi, la più o meno radicata presenza di comunità straniere sul territorio, dall'altra sono legate anche al peso che le condizioni socio-politiche, come nel caso dei conflitti, rappresentano negli assetti dei flussi migratori a livello globale.

Il Mali, ad esempio, è uno dei paesi africani che da diversi anni è scenario di un conflitto armato che sta vedendo aumentare di anno in anno le sue vittime e il peggioramento progressivo di questa situazione viene registrato anche nei nostri centri d'ascolto per stranieri, dove i cittadini maliani sono la prima presenza straniera extra-UE.

Quando detto sopra trova conferma nel raffronto che si può andare a fare tra le nazionalità degli utenti stranieri dei CDA diocesani presenti nel nostro database ed i conflitti in corso secondo gli aggiornamenti dell'Atlante delle guerre e dei conflitti del mondo.

Utenti Caritas dei centri diocesani per cittadinanza (prime 25 provenienze) - V.A.

Paese di provenienza	V.A.
Italia	3.201
Romania	1.520
Mali	964
Nigeria	595
Afghanistan	465
Eritrea	464
Marocco	463
Somalia	430
Senegal	425
Guinea	372
Ucraina	368
Gambia	360
Egitto	358
Perù	355
Costa d'Avorio	322
Bangladesh	302
Pakistan	274
Polonia	262
Iraq	223
Tunisia	210
Cina	187
Albania	159
India	148
Algeria	133
Bulgaria	133

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Mapa dei conflitti. Situazione a giugno 2018



CONFLITTI

1 Ciad	7 Nigeria	13 Sudan del Sud	19 Iraq	25 Thailandia	31 Ucraina
2 Costa d'Avorio	8 Repubblica Centrafricana	14 Haiti	20 Kashmir	26 Yemen Arabia Saud.	32 Israele Palestina
3 Etiopia Eritrea	9 R. D. del Congo	15 Afghanistan	21 Kurdistan	27 Cecenia	33 Libano
4 Libia	10 Sahara Occidentale	16 Cina/Tibet	22 Myanmar	28 Cipro	34 Siria
5 Mali	11 Somalia	17 Filippine	23 Nagorno Karabakh	29 Georgia	
6 Niger	12 Sudan	18 India	24 Pakistan Pashtun	30 Kosovo	

Fonte: Mappa dei Conflitti

In particolare non è un dato di cui si possa ignorare la portata il fatto che la maggior parte dei paesi dell'area sub-sahariana sia "martoriata" da un conflitto nazionale: dato estremamente interessante se si considera la posizione del nostro Paese nell'area a cui si fa riferimento.

Osservando la mappa dei conflitti diventa davvero difficile poter anche solo immaginare di potersi sottrarre, anche in termini di consapevolezza, ai dati d'evidenza; ancor più difficile risulta poter ignorare tali fatti allorché si debbano approntare politiche europee e nazionali di gestione del fenomeno migratorio.

Se da una parte i Paesi europei sviluppano o dovrebbero sviluppare piani e strategie in funzione della capacità di accoglienza ed integrazione fattivamente realizzabile, dall'altra non si possono non considerare le ragioni e le condizioni che spingono le persone a lasciare il proprio paese, ragioni molto spesso legate a motivi di sopravvivenza. Uno di questi è la guerra.

I dati che l'ACLED (Armed Conflict Location and Event Dataset) raccoglie e analizza ogni anno sulle crisi armate riportano cifre che quasi non necessitano di commenti: negli ultimi due anni 71.764 persone sono morte nella guerra in Siria e 71.233 in Afghanistan, ad oggi considerati i paesi più pericolosi dell'intero globo terrestre.

Nell'ultimo anno invece (tra il 2017 e il 2018) nel mondo ci sono stati 193.000 morti a causa di conflitti armati, diversi dei quali bambini: 47.000 sono le persone che tra il 2017 e la prima metà del 2018 hanno perso la vita in Africa, 2.000 di queste sono maliani. Quella che segue è la sua storia, concreta, raccontata presso il centro di ascolto diocesano che aiuta a capire "chi" si trova dietro i dati che leggiamo e a cui forse diventiamo un pochino impermeabili. Ecco perché crediamo che il richiamo ad una certa cautela sia d'obbligo nel momento in cui si cerca di assumere delle posizioni politiche di carattere pragmatico ed organizzativo.

LA STORIA DI AISHA

Aisha è una donna del Mali e ha poco più di 20 anni quando arriva in Italia. È stata data in sposa giovanissima a 14 anni ad un uomo molto più grande di lei, tanto più grande che l'uomo muore di vecchiaia dopo pochi mesi dalla nascita del loro primo figlio. Suo marito era un mercante abbastanza ricco da consentirle di frequentare le scuole fino alle superiori e prendere un diploma tecnico. Aisha è profondamente riconoscente per l'istruzione ricevuta, perché in più di un'occasione la capacità di leggere e scrivere le ha salvato la vita. Si sposa una seconda volta e il marito, con il quale ha avuto altri due figli, lavora come interprete per un'organizzazione internazionale. Anche lui ha studiato e conosce molto bene il francese e diversi dialetti africani. Lei gestisce un negozio di derrate alimentari ed è molto orgogliosa della sua attività che ha creato e portato avanti da sola. Aisha è molto innamorata del suo secondo marito, dei suoi figli e della sua casa che si sono costruiti da soli mattone dopo mattone.

La situazione politica del paese precipita. Scoppia la guerra e tutto cambia. Aisha perde tutto e decide di mandare i figli da una zia dall'altra parte del Paese.

Nella notte più lunga della sua vita un gruppo di uomini a volto coperto fa irruzione nella sua camera da letto e senza alcuna spiegazione, porta via suo marito. Poi tornano per lei, la violentano e la picchiano fino a farle perdere coscienza. La casa e il negozio vengono dati alle fiamme. Risvegliatasi in ospedale e recuperate un po' di energie, Aisha riesce a fuggire dall'ospedale e comincia a camminare. Cammina per ore finché non diventano giorni che poi diventano settimane. L'unico pensiero è allontanarsi e cercare notizie di suo marito.

La tormenta non sapere perché le è successo tutto questo. Probabilmente il lavoro di suo marito non era ben visto da un certo tipo di fazione politica, ma nessuno le ha mai dato una spiegazione. Lungo il cammino incontra donne e, soprattutto, uomini che cercano come lei di raggiungere il confine.

Non si cammina sulla strada, ma di nascosto e ci si rifugia nelle case abbandonate durante la notte. Si incontrano interi villaggi deserti, dove si vede solo un disordine totale, la gente fugge lasciando tutto. Non ci sono case bruciate o distrutte, solamente non c'è nessuno in giro, le porte sono aperte, le case sono piene di cibo e di oggetti, ma non c'è nessuno per strada, solo disordine e tracce di sangue. Si cammina e si è in guerra e succedono tante cose, perché la guerra costringe le persone a fare cose che non vogliono fare.

Dopo 3 settimane Aisha riesce a raggiungere il confine e un primo campo profughi. L'odissea prosegue attraverso le trattative per lasciare l'Africa, un viaggio in camion e un altro terribile nascosta sottocoperta senza aria, acqua e cibo, ammassata con tante altre persone nella stiva di un peschereccio. Aisha non sa nuotare, ma a quel punto non le importa. In realtà non le importa più di niente, non pensa più, vuole solo morire. La disperazione la tiene in vita e lei approda in Europa. A Roma Aisha arriva con uno zainetto sulle spalle con tutto quello che possiede: uno spazzolino, un dentifricio e delle ciabatte. Non ha nessuno, né un posto dove andare. Alla stazione Termini incontra una signora africana che l'aiuta a chiedere asilo e a conoscere le associazioni che possono sostenerla. Dopo un mese per strada viene accolta in un Centro d'accoglienza. Aisha incontra medici, psicologi e psichiatri e comincia a prendere tante medicine.

La notte non riesce a dormire, il giorno esce dal Centro e dice alle operatrici che va a scuola di italiano e, invece, prende l'autobus e va al parco. Ci sono dei punti in cui al parco non c'è nessuno, non si è costretti a parlare con le persone, non si incontra nessuno. In ospedale le ripetono che bisogna ricominciare a parlare con le persone, perché questo la può aiutare e poi un'assistente sociale la convince a provare ad andare una volta ad un gruppo, un laboratorio dove non si parla tanto, ma si danza, si canta e si cucina. Piano piano Aisha comincia a cucinare e poi a parlare con alcune donne e a stringere nuove amicizie.

E questo è veramente importante. Inizia a frequentare anche la scuola di italiano e lì va tutti i giorni. Ci sono uomini e donne di tanti paesi diversi, si impara, ma si scherza anche e ci si diverte. La maestra è un punto di riferimento importante, una presenza costante e risponde con semplicità ad ogni domanda.

La classe progredisce e giorno dopo giorno si saldano le relazioni. I compagni e le compagne di classe si tendono la mano l'uno con l'altra, si supportano anche fuori dall'orario di lezione e piano piano cominciano a sentirsi una piccola famiglia. Aisha si sente protetta: ha un letto e da mangiare, ha ottenuto il permesso di soggiorno anche grazie all'assistenza legale del Centro d'accoglienza, ha terminato la scuola con profitto e ha trovato lavoro come assistente anziani, anche se solo per poche ore. Soprattutto si sente accolta e al sicuro: sa che può contare sulle sue amiche, sui medici e sugli psicologi che la seguono, sulle maestre e sulle operatrici, anche se non è più nel Centro. Ha la certezza che in caso di bisogno tutte queste persone la aiuteranno. Ora è tornata la voglia di vivere, non vede più tutto negativo, tutto bianco o nero, ma coglie anche altri colori nella sua vita. Ora pensa ai suoi figli e a quanto è importante che ricevano una buona educazione. Sogna un lavoro sicuro e una casa tutta sua per poterli far venire.

Ad un atteggiamento di necessaria consapevole attenzione richiama anche l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) in una recentissima pubblicazione il cui focus era proprio sulle condizioni vissute dalle persone che si sono mosse nell'ultimo anno sulle rotte migratorie nel Mediterraneo.⁴

Partendo dalle ragioni che inducono le persone ad intraprendere viaggi via terra e traversate via mare, come ad esempio la necessità di scappare da conflitti armati, insicurezza e violazioni di diritti umani, persecuzioni religiose, etniche, politiche, violenze di genere, ricongiungimenti familiari o ragioni di lavoro o studio, l'UNHCR mette in evidenza che se da un lato le rotte nel 2018 sono mutate a causa delle misure restrittive di accesso alle frontiere dall'altro i bisogni dei migranti permangono e li costringono ad affrontare l'insicurezza, la pericolosità e persino le violenze (abusi, torture) che si accompagnano a questi viaggi, "disperati" per l'appunto.

La tabella di seguito rappresenta in modo lineare i mutamenti a cui si faceva accenno.

Arrivi per Paese di destinazione (confronto 2017-2018)

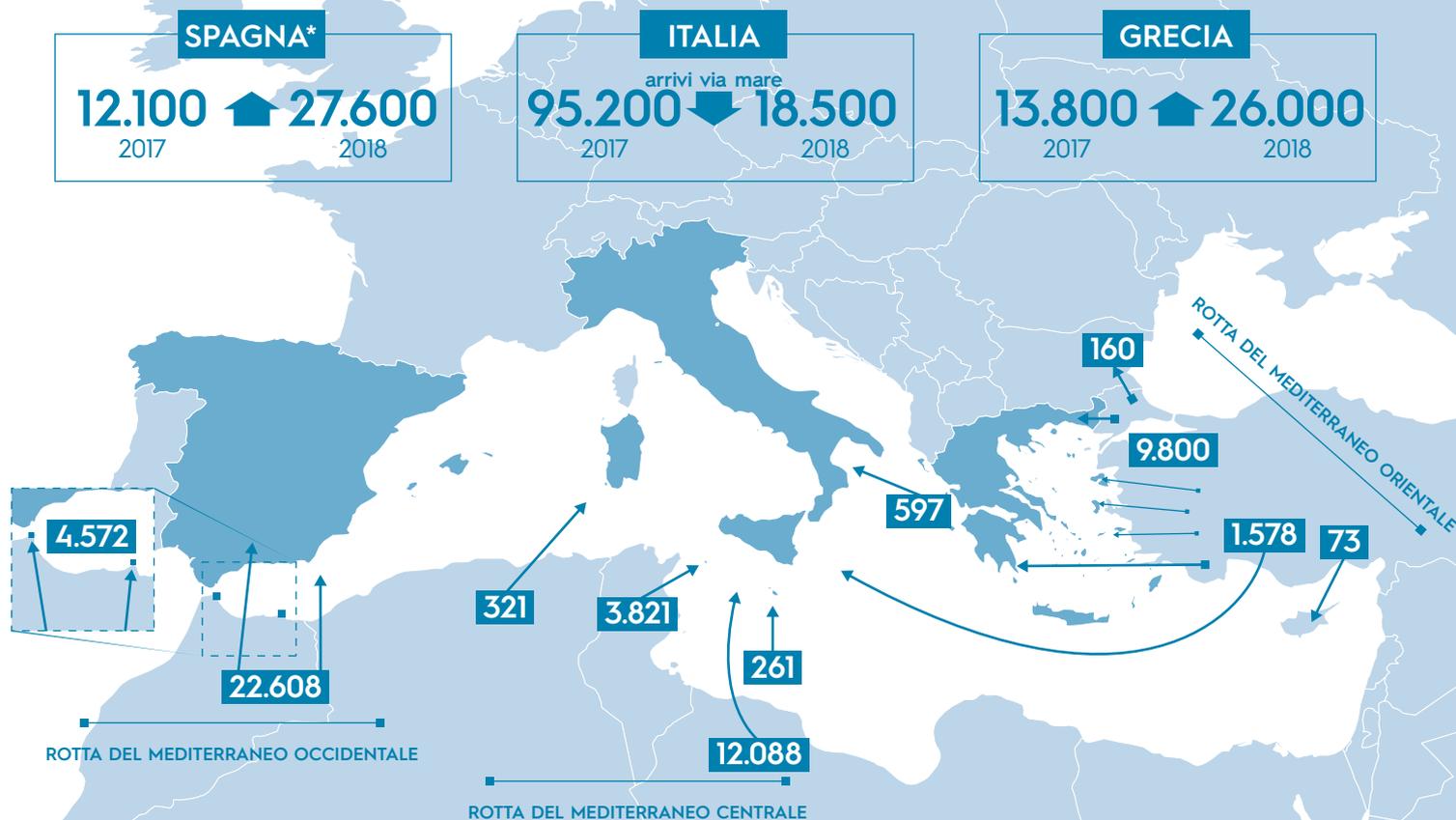
Paese	Anno	
	Gennaio - Luglio 2017	Gennaio - Luglio 2018
Spagna	8.700	23.800
Italia	95.200	18.500
Grecia	11.500	16.200

Fonte: UNHCR

Nel semestre gennaio-luglio 2017 e il corrispondente del 2018 gli arrivi in Italia hanno subito un brusco ridimensionamento, passando da 95.200 persone a 18.500, mentre Spagna e Grecia hanno registrato il fenomeno inverso, passando rispettivamente da 8.700 nel 2017 a 23.800 nel 2018 e da 11.500 nel 2017 a 16.200 nel 2018.

In definitiva lo scarto degli sbarchi tra l'Italia e le altre due nazioni mediterranee si è non solo allargato notevolmente ma addirittura la Spagna è andata quasi a triplicare le sue capacità di accoglienza mentre l'Italia l'ha ridotta di quasi l'80%.

Arrivi per paese. Tra gennaio e luglio 2017-2018



*Nei primi sette mesi del 2018, 434 persone sono arrivate via mare nelle Isole Canarie. Sono compresi Serbia e Kosovo (S/RES/1244(1999)).

I confini, i nomi e le designazioni su questa mappa non comportano l'approvazione ufficiale o l'accettazione da parte delle Nazioni Unite.

Fonte: rielaborazione grafica Centro studi Caritas Roma su dati UNHCR

A fronte di questi dati bisogna ricordare che purtroppo il numero di persone che hanno perso la vita nei viaggi verso l'Europa rimane elevatissimo: alla fine di Luglio 2018 1.600 persone risultano morte o disperse lungo le rotte del Mediterraneo. Andando poi ad analizzare i dati relativi ai soli morti in mare nella rotta del Mediterraneo centrale (cioè quella che prevede un auspicato sbarco sulle coste italiane) risulta che alla fine del 2018 un totale di 1.095 persone hanno perso la vita.

In definitiva, nonostante gli sbarchi in Italia siano considerevolmente diminuiti i morti in mare sulla nostra rotta rimangono su rapporti raccapriccianti, soprattutto se comparati ai dati di Spagna e Grecia dove le accoglienze sono in aumento: nel dettaglio sulla rotta spagnola avviene una morte ogni 77 arrivi, su quella greca una ogni 318 arrivi, su quella italiana si è passati da un morto ogni 42 arrivi del 2017 **ad un morto ogni 18 arrivi nel periodo tra gennaio e luglio del 2018.**

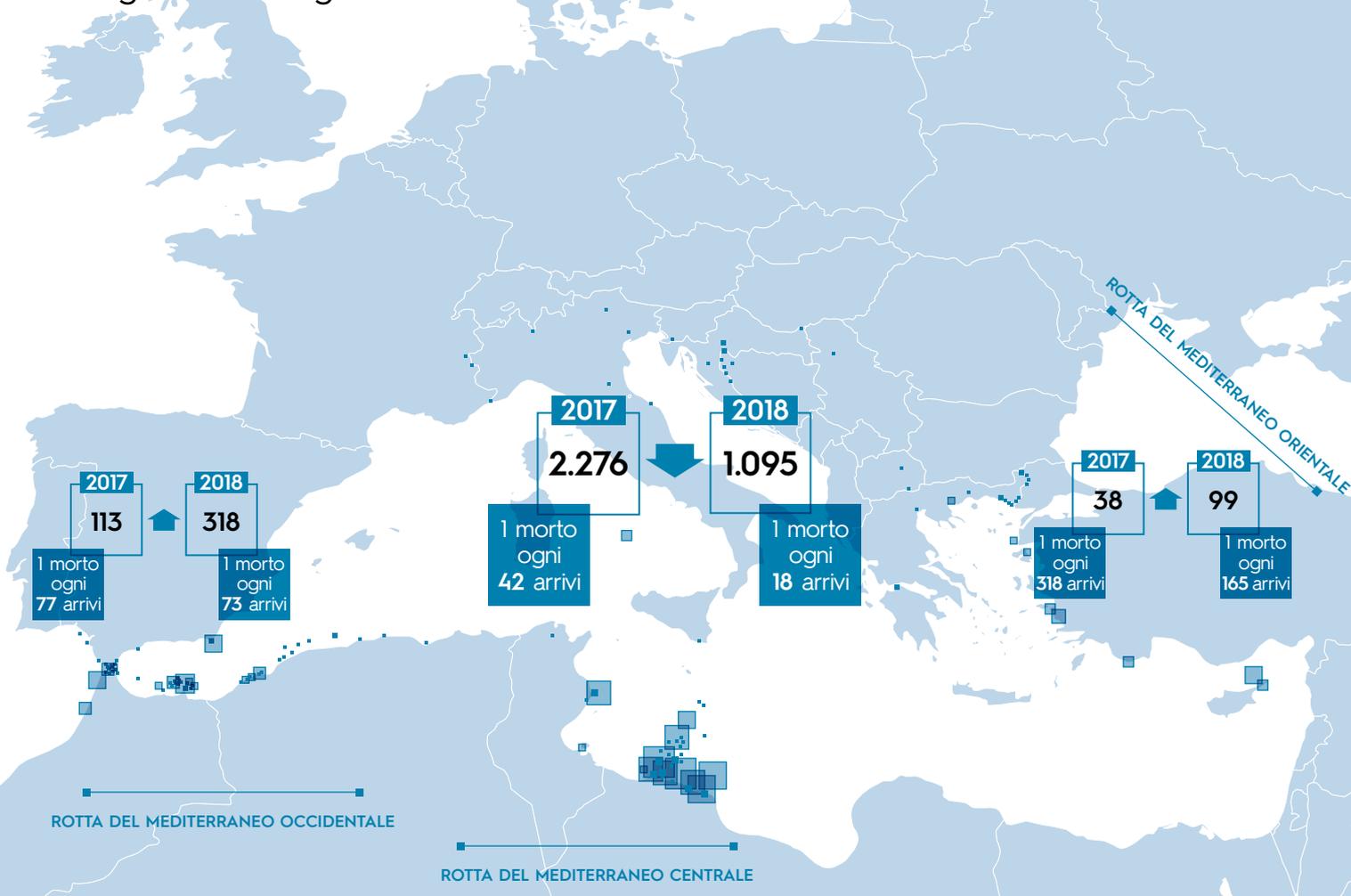
Morti e dispersi via mare (confronto 2017-2018)

Paese	Anno	
	Gennaio - Luglio 2017	Gennaio - Luglio 2018
Spagna	Un morto per ogni 77 arrivi	Un morto per ogni 73 arrivi
Italia	Un morto per ogni 42 arrivi	Un morto per ogni 18 arrivi
Grecia	Un morto per ogni 318 arrivi	Un morto per ogni 165 arrivi

Fonte: UNHCR

Morti e dispersi lungo le rotte, via terra e via mare.

Tra gennaio e luglio 2017-2018



Sono compresi Serbia e Kosovo (S/RES/1244(1999)).

I confini, i nomi e le designazioni su questa mappa non comportano l'approvazione ufficiale o l'accettazione da parte delle Nazioni Unite.

Fonte: rielaborazione grafica Centro studi Caritas Roma su dati UNHCR

L'UNHCR segnala con grande apprensione che nonostante ci sia stata una diminuzione delle partenze dalla Libia il tasso di mortalità sulla rotta centrale del Mediterraneo è in aumento vertiginoso a causa della riduzione delle ricerche e dei salvataggi al largo delle coste libiche: tra il 2017 e il 2018 si è assistito da una parte ad una flessione negativa del numero delle navi di soccorso di ONG o di altri attori nelle acque internazionali più vicine a quelle libiche e dall'altra ad una riduzione del numero delle navi delle ONG (2) operanti sempre più al largo, allungando di fatto il tratto di intervento in caso di rovesciamento delle imbarcazioni nelle acque internazionali (come sovente avviene, purtroppo).

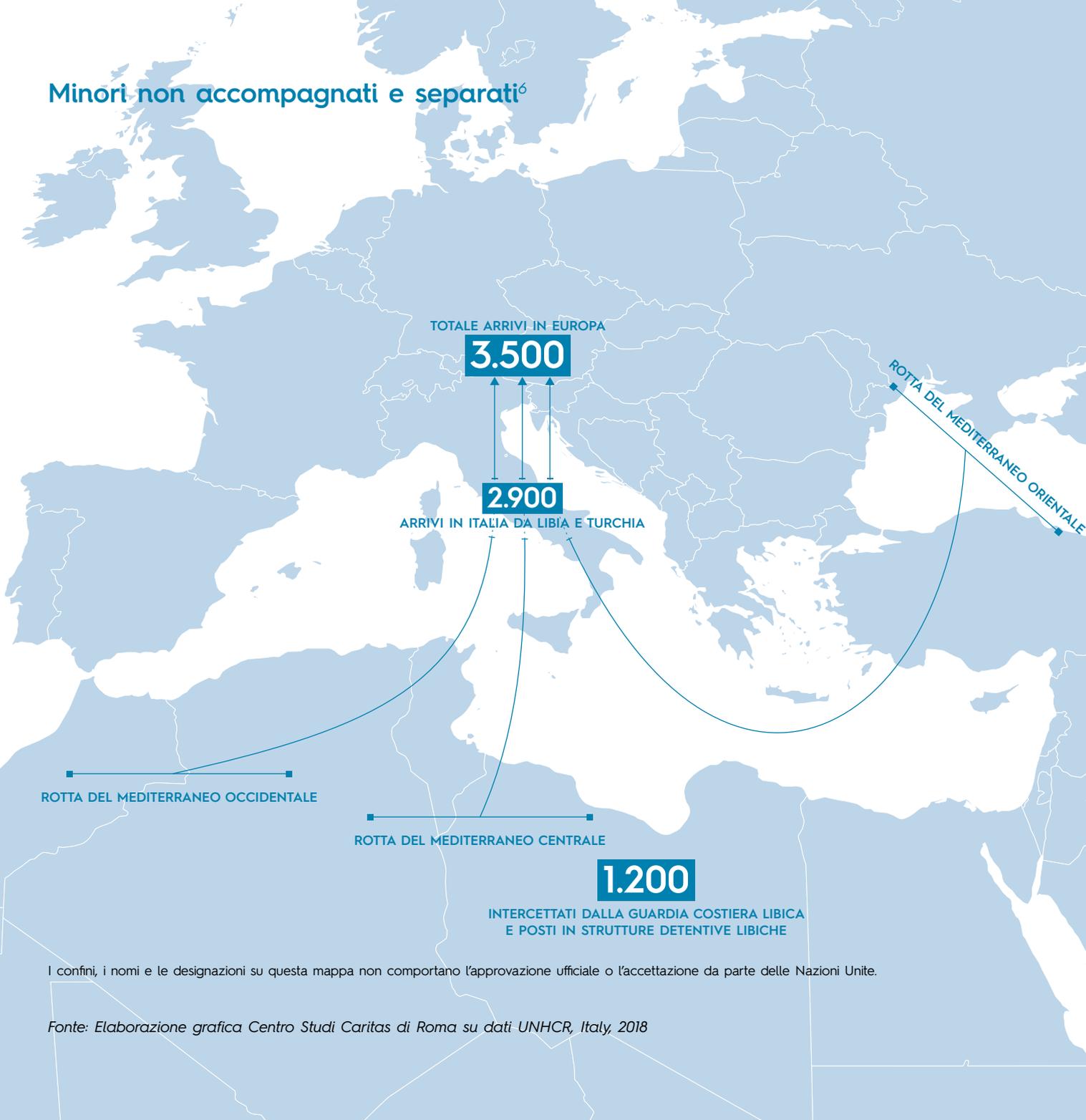
Inoltre coloro i quali hanno la fortuna di giungere dalla Libia sulle coste italiane si trovano a dover fronteggiare non solo le ripercussioni delle drammatiche condizioni di viaggio ma anche tutto ciò che lo ha preceduto, sin dalla partenza dal proprio villaggio, famiglia, comunità: le traversate nel deserto, i sequestri a scopo di estorsione, lo sfruttamento

sessuale, le percosse da parte delle autorità, persino la violenza e la tortura durante la detenzione nel territorio libico.

In particolare, attraverso lo studio del profilo degli eritrei, guineani e sudanesi giunti nel 2017 dalla Libia, il 75% degli intervistati riferiva di avere subito una qualche forma di abuso lungo le rotte, il 44% affermava di avere assistito alla morte di una o più persone durante il viaggio; inoltre tra coloro che avevano attraversato la Libia il 64% riferiva di avere subito abusi fisici, violenza o tortura, il 45% di essere stato privato di cibo e il 41% di acqua; il 30% di essere stato sfruttato a fini lavorativi; il 21% di essere stato vittima di estorsione o corruzione.⁵

L'Organizzazione delle Nazioni Unite per i rifugiati non smette di ricordare, in questo come in altri documenti o pronunciamenti, che l'Italia sovente rappresenta per molti migranti e richiedenti asilo un ponte o una porta d'accesso all'Europa e che "cercare asilo è un diritto fondamentale, non un crimine" (P. Moreau, Direttrice Bureau per l'Europa dell'UNHCR).

Minori non accompagnati e separati⁶



I confini, i nomi e le designazioni su questa mappa non comportano l'approvazione ufficiale o l'accettazione da parte delle Nazioni Unite.

Fonte: Elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma su dati UNHCR, Italy, 2018

Alla fine di Luglio 2018, come si vede nella mappa, 1.200 minori sono stati intercettati dalla Guardia Costiera libica al largo delle coste territoriali e posti in strutture detentive libiche; 3.500 sono arrivati in Europa attraverso le tre rotte del Mediterraneo nei primi 7 mesi del 2018; di questi 2.900 minori sono arrivati in

Italia via mare, partendo dalla Libia e dalla Tunisia.

Ed alcuni di essi, accolti nei nostri centri per minori stranieri non accompagnati, così descrivono la loro separazione dalla famiglia, il rapporto con la vita, l'amore.

FAMIGLIA

Genitori,

*come nella notte guardando il cielo
non troviamo le parole per spiegare la bellezza delle
stelle,
non si trovano le parole per spiegare il loro amore,
la loro grandezza.*

*Togliendo alla loro vita con tutto l'amore e la dolcezza
ti donano una nuova vita, fatta d'amore,
solo per te.*

*Ogni uomo vivente nel mondo crede che la ricchezza
dipenda dai soldi
ma è nell'amore per i genitori.*

Ogni essere vivente che lo comprende è fortunato.

L'oro che hai in mano lo consideri come uno straccio.

Finché sono vivi non riesci ad apprezzarli.

*L'amore della famiglia mi aiuta
sia per salire che per scendere.*

*Solo chi ama la famiglia ha la forza per risolvere i
problemi
e sa essere felice.*

*La nostra vita non ha senso quando sei lontano da
loro,
come una pianta si secca quando manca l'acqua.*

Quando manca l'amore della famiglia manca tutto.

La causa di tutto ciò è l'esilio.

*La medicina per questo è non perdere la pazienza,
La medicina migliore è la speranza.*

VITA

Di chi è la vita?

*Di quelli che ci sono
o di quelli che non ci sono*

*Rispondimi per favore
voglio sentirlo da te*

Mi pesa tanto

Non ti vedo

Non so dove ti trovi

Dammi il permesso di vederti

Per apprezzare la vita

*Un essere umano ci divide
dice che uno è bianco e l'altro è nero*

*Ora che so chi sei
non so dire cosa è bello
e cosa è brutto*

*Ma non riesco ad assaporarti
sfuggi sempre da me*

*Non riesco ad assaporare
il gusto della vita*

*Non so se la vita
è bella qui
o in paradiso*

Dimmi la verità

Voglio sentire le risposte da te

*La vita sceglie sempre
i prepotenti*

*Vedo tante persone
che non riescono a vivere*

Perché non sei come voglio io

*Dove posso vivere la vita migliore
sulla terra
o in paradiso?*

*Tutti mi rispondono che
solo in paradiso*

*Ho scelto pure io
come tutti gli altri*

*Voglio vivere meglio
in paradiso con te*

*Voglio vivere insieme a te
nel futuro*

*Voglio combattere
per una vita migliore*

SEI MIA

Sei la più bella pianta

Sei il più bel fiore

*Quando ti guardano
non smetterebbero mai
sono insaziabili*

*Fammi un sorriso
per saziare me*

*Parlami
voglio ascoltarti
in silenzio*

*Avvicinati
ché sei la mia luce*

*Non allontanarti
non farmi rimanere male*

Stai sempre vicino a me

*Non trovo le parole
per spiegare la tua bellezza*

*Sei la più bella
tra tutti i viventi*

*Sei una persona
che tutti desiderano
come una cosa preziosa*

Posso essere come te?

Fammi entrare nel tuo cuore

*Dimmi che mi ami
per farmi felice*

*Parlami
con le tue dolci parole*

*Sei la luce del mio cuore
che ti ha scelto per prima*

Sei la candela del mio cuore

Non posso vivere senza di te

*Sono un essere umano
che non può vivere
senza il tuo amore*

Sono un pesce fuor d'acqua

*Sono una candela
che non brucia*

Sei mia

Ti auguro tutto il bene⁷

2.5 LE FRAGILITÀ DELLA SALUTE MENTALE

«Il benessere mentale è una componente essenziale della definizione di salute data dall'OMS. Una buona salute mentale consente agli individui di realizzarsi, di superare le tensioni della vita di tutti i giorni, di lavorare in maniera produttiva e di contribuire alla vita della comunità»;⁸ con queste parole si esprimeva la direttrice generale dell'OMS, Margaret Chan, nella prefazione al Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020. Sappiamo che il concetto di salute ha subito diverse modifiche e che oggi si protende per una visione olistica, integrata e dinamica tra aspetti fisici, biologici e sociali,⁹ ed infatti nel Piano d'azione si notano diversi passaggi in cui la salute mentale è approcciata in maniera composita.

In particolare il Piano d'azione precisa che con l'espressione «"disturbi mentali" si fa riferimento ad un insieme di disturbi mentali e del comportamento che generano elevati carichi di malattia, come la depressione, i disturbi bipolari, la schizofrenia, i disturbi d'ansia, la demenza, i disturbi correlati all'uso di sostanze psicoattive, i deficit intellettivi e i disturbi dello sviluppo e del comportamento. Inoltre viene messa in evidenza la necessità di una particolare attenzione ai c.d. **"gruppi vulnerabili"**, cioè quelle persone vulnerabili a causa delle situazioni o degli ambienti a cui devono far fronte (e non a causa della debolezza intrinseca o della mancanza di determinate capacità)».¹⁰ L'OMS ricorda come le persone con disturbi mentali siano spesso e ingiustamente sottoposte **a violazioni dei diritti umani**, in ragione dello stigma che ricevono dal sentire comune: «tenuto conto delle numerose violazioni dei diritti e delle discriminazioni di cui sono vittime le persone con disturbo mentale, è fondamentale includere i diritti umani quando si affronta il peso globale dei disturbi mentali. Il piano d'azione sottolinea la necessità di

dotarsi di servizi, di politiche, di una legislazione, di misure, di strategie e di programmi allo scopo di proteggere, promuovere e far rispettare i diritti delle persone con disturbo mentale, nel rispetto del Patto internazionale sui diritti civili e politici, del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, della Convenzione sui diritti dell'infanzia e degli altri strumenti internazionali e regionali sui diritti umani». Ancora prima che sui diritti sanitari, l'Organizzazione internazionale ritiene fondamentale **ancorare la tutela della persona con disagio mentale sui principi dei diritti umani, ponendo quindi l'enfasi sulla dignità**, originarietà ed inviolabilità del valore trascendentale della persona.

A fronte di questa impostazione l'OMS richiama la responsabilità dei Paesi in vista del miglioramento, a livello nazionale, dell'offerta di cure più appropriate a partire dai bisogni specifici di queste persone.

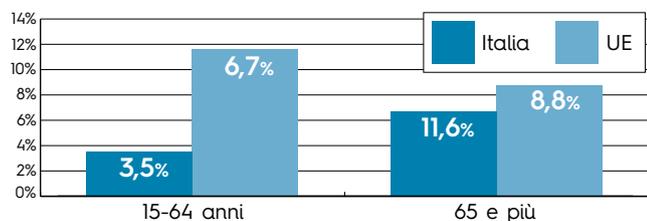
Una simile modalità, che viene caldamente indicata agli Stati membri dall'OMS come direzione da seguire ed implementare, rappresenta un modo innovativo ma anche complesso ed integrato di approcciare le problematiche della salute mentale e la vita delle persone che ne vengono colpite, al fine di garantire la realizzazione di ogni singolo individuo.

In via generale tra i determinanti si sottolinea l'importanza di tenere nel dovuto conto i diversi fattori socio-economici che possono influenzare o limitare la realizzazione della persona; in primo luogo si fa riferimento alle caratteristiche del contesto locale, in grado di aumentare il rischio di alcune persone di soffrire di disturbi mentali (è il caso ad esempio dei membri delle famiglie che vivono in situazioni di povertà, le persone affette da malattie croniche, i neonati e i bambini abbandonati e maltrattati, gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive, le minoranze, le popolazioni indigene, le persone anziane, le vittime di discrimi-

nazioni e violazioni dei diritti umani, i prigionieri e le persone che vivono situazioni di conflitto, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie); in secondo luogo si osserva come le persone con disturbi mentali sperimentino tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media; inoltre si riscontra che spesso i disturbi mentali influiscono su altre malattie (cancro, malattie cardiovascolari, HIV/AIDS) e sono a loro volta influenzate da queste; **infine preoccupa molto la correlazione tra disturbi mentali e il progressivo impoverimento dei malati e delle loro famiglie unitamente alla forte emarginazione e vulnerabilità che si trovano spesso a soffrire** (si pensi ad esempio alla perdita della casa o alla detenzione inappropriata).

Nell'ambito della salute mentale, una considerazione molto particolare deve essere dedicata alla patologia più largamente diffusa nel nostro Paese, quella depressiva: le stime Istat parlano di 2,8 milioni di persone che nel 2015 hanno sofferto di questa patologia, pari al 5,4% dell'intera popolazione sopra i 15 anni. Ragionando poi sulle classi di età, nel raffronto con le medie dei Paesi UE l'Italia registra i dati più elevati tra gli over 65 segnando un significativo incremento rispetto alla maggior parte dei Paesi UE (l'11,6% contro l'8,8% della media UE), mentre si mantiene al di sotto dei valori medi europei per quanto attiene la fascia 15-64 anni (3,5% contro il 6,7% della media UE), come mostra il grafico di seguito.

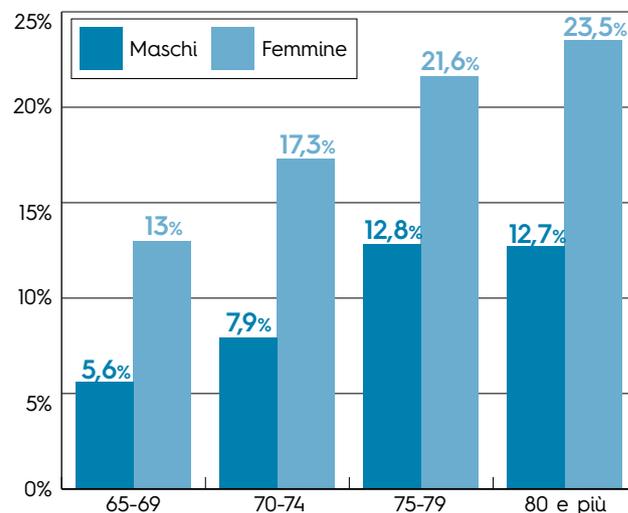
ITALIA. *Depressione in Italia e nella media UE28 per classi d'età - per 100 persone (2015)*



Fonte: Istat - Indagine europea sulla salute (EHIS)

Il grafico successivo mostra in dettaglio l'andamento dell'incidenza della depressione e dell'ansia cronica nelle diverse classi d'età dai 65 anni in su: pur con un generale costante aumento delle percentuali al crescere delle età, è piuttosto significativo osservare come il genere femminile registri sempre dei valori più penalizzanti rispetto a quelli dei maschi e che lo scarto tra i rispettivi valori oscilli, nelle varie fasce d'età, tra i 7 e i 10 punti percentuali.

ITALIA. *Persone di 65 anni e più con depressione e ansia cronica grave per sesso e classe di età - per 100 persone (2015)*



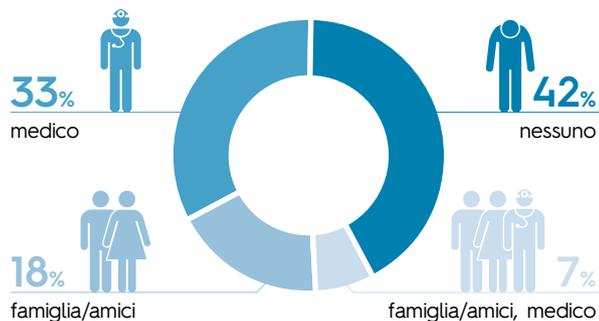
Fonte: Istat - Indagine europea sulla salute (EHIS)

A questo proposito i nostri centri d'ascolto riferiscono di numerosi casi di persone adulte e di anziani soli con problematiche mentali a cui i servizi di salute mentale del territorio non riescono a fornire la necessaria e corretta assistenza. I centri d'ascolto ed i servizi sociali che lavorano sul territorio, pur tentando di attivare tutte le risorse e le procedure per sopperire in qualche modo all'urgenza dei casi che

si rivolgono a loro, sottolineano che l'elemento fondamentale di aggravamento e di difficile gestione di queste come di altre situazioni di marginalità rimane la solitudine (come rilevato già nel paragrafo I). La condizione del disagio psicologico o psichico spesso ha degli addentellati che si ancorano a vicende pregresse e condizioni personali piuttosto complesse, in cui la persona si è trovata a vivere da una parte una scarsa capacità di resistenza agli urti e dall'altra a subire gli esiti di un isolamento relazionale che nel tempo si è radicalizzato. I CDA e i servizi promossi dalla Caritas riferiscono di un fenomeno in larga espansione, correlato al disagio mentale e all'isolamento, quale quello che correntemente definiamo "barbonismo domestico" e che li sta vedendo sempre più impegnati tanto in sede di monitoraggio che di intervento.¹¹

Il sistema di rilevazione PASSI,¹² relativamente alla situazione delle persone con problematiche di salute mentale nel Lazio, conferma quanto riferito dai CDA della rete Caritas riguardo il tema della solitudine e dell'isolamento: infatti risulta che il 42% delle persone con sintomi di depressione non comunica a nessuno il suo disagio.

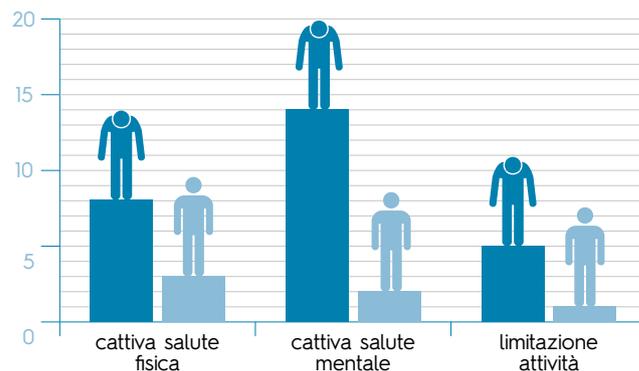
Figure di riferimento per le persone con sintomi di depressione - Regione Lazio



Fonte: Elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma su dati PASSI Lazio

Anche con riguardo alla percezione della salute e i sintomi depressivi i dati PASSI registrano che 3 persone su 4 che lamentano un cattivo stato di salute presentano anche una problematica depressiva, e che il maggior numero di giorni mensili trascorsi in cattiva salute fisica e/o mentale o in limitazione di attività è molto più elevato per le persone con qualche sintomo depressivo rispetto a coloro che non ne soffrono.

Depressione e giorni in cattiva salute - Regione Lazio - Giorni al mese

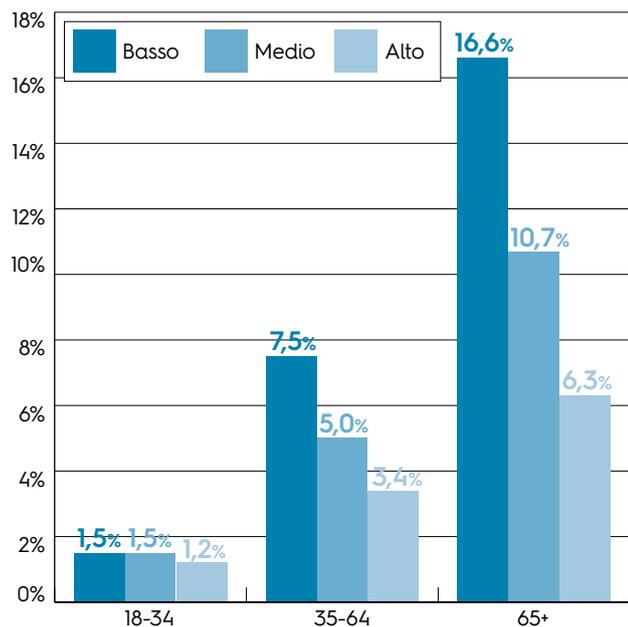


Fonte: Elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma su dati PASSI Lazio

I CDA registrano anche la forte influenza che i determinati socio-economici esercitano sulle problematiche legate alla salute mentale degli utenti, in particolare il titolo di studio, la condizione lavorativa e il contesto sociale di riferimento; le differenti condizioni costituiscono in molti casi l'elemento dirimente in ordine alla possibilità dell'avvio di un percorso di fragilizzazione dell'equilibrio psicologico della persona (come affermato anche dall'OMS in riferimento alle cause), soprattutto nei casi in cui essi persistano in maniera duratura nel tempo. Si parla infatti, da parte dei volontari e degli operatori dei centri d'ascolto, di "cronicizzazione" degli utenti.

Quanto andiamo dicendo trova riscontro anche nei dati Istat: il grafico di seguito mostra le diverse percentuali, a livello nazionale, delle persone con disturbo depressivo o di ansia cronica per classi di età e per titolo di studio.

ITALIA. *Persone di 18 anni e più con depressione o ansia cronica grave per classe di età e titolo di studio - per 100 persone con le stesse caratteristiche (2015)*



Fonte: Istat - Indagine europea sulla salute (EHIS)

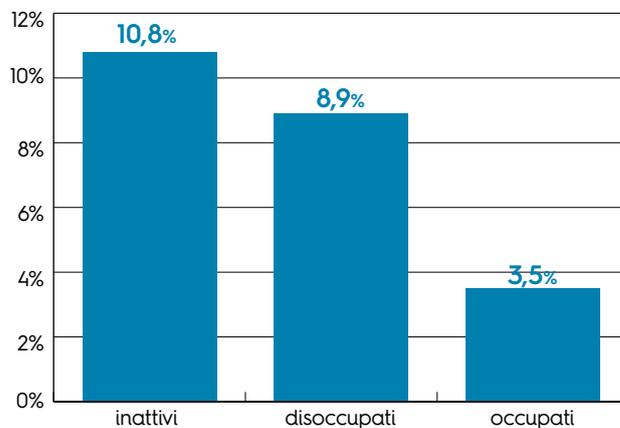
Si nota che mentre nella fascia d'età giovane, dei 18-34 anni, non si evidenziano particolari differenze in ragione del titolo di studio e le percentuali si aggirano intorno all'1,5%, nel caso delle persone appartenenti alla fascia 35-64 anni e a quella degli over 65 i valori mutano notevolmente: presentano il disturbo il 7,5% di persone con titolo di studio basso appar-

tenenti alla fascia di età centrale e nel caso delle persone anziane con bassa scolarizzazione la percentuale arriva addirittura ad oltre il doppio (16,6%).

Inoltre secondo i risultati più recenti, tanto nel caso dei giovani che degli adulti, a parità di componenti socio-demografiche i fattori di rischio maggiormente rilevanti risultano essere la percezione di una debole rete di sostegno sociale, la perdita o l'esclusione dal mondo del lavoro e le relazioni familiari o di coppia problematiche. Un tema questo della fragilità della famiglia che torna a più riprese nel lavoro di supporto svolto dai CDA e che spesso si trova all'origine degli esiti più profondi del disagio e dell'esclusione sociale (come meglio vedremo nel paragrafo dedicato alla fragilità familiare).

Nel caso di persone inattive, tra i 35 ed i 64 anni di età, la percentuale di disturbi di depressione e ansia grave è addirittura del 10,8% nel caso di individui non attivi, dell'8,6% nel caso dei disoccupati e del 3,5% nel caso di persone occupate in attività lavorativa.

ITALIA. *Persone di 35-64 anni e più per presenza di disturbi di depressione o ansia cronica grave e condizione occupazionale (2015)*



Fonte: Istat - Indagine europea sulla salute (EHIS)

Dalle osservazioni svolte dagli operatori dei CDA attraverso i colloqui emerge ancora una volta come la problematica lavorativa incida fortemente sull'identità e l'autopercezione della persona in termini di valore e riconoscimento sociale: ecco perché lo stazionare in maniera prolungata in una situazione di inattività ha delle profonde correlazioni sul piano umorale e depressivo fino al punto, talvolta, da far scivolare la persona nella cronicizzazione del disagio mentale.

In concreto le situazioni di fragilità mentale con cui i nostri centri entrano in contatto mettono in evidenza che il fenomeno della salute mentale purtroppo soffre ancora di una forte radicazione sommersa e di disfunzioni anche in ordine alla tutela della salute e in generale della realizzazione della vita delle persone molto lontane dalle indicazioni e dai principi enunciati dall'OMS.

Come si legge nella tabella di seguito, 1/5 dei bisogni sanitari rilevati dagli operatori dei centri d'ascolto diocesani attiene proprio alla sfera della consulenza psichiatrica: trattasi di un dato piuttosto allarmante che richiede azioni di osservazione, rilevazione ed intervento di tipo specifico.

Utenti Caritas dei centri diocesani per bisogni sanitari rilevati - val. % sui casi

Bisogni sanitari rilevati	% sui casi
Visita medica generale (accertamenti)	43,0
Visita specialistica	30,7
Farmaci	30,7
Consulenza psichiatrica	19,2
Accertamenti diagnostico-strumentali e sierologici	19,1
Monitoraggio gravidanza	6,4
Analisi di routine	3,2
Accompagno per lo svolgimento di attività quotidiane	1,2

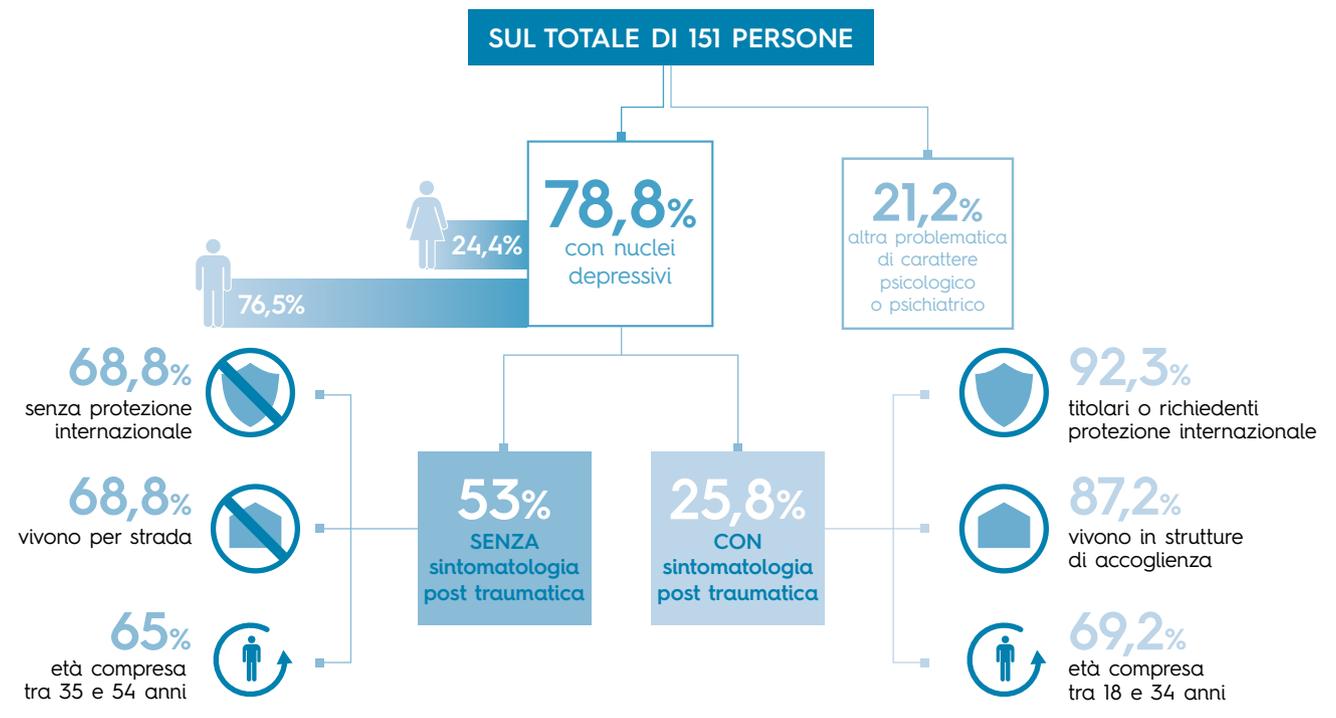
* Totale superiore a 100 per risposte multiple.

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Negli ultimi 6 mesi del 2017 sono stati effettuati circa 6700 colloqui volti a rispondere a bisogni di differente natura, di tipo sociale, legale, alloggiativo, lavorativo. Il CDA diocesano per persone straniere, ad esempio, svolge da tempo un monitoraggio ed un servizio specifico per gli stranieri con disagio mentale.

Si è cercato, inoltre, di rilevare la vulnerabilità psicologica e/o sanitaria delle persone che si rivolgevano al Centro, nella convinzione che l'individuazione precoce e la presa in carico, qualora si rilevi necessario, possa contribuire a rispondere a esigenze complesse e favorire risposte efficaci per la riuscita sociale delle persone più in difficoltà.

Nell'arco di tempo compreso tra luglio e dicembre 2017, dunque, sono state individuate 151 persone, pari al 2,25% di coloro che sono state ascoltate, che hanno manifestato almeno una problematica inerente la salute mentale. È indispensabile specificare che non è stato possibile giungere a una diagnosi certa di tutti i casi individuati, dal momento che sono presenti numerose variabili che complicano la valutazione, prima tra tutte la difficoltà linguistica, soprattutto nei casi in cui non era presente un mediatore e i colloqui sono stati effettuati mediante l'utilizzo di una lingua veicolare, inoltre non è sempre stato possibile somministrare dei test e in alcuni casi la situazione presentava un livello di problematicità piuttosto elevata.



Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018 su dati CDA diocesano stranieri

Nella popolazione presa in esame (le 151 persone) si è riscontrata un'importante presenza di nuclei depressivi pari al 78,8% dei casi, di questi gli uomini sono il 75,6% e le donne il 24,4%. Il 78,8 % si suddivide in tal modo: il 53% delle persone presentano nuclei depressivi in assenza di sintomatologia post traumatica e il 25,8% ha dei nuclei depressivi all'interno di una sintomatologia post traumatica.

Il 25,8% delle persone che presenta nuclei depressivi riconducibile a una sintomatologia post traumatica è composta dalla quasi totalità dei casi (92,3%) di titolari o richiedenti di protezione internazionale, sono accolti all'interno di strutture di accoglienza nell'87,2% dei casi (l'età si pone tra i 18 e i 34 anni nel 69,2 % dei casi).

Il restante 53% che presenta nuclei depressivi (in assenza di sintomatologia post traumatica) è composto nel 68,8% dei casi da persone che non sono titolari o richiedenti di protezione internazionale, sono quindi fuori da alcuni percorsi, l'età si pone tra i 35 e i 54 anni nel 65% dei casi e nel 68,8 % dei casi dichiarano di vivere per strada. Questo viene a delineare un quadro di isolamento e di mancato accesso ai servizi e alle cure, con il rischio di un'esacerbazione della patologia.

È opportuno inserire una riflessione per quel che concerne la presenza di nuclei depressivi all'interno di una condizione psicologica riconducibile a una sintomatologia post traumatica. È quindi importante sottolineare che talvolta una persona può presentare solo una piccola parte dei sintomi del PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), con il rischio che il quadro post traumatico non venga riconosciuto, dal momento che i pochi sintomi riportati non appaiono molto specifici, ad esempio la difficoltà a dormire, la difficoltà di concentrazione, un umore depresso con mancanza di iniziativa.

Questo quadro potrebbe essere scambiato per una depressione, senza cogliere la sua relazione con le esperienze traumatiche per cui la persona potrebbe giungere ad una valutazione psicologica perché non apprende l'italiano nonostante vada regolarmente a lezione, non coglie possibilità lavorative, si addormenta spesso ecc... In questi casi sapere che la problematica è più ampia e di tipo post traumatico consente di attivare la rete di supporto più adeguata.

Per questo motivo è stata condotta un'analisi ulteriore su tutte le persone che presentavano una sintomatologia post traumatica.



Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018 su dati CDA diocesano stranieri

Nella popolazione presa in esame (151) si è rilevata invece la presenza di una sintomatologia post traumatica nel 29,1% dei casi: i pazienti hanno un'età compresa tra i 18 e i 34 anni nel 70,5% dei casi, sono per la maggior parte dei casi titolari o richiedenti di protezione internazionale (90,8%) e vivono in una struttura di accoglienza nel 79,5% dei casi.

L'individuazione precoce della sintomatologia post traumatica rappresenta il presupposto indispensabile per garantire al maggior numero possibile dei richiedenti sopravvissuti a violenze estreme, una corretta e precoce valutazione clinico diagnostica, che indirizzi verso un'appropriate e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.

Non è raro che un disturbo da stress post-traumatico non diagnosticato sia la causa dei ripetuti e prolungati fallimenti di un richiedente asilo nel suo percorso d'integrazione/autonomia.

Inoltre la tempestiva presa in carico favorisce in modo decisivo la successiva riuscita del trattamento.

Le criticità rilevate nel corretto e tempestivo trattamento dei disturbi relativi alla salute mentale degli stranieri riguardano le persone che si pongono fuori dalle "aree di tutela", ovvero i cittadini comunitari e gli utenti che non sono titolari o richiedenti di protezione non residenti, e che spesso restano fuori dai circuiti di accoglienza. Tutto ciò potrebbe determinare un grave deterioramento dal punto di vista della salute mentale e allo stesso tempo rendere inefficaci i continui ricoveri che non possono garantire la continuità terapeutica: su questo tema le istituzioni possono svolgere un ruolo cruciale nella direzione di misure atte a sostenere la presa in carico dei casi gravi.¹³

Spostando ora il focus sulla efficacia dell'offerta dei servizi a tutela della salute mentale è bene riprendere quanto sostenuto dall'OMS nel già citato Piano d'azione.

Un primo punto è quello relativo all'organizzazione dei servizi, riguardo la quale viene affermato un concetto cardine per una appropriata ed efficace cura dei malati: quello di integrazione dei trattamenti e delle cure tra gli ospedali e i servizi dedicati alle cure primarie. Far riferimento esplicito all'integrazione dei servizi di cura implica una visione complessa e processuale della salute mentale e dei bisogni delle persone; in particolare si sottolinea la continuità di cura tra i vari livelli del sistema sanitario e le varie agenzie coinvolte così come l'efficace collaborazione tra gli operatori tanto formali quanto informali.

Il Piano riconosce quindi la forte valenza della componente sociale nel percorso di cura, recupero, sostegno della persona e allo stesso tempo l'importanza del territorio a garanzia di una valida risposta attraverso l'interconnessione dei vari soggetti coinvolti:

infatti si parla della creazione di servizi completi di salute mentale e di supporto sociale inseriti nella comunità locale. L'enfasi alla dimensione relazionale, tanto di carattere medico che non, indica un'impostazione potremmo dire di visione dell'uomo in cui la salute non è considerata alla sola stregua dell'aspetto medico-sanitario ma in una prospettiva olistica ed integrata, alla cui base si trova la persona nella sua globalità.

Sempre alla stessa logica risponde un ulteriore passaggio, che promuove il ruolo della *recovery* in ordine al sostegno offerto alle persone con disturbo mentale, con il fine precipuo di realizzare, attraverso anche la cura, le aspirazioni e gli obiettivi della persona con disagio. In questa prospettiva la realizzazione soddisfacente della vita dei pazienti costituisce il centro dell'intervento.

«I requisiti fondamentali dei servizi comprendono: ascoltare e dare risposte a partire dalla comprensione che i soggetti hanno della loro condizione e da ciò che li aiuta a riprendersi; lavorare con le

persone come partner paritari nelle loro cure; offrire possibilità di scelta del trattamento e delle terapie, anche per quanto riguarda chi provvede alle cure; e l'uso di pari come operatori e in funzione di sostegno, in modo da offrire reciproco incoraggiamento e senso di appartenenza, in aggiunta alla loro diretta esperienza. Inoltre, un approccio multisettoriale è necessario laddove i servizi sostengono le persone nelle diverse fasi della vita e, se necessario, facilitano il loro accesso a diritti fondamentali, quali l'impiego lavorativo (inclusi programmi di reinserimento), le opportunità abitative e formative, la partecipazione ad attività nella comunità ed a programmi e attività dotate di senso. È necessario un più attivo coinvolgimento e sostegno degli utenti nella riorganizzazione, nell'offerta, nella valutazione e nel monitoraggio dei servizi, affinché le cure ed i trattamenti rispondano meglio ai loro bisogni. Altrettanto necessaria una maggiore collaborazione con gli operatori informali della salute mentale, inclusi i familiari ed i leader religiosi e confessionali, i guaritori tradizionali, gli insegnanti, i funzionari di polizia e le organizzazioni non governative locali».¹⁴

Infine si riafferma la inderogabile garanzia di servizi di salute mentale e di supporto psico-sociale a livello territoriale.

Quanto tutto questo trova concreta realizzazione nel nostro territorio? Ed eventualmente attraverso quale modalità e per quali ragioni?

Non è un atto di delega ciò di cui i poveri hanno bisogno, ma il coinvolgimento personale di quanti ascoltano il loro grido. La sollecitudine dei credenti non può limitarsi a una forma di assistenza – pur necessaria e provvidenziale in un primo momento –, ma richiede quella «attenzione d'amore» (Esort. ap. Evangelii gaudium, 199) che **onora** l'altro in quanto persona e cerca il suo bene.

(Messaggio di papa Francesco, *Il Giornata Mondiale dei poveri*)

L'esperienza del CDA italiani ci offre nuovamente degli interessanti spunti per una più cogente conoscenza delle situazioni di disagio sofferte da numerose persone con problematiche mentali.

BREVI NOTE RELATIVE ALLE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA PSICHIATRICA

Nel corso degli anni abbiamo potuto osservare nei nostri servizi una “presenza stabile” di persone affette da gravi patologie psichiatriche, che spesso rifiutano la “cura”.

Nel 2017, su un totale di 1455 persone passate al CDA, 333 di esse presentano problematiche di natura psichiatrica. Naturalmente questo dato è riferito alla “certificazione” da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale e, quindi, non rispecchia la loro reale affluenza al servizio.

Di queste il 75% sono uomini (251) e il 25% donne (82).

Utenti per genere - val. % e V.A.

Maschi	Femmine	Totale
251	82	333
75%	25%	100%

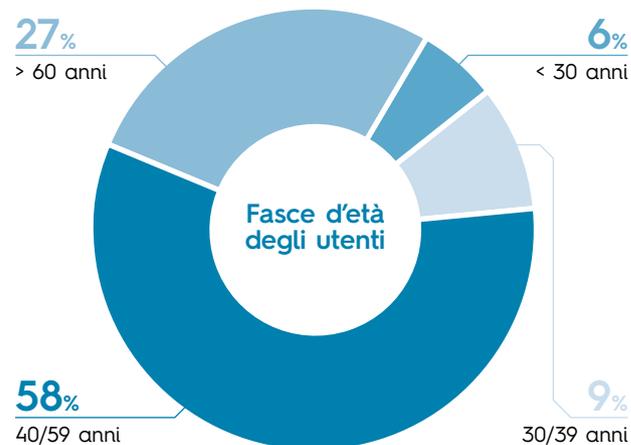


Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018 su dati CDA diocesano italiani

Rispetto all'età, il dato più significativo riguarda le persone di età compresa tra i 40 e i 59 anni che rappresentano il 58% (194); il 6% (19) da giovani al di sotto dei 30 anni; il 9% (31) ha tra i 30 e 39 anni; il 27% oltre i 60 anni.

Utenti per età - val. % e V.A.

<30	30/39	40/59	>60	TOT
19	31	194	89	333
6%	9%	58%	27%	100%

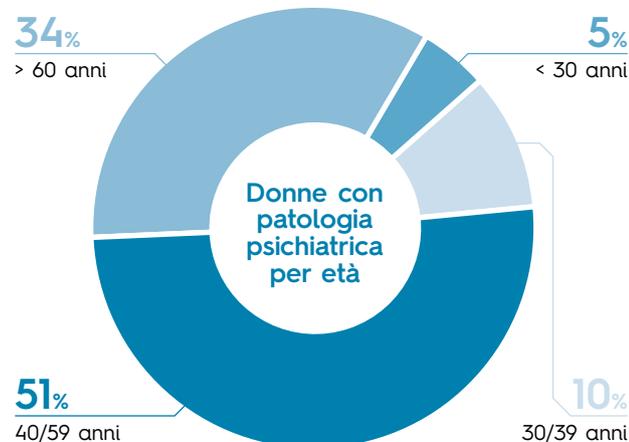


Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018 su dati CDA diocesano italiani

Sul totale delle persone di sesso femminile, affette da patologia psichiatrica (82), il 5% di esse ha meno di 30 anni; il 10% ha tra i 30 e i 39 anni; il 51% tra i 40 e i 59 anni e il restante 34% più di 60 anni.

Donne con patologia psichiatrica per età - val. % e V.A.

<30	30/39	40/59	>60	TOT
4	8	42	28	82
5%	10%	51%	34%	100%

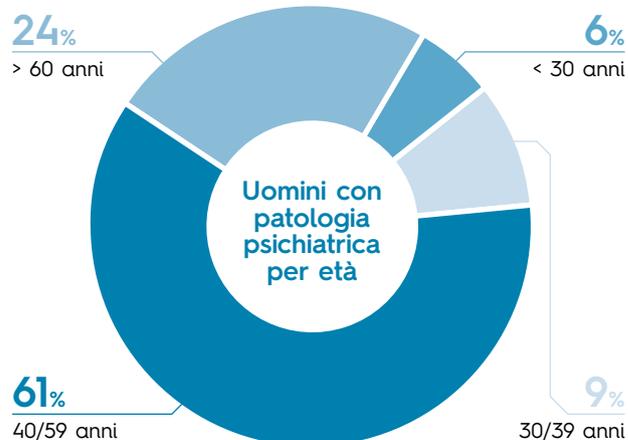


Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018 su dati CDA diocesano italiani

Sul totale delle persone di sesso maschile, affette da patologia psichiatrica (251), il 6% di esse ha meno di 30 anni, il 9% ha tra i 30 e i 39 anni, il 61% tra i 40 e i 59 anni e il restante 24% più di 60 anni.

Uomini con patologia psichiatrica per età - val. % e V.A.

<30	30/39	40/59	>60	TOT
16	23	152	60	251
6%	9%	61%	24%	100%



Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018 su dati CDA diocesano italiani

Esse, purtroppo, sono doppiamente escluse a causa della loro miseria e della loro malattia. La complessità dei loro bisogni, al limite del sociale e del sanitario, porta spesso come conseguenza quella di non essere presi in carico né dai servizi sociali, che li considerano casi psichiatrici, né tanto meno dai servizi sanitari che li dichiarano casi sociali. Queste persone “restano parcheggiate” nei centri d’accoglienza, o in strada, per un tempo non definito senza riuscire a trovare una soluzione adeguata alle loro esigenze sia sociali che sanitarie.

Spesso, anche i tentativi di ricovero implodono, perché vi è una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali; evidenziando problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale.

Difatti, uno dei cardini per valutare l’efficacia del sistema dei servizi è quello della **continuità dell’assistenza**, che si garantisce attraverso il

coordinamento e l'integrazione tra interventi, operatori, organizzazioni e livelli assistenziali. Quindi, la difficoltà ad orientarsi, la povertà di strumenti per ricercare aiuti, la vulnerabilità e la disorganizzazione delle azioni, fanno sì che spesso la persona vaghi per interi giorni in strada senza alcuna alternativa.

Il paziente psichiatrico senza dimora, di fatto, presenta oltre al disagio proprio della malattia mentale, anche enormi carenze sul piano sociale; egli è privo di qualsiasi tutela.

Questi pazienti, in genere si presentano in pessime condizioni igienico-sanitarie; sono riluttanti ad intraprendere una terapia e risultano essere poco collaborativi. Sono incostanti nella frequentazione dei servizi e nell'assunzione della terapia farmacologia; il rifiuto ad adeguarsi alle norme sociali ed a volte l'incapacità di gestire spazi sociali condivisi, ne fanno dei pazienti di non facile gestione. Spesso è anche *un paziente ad elevata mobilità* e ciò concorre a rendere ancora più difficile la presa in carico dei servizi territoriali e la possibilità di cura.

Il vagabondaggio in una grande città come Roma, la perdita di relazioni sociali ed il progressivo allontanamento del contatto con la realtà, la sospensione di qualunque terapia farmacologia, ne fanno una persona ad alto rischio per se stessa e per la comunità.

Nel nostro servizio è quotidiano il problema di utenti che necessitano di cure psicofarmacologiche ma si trovano fuori dal proprio luogo di residenza; per quest'ultimi è particolarmente difficile accedere ai servizi territoriali.

Un'altra categoria di pazienti psichiatrici presenti nelle nostre strutture sono le persone che non hanno avuto una storia di istituzionalizzazione ma

neanche contatti con i servizi del territorio. Essi non hanno una rete parentale di supporto utile ad affrontare il percorso terapeutico e riabilitativo, non hanno gli strumenti per ricercare autonomamente un aiuto e non hanno la possibilità di rivolgersi ai servizi di cura e assistenza. Molto spesso l'unico contatto che hanno con i servizi passa attraverso il soddisfacimento dei bisogni primari come il cibo e l'alloggio.

Attraverso tali richieste al CDA, a volte è possibile, dopo un lungo lavoro di mediazione, inviare l'utente presso i servizi presenti nel territorio come il DSM (Dipartimento di Salute Mentale) ed i Servizi Sociali Municipali ai quali l'utente non si sarebbe mai rivolto autonomamente.

Ciò che caratterizza queste persone, infatti, è proprio l'inesistenza di una rete di sostegno che va attivata nel caso di utenti giovani o comunque non cronicizzati nella malattia o riattivata nel caso di pazienti cronici i quali sono diventati in molti casi invisibili agli occhi dei servizi del territorio o ai confini di competenza tra sociale e sanitario per cui alla fine nessuno se ne occupa.

Un altro problema è quello delle persone con disturbo psichico che vengono ricoverate in ospedale per patologie organiche. Il problema si presenta al momento della dimissione, poiché la richiesta di ospitalità in una struttura d'accoglienza, dove possa trascorrere il periodo di convalescenza, coinvolge anche le problematiche relative al contenimento di un soggetto con patologia psichiatrica oltre che fisica.

Tenendo conto delle diagnosi fatte dai servizi sanitari competenti, emerge come prevalgono diagnosi di psicosi, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi di personalità di tipo C e B. In questo dato mancano tutti coloro che non sono seguiti

o rifiutano di rivolgersi ai servizi; da ciò possiamo facilmente dedurre quale sia la consistenza del problema.

Alcuni di questi utenti presentano più di un disturbo; non pochi associano al disturbo psichico una dipendenza da sostanze o da alcol. La nutrita presenza di persone con un disturbo psicotico ci riporta alla funzione contenitiva a cui sono impropriamente delegati i servizi di ascolto-accoglienza Caritas per persone senza dimora.

Per tali persone ribadiamo il diritto alla salute, molti di essi sono "abbandonati" dal territorio perché ritenuti solo "casi sociali" e ormai "cronici".

Pertanto, diventa rilevante la nostra funzione di "mediatori" con la rete formale ed informale del territorio.

Quotidianamente riscontriamo come la presa in carico di questi utenti fa scattare tra i servizi territoriali attivati meccanismi di delega, rinvii per competenza, per poi essere riconsegnata alla strada; questo non risponde efficacemente ai bisogni che l'utente pone in termini di cure, di riabilitazione e di sostegno sociale.

I nostri centri divengono così i luoghi in cui il paziente psichiatrico viene collocato quale risposta, assolutamente non idonea ed esaustiva, ai disagi di tipo psichico, sanitario e sociale dell'utente.

Spesso le aspettative del territorio sono totalizzanti, risolutive, miracolistiche e deleganti ("lo portiamo da voi, poi ci pensate voi, gli spiegate quello che deve fare", "voi siete la Caritas se non lo fate voi chi allora?").

Attento, minuzioso ma molto lungo nei tempi e difficile nella gestione, il lavoro che viene svolto dagli operatori Caritas nei confronti di queste persone.

La condizione del malato mentale non ha ancora trovato una sua collocazione e sembra ancora lontana dal raggiungerla. Allo stato attuale molti trovano la loro unica risposta nella collocazione in centri d'accoglienza per senza fissa dimora, come unici luoghi in cui viene contenuto il proprio disagio.

L'intervento in favore di questi utenti spesso richiede di agire sulla crisi, collegare la persona con la famiglia, quando esiste, favorirne il rientro se non residente, contattare i servizi per rinnovare o stimolare una effettiva presa in carico. La scarsità di strutture di accoglienza specifiche (case famiglia, comunità alloggio ecc) e di sostegno socio-lavorativi mirati (borse lavoro, tirocini socio-riabilitativi) fa sì che le persone in questa condizione non siano inserite in percorsi terapeutici e socio-riabilitativi strutturati e di lunga durata. Difatti, ci corre l'obbligo dire che, mentre la malattia mentale sta diventando sempre più oggetto di trattamento farmacologico, con un intervento prettamente medicalizzato, si assiste ad un contemporaneo disinvestimento nelle cosiddette attività di riabilitazione psicosociale e ancora maggiore carenza nelle attività di residenzialità per pazienti psichiatrici. La persona, sia vista come paziente da medicalizzare o come "soggetto oppresso" da riscattare, non viene ascoltata per quello che dice e quello che dice non viene mai interpretato sulla base del contesto reale in cui essa stessa vive.

L'aspetto troppo spesso dimenticato è che la crisi psicotica è una situazione che manda in crisi tutti, non solo il paziente in sé. L'emergere di tali crisi è sempre anche un'emergenza sociale e spesso esplose dopo anni passati nella totale assenza di cure e attenzioni 'sociali', 'educative', 'psicologiche'.

Una nuova emergenza è costituita dal sempre maggiore bisogno di ascolto e sostegno psicologi-

co, da parte di persone che versano in condizioni di precarietà lavorativa, alloggiativa e relazionale. Molte persone che afferiscono al servizio richiedendo un sostegno psicologico, hanno difficoltà a trovare risposte nel territorio. Nel 2017 le richieste esplicite di sostegno psicologico hanno fatto registrare un numero di accessi pari al 25% (2140) del totale (6538).

Difatti, la crisi socio-economica-lavorativa in atto sta incidendo negativamente sullo stato psicologico delle persone, influenzandone l'umore, la stabilità emotiva, la sfera relazionale e affettiva; tutto ciò, come possiamo intuire, comporta un peggioramento della qualità della vita dell'individuo.

Non avere prospettive economiche e occupazionali fa sì che si sviluppino varie forme di disagio emotivo o si aggravi quello già esistente.

Un vissuto di stress, frustrazione o di insoddisfazione può, quindi, indurre la persona a credere di non avere alcun potere nella determinazione di sé e della propria vita; possiamo, quindi, parlare di **"impotenza appresa"**. Ciò produce conseguenze a livello cognitivo, emozionale e motivazionale e può a sua volta incidere sull'autostima e predisporre a disturbi di tipo depressivo.

La sensazione che si ha e che non si tratti tanto di un disagio circoscritto e specifico, quanto piuttosto di un atteggiamento generale rispetto alla vita: questo è allarmante.

Come afferma l'OMS *"La povertà è un importante fattore che contribuisce a malattia mentale, stress, suicidio, disgregazione familiare ed abuso di sostanze..."*. Povertà e disoccupazione sono al tempo stesso causa ed effetto di un cattivo stato di salute, perchè creano un circolo vizioso all'interno del quale la scarsa salute diminuisce la capacità

dell'individuo di lavorare, riducendone di conseguenza la possibilità di guadagnare aggravando così la condizione di povertà. Pertanto, *l'interazione tra disagio economico e salute si fa più stretto: la mancanza di risorse non può che compromettere lo stato di salute.*

Occorrerebbe proporre alla società una "visione relazionale" delle conseguenze della crisi che viviamo sulla normalità e sulla patologia, ma anche sul modo di attuare interventi professionali, di fare formazione e di intervenire in sistemi complessi.¹⁵



2.6 LA CONDIZIONE ABITATIVA TRA NECESSITÀ E LIMITI

Il tema della casa, della sua mancanza o del suo venir meno presenta problematicità piuttosto spiccate nella nostra città a causa di numerosi fattori, i più rilevanti dei quali sono costituiti dall'incapacità delle famiglie di fronteggiare le spese di locazione e i canoni troppo elevati praticati a Roma, che non permettono alle famiglie con redditi bassi di provvedere ad adeguate sistemazioni alloggiative.

Della frequenza di questo tipo di difficoltà i nostri CDA registrano dati abbastanza preoccupanti, che descrivono l'allargamento sempre più vasto della platea di persone in affanno a causa dell'ingestibilità della questione casa, come meglio vedremo in seguito.

Come si legge nella tabella sotto, nel 2016 Roma Metropolitana risultava essere la seconda città con valore medio più elevato per prezzo delle locazioni abitative, subito dopo Milano: la cifra infatti si attestava sugli 823,00 euro al mese.

Valore degli affitti nei principali capoluoghi metropolitani, secondo la tipologia dimensionale delle abitazioni (2016)

Aree metropolitane	Tipologia					var. % anno precedente
	Mono	Bilo	Trilo	Quadri	Media	
Milano	582	793	1.031	1.316	931	1,7
Roma	581	738	897	1.075	823	1,8
Firenze	520	612	700	812	661	2,5
Venezia	431	537	626	718	578	2,1
Bologna	386	492	584	724	547	-3,7
Napoli	388	485	597	713	546	-0,1
Bari	316	413	533	633	474	-5,4
Torino	289	380	490	617	444	-0,1
Genova	323	390	450	523	422	-7

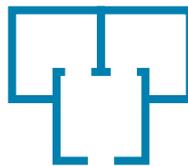
Fonte: Solo Affitti - Rapporto 2016



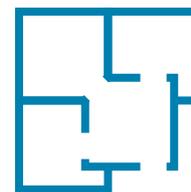
MONOLOCALI
€581



BILOCALI
€738



TRILOCALI
€897



QUADRILocalI
€1.075

Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma su dati Solo Affitti - Rapporto 2016

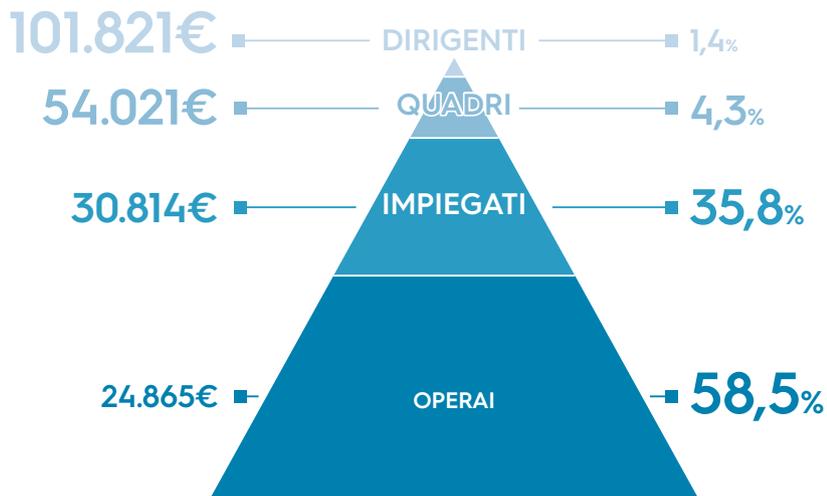
Se si considerano poi gli affitti in rapporto alla tipologia dell'immobile si nota che per un trilocale a Roma in media una famiglia di 3-4 persone deve sostenere una spesa di circa 900,00 euro al mese e per

un quadrilocale addirittura di 1.075,00 euro al mese. A questa valutazione si aggiungano poi le differenze per zona, con picchi piuttosto elevati nel I e nel II Municipio (dove la media si alza a 1.550,00 euro).

Ral* media 2017 (valori in Euro) vs occupati dipendenti (% sul totale occupati)

Reddito Annuo Lordo media
JobPricing

Composizione occupati
Istat



* Redditi annui lordi

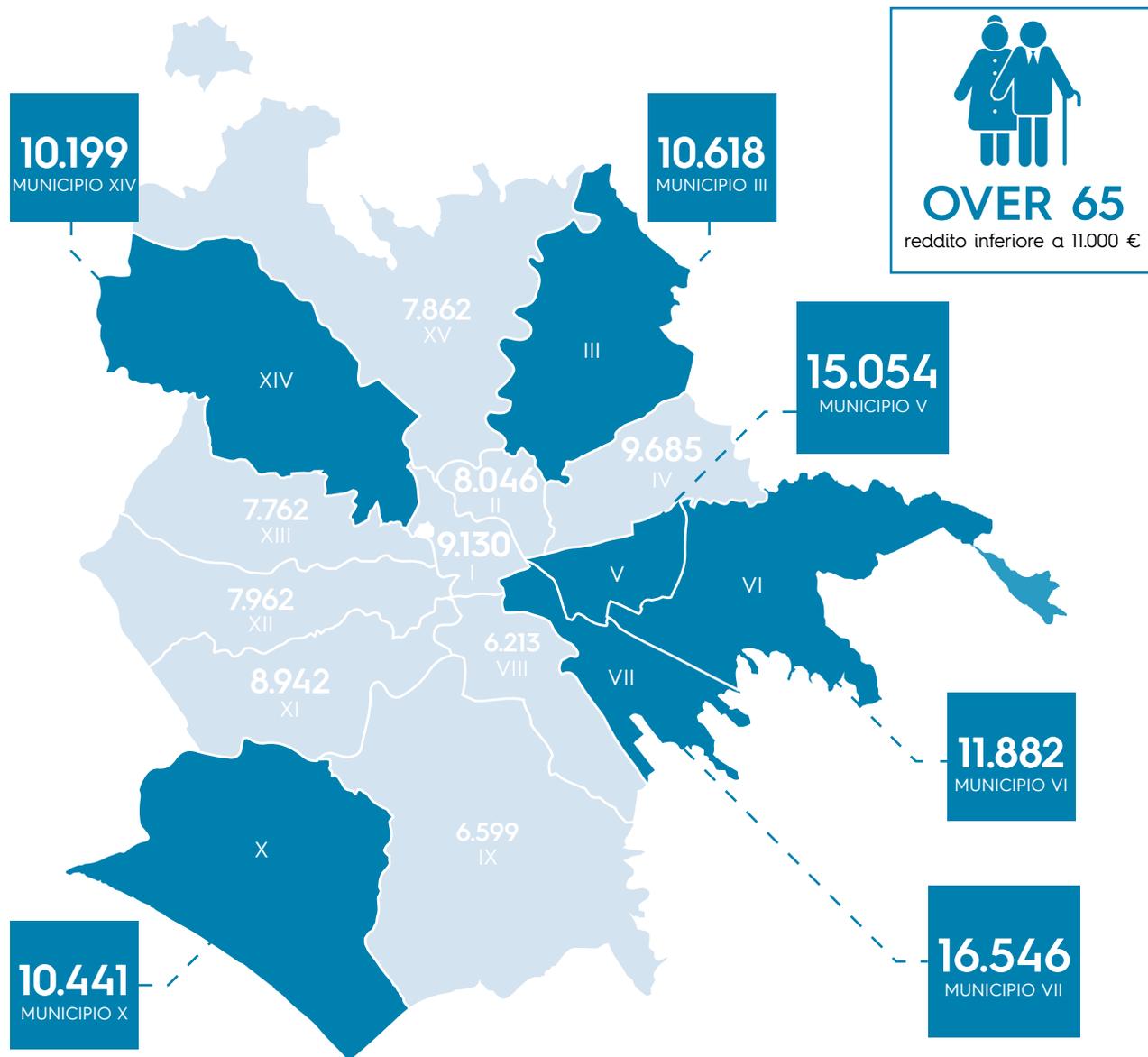
Fonte: Elaborazione grafica Centro Studi Caritas diocesana di Roma su dati JP Salary Outlook 2018

Comparando il dato dei costi delle locazioni con quello dei redditi annui lordi (RAL) medi in Italia si comprende come la sostenibilità dei prezzi per le abitazioni in città come Roma e Milano sia una tematica a cui guardare con estrema attenzione e lucidità, soprattutto in riferimento a quelle persone o famiglie che percepiscono i redditi più bassi: come mostra il grafico gli operai (o lavoratori con stipendi assimilati) ricevono in media 24.865 euro lordi annui e rappresentano il 58,5% dell'intera popolazione occupata. In sostanza, lo stipendio medio mensile è calcolato intorno ai 1.474 euro il che rende praticamente assai improbabile se non impossibile per una famiglia monoreddito di questa fascia di retribuzioni fronteggiare i costi delle abitazioni in città, dove un trilocale, come visto, costa mediamente 897,00 euro al mese.

Andando poi ad analizzare la situazione reddituale di alcune particolari fasce di popolazione la gestione in termini di sostenibilità si acuisce nelle sue profonde criticità, proprio a causa della fragilità economica di queste persone.

Il grafico mostra la condizione della popolazione over 65 presente nel Comune di Roma. La stima dell'Ufficio statistico del Comune calcola che sul totale della popolazione in esame (541.160 dichiaranti) quasi il 30% (146.941 persone) dichiara un reddito inferiore agli 11.000 euro lordi l'anno.

COMUNE DI ROMA. Numero stimato di residenti sopra i 65 anni con reddito inferiore a 11.000 euro (2015)



Fonte: Elaborazioni grafiche Centro Studi Caritas diocesana di Roma su dati Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Statel - Agenzia delle Entrate

Le zone con la maggiore presenza di over 65 in disagio economico sono il V, il VI e il VII Municipio, che presentano numeri che oscillano tra le 11.882 persone del VI Municipio, le 15.054 del V e le 16.546 del VII Municipio. Essi comprendono quartieri quali Torpignattara, Quadraro, Centocelle, Tor Tre Teste, Torre Spaccata, Torre Maura, Tor Fiscale, Quarto Miglio; trattasi di quei territori posti sulla cintura del Raccordo anulare e che spesso sono privi di sufficienti servizi sanitari, sociali e ricreativi. Al problema economico quindi si aggiunge quello della emarginazione e della solitudine.

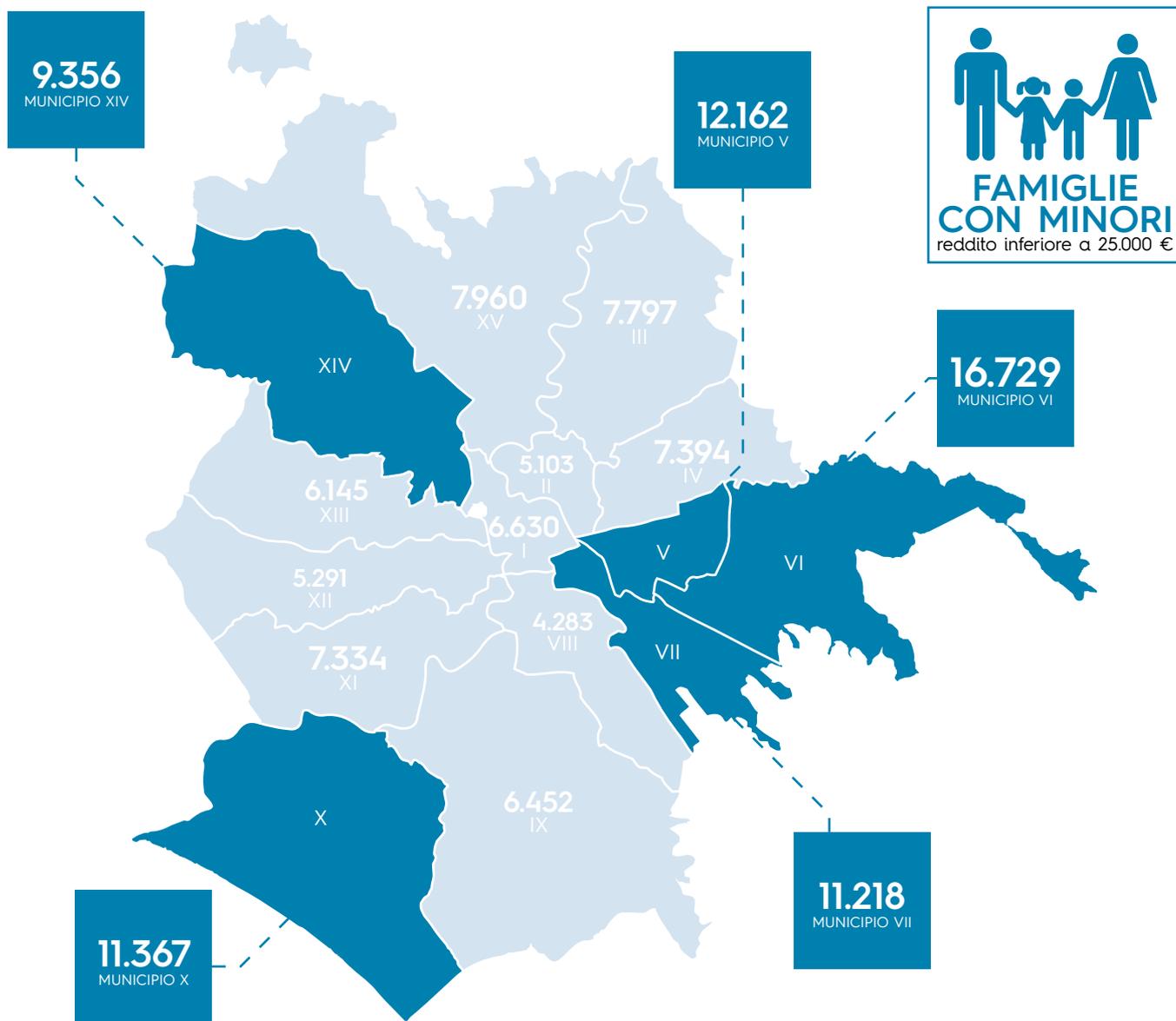
Numeri molto elevati si riscontrano anche nel III, IV, X e XIV Municipio dove le cifre superano le 10.000 persone.

In modo quasi sorprendente la situazione non è migliore nei quartieri del centro storico dove, a fronte degli elevati costi abitativi (che come visto sopra aumentano in ragione della posizione centrale degli immobili) comunque i numeri degli over 65 con reddito sotto gli 11.000 euro lordi arrivano a 9.130 nel I Municipio e a 8.046 nel II Municipio.

In definitiva si può affermare che con l'aumentare della popolazione anziana si sta anche modificando in senso negativo la condizione di fragilità economica a cui si lega poi anche quella abitativa. Va da sé infatti che il target in esame che non possa giovare di un immobile di proprietà ed avendo una disponibilità netta di circa 600,00/700,00 euro mensili, si trova di fatto a non poter fronteggiare la sostenibilità di un affitto in città e per molti di loro questa sembra porsi quasi come una questione irrisolvibile.

Andando poi ad osservare la fascia di popolazione più giovane in quadro che ne risulta non è poi così dissimile. Il Comune di Roma nel 2015 ha eseguito delle stime sulle famiglie residenti con minori i cui redditi erano inferiori ai 25.000 euro l'anno: il numero totale risulta essere 125.577 ed i Municipi con i valori più alti (sopra gli 11.000 nuclei) continuano ad essere il V, VI, VII e X, storicamente zone fortemente segnate dal disagio e dalla povertà.

COMUNE DI ROMA. Stima famiglie residenti con minori e reddito sotto i 25.000 euro (2015)



Fonte: Elaborazioni grafiche Centro Studi Caritas diocesana di Roma su dati ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Siatel - Agenzia delle Entrate

Anche i CDA riferiscono differenti situazioni di disagio economico che sono in linea con i dati del Comune. Infatti tra gli utenti dei centri parrocchiali solo il 21,4% dei casi risponde di avere come fonte di sostentamento un reddito abbastanza stabile; il rimanente dei casi invece descrive situazioni assai "faticose" (aiuti economici da familiari e/o amici, contributi pubblici, nessun reddito, ecc...): colpisce un 10,9% di casi in cui "ci si arrangia", cioè le persone in questione sono costrette ad affidarsi ed inventare piccoli stratagemmi per superare la giornata. Inoltre anche il fatto che solo il 2,9% può attingere ai risparmi familiari sottolinea ancora una volta la fragilità economica che sta investendo i nuclei.

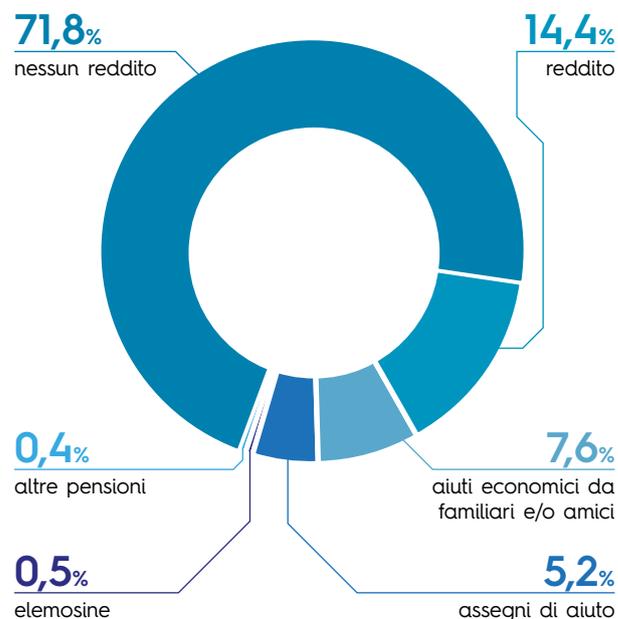
Utenti Caritas dei centri parrocchiali per fonti di sostentamento - val. % sulle risposte

Fonti di sostentamento	Val. % sulle risposte
Reddito	21,4
Aiuti economici da familiari e/o amici	17,0
Contributi/agevolazioni pubbliche	15,4
Nessun reddito	15,3
Assegni di aiuto	13,8
"Mi arrangio"	10,9
Risparmi personali/familiari	2,9
Elemosine	1,7
Assegno di mantenimento	1,6

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Se analizziamo poi la condizione degli utenti dei CDA diocesani la situazione si palesa in tutta la sua cruda drammaticità, con solo il 14,4% di persone che possono vantare di avere un reddito e un 71,8% di casi senza alcuna fonte di sostentamento.

Utenti Caritas dei centri diocesani per fonti di sostentamento - val. % sulle risposte



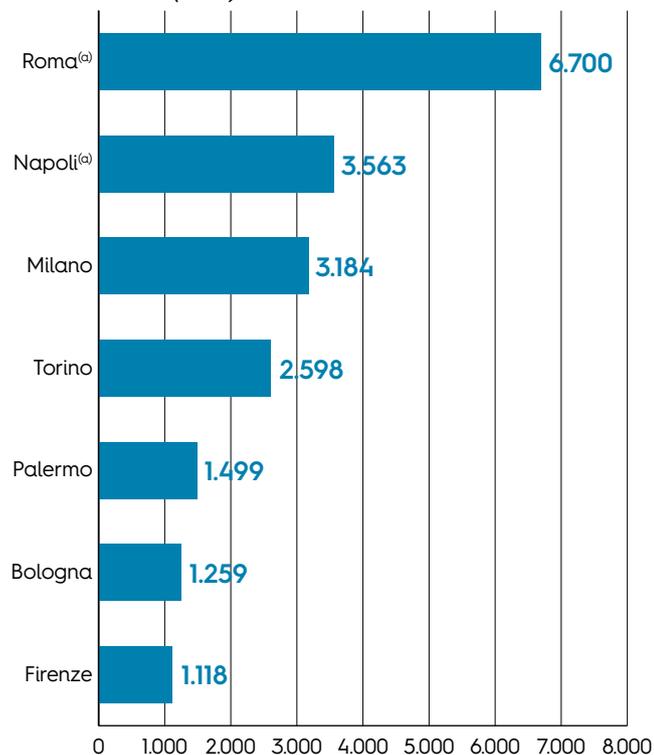
Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Tutta questa descrizione e la ripresa di quanto già sviluppato dettagliatamente nel cap. 1 sulle povertà ci occorre per contestualizzare e comprendere meglio alcuni degli effetti delle difficoltà di carattere economico che colpiscono diverse categorie di cittadini (di cui abbiamo analizzato a titolo d'esempio due gruppi): gli sfratti e la vita di strada.

Anche in questo caso, come vedremo, la Capitale vanta diversi tristi primati.

Come si legge nel grafico la città Metropolitana di Roma si pone in una posizione nettamente superiore rispetto alle altre principali provincie italiane, con 6.700 sfratti emessi nel 2017, cioè quasi il doppio di quelli emessi a Napoli e Milano.

PRINCIPALI PROVINCE. Provvedimenti di sfratto emessi - V.A. (2017)



Fonte: Ministero dell'Interno

Dati incompleti

Ciò che salta all'attenzione in maniera preoccupante non è solo la particolare posizione che Roma ricopre, se comparata alle altre maggiori province, ma anche l'estrema numerosità degli sfratti emessi per morosità o inadempienza del locatario, cioè 6.100 nel solo anno 2017. In sostanza a Roma nello scorso anno solo 175 sono stati i casi di sfratti emessi per necessità del locatore, 410 per finita locazione e 6.100 invece risultano essere i nuclei familiari ufficialmente riconosciuti come impossibilitati a pagare l'affitto della casa che occupavano.

REGIONE LAZIO. Andamento delle procedure di rilascio di immobili ad uso abitativo - V.A. (2017)



175

NECESSITÀ LOCATORE



410

FINITA LOCAZIONE



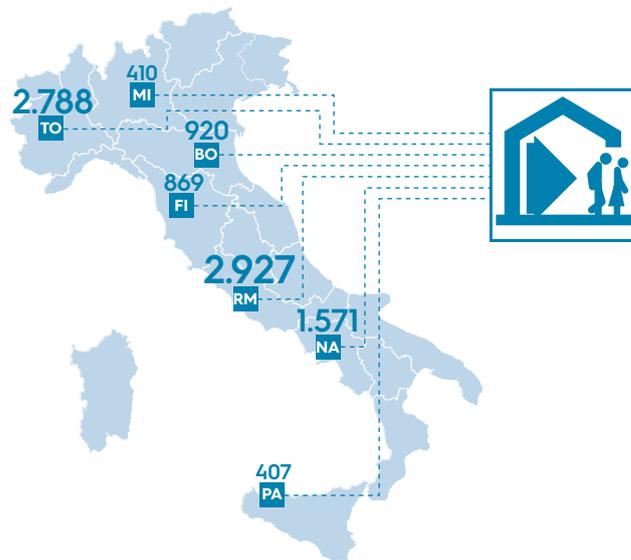
6.115

MOROSITÀ/ALTRA CAUSA

Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma su dati Ministero dell'Interno

Purtroppo anche nel caso dei provvedimenti resi esecutivi Roma mantiene la prima posizione, con 2.929 sfratti eseguiti nel 2017, cioè **2.929 nuclei familiari** che nello scorso anno hanno ricevuto uno sfratto esecutivo.

Sfratti eseguiti nelle principali province italiane



Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma su dati Ministero dell'Interno

L'intero quadro delle difficoltà di larghi gruppi di popolazione romana relativamente al tema della casa trova triste riscontro in ciò che viene rilevato nei nostri CDA che, ripetiamo, registrano solo le persone che in qualche modo hanno trovato la forza ed il coraggio di chiedere "aiuto", non senza il disagio e la vergogna che possiamo facilmente immaginare (come raccontano gli operatori dei centri d'ascolto) ma forse non capire fino in fondo.

Tavola sinottica relativa agli utenti Caritas per tipologia di contratto e ultima attività lavorativa svolta ('non lavoro') - V.A. più elevati

Utenti Caritas dei centri parrocchiali	V.A.
Ad ore	261
Disoccupato da meno di 3 anni	1.049

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Più di mille sono le persone che si sono rivolte ai CDA parrocchiali e che si trovano senza lavoro fino a tre anni. Spessissimo, come osservano gli operatori, trattasi di persone adulte che hanno perso il lavoro.

Infatti, come mostra la tabella di seguito, il 58,9% dei casi degli utenti lamenta una difficoltà di carattere lavorativo e immediatamente dopo quella legata al cibo (nel 47,6% dei casi) e all'alloggio (nel 21,2% dei casi). Pur nella difficoltà e nel rischio indigenza le persone si pongono come primo obiettivo quello della riattivazione lavorativa e della dignità che passa anche attraverso la capacità di provvedere autonomamente alle proprie necessità ed alla propria realizzazione e riconoscimento sociale (come spesso ricorda papa Francesco).

Gli uomini e le donne si nutrono del lavoro: con il lavoro sono "unti di dignità". Per questa ragione, attorno al lavoro si edifica l'intero patto sociale. Questo è il nocciolo del problema. Perché quando non si lavora, o si lavora male, si lavora poco o si lavora troppo, è la democrazia che entra in crisi, è tutto il patto sociale.

(Incontro con il mondo del Lavoro, Discorso di papa Francesco, Stabilimento Ilva, 2017)

Utenti Caritas dei centri parrocchiali per tipologia di richieste - val. % sui casi

Richieste	% sui casi
Lavoro	58,9
Pasto/generi alimentari	47,6
Alloggio/casa	21,2
Indumenti	19,0
Altro	8,1
Assistenza burocratica/amministrativa	8,1
Generi per l'infanzia	6,4
Salute	5,7
Trasporto	3,5
Sostegno allo studio	2,1

* Totale superiore a 100 per risposte multiple.

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Ovviamente a questa richiesta si associa quella delle difficoltà nel riuscire a fronteggiare le spese per l'abitazione che figurano come le più ricorrenti (61,3% dei casi), ancor prima delle spese per il cibo (58,7% dei casi). Quello che emerge dall'osservazione

sui territori conferma ciò a cui accennavamo sopra analizzando i dati generali dei prezzi delle locazioni abitative a Roma (ma lo stesso discorso si potrebbe replicare per i costi delle compravendite), che stanno gettando nell'affanno (e talvolta nella disperazione) un numero sempre maggiore di nuclei familiari.

Utenti Caritas dei centri parrocchiali per spese ricorrenti - val. % sui casi

Spese ricorrenti	% sui casi
Affitto	61,3
Alimentari	58,7
Utenze	49,7
Sanitarie	23,8
Altri beni/servizi	10,5
Debiti	10,5
Mutuo	4,7
Rimesse all'estero	1,0
Assegno di mantenimento	0,9

* Totale superiore a 100 per risposte multiple.

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

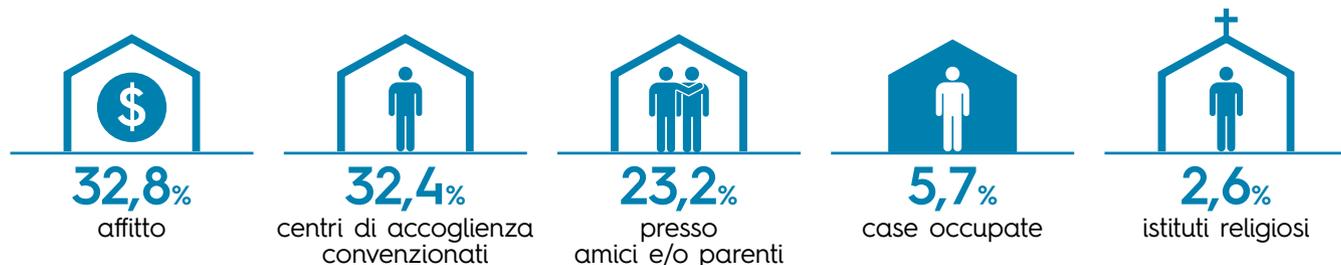
In particolare i centri d'ascolto parrocchiali riferiscono l'esistenza di più di mille persone registrate presso di loro e che quindi si sono rivolte alla parrocchia come ultima risorsa (o quasi) e che purtroppo vivono situazioni estreme: molte di loro sono state costrette a cercare una sistemazione presso amici, parenti o il datore di lavoro, altre si trovano ospitate in centri d'accoglienza e diverse addirittura sono costrette ad accontentarsi di un parco, di un androne, di un ponte come ricovero per la notte.



Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018

Stiamo parlando di persone che vivono nei quartieri afferenti alle parrocchie di riferimento del nostro sistema di centri d'ascolto e che non hanno trovato soluzioni abitative adeguate, pur trovandosi magari proprio accanto a noi. Com'è possibile tutto questo?

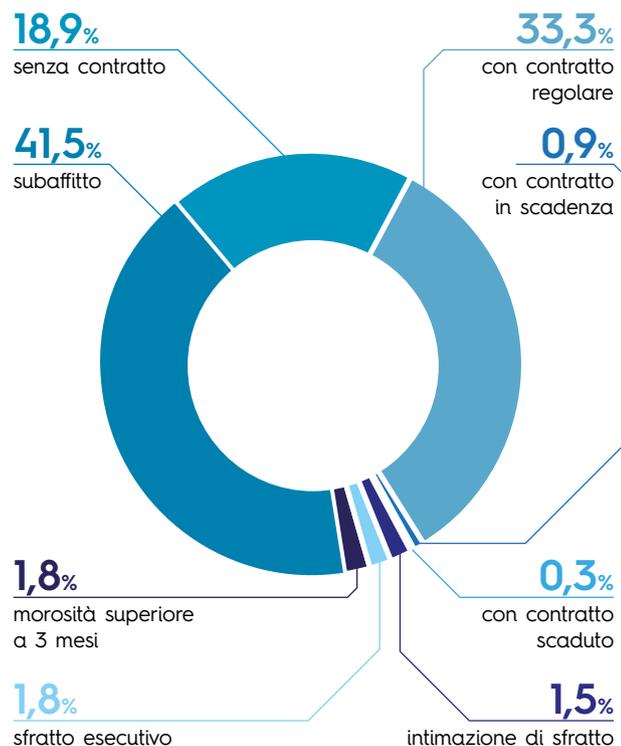
Se poi osserviamo i dati dei CDA diocesani ben il 63,9% degli utenti ha una sistemazione alloggiativa "di aiuto" e solo il 32,8% riesce ancora a pagare un affitto.



Fonte: elaborazione grafica Centro Studi Caritas di Roma 2018

In particolare, in quel 32,8% di persone che si rivolgono ai CDA diocesani e che conservano un alloggio in affitto solo il 33,3% vanta un contratto regolare mentre la maggior parte (il 41,5%) vive in subaffitto) e addirittura il 18,9%, cioè quasi un 1/5, non ha alcun contratto a garanzia della locazione dell'immobile.

Utenti Caritas dei centri diocesani per dimora abituale (focus su "affitto") - val. %



Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Poi esiste tutto quel folto gruppo di persone che non hanno altra soluzione abitativa che la strada; incontriamo le loro storie attraverso i nostri servizi, spesso grazie alla nostra unità di strada (SNI-Ser-

vizio Notturmo Itinerante) che monitora il territorio proprio andando a cercare, ad ascoltare, ad aiutare le persone lì dove si trovano, nei nostri androni, sotto i nostri ponti, sui nostri marciapiedi, nei nostri sottopassaggi.

Nei percorsi di emarginazione delle persone, la strada è vista come soluzione ultima e costretta dove, però, la dignità umana, travalica ogni confine e tende alla ricostruzione di un abitare interiore, nonostante la precarietà e il limbo vissuti. La strada diventa così un grande contenitore significativo, un foglio bianco su cui ogni persona lascia la sua impronta e la sua traccia. Luoghi che parlano, pregni di significato, che accolgono le abitudini delle persone, che designano l'appartenenza e l'identità, come se ognuno mettesse la propria firma nel proprio spazio. Portando avanti una sorta di mappatura sulle forme abitative, per metterci sulle tracce delle persone che vi vivono, faremo degli esempi che prendono le mosse dall'abitare sul tetto all'abitare sul marciapiede.

La stazione, per usare le parole di Augé, è un "non luogo", poiché è un coacervo di situazioni che, in modo fugace, passano e poi spariscono. Eppure, dietro questa veste ufficiale, si cela un altro volto nascosto alla stazione stessa: una sorta di cantiere a cielo aperto che abbraccia più baracche di fortuna. In prima battuta, questo complesso di casupole, sembra richiamare la natura del non luogo della stazione, mimetizzandosi con il territorio sotto forma di tendaggi e travi appoggiati alle mura; in realtà, è un volto che parla di luogo, d'appartenenza, d'identità. Ci appare: la stazione, il cantiere, le baracche, per arrivare infine, alla parte più nascosta che si apre ad una porta su un mondo umano sconfinato. Ci sono volti dietro queste baracche, vissuti, frammenti di storie, sofferenze.

Secondo la definizione del vocabolario Treccani, la tenda è «un riparo di stoffa steso sopra o davanti a qualcosa per nascondere o proteggerlo». Una tenda

che si protegge nelle rientranze delle mura aureliane, una tenda che si mimetizza tra il complesso di case e hotel lussuosi che, quasi indifferenti, si ergono alle sue spalle, una tenda custode di storie. In queste tende scorgiamo due volti, quello di L. e di B. Due destini che si uniscono in maniera del tutto casuale, che stringono l'alleanza sulla strada. L. è una signora di 70 anni ucraina. L' integrità e la dignità, che fanno capolino tra le pieghe così dure ma al contempo dolci del suo volto, non l'hanno mai abbandonata, neanche quando ha perso definitivamente il lavoro, neanche quando si è ritrovata per strada, neanche quando tra quelle pieghe scorre il ricordo doloroso della perdita della figlia. A volte la trovi, a gambe incrociate, davanti alla sua tenda che sgrana il rosario, testimone silenziosa di una fervida fede.

Alla domanda: «perché avete scelto proprio un sottopassaggio per dormire», J. risponde: «nessuno penserebbe mai di venire qui sotto». Non c'è mai luce in quel posto angusto, dove le persone ogni giorno fanno equilibrismi, su quel filo sottile che è la voglia di sopravvivere e la voglia di sparire dagli occhi sociali, in uno scuro bilico di cartoni e letti. Mentre la città pulsa con il suo passaggio di macchine, persone che corrono e che si incontrano, nei sottopassaggi di Roma, pulsano dei cuori feriti dalla vita, la cui esistenza scorre nel silenzio di quelle mura buie.

Sono i contorni di una Roma che si nasconde nei sotterranei. È una Roma che parla di isolamenti, desolazioni, che accoglie nei suoi angoli più bui chi è stato tagliato fuori. È un autoisolamento costretto. Nel sottopassaggio del muro Torto, abbiamo conosciuto A. e J. Le scale fanno da spartiacque ai loro giacigli, marcando lo spazio privato di ognuno. La comunicazione tra di loro è praticamente assente. Si rispettano, chiusi nel loro dignitoso silenzio e nei loro problemi.

(Caritas di Roma, Area Ascolto e Accoglienza, Relazione 2018)

2.7 LA FAMIGLIA FRAGILE

Rivolgersi alla Caritas per la prima volta non è certamente un passo semplice, da realizzarsi a cuor leggero da parte del potenziale utente. È necessario che abbia maturato una consapevolezza particolare rispetto alle problematiche della propria vita che gli/le dia l'impressione di aver esaurito tutte le sue risorse, materiali, psicologiche e affettive e di non sapere più a chi chiedere aiuto, a chi appoggiarsi.

A ciò va aggiunta la naturale resistenza a compiere un gesto che sigla in un certo senso il proprio fallimento, nel lavoro, come negli affetti o nelle amicizie, è un'autocollocazione sociale nel "cerchio dei disperati" e non sempre questo gesto è facile da compiere. Non è infrequente registrare comportamenti di **deciso pudore** rispetto alla propria condizione, un non volere farsi riconoscere o identificare (magari durante riprese televisive richieste da un telegiornale per illustrare attività della Caritas). Un pudore che non va interpretato soltanto come desiderio di nascondere il proprio malessere, ma anche come una forma sana di dignità che non vuole capitolare completamente sul piano della percezione sociale.

Tale pudore spesso è associato a utenti che appartengono alla categoria dei nuovi poveri, persone che fino al mese precedente conducevano una vita decorosa e che si trovano, a causa di un imprevisto evento congiunturale (una ristrutturazione aziendale, la perdita di legami utili a lavorare, un bilancio familiare che perde denaro per questioni connesse a forme di dipendenza legate all'azzardo o alle droghe) a **fronteggiare a mani nude il "drago" della miseria.**

Dai centri d'ascolto emerge nitidamente un'analisi decisa: a questo particolare momento la società non guarda con sufficiente attenzione: i posti di lavoro persi in genere entrano a far parte dell'arida con-

tabilità delle statistiche sul mercato del lavoro, ma raramente si dà la giusta importanza a un momento così delicato, in cui l'**identità** del lavoratore viene rimessa in discussione sia nella società che, inevitabilmente all'interno stesso del suo nucleo familiare. E infatti, dalla **banca dati** della Caritas di Roma emerge chiaramente che, tra gli **eventi critici pregressi** che hanno condotto la persona al Centro d'Ascolto Caritas, la fragilità familiare è la seconda per ordine d'importanza nei centri parrocchiali con il 24,1%. La prima problematica sia nei parrocchiali che nei diocesani è la difficoltà lavorativa (soprattutto nei diocesani, con il 48,7% dove è più forte l'affluenza degli stranieri). La terza è rappresentata da problemi connessi alla salute e alle dipendenze (nei parrocchiali arriva al 21%).

Utenti Caritas dei centri diocesani e parrocchiali per eventi critici pregressi - val. % sulle risposte

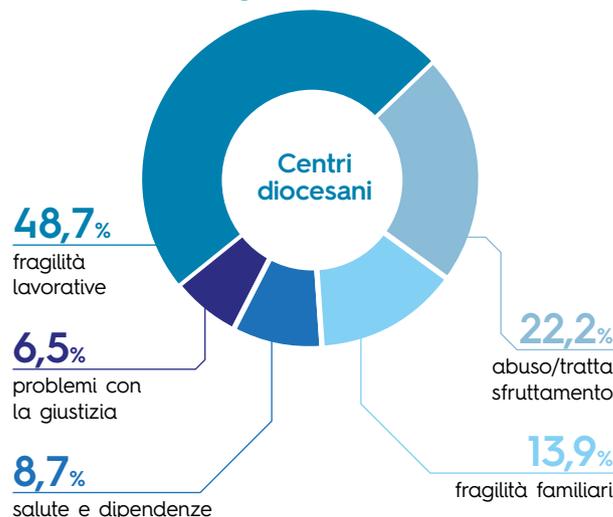
Eventi critici pregressi	Centri diocesani	Centri parrocchiali
Fragilità lavorative	48,7	41,8
Fragilità familiari	13,9	24,1
Salute e dipendenze	8,7	21,1
Abuso/tratta/sfruttamento	22,2	1,7
Problemi con la giustizia	6,5	2,6
Sovraindebitamento	-	3,4
Altro	-	5,3

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

È giusto evidenziare che per quanto riguarda i centri diocesani, il secondo posto in ordine di frequenza è rappresentato dai problemi connessi alla tratta, agli abusi e allo sfruttamento. Come si evince in maniera immediata dalle rappresentazioni grafiche sotto

riportate i problemi con la giustizia sono davvero una presenza esigua (lo spicchio azzurro nei grafici a torta).

Utenti Caritas dei centri diocesani e parrocchiali per eventi critici pregressi - val. % sulle risposte



Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

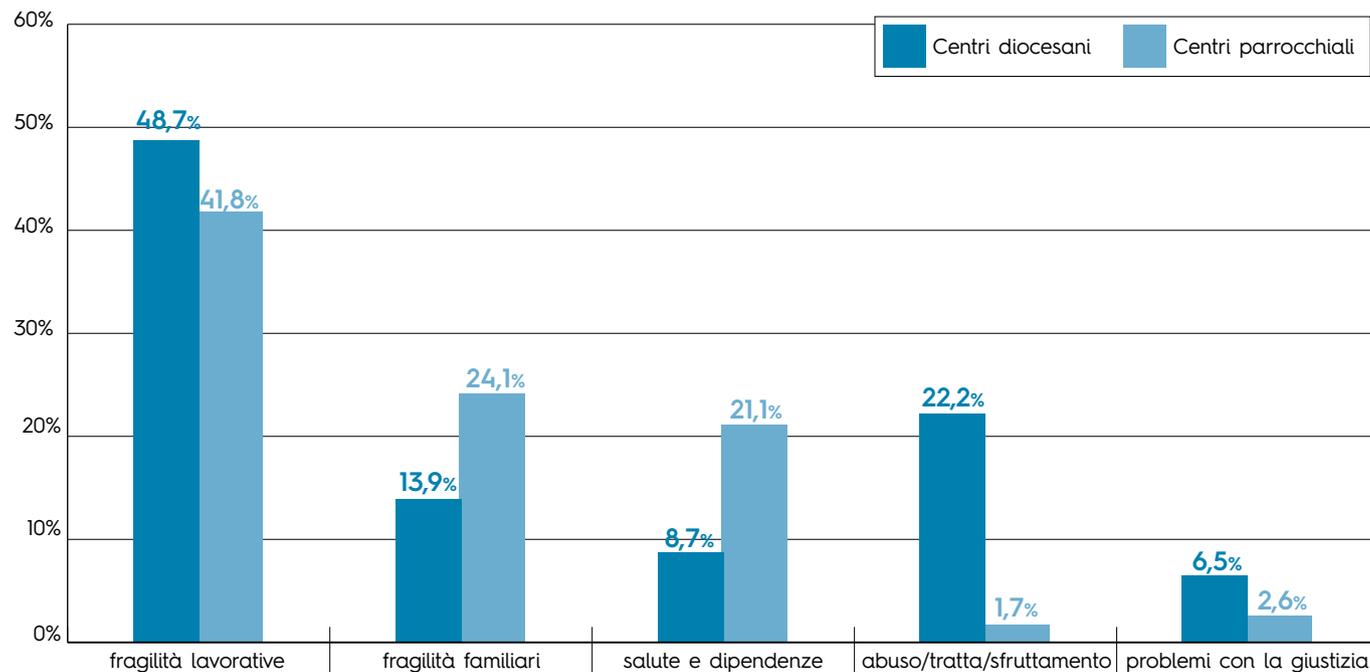
È importante dunque sottolineare che le problematiche connesse alla condizione familiare, hanno una collocazione importante nel produrre quelle condizioni di sofferenza che poi portano gli utenti in parrocchia, ma anche nei centri diocesani. Il dato va sottolineato con decisione perché invece in passato e tutt'ora si è molto parlato di **famiglia come ammortizzatore sociale**.

Si è sempre sostenuta l'idea che la famiglia rappresenta un'ancora di salvezza per i componenti. Sono state utilizzate metafore diverse per indicare una famiglia che funzionerebbe come un alveo compensativo, in grado di ammorbidire gli urti che i singoli componenti assorbono dalla vita sociale.

I **nostri centri d'ascolto** ci dicono che non è più così o per lo meno che un numero crescente di nuclei familiari diventa la fonte stessa di sofferenza per il singolo invece che un nido protettivo. I fattori che possono aver congiurato in tal senso sono diversi: certamente tra i primi c'è proprio la crisi economica e del lavoro che acuisce la tensione intrafamiliare e certo non collabora a preservarne l'armonia.

Ma si possono individuare anche variabili di natura antropologica: fare famiglia è sempre meno un progetto d'amore generativo (per i figli naturalmente, ma anche per gli stessi coniugi) e sempre più un modo per soddisfare le esigenze dei singoli: il desiderio di vivere bene insieme non rinunciando in nessun modo alle proprie passioni, interessi, desideri.

Utenti Caritas dei centri diocesani e parrocchiali per eventi critici pregressi - val. % sulle risposte



Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Con un distinguo importante: è soprattutto ai centri d'ascolto parrocchiali che si rivolgono quanti hanno come motivazione una difficoltà familiare, mentre nei centri d'ascolto diocesani (ricordiamo più frequentati da stranieri) le problematiche sono prevalentemente sociali (lavoro, casa, documenti, ecc...).

Sono spesso **fragilità di natura economica**, riconducibili alla perdita del lavoro e alle mille difficoltà che è intuitivo immaginare. In alcuni casi hanno perso il lavoro due componenti della famiglia, più o meno nello stesso periodo (ad esempio padre e figlio) oppure è venuta a mancare la funzione integrativa del reddito della pensione di un nonno. Sono famiglie che si trovano dall'oggi al domani con l'acqua alla gola, con spesso un risparmio esiguo che si volatilizza in un lasso di tempo molto breve.

Ma frequenti sono anche le fragilità relazionali: un nucleo di persone forse un tempo legate da affetto profondo che per mille e un motivo non regge più. A cominciare proprio a causa delle tensioni, i nervosismi, **l'ansia che la perdita di un lavoro porta con sé**. Un caso particolare riguarda la perdita di lavoro di persone ultrasessantenni, che vivono tutta la drammaticità dell'impossibilità, tranne rare eccezioni, di farsi assumere da qualche altra parte.

La povertà è un potente disgregatore della famiglia, perché è molto complesso il percorso di ridefinizione dei ruoli e i sistemi di relazione all'interno del nucleo familiare alla luce della traumatica perdita del lavoro di uno dei componenti:

- ▶ in termini di status all'interno della famiglia;
- ▶ in termini di auto percezione e autostima;
- ▶ in termini di ridefinizione dei consumi e delle priorità dei bisogni.

Ma questo processo è tutt'altro che indolore e gli utenti che si rivolgono alla Caritas per questo ne sono la prova più evidente.

Un altro aspetto delle difficoltà connesse alle fragilità familiari fa riferimento alle **nuove modalità di fare famiglia**. Sono molto più numerosi gli utenti celibi/nubili, conviventi, separati, divorziati (circa il 60%, relazione d'Area Ascolto e Accoglienza) rispetto ai coniugati (40%).

Un indicatore chiaro della sofferenza che vive oggi la famiglia, in cui problemi di natura economica e tempeste affettive si intrecciano: nel 2017 sono risultati in aumento a Roma crisi di coppia e genitoriali, donne che subiscono violenza e maltrattamenti in famiglia, dipendenze (v. azzardo) che affliggono uno dei componenti del nucleo familiare e finiscono col travolgere l'intero nucleo. In molti casi si può parlare di una vera e propria **immaturità relazionale-affettiva**, per cui si passa con disinvoltura da una relazione all'altra come se fosse questa la normalità.

La maggior parte delle famiglie vengono dal VI Municipio ma sono comunque rappresentati tutti i Municipi.

Come non vedere in questi comportamenti l'effetto culturale globale di uno star system che dal mondo dello spettacolo, dello sport e della comunicazione in generale si riverbera in programmi televisivi, su riviste, su siti Internet, nei social, sdoganando comportamenti e evasioni multiple che fino a qualche decennio fa erano sanzionate.

Molti adulti sembrano rincorrere oggi un modo di vivere le relazioni d'amore con un'impulsività di tipo adolescenziale alla rincorsa perenne di uno stato di gratificazione più vicina alle emozioni della gioventù che a quelle dell'età adulta.

Si avverte nei colloqui effettuati presso i **centri d'ascolto** una sorta di incapacità di essere membro di una coppia solida e matura, una specie di **impreparazione coniugale e genitoriale** che va al di là dell'essere o meno sposati. Le persone che mostrano questa fragilità mostrano di non riuscire a tollerare la minima frustrazione da parte del partner, sono

alla ricerca di continui miglioramenti che non arrivano, si sentono incompresi e pieni di rancore rispetto al coniuge. Vivono nella continua ricerca di mantenere il rapporto ai livelli alti di passionalità e intensità affettiva dello "stato nascente".

Vivono soprattutto una situazione perennemente instabile sul piano emotivo in cui basta poco a fare da detonatore per una conflittualità esplicita e strutturale. A tale proposito va sottolineato che il conflitto nella coppia oggi non va identificato esclusivamente con separazioni e divorzi. Molte **separazioni avvengono nell'alveo di una coppia di fatto**, dunque costituiscono un **sommerso** che sfugge a qualsivoglia rilevazione. Così come la maggior parte dei maltrattamenti in famiglia non viene denunciata per cui le stime di cui si dispone sono abbondantemente sottostimate. Insieme a tali aspetti, va considerato il problema connesso alle dipendenze: alcool, droghe e gioco d'azzardo sono purtroppo assai diffusi provocando nei genitori coinvolti in tali dipendenze comportamenti conflittuali e devastanti per l'intero nucleo familiare.

Quanto detto si evidenzia chiaramente nella tabella sotto riportata: tra le fragilità familiari svettano le separazioni (69,7%); solo a lunga distanza compaiono i lutti (25,4%) e l'abbandono da parte dei genitori (4,9%).

Utenti Caritas dei centri diocesani per eventi critici progressi (focus su "fragilità familiari") - V.A. e val. %

Fragilità familiari	V.A.	val. %
Separazioni familiari	830	69,7
Lutti	303	25,4
Abbandono dei genitori	58	4,9
Totale	1.191	100,0

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Una distribuzione più equilibrata emerge infatti dai casi incontrati nei centri parrocchiali.

Utenti Caritas dei centri parrocchiali per eventi critici progressi (focus su "fragilità familiari") - V.A. e val. %

Fragilità familiari	V.A.	val. %
Separazioni familiari	489	34,4
Lutti	455	32,0
Conflitti familiari	323	22,7
Abbandono da parte del coniuge	156	10,9
Totale	1.423	100,0

Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Non a caso è molto alta la presenza di utenti con bassa scolarizzazione o addirittura analfabeti o con la sola licenza elementare. Tale esiguità del capitale culturale familiare porta purtroppo a cascata all'evasione scolastica dei figli a non proseguire negli studi o nel training di formazione professionale (con l'eccezione dei corsi di estetica). Sono altresì molte le giovanissime con famiglie disastrose che si ritrovano da sole in strada.

Quelli che si rivolgono ai **centri d'ascolto delle parrocchie** sono spesso madri sole con figli o padri soli con figli usciti con le ossa rotte da un divorzio devastante sul piano economico e sul piano emotivo. Le varie fragilità dei singoli si riverberano sul clima familiare e ne compromettono l'esistenza stessa del nucleo.

La crescita delle separazioni e dei divorzi (amplificata nel 2015 dalla recente normativa sul divorzio breve) riflette a livello nazionale il fenomeno che si riscontra nei Centri d'ascolto della Caritas, in particolare quelli parrocchiali.

ITALIA. Numero di separazioni personali dei coniugi, divorzi e matrimoni - V.A. (2005-2015)

Anno	Separazioni personali dei coniugi	Divorzi	Matrimoni
2005	82.291	47.036	247.740
2006	80.407	49.534	245.992
2007	81.359	50.669	250.360
2008	84.165	54.351	246.613
2009	85.945	54.456	230.613
2010	88.191	54.160	217.700
2011	88.797	53.806	204.830
2012	88.288	51.319	207.138
2013	88.886		194.057
2014	89.303	52.335	189.765
2015	91.706	82.469	194.377

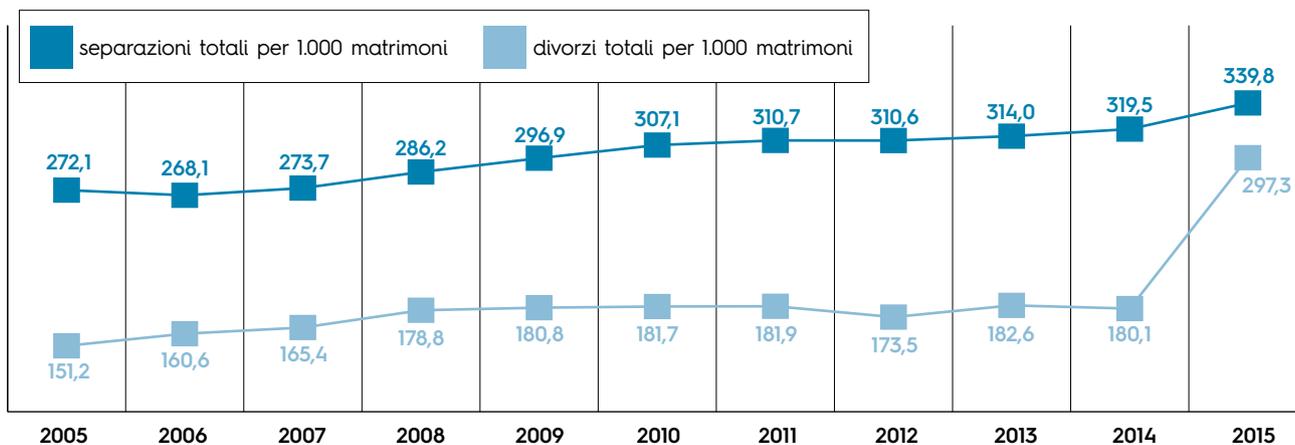
Fonte: Istat

Nell'arco di dieci anni in Italia i divorzi sono praticamente raddoppiati, mentre i matrimoni sono andati scemando: le convivenze o, anche, le relazioni vissute senza troppi impegni magari restando a casa dei genitori, si sono moltiplicate. La famiglia sembra stia perdendo la sua capacità di resilienza rispetto al cambiamento sociale.

Non solo: la crisi del welfare ha certamente impattato sulla famiglia, che si trova ormai a vivere praticamente da sola la gestione dei genitori anziani e delle problematiche connesse alla quarta età, figli minori e adolescenti con il loro carico di fragilità, precarietà del lavoro in una città in cui le distanze possono essere ostacoli insormontabili.

Può essere utile proporre un focus sul contesto romano che riporti i numeri più significativi rispetto ai matrimoni/divorzi a Roma.

ITALIA. Numero medio di separazioni personali dei coniugi e divorzi per 1.000 matrimoni (2005-2015)



Fonte: Istat

COMUNE DI ROMA. I numeri più significativi

7.413	Matrimoni celebrati a Roma nel 2017
58,2%	Percentuale di matrimoni celebrati con rito civile
90,7%	Percentuale di matrimoni con almeno uno degli sposi residente a Roma
23,2%	Percentuale di matrimoni con almeno uno degli sposi di nazionalità straniera
34-38 anni	Età mediana al matrimonio della sposa e dello sposo
26,1%	Percentuale di matrimoni in cui almeno uno degli sposi è già stato sposato
687	Unioni civili celebrate a Roma nel 2017
58,3%	Percentuale di unioni civili in cui almeno un componente ha più di 50 anni
2.741	Accordi "brevi" (separazioni, divorzi e variazioni delle condizioni di separazione e divorzio) registrati a Roma nel 2017
46,7%	Percentuale di accordi "brevi" registrati tramite presentazione diretta dei coniugi presso il Comune
10 anni	Durata del matrimonio in cui si registra il massimo numero di divorzi "brevi"
18,9%	Percentuale di separazioni "brevi" in cui entrambi i coniugi hanno più di 60 anni

Fonte: Ufficio Statistico del Comune di Roma

Sono dati che provano a fare sintesi sulla realtà romana dal punto di vista delle unioni affettive e delle fratture di queste unioni, cercando di cogliere i caratteri di contemporaneità della situazione.

Va evidenziata l'età mediana degli sposi a Roma (decisamente alta: 34-38 anni), come pure il dato che fa arrivare a oltre un quarto (il 26,1%) i matrimoni che si celebrano a Roma in cui uno degli sposi è già stato sposato. Le seconde nozze sono per l'Italia un fenomeno relativamente recente e comunque limitato ad una ristretta cerchia di persone fino a pochi anni fa. Oggi possiamo dire che un quarto dei matrimoni celebrati nel 2017 nella città eterna sono seconde nozze. Quasi 3.000 le separazioni/divorzi in un anno; l'età del matrimonio in cui si registra il massimo numero dei divorzi è 10 anni.

Il dato sui divorzi va ad ogni modo interpretato: è significativo il fatto che si registrino molti divorzi nella fascia d'età del matrimonio 10-20 anni e 20-40: anche questo dato riflette un mood della contemporaneità, la tendenza a non lasciarsi ostacolare dalla lunga durata dell'unione matrimoniale nella ricerca di nuovi affetti e a mettersi nelle condizioni di ricostruire nuovi rapporti e nuovi equilibri. La presenza dei figli evidentemente non funziona più tanto da deterrente come fino a pochi anni fa accadeva.

CAPITOLO 2.

Note di chiusura

1 Ad oggi esistono 146 centri d'ascolto parrocchiali in Rete, così divisi nei 5 Settori della Diocesi: 4 al Centro, 43 al Nord, 49 ad Est, 20 a Sud e 30 ad Ovest

2 Il Mpi è stato ideato dall'Oxford poverty and Human development initiative e dal United nations development programme (Undp) e viene usato correntemente dal 2010

3 Caritas di Roma, Area Ascolto e Accoglienza, Relazione 2017

4 Report UNHCR, Desperate journeys, Agosto 2018

5 cfr. Report UNHCR, Desperate journeys, Agosto 2018, p. 23

6 UNHCR, Italy, Unaccompanied and Separated Children (UASC) Dashboard, Luglio 2018

7 Poesie scritte dai ragazzi accolti nei Centri per minori stranieri non accompagnati della Caritas diocesana di Roma

8 OMS, Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, p.5

9 Cfr. in proposito F. Leonardi, Il grande paradosso della salute. La salute non è uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale. Nuove prospettive., Bologna, Felici Edizioni 2015

10 OMS, Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, 2013, p.6

11 Per un maggiore approfondimento si rimanda a quanto trattato nel Cap. III del Rapporto

12 Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) prende avvio nel 2006 su progetto del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana.

13 Caritas di Roma, Centro ascolto stranieri, Relazione 2017

14 OMS, Piano d'azione, op. cit., p.14

15 Caritas di Roma, CDA italiani, Area Ascolto e Accoglienza, 2018



ASSISTENZA SANITARIA

- Invio ai servizi sanitari
- Accompagnamento
- Farmaci
- Collegamento col DSM
- Valutazione dello sviluppo
- Colloqui anamnestici
- Stesura relazione socio-anamnestica
- Colloqui psicologici
- Relazione psicologica
- Invio al Progetto Ferite Invisibili
- Visita generica
- Analisi del sangue
- Analisi delle Urine
- Esame HIV
- Esame TBC
- Esami stramentali
- Visite Specialistiche
- Test Gravidanza
- Consulenza neuropsichiatrica
- Invio al Centro Odontoiatrico Caritas
- Valutazione neuropsicologica



ALLOGGI

- Assistenza alloggiativa
- Sostegno alla ricerca alloggio autonomo
- Richiesta alloggi per adulti
- Ricerca alloggio



FORMAZIONE E ISTRUZIONE

- Sostegno inserimento scolastico minori
- Materiale didattico e scolastico
- Corsi di lingue (scuola di italiano, eccetera)
- Inserimento scolastico
- Orientamento sul territorio
- Inserimento in attività territoriali
- Iscrizione in lista d'attesa per l'asilo nido
- Inserimento in Asilo Nido Piccolo Mondo
- Progetti educativi specifici
- Documenti per la scuola
- Iscrizione scolastica
- Iscrizione corso professionale
- Iscrizione centri diurni
- Iscrizione attività sportive
- Attività didattico-ricreative
- Invio per l'Orientamento formativo
- Attività di gruppo



ASSISTENZA SOCIALE

- Segretariato sociale
- Invio ai servizi sociali
- Costruzione di una rete territoriale di sostegno
- Invio ad altri centri
- Valutazione psico-sociale
- Contatti con i servizi sociali territoriali
- Orientamento sociale
- Contatti con le comunità per minori
- Invio a servizi esterni



ASCOLTO

- Sostegno psicologico alla persona
- Sostegno psicologico alla famiglia
- Valutazione-programmazione piano intervento
- Collegamento con le strutture territoriali
- Sostegno alla socializzazione
- Ascolto
- Colloqui (con mediatore culturale)
- Colloqui con figure di riferimento
- Osservazione dei comportamenti
- Valutazioni potenzialità/criticità



FAMIGLIA E INFANZIA

- Sostegno alla genitorialità
- Fornitura indumenti
- Fornitura generi per l'infanzia (alimenti, pannolini)
- Ricongiungimento col nucleo familiare
- Rintraccio dei familiari
- Colloqui con la famiglia



SUPPORTO FINANZIARIO

- Aiuto economico
- Biglietto ferroviario



ASSISTENZA BUROCRATICA E LEGALE

- Patronato
- Contatti con referenti istituzionali
- Segnalazione di legge (GT, Proc. Min, Dip.)
- Segnalazione al TM/Procura minorile
- Segnalazione Ambasciata/Consolato
- Iter Richiesta Asilo
- Richiesta del permesso di soggiorno
- Richiesta codice fiscale
- Rinnovo del Permesso di Soggiorno
- Richiesta del parere alla DGI ex art. 32
- Consulenza legale
- Documenti Sanitari



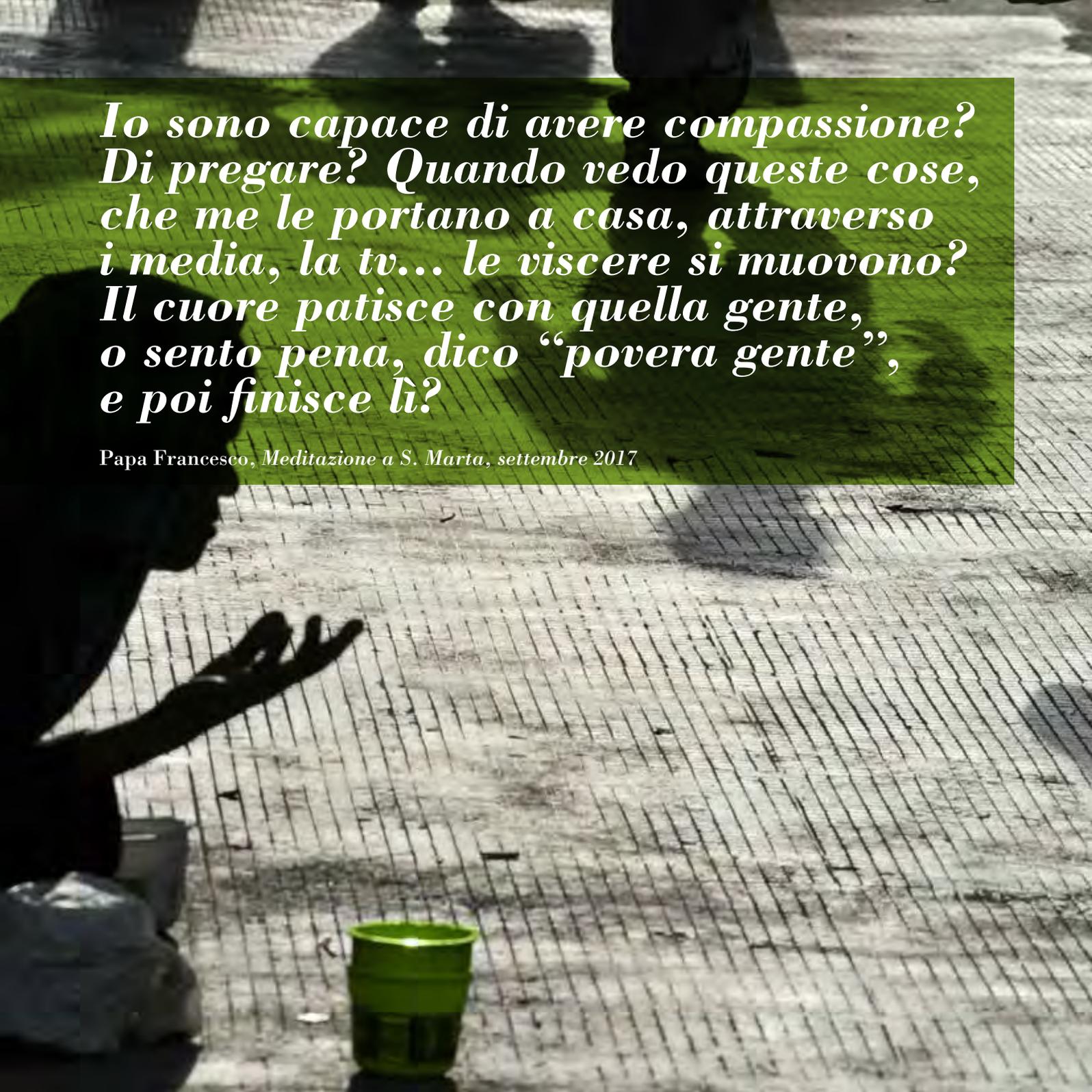
LAVORO

- Orientamento lavorativo
- Iscrizione al centro per l'impiego
- Invio per l'Orientamento lavorativo



PASTI

- Aiuto alimentare (pacchi viveri)
- Aiuto alimentare (pasti nella struttura)
- Aiuto alimentare (mense)
- Emporio



*Io sono capace di avere compassione?
Di pregare? Quando vedo queste cose,
che me le portano a casa, attraverso
i media, la tv... le viscere si muovono?
Il cuore patisce con quella gente,
o sento pena, dico “povera gente”,
e poi finisce lì?*

Papa Francesco, *Meditazione a S. Marta, settembre 2017*



PARTE II
FOCUS TEMATICI



1. GLI STRANIERI

1.1 L'INTEGRAZIONE DEGLI STRANIERI A ROMA: UN PERCORSO ACCIDENTATO

a cura dell'Area Immigrati

INTRODUZIONE

In una fase socio-politica caratterizzata da tensione crescente attorno al fenomeno migratorio, ragionare lucidamente sui temi dell'accoglienza e dell'inclusione sociale dei migranti può apparire molto complesso.

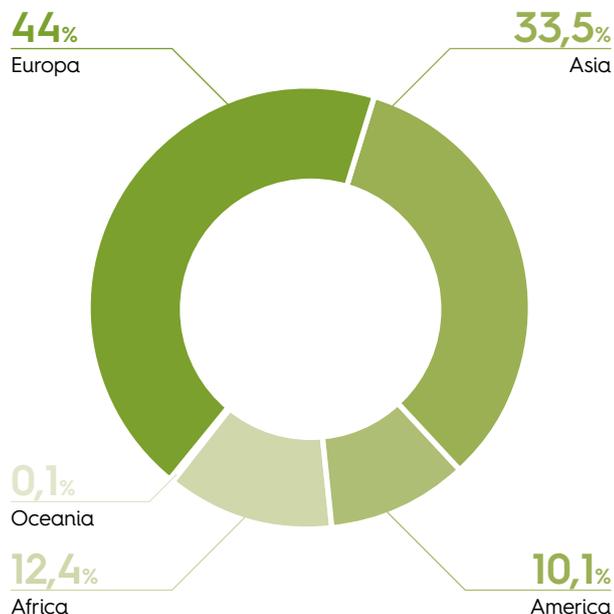
A partire da una più ampia rappresentazione della presenza straniera a Roma, questo contributo vuole concentrare l'attenzione sull'analisi di alcune disfunzioni e criticità riscontrabili nel percorso di accoglienza e di inclusione, uno spunto di riflessione a partire dalle esperienze concrete quotidianamente sperimentate sul nostro territorio dalle centinaia di stranieri che la Caritas di Roma incontra ogni giorno.

CHI SONO E QUANTI SONO

A differenza di quanto si possa credere, e in netta contrapposizione con ogni timore di "invasione", i dati al 31.12.2017 dimostrano che la popolazione straniera residente nel territorio di Roma Capitale, pari a 385.621 persone, si mantiene sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti, con un'incidenza del 13,4% sul totale della popolazione capitolina. L'analisi della composizione per area di provenienza conferma la netta prevalenza dei cittadini europei, pari al 44% del totale degli stranieri residenti; di questi, il

75,0% appartiene all'area comunitaria ed in particolare alla Romania (da cui provengono 92.796 individui, circa un quarto della popolazione straniera)¹.

Popolazione straniera residente per area geografica di provenienza, 2017 - val. %



Fonte: Elaborazioni Ufficio di Statistica di Roma Capitale su dati Anagrafe

Altro elemento caratterizzante è una distribuzione dell'età spostata verso le classi più giovani, con un'età media che si attesta intorno ai 37 anni e un saldo naturale in attivo, che fa salire al 17% l'incidenza dei bambini nati da genitori stranieri sul totale dei nuovi nati.

Questo dato, specie se letto in concomitanza con quello riferito al numero dei ricongiungimenti familiari (+4,8% rispetto all'anno 2016) conferma la tendenza

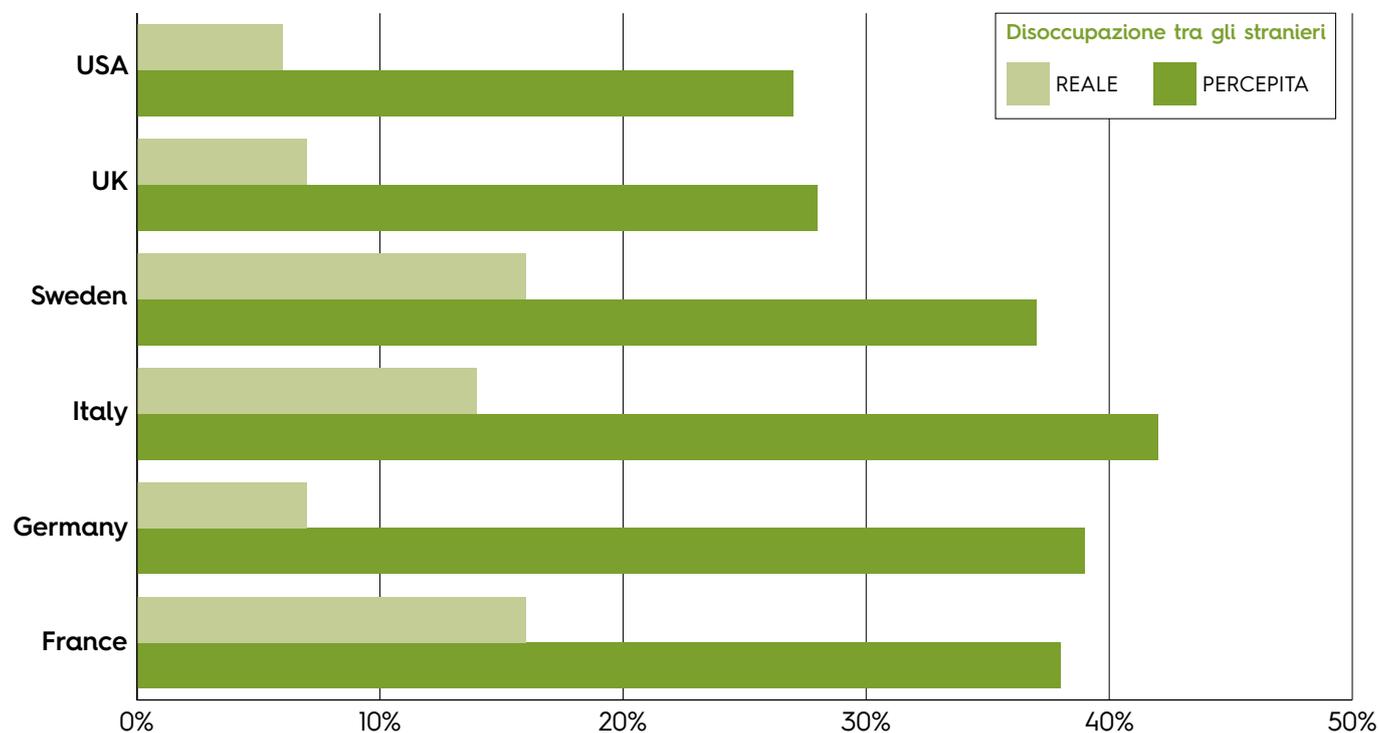
al radicamento delle comunità, che si arricchiscono di nuclei familiari stabilmente insediati sul territorio cittadino. Un'analisi ulteriormente rafforzata dalla crescita dei permessi di soggiorno a durata illimitata riconosciuti a chi, essendo residente sul territorio italiano da più di cinque anni, dimostra contestualmente la disponibilità di un reddito e di una condizione abitativa adeguati a garantire l'autosufficienza. Altro dato da rilevare è l'incremento dei neocittadini italiani, che nel 49% dei casi sono nati sul territorio italiano e naturalizzati al 18° anno di età. Non a caso le comunità più numerose a Roma sono quelle dalla lunga storia migratoria, come la comunità marocchina e la comunità albanese, che difatti registrano contestualmente un calo dei permessi di soggiorno².

La tendenza alla stabilizzazione e l'incremento dei permessi di soggiorno di lunga durata e delle nuove cittadinanze sono due elementi caratterizzanti la presenza straniera a Roma, eppure appaiono in netta contrapposizione rispetto alla percezione, forte nel dibattito pubblico attuale, del binomio *immigrazione = emergenza*. **La sovrastima del fenomeno migratorio, e specialmente nei suoi aspetti problematici, è purtroppo una tendenza che non riguarda solo i cittadini romani, ma che ha dimensioni sovranazionali.**

Secondo un recente studio svolto dai ricercatori dell'Harvard University in 6 differenti paesi di accoglienza (Francia, Germania, Svezia, Stati Uniti, Italia, Gran Bretagna) a proposito della percezione del fenomeno migratorio, emerge con grande chiarezza lo scollamento tra fatti e realtà³.

Alcuni dati significativi: secondo gli intervistati, i cittadini stranieri in Italia corrisponderebbero al 30% della popolazione, ovvero oltre tre volte rispetto al dato reale (9%). Ancora, circa il 40% degli immigrati sarebbe disoccupato: il dato reale, oltre ad essere di gran lunga inferiore, non si discosta di molto dalla media nazionale (poco oltre il 10%).

Percentuale percepita di stranieri disoccupati - val. %



Fonte: Alberto Alesina, Armando Miano, Stefanie Stantcheva, *Immigration and Redistribution*, July 7, 2018, pag.45

L'allarmismo sul fenomeno migratorio raggiunge poi il suo picco in riferimento alla fattispecie dei migranti forzati, richiedenti asilo o rifugiati.

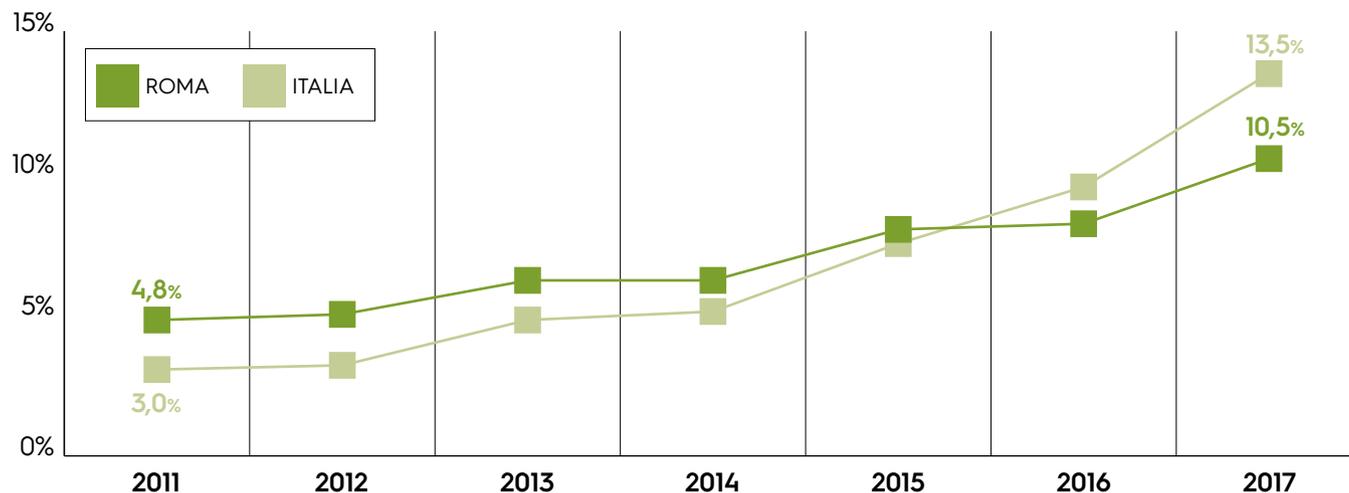
Come nel resto del Paese, anche sul nostro territorio negli ultimi quattro anni sono aumentate sensibilmente le richieste di protezione internazionale; eppure è ugualmente da sottolineare che, nonostante l'incremento, i richiedenti asilo rappresentano oggi circa il 10,5% del totale degli stranieri a Roma (nel 2011 erano il 4,8%). Un dato questo particolarmente interessante, che si presta ad una duplice lettura.

Da un lato l'attestazione di un fenomeno in crescita, che sicuramente richiede risposte adeguate in termini di politiche migratorie. Dall'altro si nota come questa fetta di popolazione migrante, destinataria di misure di accoglienza e di inclusione specifiche, continui ad essere nettamente minoritaria nel panorama della presenza straniera in città.

Stando ai dati forniti dal Ministero dell'Interno, al 30 giugno 2018 nella Regione Lazio i destinatari di misure di accoglienza, tra Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS)⁴ e strutture di seconda accoglienza del circuito SPRAR⁵, risultano essere 14.289⁶.

Incidenza permessi per Asilo/Richiesta Asilo/Umanitari su totale permessi di soggiorno.

Serie storica 2011/2017 - val. %



Fonte: Elaborazione Direzione Fasce Vulnerabili - ANPAL Servizi su dati Istat-Ministero dell'Interno, in Ministero del lavoro, *La presenza dei migranti nella città metropolitana di Roma Capitale*

Di questi, circa il 29% sono allocati sul territorio metropolitano di Roma Capitale (2.218 posti CAS e 1.990 centri SPRAR)⁷. Numeri che, per quel che riguarda il circuito SPRAR, ancora oggi risultano essere al di sotto di quanto stabilito dal Piano Nazionale di Ripartizione del 2016⁸ e che incide sul totale della popolazione residente a Roma per lo 0,09%⁹.

Nel 2017, anche a causa di un clima di diffidenza e di ostilità nei confronti dei richiedenti asilo, abbiamo assistito al sostanziale fallimento delle gare pubbliche della Prefettura di Roma per l'apertura di Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), chiuse in carenza di oltre 2000 posti, e la diminuzione della capienza del circuito SPRAR di Roma Capitale di oltre 700 posti. Data una disponibilità inferiore all'effettivo bisogno di accoglienza, si è necessariamente sfruttato al massimo la capienza dei centri di grandi dimensioni

(>100 unità), i quali risultano particolarmente visibili e impattanti sul territorio ospitante. A ciò si aggiunga che nell'esperienza quotidiana dei cittadini romani è purtroppo frequente imbattersi in situazioni di marginalità sociale coinvolgenti cittadini stranieri e in particolare richiedenti asilo: numerosi dormono per strada o chiedono l'elemosina davanti agli esercizi commerciali oppure si offrono di tenere puliti marciapiedi e strade in cambio di qualche moneta.

Questa esperienza quotidiana contribuisce ad innescare nei cittadini la percezione di "invasione" e di insicurezza; se i numeri assoluti sono, come dimostrati, di per sé poco impattanti, **occorre domandarsi quanto la gestione di questa presenza sia efficiente, quanto le politiche migratorie attuate sul territorio e il sistema di accoglienza cittadino considerato nel suo insieme siano in grado**

di fornire un servizio qualitativamente efficace, e quanto piuttosto una diversa e migliore gestione delle risorse, pure stanziata per gestire il fenomeno, potrebbe almeno in parte correggere gli effetti collaterali ad esso imputabili.

Il tema della qualità delle politiche migratorie in atto diventa quindi centrale per le ricadute immediate e concrete sui tempi stessi dell'accoglienza, sulla qualità della vita presente e futura degli accolti, sull'economia del territorio ospitante, sulla convivenza e sul processo di integrazione tra accolti e comunità ospitante.

OLTRE I NUMERI.

Esperienze quotidiane di un percorso ad ostacoli

Aspetta e spera...

Usman è un ragazzo nigeriano di 21 anni. Il suo villaggio all'estremo nord del Paese è stato duramente colpito dai miliziani di Boko Haram e così Usman è costretto a fuggire, avviando un lungo e pericoloso viaggio che lo porterà ad attraversare i confini del Niger e della Libia per imbarcarsi verso l'Europa. Viene recuperato in mare dalla Guardia Costiera italiana, quindi sbarcato a Lampedusa e accolto presso il Centro di Pronta Accoglienza dell'isola.

Dopo circa una settimana gli viene comunicato che verrà trasferito a Roma in un CAS, dove rimarrà per tutta la durata della procedura di richiesta asilo; al suo arrivo a Roma si reca in Questura per perfezionare la sua richiesta di protezione, dal cui esito dipenderà tutta la sua vita futura. Il tempo passa, ma i vari step burocratici procedono a rilento. Usman non rimane con le mani in mano: frequenta un corso di italiano organizzato quotidianamente nel centro di accoglienza, riceve le prime informazioni utili per orientarsi sul territorio e viene inserito in un progetto di volontariato grazie al quale per due pomeriggi a settimana si prende cura del verde pubblico di una villa comunale.

Nel frattempo sono passati sei mesi dalla sua istanza di asilo e ancora non sa se la sua richiesta verrà accettata, però almeno ha trovato un'opportunità di tirocinio retribuito come addetto alle pulizie che, sebbene non sia esattamente ciò che avrebbe sperato, rappresenta un modo per iniziare ad inviare dei soldi ai suoi familiari in Nigeria.

Al momento della stipula della Convenzione di tirocinio presso il Centro per l'impiego, Usman scopre che il suo codice fiscale provvisorio, composto da solo numeri, non viene riconosciuto dal sistema informatizzato di gestione delle pratiche in uso presso il servizio pubblico. Questo intoppo, apparentemente solo di tipo tecnico, blocca la sua pratica, perché in assenza di un codice fiscale riconosciuto non si possono avviare i necessari adempimenti burocratici. Solo dopo diversi mesi gli sarà assegnato un nuovo codice fiscale, e nel frattempo l'occasione di tirocinio sfuma. Passeranno 14 mesi prima che Usman riceva finalmente l'esito della Commissione.

Già a partire dal 2016, il Ministro dell'Interno evidenziava nel Piano Accoglienza¹⁰ "il nodo critico rappresentato dai tempi lunghi per la decisione in merito allo status delle persone richiedenti la protezione internazionale, con ricadute negative di allungamento dei tempi di accoglienza e, di conseguenza, di rallentamento del turnover nelle strutture".

Per far fronte a questo limite negli anni sono stati introdotti correttivi via via più significativi per supportare il lavoro degli operatori dediti alla ricezione delle pratiche di richiesta asilo: già nel 2014 è stato raddoppiato il numero delle Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, si è provveduto a semplificare il procedimento di esame attraverso la previsione di nuove modalità di svolgimento del colloquio (dinanzi ad uno solo dei componenti le Commissioni territoriali), fino all'eliminazione del secondo grado di ricorso in caso di decisione avversa.

Eppure, ancora oggi le misure dedicate a questa fase così importante del procedimento di riconoscimento (o diniego) di protezione risultano insufficienti. Ne è un esempio l'istituzione di 26 sezioni specializzate in materia di immigrazione e protezione internazionale presso i tribunali ordinari ove hanno sede le Corti d'appello, salvo poi non assegnare conseguentemente incrementi di organico. Senza nuove assunzioni la coperta rimarrà sempre troppo corta, e l'impulso alla velocizzazione dei tempi delle procedure rischia di tradursi in un nulla di fatto, se non nel rischio di un'esamina più sommaria delle istanze.

I tempi lunghi di definizione della propria condizione giuridica in Italia e la permanenza in strutture di accoglienza di grande capienza che, come dice il nome stesso, nascono per tamponare un bisogno temporaneo e "straordinario", rendono la strada per l'integrazione dei migranti molto accidentata.

In questo senso, la recente decisione di negare ai richiedenti asilo la possibilità di accedere al circuito di accoglienza Sprar, introdotta tramite il decreto-legge 4 ottobre 2018 n. 113, se confermata in sede parlamentare determinerebbe un ulteriore rallentamento del percorso di inclusione¹¹.

Per contribuire a superare la condizione di inattività degli ospiti dei centri e favorire l'integrazione alcuni Prefetti hanno sottoscritto, su impulso del Ministero dell'Interno, degli accordi con gli enti locali per coinvolgere i richiedenti asilo in attività volontarie di pubblica utilità¹².

Queste iniziative, ben lontane dall'essere una forma di "sdebitamento" della persona accolta, diventano meritorie quando permettono l'incontro con il territorio e con le associazioni di volontari in esso presenti.

Esattamente come per i cittadini italiani, anche per i richiedenti asilo l'attività di volontariato permette di avvalorare le proprie capacità, agevola la cono-

scenza di persone nuove, favorisce l'attivazione delle risorse individuali.

Tuttavia, il solo volontariato non basta. A norma di legge il richiedente, passati 60 giorni dal ricevimento del permesso di soggiorno per richiesta asilo, può iniziare a lavorare sul territorio italiano.

Questa previsione, essenziale per permettere alle persone di rendersi autonomi il più velocemente possibile, spesso si è scontrata con procedure burocratiche, amministrative e di rilascio dei documenti farraginose tali da essere, in alcuni casi, persino ostative all'esercizio dei diritti.

Ne è un esempio l'assegnazione, nel corso del 2017, di codici fiscali "provvisori" ai richiedenti asilo, composti da solo numeri al posto della classica sequenza alfanumerica, da convertire nel codice fiscale definitivo solo a seguito di un esito positivo della domanda d'asilo.

Questa iniziativa, successivamente revocata, ha comportato per molte persone l'impossibilità di stipulare contratti di lavoro e convenzioni di tirocinio, di aprire conti correnti, di accedere a progetti di inclusione sociale.

Un danno molto grave non solo per i diretti interessati ma anche per i territori di accoglienza che, in assenza di condizioni propizie all'avvio di percorsi di inclusione economica, continueranno a sostenere la persona senza che sia possibile una sua attivazione autonoma, con un aggravio sulla spesa pubblica che avrebbe potuto essere evitata.

Prender lucciole per lanterne

Seduto affianco ad Usman sulla stessa nave che li conduce in Italia Mussa, 25enne del Mali, spera di trovare finalmente un luogo dove poter vivere serenamente. Allo sbarco viene immediatamente fatto salire su un pullman della Polizia di Stato che lo porterà in un Centro di Accoglienza Straordinaria in Calabria.

Passano i giorni, ma nessuno fornisce a Mussa informazioni utili. Gli operatori cercano di dargli qualche indicazione però l'italiano è per lui ancora una lingua sconosciuta, e nessuno parla la sua. Il centro di accoglienza si trova in aperta campagna, a circa quaranta chilometri dal primo centro abitato percorribili solo grazie a una corriera che fa fermata nei pressi del Centro quattro volte al giorno, due nei giorni festivi. Mussa non sa come debba procedere la sua pratica di richiesta asilo e non sa nemmeno come impiegare le giornate, lontano da tutto e da tutti. Persino la scuola di italiano è organizzata per soli due giorni a settimana, decisamente troppo pochi per lui che parla solo Bambara.

Dopo settimane di incertezza, Mussa inizia a pensare che in una città più grande possa avere più possibilità di inserirsi e di lavorare. Per questo motivo lascia il centro di accoglienza per tentare la fortuna a Roma, fiducioso che la metropoli possa offrirgli più occasioni.

Purtroppo si sbaglia. Arrivato presso l'Ufficio Immigrazione della Questura di Roma per inoltrare la sua richiesta di asilo e di accoglienza, si trova di fronte una coda interminabile di persone come lui. Solo per essere ricevuto dall'impiegato saranno necessari cinque giorni, due dei quali passati davanti all'edificio anche di notte, nella speranza di recuperare all'apertura un numero eliminacode abbastanza basso da permettergli l'ingresso. Ma anche quel giorno tutta l'attesa gli vale solo un ulteriore appuntamento, una data lontana ben tre mesi nella quale potrà, spera, finalizzare il suo iter di richiesta asilo.

Bisogna fare dei controlli, gli dicono. Tutto ciò che gli viene rilasciato è una striscia di carta con spillata la sua foto che, sebbene attesti la sua regolarità sul territorio italiano, non costituisce un documento valido, non gli permette di essere alloggiato in un centro, meno che mai di lavorare. Mussa si trova a dormire per strada fino al giorno dell'appuntamento in Questura. Quando riceverà una dura notizia: il territorio di Roma non è quello competente per processare la sua richiesta, deve tornare giù nel Meridione da dove è venuto. E in più, non avrà diritto all'accoglienza, avendo lui già lasciato volontariamente un centro. Mussa è disorientato: nessuno gli aveva spiegato quanto fossero gravi le conseguenze di un allontanamento. Se solo lo avesse capito prima...

Le grandi città come Roma rappresentano ancora un polo di attrazione per moltissimi richiedenti asilo che abbandonano volontariamente le strutture di primissima o prima accoglienza cui vengono assegnati. La causa di questi allontanamenti è generalmente da rintracciarsi negli aspetti problematici che molti CAS presentano: la posizione isolata e la carenza di collegamenti pubblici, (che rende difficile il raggiungimento dei centri abitati e l'avvio di un qualsiasi percorso di orientamento sul territorio), equipe di operatori sottodimensionate rispetto alla capienza del centro, etc..

Lavorare nella relazione d'aiuto con richiedenti asilo e rifugiati rappresenta un mestiere specifico che richiede competenze interculturali, linguistiche e relazionali e che si confronta con un'utenza vulnerabile che spesso, per i traumi subiti nel passato, fa fatica ad aprirsi, raccontarsi liberamente e soprattutto fidarsi del prossimo.

Laddove il Centro di accoglienza non sia attrezzato a garantire in misura adeguata questo tipo di competenze, e nella carenza dell'offerta dei servizi di base del territorio, è facile che le persone prendano altre strade. Eppure **l'allontanamento volontario**, anche

quando dovuto a un comportamento avventato e nell'ignoranza delle conseguenze, oltre a determinare l'allungamento della procedura di asilo **comporta anche la perdita del diritto all'accoglienza in altre strutture pubbliche**; ecco perché molti migranti si ritrovano a vivere anche a Roma in alloggi di fortuna, occupazioni o peggio in strada, andando ad ingrossare il popolo dei senza fissa dimora.

La causa di queste carenze nell'accoglienza è da rintracciarsi non solo nelle inefficienze dell'ente gestore ma troppo spesso, come ben dimostra una recente ricerca sulla valutazione degli standard di accoglienza e dei servizi offerti, da una progettazione dei bandi pubblici, di competenza delle Prefetture, poco funzionale a rispondere in maniera ottimale al bisogno di accoglienza¹³.

I Bandi di gara sono difatti *“lo strumento con cui lo Stato seleziona gli enti gestori per l'erogazione di specifici servizi che intende erogare, finanziati con soldi pubblici, inserendo tutti quei “paletti” qualitativi che incidono direttamente sulle modalità di gestione e sull'efficacia dei Centri di Accoglienza Straordinaria che sul territorio vengono aperti”*.

Tanto più il bando è ben strutturato, quanto più aumenta la qualità del lavoro svolto, l'efficacia del controllo del rispetto delle regole e la possibilità di sanzionare le inadempienze.

E invece, ancora oggi nel 68% dei casi di studio i bandi prevedono la possibilità di avviare strutture con altissima ricettività (tra i 100 e i 300 accolti) senza prevedere un adeguato incremento delle risorse professionali a disposizione per l'erogazione dei servizi per l'integrazione, quali l'orientamento e il supporto legale per la domanda di protezione internazionale (valutazione negativa in 89 bandi su 101), l'insegnamento dell'italiano (83/101) e la mediazione linguistica e culturale (76/101), servizi di assistenza psicologica e sociale, etc.

È nelle more del controllo qualitativo che si innestano le disfunzioni e le economie di scala di chi punta al “business”, e a farne le spese maggiori sono sia i destinatari che i territori di accoglienza.

Ai blocchi di partenza

Dopo 14 mesi, finalmente Usman riceve la buona notizia: la Commissione Territoriale gli ha riconosciuto lo status di rifugiato. Dopo qualche giorno viene dunque trasferito in un Centro SPRAR, una struttura di seconda accoglienza dove potrà rimanere per sei mesi. Usman questo tempo lo fa fruttare: frequenta tutte le mattine il corso di italiano organizzato dal centro e nel pomeriggio un corso di formazione intensiva come aiuto cuoco, al quale segue anche un tirocinio formativo prezioso per sperimentare le tecniche di lavoro apprese. Si informa anche per ottenere il riconoscimento del diploma che ha conseguito nel suo paese, ma scopre che l'iter burocratico da seguire è molto lungo e costoso (almeno per le sue scarsissime risorse). Così rinuncia.

I mesi passano in fretta, e l'accoglienza di Usman sta per volgere al termine. Pur essendosi impegnato al massimo, è ancora nella fase della ricerca di lavoro, avendo da poco terminato il tirocinio. L'uscita dal centro lo preoccupa: non può ancora sostenere un affitto ed inoltre l'uscita dal centro comporterà anche la perdita della residenza, così importante per accedere ai servizi di base del territorio.

Ma ancora di più lo preoccupa il fatto che, pur essendo un rifugiato a tutti gli effetti, ancora non ha in mano il permesso di soggiorno. A dimostrazione della sua regolarità può mostrare l'esito positivo della Commissione Territoriale, ma quella non è certo un documento che gli permette di firmare un contratto di lavoro, di aprire un conto corrente bancario o postale, di firmare un contratto di affitto, etc. Senza il “pezzo di carta” in mano, ogni strada per l'autonomia è preclusa, a prescindere da quanto lui si impegni per cercarla. Il permesso di soggiorno arriverà solo una settimana prima la sua uscita dal centro.

Il processo di inclusione di un rifugiato si compone di numerose tipologie di intervento, la cui concomitanza nell'attivazione determina la qualità e la durata del percorso stesso.

La rete SPRAR, cui la Caritas di Roma partecipa attraverso due centri di accoglienza, uno per uomini (Ferrohotel) e l'altro per donne e mamme sole con figli (Santa Bakhita) permette di realizzare progetti di accoglienza integrata che superano la sola distribuzione di vitto e alloggio, prevedendo in modo complementare anche misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico. Ancora una volta però occorre sottolineare come l'attivazione di queste risorse, così essenziali nel permettere alla persona di rendersi autonoma nel più breve tempo possibile, non sempre sono accompagnate da altrettanto efficaci *policy* di integrazione, che di nuovo intervengono come ostacoli piuttosto che come agevolazione del percorso di inclusione. Ne è un esempio il lungo e farraginoso iter di **riconoscimento dei diploma o del titolo di laurea** conseguito nel proprio paese il quale, stando ai dati, potrebbe invece interessare circa il 30% degli accolti presenti sul territorio romano¹⁴. Lo stesso Piano Nazionale per l'integrazione del Ministero dell'interno ammette che *"ad oggi, il riconoscimento formale dei titoli prevede una procedura molto complessa, che risulta difficilmente praticabile per i titolari di protezione internazionale: la lunghezza, i costi e i complessi passaggi burocratici per il riconoscimento, infatti, rappresentano fattori fortemente disincentivanti."*

Altra politica pubblica controproducente, adottata in particolare sul territorio di Roma, riguarda la modifica a partire da marzo 2017 dei criteri di assegnazione della **residenza**, quando cioè il Comune ha stabilito che le associazioni del Terzo Settore precedentemente autorizzate non avrebbero più potuto

rilasciare la residenza ai senza fissa dimora (da loro già seguiti e conosciuti), demandando questo onere ai soli Servizi Sociali dei singoli Municipi del Comune di Roma, una mole di lavoro aggiuntiva senza prevedere un cambiamento nell'organico interno.

Una corretta gestione del sistema anagrafico dovrebbe assicurare la registrazione di tutte le persone che abbiano effettiva residenza sul territorio comunale, anche qualora privi di un'abitazione eleggibile ad indirizzo di residenza, per favorire l'esercizio di alcuni diritti fondamentali come l'iscrizione al Servizio Sanitario, l'accesso agli stessi Servizi Sociali, la dimostrazione della presenza stabile sul territorio ai fini di una pensione sociale, etc.

Il risultato è che ancora oggi, a distanza di oltre un anno dalla delibera, molti cittadini stranieri non riescono a godere appieno dei loro diritti perché privi di residenza anagrafica. Con il conseguente fiorire di un mercato nero di compravendita delle residenze fittizie. Infine occorre sottolineare come **una dotazione carente di personale negli uffici pubblici rallenti molto anche la semplice elaborazione del permesso di soggiorno**, con tempi di attesa talvolta superiori ai sei mesi. Poiché il permesso di soggiorno è il titolo più importante per attestare la propria regolarità sul territorio, questo ulteriore intoppo di tipo burocratico di nuovo rallenta il percorso delle persone verso il raggiungimento dell'autonomia economica e abitativa.

Se vince uno, vinciamo tutti

Attraverso un conoscente Usman viene a sapere dell'esistenza di un progetto di accoglienza diffusa della Caritas, pensato proprio per accogliere chi, uscendo da un centro SPRAR, necessita di un ulteriore sostentamento per compiere l'ultimo passo verso l'autonomia.

Viene così accolto da una comunità parrocchiale, che mette a disposizione una stanza con bagno e angolo cottura, originariamente destinato ai colla-

boratori parrocchiali e da molto tempo adibito ad altri usi. Grazie a questa nuova esperienza e all'accoglienza del gruppo dei volontari Usman allarga le sue conoscenze ed amicizie.

Tramite passa parola viene così a sapere che una pizzeria del quartiere cerca un aiuto cuoco. Il colloquio va bene, e dopo qualche settimana in prova il datore di lavoro gli propone un contratto di apprendistato. Tempo quattro mesi, ovvero quanto necessario per mettere da parte un po' di soldi per affrontare le spese di ingresso in casa (e dopo aver inviato un po' di soldi alla famiglia in Nigeria), Usman può finalmente prendere in affitto una stanza con un connazionale. L'inizio della sua vita in autonomia viene festeggiata con una festa in parrocchia, dove ormai sa di aver trovato una nuova e numerosa famiglia. La stanza in parrocchia, ormai libera, verrà assegnata ad una giovane mamma sola con bambino.

Il modello di accoglienza diffusa sperimentato dalla Caritas di Roma a partire dall'autunno del 2015 a seguito dell'ormai noto appello all'accoglienza di Papa Francesco, si traduce nel dare ospitalità a richiedenti asilo e rifugiati in alloggi messi a disposizione gratuitamente dalle parrocchie, istituti religiosi e famiglie di Roma.

Un sistema di accoglienza basato su piccoli numeri (con alloggi di massimo di tre persone) distribuiti sul territorio, che permette agli accolti di vivere in un contesto familiare e a misura d'uomo e contemporaneamente agli operatori di avviare dei percorsi di inclusione socio-lavorativi costruiti per dare valore alle capacità, competenze e propensioni dei beneficiari.

Un modello di accoglienza che soprattutto mira a stimolare la comunità parrocchiale e, più in generale, il tessuto sociale cittadino, nel conoscere e condividere le esperienze di vita e la quotidianità dei richiedenti asilo e rifugiati, abbattendo così paure e preconcetti. Una condivisione del percorso che, in ultima istanza,

si tramuta in esperienza evangelica di amore fraterno nonché in costruzione di reti sociali e amicali essenziali per vivere appieno il nuovo contesto.

A distanza di tre anni dall'avvio di questo modello di accoglienza ben **243 persone tra richiedenti asilo e rifugiati (di cui 35 nuclei familiari)** hanno complessivamente beneficiato dell'ospitalità diffusa, raccogliendo frutti particolarmente significativi. Ad esempio, grazie al percorso portato avanti dagli operatori Caritas insieme alle parrocchie e agli istituti religiosi, numerosi richiedenti asilo hanno raggiunto l'autonomia lavorativa e abitativa senza aver bisogno di accedere al circuito SPRAR di seconda accoglienza: un'ulteriore dimostrazione di come oggi **l'accoglienza diffusa rappresenti la strada migliore per includere efficacemente le persone, superando la logica dei grandi centri collettivi che impattano negativamente sul territorio** e al contempo rendendo possibile un uso più attento dei fondi dedicati (con una relativa riduzione della spesa pubblica complessiva).

L'appello del Papa, oltre a puntare l'attenzione delle comunità sulle condizioni di vita dei rifugiati, ha avuto come importantissima conseguenza quella di riaccendere una profonda riflessione sul ruolo che parrocchie e istituti religiosi possono agire: luoghi di culto che arricchiscono di spiritualità il territorio e sentinelle sulle difficoltà che lo affliggono, luoghi di prossimità, di una cristianità vissuta nella vicinanza con il povero.

Papa Francesco esorta la Chiesa ad essere "ospedale da campo": in questo senso, **la nascita all'interno di parrocchie ed istituti religiosi di spazi abitativi stabilmente a disposizione di chi ne ha bisogno può rappresentare un lascito importante e duraturo, spazi che saranno a disposizione per accogliere e confortare ogni altra vecchia e nuova povertà.**

FINALMENTE... CASA!

Sono passati tre anni, e la vita di Usman è molto cambiata. Vive in un monolocale nella periferia ovest di Roma, una casa piccola ma dignitosa che accoglie lui e Jeanine, una ragazza del Camerun conosciuta sul posto di lavoro e divenuta poi sua moglie.

La pancia di Jeanine sta crescendo rapidamente, e con lei tante emozioni: le speranze di una vita nuova e la felicità di divenire genitori, ma anche la paura di essere soli nel gestire questi grandi cambiamenti, lontani dalla famiglia e dagli affetti più cari. Roma è diventata la loro città e ci si trovano bene però le amicizie sono poche, perlopiù connazionali che si ritrovano la domenica in chiesa. Ci sono anche i volontari della parrocchia, con i quali Usman si telefona spesso e che fanno sentire la loro presenza anche dopo tanto tempo, però la distanza tra la parrocchia e la casa nuova, insieme ai turni di lavoro da incastrare, non aiutano ad avere frequentazioni regolari. Jeanine scopre che vicino casa c'è un asilo che, oltre ad accogliere i piccoli ospiti, offre per tre mattine a settimana uno spazio per le mamme in attesa e neomamme, per prepararsi alla nuova vita e per confrontarsi sulle esperienze e sui vissuti. Inizialmente è un po' titubante cosa hanno in comune lei e una ragazza nata e cresciuta in Italia, come possono le loro esperienze essere condivise? Eppure già al primo incontro scopre che di fronte all'avventura della maternità le differenze si attenuano, e le grandi emozioni che si condividono parlano una lingua universale, che colma tutte le altre distanze. Jeanine alla fine dell'incontro torna a casa più serena, fiduciosa di aver trovato un luogo dove forse potrà fare nuove amicizie.

Stando ai dati diffusi nel Rapporto annuale Istat 2017, tra i gruppi maggiormente a rischio povertà figurano le famiglie straniere con minori a carico laddove, oltre alle ristrettezze economiche, a comporre il quadro di svantaggio contribuisce l'isolamento sociale,

l'assenza di reti relazionali e familiari. La carenza di opportunità inclusive e spazi di condivisione sui nostri territori pertanto si traduce in un tessuto sociale complessivamente più fragile, oltre che in un margine più ampio lasciato al crescere della diffidenza e del pregiudizio.

A fronte di questi rischi, appare fondamentale aprire quanti più spazi possibile di dialogo e di incontro, costruire luoghi inclusivi dove le singole esperienze possano essere condivise e arricchite, e dove vivere l'altro sia nelle sue diversità che negli aspetti che lo accomunano a noi.

In questo senso si inserisce l'esperienza dell'Asilo Nido Piccolo Mondo della Caritas di Roma, nato nel 1988 per dare una risposta concreta al bisogno di inclusione sociale dei nuclei familiari del territorio, sia italiani che stranieri, fornendo un servizio di accoglienza per bambini dai 3 ai 36 mesi orientato ad una pedagogia interculturale.

Per agevolare lo scambio reciproco l'asilo offre anche un servizio chiamato Spazio Mamme, ovvero un luogo di accoglienza dove le donne in attesa e neo mamme possono condividere l'esperienza della maternità costruendo legami di reciproco sostegno.

Tutte le attività, dai momenti relazionali informali a quelli formativi, supervisionate da una psicologa e un'ostetrica, sono guidate da una prospettiva interculturale, affinché la collaborazione tra genitori e il confronto delle esperienze possa essere anche un'opportunità per approcciare a provenienze, tradizioni e religioni diverse, valorizzando le diversità e scoprendo obiettivi comuni concernenti il benessere dei bambini.

Anche attraverso il potenziamento di questi spazi di incontro è possibile ricostruire quei nodi fragili o spezzati della rete sociale cittadina, ricreando un contesto umano finalmente arricchito di esperienze e vissuti diversi ma ugualmente valorizzati.

CONCLUSIONI

Le vicende descritte in questo contributo non appartengono ad Usman, Mussa e Jeanine, sono piuttosto una narrazione corale delle storie dei tanti richiedenti asilo e rifugiati che quotidianamente si rivolgono ai nostri servizi. Centinaia di volti e di vite che, pur nelle loro specificità, ci raccontano ogni giorno le stesse fatiche, gli stessi intoppi, lo stesso smarrimento. Il percorso di inclusione che queste persone affrontano sul nostro territorio è molto lungo e complesso, e anche a fronte di importanti sforzi già messi in campo per l'accoglienza permangono numerosi ostacoli, il più delle volte connessi ad una programmazione e gestione delle risorse poco rispondenti al bisogno. In particolare i tempi lunghi e incerti nella procedura di riconoscimento della protezione internazionale impattano negativamente sul territorio, rallentando il *turn over* nelle strutture di accoglienza e l'avvio dei percorsi di inclusione. Così come la scarsa condivisione tra gli enti locali del dovere istituzionale e morale dell'accoglienza, che invece agevolerebbe l'apertura di strutture di medie e piccole dimensioni e quindi una presenza meno invasiva delle stesse.

Il superamento della logica dei grandi centri, l'applicazione dei modelli di accoglienza diffusa e la moltiplicazione dei luoghi di incontro e di condivisione sono oggi l'unica soluzione per rendere efficace il percorso di integrazione dei singoli.

Bisogna inoltre sottolineare che gli iter amministrativi e burocratici lenti e farraginosi, oltre ad allungare i tempi di accoglienza dei protetti, rendono più complessa la gestione delle persone che, invece, la protezione non la ottengono, e che dunque dovrebbero rientrare nel paese di provenienza. È a questo punto necessario introdurre una riflessione: l'alto numero dei migranti cd. "economici" che ricevono il diniego della protezione sono la **rappresentazione plastica del fallimento di politiche migratorie orientate alla chiusura delle frontiere.**

La scelta operata negli ultimi 20 anni di rendere sempre più difficile l'ingresso per motivi di lavoro¹⁵ si rivela fallimentare in quanto, ben lontana dal bloccare i flussi migratori, semplicemente li incardina verso altre strade, mischiando le storie dei più vulnerabili, che necessitano di impellente sostegno con quelle di chi, pur comprensibilmente, parte per cercare occasioni di una vita migliore.

Tante sono le povertà che oggi affliggono i nostri territori, e metterle in conflitto tra loro è sembrato in questi anni il modo migliore per attirare consensi, dispensando ricette tanto facili quanto ingannevoli.

Eppure, la povertà più terribile e irrimediabile continua ad essere quella morale, etica e spirituale che sembra di questi tempi farsi spazio in territorio europeo, e che porta i governi a voler rinunciare, in nome di una presunta minaccia d'invasione, alla pratica dei più elevati valori cristiani e umani di cui in epoca contemporanea il Vecchio Continente è stato alfiere, soprattutto in merito al cammino di riconoscimento e affermazione dei diritti umani. Quei valori che sono costitutivi e parte più nobile della nostra identità europea.

"La vita di oggi ci dice che è molto facile fissare l'attenzione su quello che ci divide, su quello che ci separa. Vorrebbero farci credere che chiuderci è il miglior modo di proteggerci da ciò che ci fa male. Oggi noi adulti - noi, adulti! - abbiamo bisogno di voi, per insegnarci a convivere nella diversità, nel dialogo, nel condividere la multiculturalità non come una minaccia ma come un'opportunità. E voi siete un'opportunità per il futuro. Abbiate il coraggio di insegnarci, abbiate il coraggio di insegnare a noi che è più facile costruire ponti che innalzare muri! Abbiamo bisogno di imparare questo". (Papa Francesco, discorso rivolto ai giovani in occasione della XXXI Giornata della Gioventù, Cracovia 20 luglio 2016).

1.2 MINORI IN MIGRAZIONE: LONTANI DALLA FAMIGLIA

a cura dell'Area Minori

Nel nostro pianeta uomini, donne, ragazzi e bambini continuano a emigrare, spostandosi da un Paese a un altro, da un continente all'altro e tra aree geografiche diverse. È un fenomeno globale, riguarda cioè tutto il mondo; strutturale, non si tratta di un evento emergenziale bensì organico; trasversale, interessa sia i nativi sia gli immigrati e irreversibile, non potrà essere fermato.

La migrazione è dovuta a una molteplicità di fattori: economici, sociali e/o di sicurezza che influenzano la vita delle persone e determinano la scelta di lasciare il proprio paese.

La decisione di emigrare può essere, infatti, determinata da una pluralità di cause: guerre, carestie, persecuzioni e violazione dei diritti umani. Una minoranza di persone migra, anche, per ragioni legate al proprio lavoro, agli studi o alla famiglia, per curiosità culturale o per opportunità economiche, per migliorare lo sviluppo di sé e degli altri. In tutte queste situazioni la vita è l'elemento centrale che è messo in gioco.

Tutti i Paesi del mondo sono, secondo varie agenzie, Paesi di destinazione, di transito e di origine. D'altra parte la storia dell'uomo è storia di migrazioni e di spostamenti, in cerca di elementi utili alla specie e alla persona stessa per la sopravvivenza: il naturale bisogno dell'uomo di cercare di migliorare le proprie condizioni. Storie di viaggi per terra, per mari e per mondi interiori alla ricerca di una vita migliore, di nuova Vita.

Il tema del viaggio è parte integrante della storia della salvezza per il popolo cristiano e per mol-

te religioni. Le modalità attraverso le quali questo fenomeno si sviluppa e si attua sono, come è già evidenziato, legate anche ai disequilibri demografici e geopolitici, ai processi di trasformazione sociale profondi e alle disuguaglianze economiche che attraversano la nostra società. Le politiche sociali e gli accordi internazionali possono, poi, modificare rotte e flussi, come sta accadendo nel nostro Paese.

Lo scorso anno si è registrata un'inversione di tendenza degli arrivi di migranti in Italia; soprattutto nel secondo semestre il flusso degli sbarchi è drasticamente diminuito.

I dati complessivi del 2017 e del primo semestre di quest'anno, diffusi dal Ministero dell'Interno, mostrano l'evoluzione del fenomeno. Gli arrivi dei migranti rilevati al 30 giugno 2017 sono stati 83.752, con un aumento del 19,2% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (70.222), nella seconda parte dello stesso anno, invece, sono state registrate 35.617 persone. Il numero è di gran lunga inferiore sia a quello del corrispondente semestre del 2016 (-69,3%), sia a quello alla prima parte del 2017 (-57,4%).

Il flusso dei migranti è continuato a diminuire anche quest'anno: nei primi sette mesi, sono sbarcati in Italia 18.510 persone, l'80,6% in meno rispetto ai primi sette mesi dell'anno precedente. Tra i migranti giunti in Italia via mare, molti sono i bambini e i ragazzi che hanno meno di diciotto anni, tanti quelli che viaggiano da soli, seppur i dati mostrino una diminuzione significativa, in linea con quella dell'andamento generale dei flussi.

Non possiamo dimenticare, tuttavia, che molti di loro hanno perso la vita durante la traversata, nelle rotte del Mediterraneo, mentre cercavano di fuggire alla ricerca un futuro migliore.

Si calcola che le vite spezzate in mare nel 2017 sono state 2.853, ma come si può facilmente immaginare il numero, è molto approssimativo.

LA MIGRAZIONE DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI

I minori non accompagnati (MSNA), sbarcati sulle nostre coste nel 2017, sempre secondo il Ministero degli Interni, sono stati 15.779, quasi la metà di quelli giunti nel 2016 (25.846) e poco più di quelli arrivati nel 2015 (12.360). Al 31 luglio dell'anno in corso, 2018, i minori non accompagnati arrivati via mare sono stati 2.896.

Nel sistema d'accoglienza italiano, al 30 giugno 2018, risultavano presenti 13.151 minori stranieri non accompagnati; questo dato indica non solamente i ragazzi arrivati quest'anno, ma anche quelli giunti gli anni precedenti, con una diminuzione del 26,4% rispetto allo stesso periodo di rilevazione del 2017. Sono in prevalenza di genere maschile (92,5%); rispetto all'età, il 58,7% ha 17 anni, i sedicenni costituiscono poco più di un quarto del totale, l'8,9% dei minori ha 15 anni e il 7,2% ha meno di 15 anni. La quota dei diciassetenni è in leggera diminuzione rispetto allo stesso periodo di rilevazione del 2017, a fronte del lieve aumento della quota di minori con meno di 16 anni. I principali Paesi di provenienza dei MSNA, presenti nelle strutture d'accoglienza, nel primo semestre di quest'anno, sono l'Albania (1.517), il Gambia (1.353), l'Egitto (1.225), la Guinea (1.153), la Costa d'Avorio (1.081) e l'Eritrea (953). Considerate congiuntamente queste sei cittadinanze rappresentano più della metà dei MSNA presenti nelle strutture d'accoglienza in Italia (55,3%). Le altre cittadinanze maggiormente rappresentate sono quella nigeriana, maliana, senegalese, somala e tunisina. Quanto al confronto con la distribuzione di queste cittadinanze nello stesso periodo di rilevazione dei due anni precedenti, e in particolare del 2016, si osserva un incremento notevole di minori provenienti dalla Guinea, dalla Costa d'Avorio, e dalla Tunisia. Incrementi più contenuti riguardano i MSNA provenienti da Mali, Albania ed Eritrea, mentre per le restanti cittadinanze

si nota una diminuzione nel periodo considerato. In particolare, si registra una diminuzione molto consistente di minori provenienti dall'Egitto: in valore assoluto, gli egiziani presenti nel mese di giugno 2018 sono la metà di quelli accolti nello stesso periodo del 2016. Le minorenni straniere non accompagnate presenti nel sistema d'accoglienza del nostro Paese, nello stesso arco di tempo, risultano essere 982 e rappresentano il 7,5% delle presenze totali di MSNA. Rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, si osserva una diminuzione in valore assoluto di 227 presenze femminili; il peso della componente femminile sul totale delle presenze MSNA è, invece, lievemente superiore (+0,7%). Il 48,3% delle minorenni presenti ha 17 anni, il 22,7% ha 16 anni, mentre le quindicenni rappresentano il 10,9% e la componente con età inferiore a 15 anni il 18,2%. La maggioranza delle ragazze straniere non accompagnate proviene dalla Nigeria (36,9% del totale delle presenze femminili), dall'Eritrea (17,8%), dall'Albania (8,9%) e dalla Costa d'Avorio (l'8,6).

La Sicilia è da diversi anni la Regione che accoglie il maggior numero di MSNA (43,3% del totale), seguita dalla Lombardia, (7,5%) e dal Lazio (921 minori, pari al 7%).

I minori stranieri non accompagnati che risultano irrimediabilmente al 30/06/2018 sono complessivamente 4.677. Fra questi, le cittadinanze più numerose sono rappresentate dall'Eritrea (14,6%), dalla Somalia (11,9%) e dall'Afghanistan (10%). Gli allontanamenti per i primi 6 mesi del 2018, secondo il Sistema Informativo Minori sono pari a 1.179 MSNA, dei quali il 24,9% è di cittadinanza tunisina, il 22,1% di cittadinanza eritrea e il 6,2% di cittadinanza afgana.

Sono i minori a pagare il prezzo più alto nella migrazione, i diritti sanciti dalla Convenzione ONU, ratificata in Italia nel 1989, che riconoscono a ogni minorenne, la protezione e la sicurezza utili per il loro sviluppo sono molto spesso violanti: quando si

riesce ad arrivare alla maggiore età, la loro crescita armonica è già stata, spesso. Numerosi traumi fisici e psicologici li hanno compromessi prima, durante e dopo il viaggio, difficilmente potranno essere rimossi dalla loro mente e dal loro cuore, molte le condizioni di vita che non hanno favorito l'opportunità di una crescita armonica.

I minori migranti, che viaggiano da soli, sono sicuramente i soggetti più vulnerabili, come riconosciuto dalla giurisdizione nazionale e internazionale, ed hanno diritto a ricevere la cura e la tutela necessarie alla loro crescita. Tra questi un'attenzione particolare meritano i più piccoli, le ragazze e gli irreperibili o invisibili.

ACCOGLIENZA E PROTEZIONE

La Caritas di Roma, dal 1988 a oggi ha accolto più di 8.000 ragazzi e ragazze in situazione di disagio, la quasi totalità di essi è arrivata in Italia sola, senza un adulto di riferimento (87%). Attualmente, promuove tre strutture di prima accoglienza, dove i ragazzi dovrebbero rimanere circa 50 giorni e 2 strutture di seconda accoglienza, che li accompagnano fino al compimento dei 18 anni e, nei casi più vulnerabili, anche qualche tempo dopo il raggiungimento della maggiore età, al fine di permettere la prosecuzione di un percorso di formazione e d'integrazione utile alla persona stessa.

Nel 2017 e nel primo semestre di quest'anno, in linea con la diminuzione dei flussi migratori registrati nel nostro Paese, abbiamo avuto una consistente diminuzione dei minori stranieri non accompagnati accolti. I ragazzi accolti nel 2017 sono stati complessivamente 230, nello specifico 209 nei Centri di prima accoglienza, dei quali 6 con un provvedimento penale, e 29 nei servizi di seconda accoglienza, di questi 19 sono stati nuove accoglienze provenienti da servizi del territorio e 10 ragazzi e ragazze trasferiti

dai Centri di Prima accoglienza Caritas. I maschi sono la quasi totalità (81%). La maggior parte dei ragazzi arrivati nei Centri di Prima Accoglienza sono minori stranieri non accompagnati (86,5%), provengono da 28 Paesi diversi, principalmente dall'Eritrea, dall'Egitto, dall'Albania. I ragazzi hanno un'età media all'ingresso inferiore ai 16 anni (15,7); tutti sono partiti da soli dal Paese d'origine. Circa un terzo ha affermato di aver frequentato la scuola per 8-9 anni; evidenziamo la presenza di minori analfabeti e con 1 o 2 anni di scolarità.

I minori provenienti dall'Egitto, nonostante dichiarino di avere conseguito il diploma di scuola media inferiore, sono scarsamente scolarizzati e, spesso, sanno a malapena leggere e scrivere. Nel primo semestre del 2018, i ragazzi accolti sono stati complessivamente 80, di questi 65 nelle strutture di Prima accoglienza. La maggior parte dei minori accolti è di sesso maschile (74%), sono sbarcati soprattutto sulle coste della Sicilia e della Calabria da soli, senza adulti di riferimento. Abbiamo registrato 39 nuove accoglienze, da sottolineare che i nuovi ingressi riguardano principalmente ragazzi che provengono in prevalenza dalla Tunisia e dall'Albania.

La maggior parte dei ragazzi ha lasciato i propri genitori nel paese di origine, molti padri lavorano la terra come braccianti o agricoltori, le madri, invece nella quasi totalità sono casalinghe. I minori accolti, nel corso del 2017 e del 2018 nei centri di prima accoglienza, sono prevalentemente richiedenti protezione internazionale; i ragazzi e le ragazze eritree hanno aderito al Programma di *Relocation*.

La permanenza dei minori non accompagnati accolti, tuttavia, desidera rimanere nel nostro Paese per lavorare e pagare il debito contratto dalle famiglie per il loro viaggio e per migliorare le loro condizioni di vita futura. Molte volte non si tratta di una loro scelta, ma piuttosto dei loro genitori che si indebitano per far arrivare i loro figli in Italia con viaggi

clandestini e a rischio della vita. Questa situazione sembrerebbe essere legata alla mancanza di ogni prospettiva, sia essa di carattere formativo sia lavorativo, nel loro Paese d'origine.

IL PROGRAMMA RELOCATION DEI MINORI NON ACCOMPAGNATI: UNA BUONA PRASSI DI TUTELA E PROTEZIONE MANCATA

Lo scorso anno abbiamo aderito, nei centri di accoglienza per minori promossi da Caritas Roma, al programma europeo di *Relocation*, che si è concluso ufficialmente il 26 settembre 2017, dando la possibilità a coloro che erano entrati nel sistema di accoglienza entro quella data di poter comunque essere ricollocati. La *Relocation* è stata una delle iniziative promosse dall'Unione Europea nell'ambito dell'Agenda Europea sulla Migrazione e adottata dal Consiglio dell'Unione Europea che prevedeva una ripartizione dei rifugiati nei vari Paesi degli Stati membri, in un'ottica di solidarietà. Erano state disposte misure temporanee nel settore della protezione internazionale a beneficio dell'Italia e della Grecia, Stati membri maggiormente soggetti alla pressione, negli anni precedenti, di un fenomeno migratorio di proporzioni emergenziali. Il programma prevedeva lo spostamento in sicurezza in altri Paesi Europei per persone, sia adulti che minori, in evidente necessità di protezione internazionale, appartenenti a nazionalità il cui tasso di riconoscimento di protezione sia pari o superiore al 75% sulla base dei dati Eurostat, come l'Eritrea, l'Iraq, la Siria.

Sono molti, come abbiamo visto, i ragazzi di cui si perdono le tracce e che decidono di attraversare i confini italiani affidandosi a trafficanti, mettendo così la loro vita in mano a organizzazioni criminali senza scrupoli.

L'unità Minori del Dipartimento Politiche Sociali, Solidarietà e Salute del Comune di Roma, all'inizio dell'anno scorso, aveva inteso fornire una risposta

a tutela di ragazzi soprattutto eritrei, il cui numero secondo alcune organizzazioni che operano nella capitale, è stato nel corso degli ultimi due anni, di circa 4.000 transitanti. Il motivo che spinge i minori eritrei a lasciare il loro paese è principalmente l'obbligo dell'arruolamento militare. Il servizio militare è obbligatorio, può essere esteso a tempo indeterminato ed è rischioso perché i ragazzi vengono mandati a combattere, mettendo in pericolo la loro vita e si caratterizza per lavori forzati ed estenuanti, che in qualità di reclute sono costretti a dover adempiere. L'Eritrea, ex colonia italiana, è uno dei Paesi del nostro continente in cui vige da più di 20 anni una dei regimi dittatoriali più duri in cui vengono lesi quotidianamente i più elementari diritti umani e le principali libertà civili. La pace stipulata lo scorso luglio 2018 tra Etiopia ed Eritrea si spera possa costituire un elemento di sostegno a favore dei processi di cambiamento di questa nazione.

I ragazzi giunti in Italia dopo lunghi ed estenuanti viaggi, desiderosi di raggiungere i Paesi del Nord Europa preferiscono non entrare nel sistema d'accoglienza per non essere foto segnalati, scelgono di rimanere per strada e vivere alla giornata, per poi accettare di proseguire il viaggio verso il nord Europa con trafficanti senza scrupoli, ai quali affidano ingenti somme di denaro che dovranno poi restituire. È partito, pertanto, un programma in cui sono stati coinvolti anche i centri di accoglienza promossi dalla Caritas, proprio per favorire la procedura di *Relocation*, e attraverso un lavoro di rete, è stata messa a punto una strategia d'intervento specifica.

Nel corso del 2017 sono stati accolti 53 ragazzi eritrei e 1 ragazzo siriano: 42 maschi e 12 femmine, dai 12 ai 17 anni, età media 16 anni e mezzo, richiedenti protezione internazionale. I luoghi di provenienza sono città principalmente situate al sud dell'Eritrea ai confini proprio con l'Etiopia: Tesseney, Adi Quala, Ira, Senafe, Asmara, Mendefera, Barentu, Tsorona, My Mne,

Shamburo, Haikota, Gogne, Keren, Adi Keih, Deranto, Antere, Molky. Provengono da contesti deprivati ma, allo stesso tempo, da nuclei che possono permettersi il pagamento del viaggio proprio al fine di poter permettere ai loro figli un futuro diverso. La risorsa fondamentale per il ragazzo che decide di giungere in Europa è la presenza di un parente (nella maggior parte dei casi fratello ma anche zio) in un paese europeo che garantisce il finanziamento del viaggio, i cui costi sono molto onerosi (dai 7000 ai 9000 euro). I ragazzi eritrei arrivati hanno un livello di scolarità basso. Taluni conoscono l'arabo in quanto vivono in zone dove viene parlato e qualcuno l'inglese perché appreso a scuola. Molti, tuttavia, sono analfabeti. I ragazzi che abbiamo accolto avevano tutti lo stesso progetto, cioè quello di raggiungere il Nord Europa dove avevano quasi sempre parenti emigrati negli anni precedenti e/o, comunque, dove pensano di poter avere migliori possibilità di integrazione garantite da un *welfare* che produce un'assistenza nel lungo termine e opportunità lavorative.

I ragazzi che sono riusciti a partire attraverso il programma di *Relocation*, o attraverso una procedura di ricongiungimento familiare, sono stati 36, la maggior parte (66,7%), 11 i ragazzi che si sono allontanati dai centri, in quanto i tempi di permanenza sono stati troppo lunghi rispetto alle loro attese, 5 quelli che hanno raggiunto la maggior età durante la permanenza e sono stati trasferiti in centri per adulti e 2 quelli che ad agosto di quest'anno non erano ancora riusciti a partire, dopo un'attesa di un anno.

Da evidenziare che i ragazzi che si sono allontanati volontariamente e senza alcuna autorizzazione e protezione dai centri, dopo molti mesi di permanenza, erano scettici e sfiduciati sulla reale possibilità di essere trasferiti in altri Paesi: si ipotizza che il contatto con i propri connazionali, presenti nei luoghi di aggregazione e di stazionamento nella capitale, e quindi anche di trafficanti pronti ad entrare "in

azione" per promettere facili passaggi nei Paesi del nord Europa, li possa aver convinti alla fuga. I tempi necessari per realizzare le fasi della procedura sono stati vissuti, infatti, come molto lunghi ed è facile insinuare in loro il dubbio, da chi ha interesse a farlo, che la promessa di raggiungere, per via legale, la nazione desiderata sia solamente una menzogna e possa rimanere un'illusione.

Il programma avrebbe potuto rappresentare, se implementato pienamente, uno strumento utile per la protezione e la sicurezza di molti minorenni, che consideravano il loro arrivo sulle coste italiane solo la tappa di un viaggio, che li avrebbe dovuti portare a destinazione in altri paesi europei, dove poter contare su familiari e amici o poter usufruire di condizioni di protezione e accoglienza migliori.

I minori eritrei si caratterizzano per una storia di viaggio estremamente traumatica durante la quale subiscono maltrattamenti di ogni genere rischiando la vita. I paesi che attraversano, con pullman, fuoristrada e per lunghi tratti a piedi, sono: l'Etiopia, il Sudan, la Libia fino a giungere in Italia con imbarcazioni fatiscenti. Il viaggio dura spesso circa 2 anni, trascorrono periodi nei campi profughi delle città di transito o nelle prigioni dove vengono reclusi dai trafficanti in attesa di riscatto. Capita quasi sempre durante il viaggio di essere rapiti da altri trafficanti che si contendono i migranti diretti in Europa, come merce rara che garantisce un'importante fonte di guadagno.

Raccontano che, durante i periodi di detenzione, vengono sottoposti a digiuni forzati, a condizioni igienico sanitarie pessime, senza lavarsi per mesi, a maltrattamenti di ogni genere (violenze fisiche, scosse elettriche, abusi sessuali, etc.). Se protestano vengono appesi dalle caviglie a testa in giù e/o frustati. Hanno degli evidenti segni sul corpo delle torture subite. Un altro aspetto evidenziato è la perdita di molti amici e/o parenti durante il viaggio della speranza, persone che non sono riuscite a sopravvivere.

re alle condizioni a cui vengono sottoposti e/o che sono morte durante la traversata in mare..

Molte le attività didattico-ricreative promosse dagli educatori e dai volontari dei centri per far sì che questo periodo di attesa sia proficuo e non venga vissuto come un spazio e un tempo vuoto e inutile. È stato avviato, anche, un corso di inglese, in considerazione del fatto che sarebbero stati trasferiti in Paesi nei quali questa lingua è veicolare.

Molti di loro, tuttavia, soprattutto laddove il tempo di permanenza dei Centri è andato via, via aumentando, hanno, spesso, assunto un atteggiamento oppositivo, polemico e sfidante nei confronti dell'intero sistema organizzativo nonché delle *equipe* dei Centri, che si prendono cura di loro, visti come figure di intralcio che rallentano il raggiungimento delle loro aspettative future.

In questi mesi si è cercato di mantenere alto il livello di informazione fornite ai ragazzi, in modo che fossero sempre e tempestivamente aggiornati sulla propria situazione personale, coinvolgendoli attivamente in tutto il processo.

È risultato fondamentale il ricorso ai mediatori culturali, sia a sostegno del rapporto educativo per una più chiara ed esaustiva comunicazione, sia nella reciproca conoscenza delle culture di appartenenza.

I numeri sopraindicati, sia dei ragazzi accolti per la procedura di *Relocation* che di quelli partiti, sono certamente insignificanti rispetto agli oltre 6.000 minori non accompagnati dei quali si perdono le tracce ogni anno, che, spesso, muoiono, sotto un treno o nelle stive di un camion, cercando di attraversare la frontiera.

Il Programma di *Relocation* ha rappresentato anche per i minorenni una strategia d'intervento, una possibile buona prassi, alla quale purtroppo non è stata data occasione di poter essere espletata pienamen-

te, un'occasione di protezione e tutela mancata. Nella capitale i minori eritrei, seppur in numero inferiore a quello registrato negli anni scorsi, continuano a transitare e ad affidarsi nelle mani di trafficanti. Per loro non c'è, al momento, alcuna possibilità di raggiungere in sicurezza e legalità i Paesi Europei, nessuna protezione.

CONCLUSIONI

Molti di noi hanno vissuto le fatiche relative all'immigrazione. Nella nostra storia personale ci siamo, a volte, spostati da e per altri paesi italiani ed esteri per lavorare, studiare o per accadimenti familiari. Anche quando siamo rimasti all'interno del nostro contesto culturale e sociale, la conoscenza dell'altro ha comportato necessariamente il confronto con altri modi di pensare e di vivere, propri della cultura di cui ognuno è portatore.

Questo è quello che avviene nelle relazioni e nei legami di tipo familiare, comunitario e sociale. I verbi che ci sono stati consegnati da Papa Francesco per rispondere alle sfide che la migrazione pone alla comunità internazionale: accogliere, proteggere, promuovere, integrare sono parte integrante di un processo che attraversa l'individuo e la società.

Essi devono poter essere declinati e tradursi in azioni concrete da mettere in atto, come anche il Dicastero per lo Sviluppo Umano Integrato suggerisce, e a cui rimandiamo per un approfondimento.

Di seguito evidenziamo, alcuni elementi che possono contribuire a sviluppare buone prassi a favore dei minori che migrano da soli.

ACCOGLIERE. Sarebbe auspicabile, come già detto, che la loro accoglienza nei vari Paesi avvenisse attraverso vie sicure e legali e che, fosse data possibilità di ricongiungimento a quanti ne hanno diritto, nel superiore interesse del minore ad avere e a

poter crescere in una famiglia. L'attività di accoglienza deve avvenire in un luogo dignitoso con pochi ragazzi, con un adeguato rapporto adulto-minore, dando loro la possibilità di sperimentare sicurezza e relazioni positive. Sono auspicabili e da promuovere forme di accoglienza individualizzate come l'affido familiare, soprattutto per i ragazzi più piccoli, che necessitano di cure e di attenzioni specifiche.

PROTEZIONE. La protezione è data dalla possibilità di garantire tutti i diritti per i bambini e gli adolescenti, sanciti dalla convenzione Onu, necessari allo sviluppo e alla realizzazione delle risorse di ognuno. Si attuano in azioni che favoriscono il diritto alla vita, alla salute, allo studio e alla formazione, ma anche al gioco, al tempo libero e ad essere ascoltati e ad essere protagonisti dei loro percorsi di vita. Inoltre i minori migranti devono essere coinvolti e considerati partner e agenti di cambiamento per costruire società pacifiche, per aiutare le comunità a costruire valori di pace e di contrasto alla xenofobia.

PROMUOVERE. nei Paesi di provenienza campagne di informazione sui rischi del viaggio. Divulgare, attraverso programmi specifici, i resoconti relativi ai maltrattamenti ad opera dei trafficanti, i dati sullo sfruttamento minorile e dei migranti (prostituzione, lavoro in nero, microcriminalità) nei Paesi di approdo, le problematiche sociali e giuridiche relative ai percorsi di integrazioni e alle reali opportunità di inserimento nei vari Paesi dell'Unione Europea. Far sì che il minore migrante e la sua famiglia siano veramente a conoscenza di ciò che accade e la scelta di partire sia ponderata e consapevole.

La nostra esperienza evidenzia come i minori giunti attraverso canali sicuri e protetti, hanno maggiori risorse per diventare dei membri attivi della nostra società. Al contrario, chi arriva dopo un viaggio lungo mesi, se non anni, in mano ai trafficanti, hanno risorse limitate, compromesse da ferite psicologiche, e a volte fisiche, profonde, che richiedono anni di cura

e assistenza. La tipologia di viaggio è una variabile importante del percorso di crescita e inserimento, soprattutto dei minori.

Parimenti, è importante, altresì, promuovere nel Paese di accoglienza campagne di informazione sulle reali condizioni di vita e di migrazione affrontate dai minori, sulle motivazioni al viaggio, sugli ostacoli affrontati e sulle risorse che essi possono rappresentare per il nostro Paese.

Riteniamo, inoltre, che offrire e favorire il sostegno spirituale sia ai minori migranti che ai professionisti che si prendono cura di loro sia una fonte importante, a sostegno del processo di cura e di resilienza, come molti studi scientifici hanno dimostrato.

INTEGRAZIONE. L'integrazione è un processo che ha in sé una spinta verso il cambiamento. L'etimologia latina del termine (*lat. integratio-onis*), sta ad indicare la possibilità di render pieno, intero, ciò che è incompleto, aggiungendo quanto è necessario (www.treccani.it/vocabolario) e ci rimanda ad un significato di reciprocità, alla possibilità di completamento e miglioramento di un determinato sistema, per sistema intendiamo sia l'individuo che il contesto sociale.

Si tratta di un percorso evolutivo che investe l'individuo nel suo ciclo di vita, come pure le società. Creare dei percorsi di integrazione reali e fattibili, che superino la prospettiva assistenzialista, ma che allo stesso tempo prevedano tempi di formazione e inserimento lavorativo e sociale realmente compatibili con il profilo formativo, sociale e psicologico del minore.

Spesso i ragazzi arrivano qui a 16 e 17 anni. Sono protetti fino al compimento del 18° anno di età. Ma questi pochi mesi non consentono lo sviluppo personale necessario a divenire un membro attivo della nostra società, uomini e donne in grado di sperimentare la vita nella sua pienezza, costruttori di una comunità umana più equa e solidale.

LA STORIA DI MICHAEL: USCITO DALL'INVISIBILITÀ E RIENTRATO IN FAMIGLIA

Michael è un ragazzo eritreo di circa tredici anni che ha lasciato il suo paese d'origine nel settembre del 2014 e ha raggiunto l'Italia nel settembre 2016.

Prima di partire dal suo paese d'origine viveva con la sua famiglia, andava a scuola, usciva con gli amichetti e giocava a pallone. Ha riferito che non c'era alcuna prospettiva di vita nel suo paese, che non avrebbe avuto un futuro se non quello di fare il militare e andare a morire e/o di fare lavori forzati per l'intera esistenza. Ha inoltre riferito che a volte si creavano delle situazioni molto pericolose in strada e/o nei luoghi pubblici che mettevano a rischio la sua vita.

Michael pertanto è venuto in Italia a causa di una condizione socio-politica drammatica del suo paese d'origine con l'aspettativa di ricongiungersi ai fratelli in Inghilterra. Essendo molto piccolo, non aveva ben chiaro il suo progetto di vita e l'unica certezza era quella di volersi integrare nel tessuto sociale inglese per intraprendervi il suo percorso di inclusione sociale come i fratelli maggiori.

Durante i primi giorni di permanenza al nostro Centro e in sede di colloquio sociale il minore era molto traumatizzato e spaesato. Con il passare dei giorni si è tranquillizzato, acquisendo fiducia verso le persone adulte di riferimento e l'ambiente circostante.

È stato inserito nel programma dei minori stranieri non accompagnati richiedenti la protezione internazionale titolari di ricongiungimento familiare sulla base del regolamento EU 604/2013 (DUBLINO III).

Michael è partito dall'Eritrea senza avvisare la madre con la collaborazione di un parente nell'anno 2014 (il minore non ricordava il mese). Ha raggiunto l'Etiopia dove vi è rimasto circa 10 mesi in un campo profughi incontrando anche alcuni parenti, in particolare la zia materna con la quale ha condiviso il suo tempo deci-

do poi di proseguire il viaggio. Arrivato in Sudan il minore vi si è trattenuto per alcuni mesi precisamente a Khartoum vivendo presso una connazionale vicina di casa. Lasciato il Sudan, Michael è giunto in Libia dove è stato subito rinchiuso dai trafficanti in una casa in attesa di pagare una sorta di riscatto e proseguire il suo viaggio verso l'Europa. Dopo circa 4 mesi, Michael è riuscito a partire dalla Libia grazie al denaro che gli è stato recapitato dal fratello maggiore.

Il bambino è partito a bordo di un barcone ed ha raggiunto in data 03/10/2016 Vibo Valentia, dove è stato soccorso e inserito in un centro di accoglienza dal quale si è allontanato in treno per venire a Roma, sapendo di trovarvi dei connazionali che lo avrebbero aiutato a proseguire il viaggio. Giunto a Roma Michael ha incontrato un uomo eritreo che lo ha accompagnato ad una sede della Croce Rossa Italiana (CRI) dove sono state contattate le Forze dell'Ordine che hanno provveduto su indicazione della SOS al suo inserimento dapprima presso il Centro di Primi Accoglienza di Roma Capitale e successivamente su disposizione del Dipartimento nel nostro Centro di Pronto Intervento Minori.

Il minore ha raccontato di un viaggio terrificante durante il quale ha subito torture e ha visto morire persone soprattutto durante l'esperienza in Libia. Ha raccontato di avere assistito alla morte di una donna durante il parto e anche ad altri decessi probabilmente causati da stenti. Ha avuto la malaria e la scabbia. Il desiderio di Michael era quello di raggiungere il fratello che vive in Inghilterra a qualunque costo anche proseguendo il viaggio con i trafficanti.

Al suo arrivo in struttura il minore era molto spaesato e confuso e con enormi difficoltà di comunicazione, essendo il tigrino l'unica lingua da lui conosciuta. Nel suo primo impatto con la vita comunitaria ha manifestato molta timidezza, mettendosi spesso in disparte e relazionandosi poco o niente sia con gli altri minori sia con gli educatori.

MICHAEL

La maggior parte del tempo lo trascorrevamo al telefono, ma se coinvolto in attività di gioco partecipavo volentieri. In modo molto discreto ho imparato a vivere la quotidianità della vita comunitaria e a piccoli passi ho iniziato ad inserirsi nel contesto gruppale, affidandomi anche alle figure adulte e decidendo di aspettare la sua partenza con canali istituzionali.

Michael ha descritto la sua famiglia come precaria e caratterizzata da migranti richiedenti la protezione internazionale. La madre sembrerebbe trovarsi in Etiopia in un campo profughi fuggita anche lei da una situazione di pericolo, il papà vive in Arabia Saudita e i fratelli in Inghilterra. I rapporti con i suoi familiari sono stati sempre molto positivi e il ragazzo ha sempre avuto contatti telefonici frequenti con tutti i suoi cari.

Michael ha terminato la nostra accoglienza in una struttura di secondo livello per bambini più piccoli, realizzando il suo progetto di ricongiungimento con il fratello in Inghilterra dove ora lo immaginiamo sereno insieme ai suoi cari.

Almeno lui è riuscito a rendersi visibile e a poter affrontare il viaggio verso la felicità in maniera protetta, contrariamente a tanti altri ragazzi eritrei della sua età transitanti che proseguono il viaggio clandestinamente.

STORIA DI UN PICCOLO MIGRANTE: MISAELE

Misaele è un minore di solo 12 anni di religione cristiana (copto-ortodosso) che ha lasciato la sua terra, l'Egitto, a luglio 2016, per raggiungere l'Italia nella speranza di poter migliorare le proprie condizioni di vita e aiutare economicamente la sua famiglia d'origine. Misaele fin dall'ingresso nella nostra struttura ha catturato le attenzioni di tutti per via del suo fisico minuto, ancora non sviluppato, e per via del suo carattere solare e socievole. Nonostante la sua modalità giocosa differente degli altri ospiti, più grandi di statura, ha saputo farsi voler bene dai compagni che si relazionavano con lui come fosse un fratello minore.

Prima della partenza Misaele viveva con i suoi genitori e gli altri 3 fratelli in una piccola casa diroccata e inadeguata, a detta dal giovane, per accogliere tutti i sei membri della famiglia. La situazione economica poco agiata dei genitori ha incoraggiato Misaele nell'ideare il suo progetto migratorio. Inizialmente i genitori sono stati contrari al piano dell'allontanamento del loro figlio, negandogli con fermezza la partenza. Misaele si è ribellato alla loro decisione e con il passare del tempo è riuscito a persuadere il padre, il quale si è messo in contatto con i trafficanti, negoziando il costo del viaggio attraverso il mar Mediterraneo.

I 25000 pound egiziani, il prezzo pattuito con il trafficante, sono stati presi in prestito da una usuraia, la famiglia doveva restituirli a rate. Il padre, raccontava Misaele era un semplice contadino che svolgeva lavori agricoli presso conoscenti. La sua paga era insufficiente per il mantenimento della famiglia e di conseguenza i figli dovevano darsi da fare, lavoricchiando per pochissimi soldi. A Misaele è stato insegnato il mestiere di falegname e, a volte, gli capitava di ricevere del denaro per il lavoro svolto, che dava alla famiglia.

Ha frequentato la scuola per 6 anni conseguendo solo la licenza elementare. Anche se la sua presenza alle lezioni non era regolare, il ragazzo sosteneva di saper

scrivere e leggere in lingua araba. Durante la permanenza del nostro centro in poco più di 2 mesi ha dimostrato di avere una buona capacità di apprendimento della lingua italiana, facendo rapidi progressi. Ha espressamente richiesto di continuare il percorso formativo e di essere messo in condizioni di poter scegliere una professione.

All'inizio della permanenza presso il nostro centro il ragazzo era disorientato nel comprendere le regole della vita comunitaria e aveva qualche difficoltà nella cura dell'igiene personale.

Provava spesso a nascondere la grande nostalgia nei confronti della sua famiglia d'origine e soprattutto il bisogno e il desiderio di avere accanto la madre. Tuttavia in breve tempo ha imparato a fare attenzione all'aspetto fisico, alle cose che lo circondavano e esprimere le sue emozioni attraverso il disegno, la musica e il ballo tradizionale del suo paese.

Conoscendolo meglio abbiamo scoperto che dietro al suo sorriso costante, dietro alla luminosità dei suoi occhi, si nascondeva la fragilità non indifferente di un ragazzino che è stato costretto a crescere in fretta, a dimenticare il viaggio terrificante che ha affrontato da solo, per far spazio e velocizzare il processo di adattamento e integrazione.

Misaele per i suoi 12 anni ha dimostrato avere un grande potenziale e tante risorse e, nello stesso tempo, di avere bisogno di essere accompagnato nel suo sviluppo, con la pazienza che si rivolge ad un bambino e con la presenza e il sostegno che si danno ad un giovane nel suo percorso verso l'autonomia.

Il nostro ospite è stato trasferito, su indicazione del Dipartimento di Roma, in una Casa Famiglia valutata adatta alle sue esigenze, dove ha trovato l'ambiente giusto per favorire il suo sviluppo psico - fisico e manifestare la sua personalità.

Abbiamo avuto il piacere di apprendere, in seguito, che il suo percorso procede per il meglio e di incontrarlo in un paio di occasioni.

NEZENET E RAHEL

ENTRARE NELL'INVISIBILITÀ:
STORIA DI NEZENET E RAHEL

Nell'inverno 2017 vengono accolte nel gruppo appartamento per sole ragazze a poca distanza l'una dall'altra due ragazze di nazionalità eritrea di 16 anni, Nezenet e Rahel. Entrambe aderiscono al Progetto Relocation, dopo essere state nel circuito dei centri di accoglienza nella primavera dello stesso anno. Entrambe si aspettano di partire dopo pochi mesi, se non settimane.

Nezenet è una ragazza spavalda, estroversa, un po' "bulletta", in apparenza. Chiede di andare in Olanda dove vive già da alcuni anni una delle sue sorelle. Afferma di essere cresciuta in una zona agricola, principalmente con una nonna.

Ci dice di essere andata a scuola per 7 anni, ma non è in grado di fare la sua firma. Per giungere in Italia ha impiegato 2 anni e mezzo. Riporta un episodio di abuso durante il viaggio.

Rahel è una ragazza che ride tanto, un po' timida, ma determinata. Vuole andare in Svezia dove vive un suo zio. Parla bene della sua famiglia, la descrive come affettuosa. Anche lei è andata a scuola per 7 anni. Anche lei ha impiegato più di due anni per arrivare in Italia.

Entrambe sono partite per evitare il servizio militare.

All'inizio si trovano abbastanza bene; collaborano, partecipano al loro progetto educativo, cercano di integrarsi all'interno della casa. Fuori di essa frequentano solo connazionali, soprattutto di altri centri e in zona Tiburtina, vicino la stazione. Verso Febbraio 2018, col passare delle settimane vivono sempre peggio la loro permanenza in Italia.

Ogni qual volta un loro connazionale parte, non sono contente, anzi: non capiscono perché loro invece non sono ancora espatriate, perché la loro domanda non è stata ancora accolta. Si arrabbiano se un connazionale arrivato dopo di loro, parte prima di loro: lo ritengono un'ingiustizia.

Cominciano a chiudersi e a isolarsi dalle altre ragazze della casa. Ogni colloquio è connotato da insofferenza e rabbia. Vengono fatti incontri collettivi e individuali con il tutore e l'assistente sociale del Dipartimento, incaricato del loro caso. Vengono spiegate le specifiche difficoltà, ma senza grandi progressi. Nella primavera del 2018, a distanza di una settimana esatta, mettono in atto ciascuna un atto di autolesionismo, Nezenet ingerisce del solvente per unghie, Rahel della candeggina, per fortuna senza conseguenze.

Un gesto di depressione? Un gesto di rabbia? Un gesto suggerito da qualcuno per attirare l'attenzione? Gli educatori presenti parlano di atteggiamenti distanti, dissociati, dopo l'atto sia da parte di chi ha agito, che della connazionale. Appare chiaro che l'atto è stato compiuto alla presenza dell'altra ragazza in entrambe le situazioni.

Le valutazioni psicologiche e neuropsichiatriche seguite parlano di stress legato all'attesa. Il motivo del viaggio (e di tutte le sofferenze patite) è legato al progetto di poter realizzare una vita migliore in un dato Paese. Vedere questo progetto bloccato per ragioni che non riescono a capire (poiché legate alle diverse procedure, alle diverse valutazioni, ecc.) è per loro particolarmente frustrante. Sono disposte a tutto.

Hanno aderito al progetto Relocation per poter partire in sicurezza. Ma la priorità resta partire, non la sicurezza.

A fine aprile Nezenet viene a sapere che la sua domanda è stata accettata e che partirà da lì a un mese. Lei è molto contenta. Rahel è molto arrabbiata: è arrivata prima, ma parte dopo.

Il 19 Maggio escono per andare a trovare degli amici in un altro centro. Non rientrano. Chiamano un'altra ragazza della casa pochi giorni dopo: sono a Milano. Due settimane dopo sembra che Nezenet sia a Londra. Di Rahel nessuna notizia diretta.

Una settimana dopo ci viene comunicato che anche Rahel ha avuto l'autorizzazione a partire.

NEZENET E RAHEL

Queste due vicende ci hanno lasciato con l'amaro in bocca: i tempi tecnici del progetto non hanno coinciso con i tempi personali. Le attese possono apparire prive di significato, un tempo morto. Spesso non si comprendono i motivi sottostanti. Riuscire a dare loro un significato, renderle proficue, un tempo utile è la strategia utilizzata, ma senza risultati positivi. Per ragazze che hanno affrontato un viaggio lungo e pieno di difficoltà, essere fermate da "cavilli" (così li hanno vissuti) non è accettabile.

Altra considerazione è quanta poca capacità di intervento abbiamo sui contesti delle ragazze accolte, che hanno però una grande influenza, di cui spesso non sappiamo in quale direzione si muovono, poiché restano parzialmente, se non completamente all'oscuro.

STORIA DI PRISCA: TRA VULNERABILITÀ E SFRUTTAMENTO

Prisca viene accolta nel gruppo appartamento per sole ragazze nella primavera del 2016, all'età di 16 anni. Quando arriva, direttamente dal CPSA, Centro di Primissima Accoglienza, è spaesata, confusa e sulla difensiva. Non capisce bene cosa stia succedendo.

Non ha ben chiaro dove si trova e cosa le viene chiesto. Anche se di nazionalità nigeriana, non parla un buon inglese, né un dialetto conosciuto. Neanche i mediatori riescono sempre a capirla e a dialogare con lei in modo efficace. È cresciuta in una zona agricola, dove si parla un dialetto specifico. I suoi racconti spesso risultano incongruenti e confusi, sia temporalmente, che spazialmente. Non riusciamo a capire quanto sia un problema di recupero dei ricordi o di comunicazione.

Orfana di madre, non è mai andata a scuola. Viene cacciata da casa dalla matrigna attorno ai dieci anni e sopravvive lavorando in un mercato, così racconta. Ma non sa contare oltre il dieci; non sa fare né addizioni, né sottrazioni semplici. Non sa tenere in mano una penna e anche la semplice operazione di colorare all'interno dei bordi, risulta complessa.

Negli incontri con l'assistente sociale del Dipartimento del Comune di Roma, verifichiamo se sia o meno vittima di tratta a scopo di prostituzione. Lei nega. Fa anche dei colloqui con lo Sportello Roxanne, che si occupa proprio di questo tema. Ripete che è venuta in Italia in auto, con persone molto gentili che l'hanno accompagnata senza chiedere nulla in cambio.

Non è in grado di riportare date utili e i tempi del viaggio molto lunghi sono compressi a poche azioni ed eventi. Ciò ci consente di procedere, da un punto di vista giuridico, solo con un permesso di soggiorno per minore età.

Nel tempo alcuni episodi del suo passato ci vengono confidati, ma continua a rifiutare di presentare un rac-

conto rispetto al suo viaggio, alle motivazioni e alle privazioni subite. L'accertamento dell'età le riconosce un'età inferiore a quella da lei dichiarata; quando ci confrontiamo su questo con lei, si rifiuta di cambiare anno di nascita.

Le prime settimane piange tutto il giorno, in camera. Il suo dolore ha la forma di un lutto. Solo alcuni mesi dopo ci confida che un mese prima il suo ingresso aveva perso il padre.

Inizia un corso di alfabetizzazione e dopo un anno le insegnanti, malgrado la frequenza assidua e la partecipazione attiva in classe, non si sentono ancora di farla passare alla classe per l'acquisizione di livello di lingua italiana A1.

Il suo apprendimento è molto lento. Tale ritardo non è legato a una forma di ritardo, ma di privazione cognitiva e culturale nell'infanzia e nella prima adolescenza (secondo valutazione dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù).

Adora le bolle di sapone, i vestiti e i peluche. Sa cucinare molto bene. Proviamo a farle fare un'esperienza in una cucina preso un centro estivo: è molto contenta dell'esperienza, rispetto alla quale ottiene una valutazione positiva, ma emerge la necessità che il suo italiano migliori e che le persone che si interfaccino con lei siano in grado di comprendere il suo background.

Dopo due anni, al compimento del 18° anno di età, non ci sono ancora i presupposti per un inserimento lavorativo e sociale. La ragazza è sempre più consapevole delle sue difficoltà e delle sue inadeguatezze. Comincia a diventare aggressiva verso le altre ragazze della casa, anche se non provocata.

Qualsiasi rete si sia cercato di crearle attorno, comincia a essere rifiutata, se non addirittura distrutta. Non si trovano nel territorio altre strutture con le quali sia possibile fare un progetto post 18 anni. Il Dipartimento fornisce una proroga di alcuni mesi, durante la quale la ragazza mostra un sempre più alto livello di frustrazione.

PRISCA

Alla fine esce dalla nostra struttura e si fa ospitare da connazionali. Poco dopo viene inserita presso un CAS, dove è ancora ospite.

È stato evidenziato come la tratta di esseri umani ai fini della prostituzione sta coinvolgendo minori sempre più piccoli (reclutati anche a 13 o 14 anni), con poche risorse, analfabeti o quasi, molto poveri. Il viaggio spesso è connotato da abusi e violenze.

La difficoltà evidenziata in equipe nella specifica situazione è stata rendere Prisca protagonista di un progetto personale realistico, entro i termini temporali disponibili. Ragazze che arrivano nel nostro Paese, sedicenti vittime di tratta, che non godono i vantaggi di permessi di soggiorno per protezione internazionale, senza risorse personali che consentano un inserimento lavorativo e sociale in tempi brevi, ma anzi con vulnerabilità profonde, sono a rischio emarginazione.

La possibilità di essere sfruttate resta alta, poiché non sono in grado di difendersi e di far valere i propri diritti (di cui spesso non sono minimamente a conoscenza). Si fidano solo di connazionali, ma a volte, proprio da questi vengono sfruttate.

1.3 I MINORI ALBANESI CHE GIUNGONO IN ITALIA

a cura dell'Area Minori

Nel 1995 ci siamo preoccupati del massiccio numero di minori provenienti dall'Albania per poi registrarne, dopo circa quattro anni, la quasi scomparsa nelle strutture di accoglienza.

Gli accordi bilaterali tra il governo italiano e quello albanese, che prevedevano contributi economici e non solo, hanno comportato, infatti, il blocco delle coste e il controllo delle partenze. Negli ultimi anni registriamo l'arrivo, piuttosto numeroso rispetto alle altre nazionalità presenti, di decine di minori albanesi, apparentemente non accompagnati.

Migliaia di ragazzi e ragazze provenienti dal Paese balcanico sono giunti, a partire dal 1995 e fino al 2000, in seguito alla particolare situazione socio-economica albanese.

I ragazzi accolti dichiaravano condizioni economiche delle famiglie molto disagiate; la sopravvivenza era garantita dal vivere in contesti rurali, dal possesso di un piccolo numero di animali da fattoria.

I rapporti interpersonali tra i minori e il resto dei componenti del nucleo familiare venivano descritti come superficiali e limitati alla quotidianità. I ragazzi lavoravano spesso nei campi o si occupavano di piccoli lavori per conto di terzi, riuscendo a ricavare pochissimi soldi.

La frequenza scolastica era in media di 8 anni ma, nonostante il completamento del ciclo di studi di base, presentavano un basso livello culturale.

I ragazzi albanesi provenivano da piccoli paesi, villaggi, che avevano risentito degli effetti negativi

del cambiamento politico: migrazioni interne con un drastico cambiamento del tessuto sociale, povertà e disoccupazione.

La decisione di venire in Italia era data da diversi fattori: in alcuni casi era la famiglia stessa a spingere il giovane a lasciare il Paese in cerca di fortuna; i ragazzi raccontavano di debiti che i genitori contraevano e di vendite di auto o animali per racimolare il milione o più delle vecchie lire, per pagare gli scafisti. In altri casi il ragazzo si allontanava senza il consenso dei familiari, per raggiungere o seguire amici che, quasi per scommessa, tentavano ogni carta: alcuni ragazzi ci riferiscono di aver raggiunto a piedi la Grecia, avervi lavorato in alberghi, ristoranti, campi ecc. per poi essere espulsi dalla polizia locale e imbarcati alla volta dell'Italia.

I racconti del viaggio sui gommoni o barchette erano drammatici. I ragazzi venivano fotografati prima della partenza (per presentare il conto poi alla famiglia?). Stipati fino all'inverosimile, viaggiavano di notte. Sbarcati sulle coste pugliesi, il "pacchetto tutto compreso" prevedeva il passaggio con auto staffette - a volte in camioncini furgonati - che li portavano in varie destinazioni.

I ragazzi che giungevano a Roma raccontavano di avere vissuto, nei mesi precedenti l'accoglienza, in condizioni molto precarie. Molti ragazzi riferivano che avevano cercato di lavorare: gli "sfasciacarrozze" offrivano anche un piccolo posto per dormire; nei lavaggi per auto, come pastori nelle campagne romane e della provincia di Frosinone, come braccianti per la raccolta di pomodori, olive, frutti; per accudire animali; come manovali nei cantieri; come facchini nei trasporti; lavavetri ai semafori, alla giornata (sempre più numerosi i punti di raccolta di extracomunitari sulle principali strade nelle ore mattutine). Tutti lavori in nero, spesso al limite dello sfruttamento per orario e paga. Altri ragazzi cadevano nelle reti di loschi individui che li utilizzano per compiere reati:

furti in appartamento, di automobili per i pezzi di ricambio, di motorini, spaccio, accattonaggio, prostituzione.

Gli albanesi tra loro erano solidali: bastava provenire dallo stesso paese o villaggio per essere accolti in già affollati appartamenti, spesso veri e propri tuguri. Ma solo per pochi giorni. Il mercato degli affitti era fiorente: appartamenti affittati per 350.000 delle vecchie lire a persona. I quartieri di Roma in cui gli albanesi vivevano erano: Borghesiana, Tor Lupara, Mentana.

I minori stessi si rivolgono alla Polizia o al Servizio di Pronto Intervento Sociale del Comune di Roma per chiedere aiuto ed essere quindi accolti in centri di accoglienza. La procedura era conosciuta ormai da molti ragazzi in quanto le informazioni sulle possibilità per regolarizzarsi in tempi relativamente brevi hanno efficaci canali di trasmissione (il "passaparola").

La segnalazione era conseguenza dell'assenza sul territorio italiano di persone adulte di riferimento.

Le richieste che i ragazzi ci presentavano riguardavano in primo luogo la regolarizzazione, poi il lavoro. Di rimpatriare non ne volevano proprio sentir parlare: "ho rischiato la vita per arrivare fin qui, ho pagato un sacco di soldi, non posso tornare a mani vuote, non posso deludere le aspettative dei miei genitori, lì non c'è lavoro, solo miseria. Qui riesco a guadagnare 30-50.000 al giorno, quanto in Albania si guadagna in un mese".

I ragazzi giungevano esibendo, in genere, un certificato di nascita originale, con foto che, frequentemente risalivano a molti anni prima. In molti casi vi era allegata la traduzione in italiano da parte di un notaio albanese. Per le ragazze la situazione era diversa. Tutte ci venivano segnalate per problemi legati allo sfruttamento sessuale (prostituzione). Le promesse di migliorare le condizioni di vita e di matrimoni, poi non mantenute dai "fidanzati", si rivelavano

ben presto degli inganni. Giunti in Italia e sprovvisti di soldi, alle ragazze si chiedeva di guadagnare con la prostituzione. A distanza di circa 20 anni le cose sono cambiate: innanzi tutto la modalità con la quale si arriva in Italia. Dal 2011 non è più richiesto il visto per entrare in Italia e soggiornarvi per non oltre 90 giorni. I ragazzi quindi partono direttamente dalle varie città albanesi a bordo di autobus di linea che giungono nelle principali città italiane con costi molto contenuti (fino a 70,00 euro).

In quanto minori, i ragazzi devono essere accompagnati dagli esercenti la responsabilità genitoriale e quindi è spesso uno dei genitori che porta il figlio in Italia per poi rientrare in Albania. In molti casi, invece, è una terza persona, alla quale i genitori firmano un affidavit, che si occupa di far varcare il confine italiano. Molti ragazzi compiono il viaggio in aereo con le stesse modalità (accompagnati da un genitore o da una persona autorizzata dai genitori). I ragazzi hanno tutti il passaporto e spesso arrivano già con i documenti scolastici e sanitari.

La situazione economica è piuttosto eterogenea, con la presenza di genitori disoccupati ed altri impiegati anche nel settore pubblico; provengono sia da contesti rurali che da sobborghi cittadini. La richiesta ricorrente è la stessa: i ragazzi prossimi alla maggiore età (moltissimi in verità) chiedono di potersi regolarizzare per poi riconvertire il PdS con motivi di lavoro (attesa occupazione).

Altri, più giovani, chiedono di poter studiare e di essere aiutati a regolarizzarsi. La presenza di parenti, spesso entro il quarto grado, è frequente; si tratta spesso di persone in Italia da tempo che hanno raggiunto una stabilità economica e una discreta integrazione nella società italiana.

Costituiscono di fatti una rete sul territorio e pertanto molti fanno già dove recarsi nel momento in cui compiranno i 18 anni.

Abbiamo registrato, comunque, la presenza di casi più vulnerabili con famiglie non solo disagiate dal punto di vista economico, ma con problematiche relazionali. Molte coppie genitoriali sono separate o divorziate, alcuni genitori presentano comportamenti inadeguati e i ragazzi descrivono casi di trascuratezza e maltrattamenti.

Negli ultimi anni abbiamo assistito a prese di posizioni da parte di enti locali che hanno in carico i minori, piuttosto determinate, fino a giungere a vere e proprie denunce per truffa aggravata ai danni dello Stato (per le dichiarazioni di stato di abbandono, rivelatesi poi false per la presenza di genitori o parenti prossimi).

L'ingresso dei minori albanesi nel territorio italiano è attuato spesso utilizzando uno stratagemma "illecito" che di fatto permette agli stessi il mantenimento nel nostro Paese e un elevato standard educativo fino al compimento della maggiore età, il tutto a carico dell'Amministrazione locale. In questo modo i minori vengono inseriti nel sistema di tutela riservato ai "minori non accompagnati", mentre le loro famiglie vivono altrove, spesso in Albania o a volte anche nel nostro Paese.

Dai dati statistici, forniti dalla Direzione Generale dell'Immigrazione e delle Politiche di Integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, si evince come la presenza dei minori albanesi sia notevole negli ultimi anni. Nel 2018 l'Albania costituisce il primo Paese di provenienza dei MSNA.

È importante incrementare la possibilità di effettuare indagini familiari direttamente in Albania, in modo da verificare quanto dichiarato dai ragazzi e dalle ragazze.

È molto importante, infatti, sgombrare ogni dubbio sulla reale necessità di aiuto e sostegno che questi ragazzi chiedono anche oltre i 18 anni, per destinare giustamente le risorse umane ed economiche a quanti presentano effettivo bisogno.

Distribuzione dei MSNA presenti al 30.06.2018

		30 giugno 2016	30 giugno 2017	30 giugno 2018
Albania	N	1.396	1.639	1.517
	%	11,4	9,2	11,5
Gambia	N	1.511	2.474	1.353
	%	12,3	13,8	10,3
Egitto	N	2.572	.093	1.225
	%	21,0	11,7	9,3
Guinea	N	535	1.656	1.153
	%	4,4	9,3	8,8
Costa d'Avorio	N	539	1.284	1.081
	%	4,4	7,2	8,2
Eritrea	N	872	1.106	953
	%	7,1	6,2	7,2
Nigeria	N	757	1.429	879
	%	6,2	8,0	6,7
Mali	N	517	928	748
	%	4,2	5,2	5,7
Senegal	N	582	949	624
	%	4,8	5,3	4,7
Somalia	N	634	700	542
	%	5,2	3,9	4,1
Tunisia	N	65	82	441
	%	0,5	0,5	3,4
Totale	N	9980	14.340	10.516
	%	81,5	80,3	80

Fonte: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione - Div. II Report di Monitoraggio

1.4 IL RACCONTO DEI MEDIA SULL'IMMIGRAZIONE

a cura del Centro Studi Caritas

Il tema della rappresentazione degli immigrati nei media stampa e audiovisivi è importante da almeno due punti di vista. I media infatti:

- ▶ influenzano l'opinione pubblica, la percezione collettiva degli immigrati e del fenomeno immigrazione;
- ▶ influenzano la concezione dell'immigrato stesso, che più difficilmente riuscirà ad immaginare per sé stesso e la sua famiglia un percorso di serena integrazione a fronte di un'immagine di sé costantemente legata nei media a fenomeni problematici (sventure, naufragi, morte, criminalità).

Tutte le analisi condotte in questi ultimi vent'anni in Italia (alcune di respiro internazionale-comparativo) concordano nell'evidenziare che l'immigrato sia quasi sempre rappresentato in condizioni negative, vittima di difficoltà o soprusi di ogni genere, oppure sia esso stesso attore di eventi negativi, risucchiato nel mondo della criminalità o dell'illegalità (furti, spaccio di droga, stupri e così via). Alcune ricerche ormai "classiche" condotte nei primi anni del Duemila come quella intitolata *Tuning in to Diversity* hanno evidenziato come tale rappresentazione schiacciata sulla drammaticità dell'esperienza migratoria comporti effetti tutt'altro che positivi, in particolare sull'autopercezione degli immigrati più giovani che, a fronte di tanta miseria riescono con difficoltà ad immaginare per sé un futuro di integrazione o di mobilità verticale nel paese ospite".

In realtà, nella rappresentazione degli immigrati, ritroviamo amplificato lo stesso "difetto" espressivo che è possibile rintracciare anche nella rappresen-

tazione mediatica di altri soggetti sociali (ad esempio donne o minori):

- ▶ la tendenza alla drammatizzazione (ad esempio l'uso del termine "invasione");
- ▶ la tendenza all'uso di un linguaggio che privilegia la dimensione emotiva piuttosto che quella razionale;
- ▶ la superficialità nella verifica delle fonti a favore di un messaggio a sensazione;
- ▶ il cortocircuito con gli umori "più o meno" presupposti delle masse;
- ▶ la rappresentazione parziale e fuorviante.

Negli ultimi anni tale difetto comunicativo è stato interessato da una ulteriore torsione imprevedibile che ha finito col favorire, attraverso la comunicazione *social* i cosiddetti *hate speech*, i discorsi d'odio che infestano la Rete, senza remore o pudori di sorta. Il cortocircuito con l'iniziativa politica è cronaca quotidiana dei nostri tempi.

Oggi, oltre a stereotipi e pregiudizi, dobbiamo registrare il crescente peggioramento del registro comunicativo. In un momento storico caratterizzato da profondi mutamenti economico-sociali, da disorientamento e percezione di fragilità sia a livello individuale sia a livello collettivo, gli immigrati rappresentano i bersagli elettivi su cui riversare, più o meno consapevolmente, pulsioni aggressive latenti e frustrazioni.

In tempi più recenti, una ricerca condotta dal criminologo Ernesto Calvanese¹⁶ ha evidenziato che su 31.946 articoli dedicati da 3 quotidiani nazionali (Corriere della Sera, Repubblica, Il giornale) all'immigrazione nel corso di 4 anni, si parla tanto di migranti, ma quasi sempre in termini problematici (11.426 articoli). Inoltre frequentemente viene associata la figura del migrante a comportamenti criminosi: gli articoli che riguardano l'immigrazione e la giusti-

zia penale sono 6718. Dunque appare evidente che l'immagine deviante del fenomeno immigrazione abbia del tutto il sopravvento su narrazioni più rassicuranti. Si parla inoltre nella percezione della divulgazione mediatica di una proporzione di circa 1 a 2 fra reati stranieri e reati italiani, chiaramente sproporzionata rispetto alla reale presenza straniera (tra migranti residenti e autoctoni). La delittuosità straniera è sovrarappresentata (il numero delle notizie e quello dei reati sono praticamente sovrapponibili, mentre la delittuosità degli italiani appare sottorappresentata (circa il 30 % dei reati realmente commessi).

I media manifestano un crescente interesse per lo straniero non regolarizzato, per l'immigrato che delinque, associando in maniera quasi deterministica certe etnie al commettere taluni reati. Non è un caso dunque che gli interventi normativi siano orientati verso soluzioni di natura repressiva ed espulsiva.

Non c'è giorno nel quale non si parli a livello mediatico di immigrazione e non c'è giorno nel quale non si faccia cenno al pericolo, alla criminalità, all'allarme sociale, al semplice fastidio che a questa tematica si correlano, in modo si direbbe ineludibile, e deterministico, tanto che stereotipi e pregiudizi nei confronti degli immigrati, in questo martellante sistema di informazione, non possono altro che autoalimentarsi e rafforzarsi continuamente.

Del tutto silenziata la descrizione della disperazione, dello stato di necessità, dell'eccezionalità dei fatti descritti, della scarsità degli interventi di sostegno, dell'opportunità di conferire maggiore risalto alle politiche di integrazione, dell'utilità dell'immigrazione, dello scambio culturale, dell'approfondimento socio-culturale. Né mai viene rintracciato un riferimento a un passato comune di emigrazione.

Non sembri eccessivamente malizioso pensare che puntare l'accento sulla storia dell'emigrazione italiana finirebbe col rendere – quanto meno sul piano delle

vicissitudini esistenziali di un passato ancora assai vicino – troppo simili tra loro autoctoni e stranieri.

Non è però solo la dimensione della criminalità a distorcere la percezione collettiva dell'immigrato. Secondo le stime di Eurobarometro i cittadini europei continuano a ritenere che **l'immigrazione e il terrorismo** siano le sfide principali con cui si confronta l'UE: grazie ad una particolare elaborazione dei risultati di una rilevazione europea, si evidenzia che sempre più frequentemente i due fenomeni sono posti in correlazione, in particolare nel corso degli anni 2016-2017. Ormai se da un lato aumenta di nuovo la preoccupazione verso i fenomeni migratori e terroristici, dall'altro **sta diventando centrale la possibilità di connessione tra i due fenomeni**. Una connessione mediatica che può avere anche nel breve periodo conseguenze preoccupanti.

I percorsi di consapevolezza rispetto all'influenza dei media sono soprattutto avanzati da quella leva di ricercatori che si riconosce a livello internazionale nell'area dei *cultural studies*. La loro posizione non lascia adito a dubbi.

I media, essi ritengono, costruiscono una rappresentazione della realtà fortemente angolata, a seconda delle caratteristiche dell'assetto proprietario del medium, dell'orientamento del responsabile, delle stesse inclinazioni degli operatori e dei decisori e, last but not least, delle leggi del marketing. Questa lapalissiana verità, oggi da tutti riconosciuta, è stata per molti anni negata proprio dai fautori di un turbocapitalismo che aspirava ad avere mani libere nel gestire i processi di influenza di massa. Ora che la cosa appare finalmente evidente anche ai negazionisti di professione, può essere utile applicare tale chiave di interpretazione ai fenomeni sociali più scottanti, quale è, per l'appunto, l'immigrazione.

Nei primi studi pionieristici condotti in Italia quasi venti anni fa, è possibile cogliere tutte le contraddizioni

dizioni e le involuzioni di un rapporto, quello degli italiani con gli immigrati, spontaneo e caldo per certi versi (ricordiamo i cittadini di Lampedusa e la loro accoglienza piena di umanità nei confronti dei primi disperati appena sbarcati) diffidente e rabbioso per altri (pensiamo ai tanti odiosi episodi di razzismo che si sono registrati negli anni).

Tuttavia, dal confronto con tali studi che consentono fortunatamente una lettura diacronica, emerge soprattutto una verità incontrovertibile: in Italia abbiamo vissuto **un processo di integrazione avviatosi e poi interrotto**.

Nei primi anni del 2000 era possibile scrivere “Fa un certo effetto ricordare, come soltanto pochi anni fa, l’immigrazione fosse un argomento assai controverso, in cui si affiancavano a posizione di spontaneo solidarismo atteggiamenti di negazione e di ostilità esplicite.¹⁷”

Oggi, “si scriveva a quei tempi” l’immigrazione appare invece, seppure nella differenza di sensibilità eterogenee, come fenomeno strutturale, in grado di influenzare positivamente il tessuto socioeconomico del Paese e prevedibilmente destinato a incidere in misura sempre maggiore”.

A quell’epoca si tentò di varare anche un codice di autoregolamentazione, per la rappresentazione degli immigrati nei media promosso da settori della ricerca e dell’Autorità Garante per le comunicazioni, sull’esempio di quanto esistente in molti paesi europei (in Europa si contano oltre 100 codici di autoregolamentazione sul tema dell’immigrazione-fonte: università di Bradford). Ma i tempi non erano maturi. Soprattutto, non emergeva impellente la necessità di uno strumento simile, non registrandosi forme di razzismo esplicito.

Si scriveva a quel tempo “Non che le resistenze si siano dissolte: ma indubbiamente il dibattito si è fatto più risolto e concreto”. “Si parla ormai, a pro-

posito degli immigrati. di una presenza importante riconosciuta come funzionale al sistema economico e all’organizzazione del lavoro e delle famiglie”¹⁸.

Oggi appare evidente come quello che i massmediologi di quegli anni definivano “*razzismo soft*” abbia enormemente accresciuto il suo potenziale offensivo, sviluppando atteggiamenti e opinioni (anche grazie alla selvaggia comunicazione *social*) di aperto rifiuto, di rigetto: gli *hate speech*, le parole d’odio che infestano come erba cattiva la sterminata prateria rappresentata da Internet sono purtroppo un fatto sociale reale che può agire pericolosamente sulle menti più fragili e influenzabili (si pensi ai minori, ma non solo).

Uno dei più recenti studi sul tema “Tracciare i confini. L’immigrazione nei media italiani” (2016), realizzato proprio allo scopo di svelare il ruolo dell’informazione nell’emersione di stereotipi etnici ha evidenziato chiaramente come l’ostinata centralità nel discorso pubblico sulle notizie riguardanti i crimini connessi ai fenomeni migratori e la frequente etnicizzazione delle notizie stesse sposta l’asse della discussione dal faticoso e pur meritorio dialogo-conflitto a quello per certi versi più facile e rassicurante dell’Altro come pericolo.

La **carta di Roma**, stipulata da Federazione Nazionale della stampa e Ordine dei giornalisti ha successivamente intrapreso una vera battaglia contro l’uso degli stereotipi nella rappresentazione degli immigrati, segno di una maturazione del dibattito e della responsabilità degli operatori dell’informazione.

Ma, come possiamo constatare tutti i giorni, ciò non ha evitato l’avvitamento del sospetto collettivo nei confronti degli immigrati.

1.5 IMMIGRAZIONE E SALUTE: TRA PREGIUDIZI E TENTATIVI DI GOVERNANCE

a cura dell'Area Sanitaria

Per una platea di non addetti ai lavori, nell'ambito dei temi della salute riferiti agli immigrati, l'ultimo anno è stato ancora una volta caratterizzato da notizie allarmanti e cariche di pregiudizi.

Questo avviene ormai da almeno 3 decenni e sotto riportiamo solo alcuni titoli di testate giornalistiche nazionali più recenti: *"Dopo la tbc, il vaiolo. Allarme Italia"* (Il Tempo, 1 luglio 2014); *"Allarme Ebola e casi di scabbia. I rischi sono concreti"* (La Padania, 25 ottobre 2014); *"Vagava nei giardini. Clandestino fermato. Aveva la scabbia"* (Il Gazzettino 12 dicembre 2014); *"Scabbia e Tbc, 50 profughi in fuga"* (Il Messaggero 6 maggio 2015); *"Allarme tubercolosi: un immigrato su due è infetto"* (La Nazione, 6 giugno 2015); *"Nigeriano morde poliziotto. Vietato sapere se è ammalato"* (il Tempo 26 ottobre 2016); *"Meningite. Scoppia il caso immigrati"* (Il Tempo, 31 dicembre 2016); *"Migranti, la denuncia al governo: c'è il rischio Aids tra i nigeriani"* (Il Tempo, 17 luglio 2017); *"Dopo la miseria, portano le malattie: immigrati affetti da morbi letali diffondono infezioni. Basta una zanzara che punge un malato e poi uno sano e quest'ultimo muore"* (Libero, 6 settembre 2017); *"Il sindaco di Domodossola: nella Asl i bimbi non vengano vaccinati nelle stesse stanze dei migranti"* (Corriere della sera, 27 giugno 2018); *"Pozzallo, emergenza scabbia. 4 morti in viaggio, si indaga"* (Il Mattino, 17 luglio 2018); *"Importiamo molte malattie. Bel progresso: aumentano i tubercolotici"* (Libero 12 settembre 2018); *"Napoli, due immigrati col colera: sono rientrati dal Bangla-*

desh" (Il Giornale, 3 ottobre 2018) e sulla notizia più esplicito il "solito" Libero (prima pagina del 4 ottobre 2018): *"Lo hanno portato gli immigrati. Torna il colera a Napoli"* ed ancora *"Il nostro allarme era reale: più migranti, più malattie"*.

Recentemente oltre alle malattie infettive, arrivano agli onori della cronaca, quelle mentali con un accanimento progressivo nel dare le notizie: *"Un richiedente asilo su due è matto da legare e va curato"* (Libero, 23 marzo 2018); *"Allarme immigrazione. Otto profughi su 10 arrivano fuori di testa e in Italia peggiorano"* (Libero, 26 luglio 2018).

Gran parte di queste notizie hanno solo "tracce" di verità, sono per lo più costruite per allarmare, enfatizzando, ed in alcuni casi, inventando dati ed evidenze, con analisi assenti o assolutamente parziali come dimostrano recenti articoli del mondo scientifico¹⁹. Anche quando sono pubblicate notizie veritiere e rassicuranti queste sono sconfessate da commenti e considerazioni strumentali a creare paura e conflitto.

Si struttura pertanto un pregiudizio anche in ambito sanitario che rafforza la cattiva informazione e l'ostilità preconcepita nei confronti dei cittadini stranieri. Tutto ciò è una evoluzione di quella che abbiamo chiamato "sindrome di Salgari", definita (era il 1991)²⁰, a fronte di mancanza di dati ed esperienza diretta, come l'inconsapevole convincimento che gli immigrati siano portatori di malattie inconsuete, in particolare tropicali, infettive e trasmissibili; un'**alterità clinica** su cui "cimentarsi" sul **piano individuale** e da cui "difendersi" sul piano **collettivo**. Questo oggi è superato poiché conosciamo il profilo di salute degli immigrati, ci sono stati trenta anni di studi ed evidenze, report istituzionali e delle più importanti agenzie/strutture che si occupano della salute di questa popolazione.

Anche la Caritas, già dal 1988²¹, nel suo specifico ambito d'azione ha contribuito a smontare il mito dell'immigrato untore e a proporre riflessioni in parti-

colare su come ci siano dei “determinanti sociali” che condizionano sempre più la salute di ogni individuo e della collettività²².

Negli immigrati quanto detto è particolarmente evidente a partire dalle condizioni di vita nel Paese di provenienza (condizioni pre-migratorie), dal percorso migratorio e dai livelli di accoglienza e inclusione nel paese d’arrivo (condizioni post-migratorie): i migranti si ammalano anche di esclusione sociale, di fallimento o minaccia di fallimento del proprio progetto migratorio, a volte di povertà e spesso di difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari; in questo senso “le loro” malattie sono sociali più che etno-culturali.

E infatti dal punto di vista sanitario il profilo di salute si va sempre più caratterizzando per condizioni di sofferenza dovuta a accoglienza inadeguata, fragilità sociale e accessibilità ai servizi non diffusa.

Per questo i titoli che abbiamo citato, oggi vanno inquadrati in una consapevole strumentalizzazione politica e/o becera propaganda che ha portato ad una sana reazione dello stesso mondo giornalistico che partendo dalla “Carta di Roma” nata 10 anni fa come protocollo deontologico per una informazione corretta sui temi dell’immigrazione, recentemente, il 2 ottobre, ha aggiornato le linee guida della sua applicazione e ha fatto esprimere il presidente dell’omonima associazione in questi termini: *“È necessario stabilire una volta per tutte quale è il limite oltre il tollerabile. Le norme ci sono, i codici deontologici anche, il sistema sanzionatorio è lì ad aspettare di essere applicato. Cosa manca allora? Possibile davvero che un giornale si possa permettere periodicamente di lanciare allarmi sanitari, di seminare panico e di spargere menzogne senza subire conseguenze?”* (Valerio Cataldi).

Cercando di superare questa impasse giornalistico/comunicativa e per sottolineare come la salute di tutti i cittadini vada tutelata attraverso una visio-

ne inclusiva ed una *governance* puntuale, vogliamo segnalare una recente iniziativa della Regione Lazio che, in controtendenza con il dibattito politico nazionale e le iniziative istituzionali intraprese atte a ridurre diritti ed opportunità ai cittadini immigrati con particolare riferimento a coloro giunti in Italia attraverso gli sbarchi, ha emanato un documento di ottimo profilo tecnico e di concreta attenzione politico programmatica.

Negli anni la Regione Lazio in ambito sanitario ha costantemente governato il fenomeno dell’immigrazione, anticipando e recependo normative nazionali e proponendo percorsi innovativi di tutele. Certo tutto ciò si è intrecciato con le difficoltà amministrative e organizzative che tutti i cittadini laziali hanno subito: piano di rientro, contenimento della spesa, riduzione degli organici, politica dei ticket,.... Di fronte però a politiche sociali deboli, pensiamo al problema dell’abitazione, o a percorsi di integrazione difficili, anche in periodi di forte pressione migratoria, non sono state rilevate situazioni epidemiologiche di allerta. Tale attenzione è stata possibile anche per un interessante lavoro di rete tra operatori del privato sociale, del pubblico e delle istituzioni che sono riusciti a creare livelli condivisi di partecipazione e ambiti trasversali di collaborazione²³.

Non sorprende quindi l’emanazione nel mese di ottobre 2018, prima Regione in Italia nell’averlo fatto, di una Delibera di Giunta Regionale (DGR n. 590 del 16 ottobre 2018)²⁴ che non solo recepisce importanti documenti programmatici nazionali, ma li connette l’uno con l’altro, li contestualizza e fornisce alle ASL e agli operatori dei centri d’accoglienza strumenti per una corretta e uniforme presa in carico dei richiedenti asilo nella nostra Regione. La Delibera fa particolare riferimento a coloro che sono in condizione di maggiore fragilità, come i minori non accompagnati, le vittime di violenze intenzionali e di torture e le persone con bisogni di assistenza e di cura.

Il documento *“Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale”* ha recepito:

- ▶ *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. Accordo Stato Regioni e PA n. 43 del 30 marzo 2017 (a cura del Ministero della salute)*²⁵;
- ▶ *Linea guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”. Accordo Stato Regioni e PA n. 108 del 10 maggio 2018 (a cura dell'Istituto Superiore di Sanità - ISS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP)*²⁶;
- ▶ *Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 16/30/Cr09/C7-C15 del 3 marzo 2016 (a cura del Tavolo interregionale Immigrati e Servizi sanitari)*²⁷.

Ha anche tenuto conto della *“Linea guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose”* del 2018 (a cura di Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec; Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre)²⁸.

Ha inoltre ribadito quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012 *“Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome”*²⁹ per una diffusa accessibilità ai servizi sanitari.

Di fatto la Regione si è dotata di un documento “quadro” per la corretta accoglienza di una popolazione fragile in un'ottica costituzionale di tutela della salute dell'individuo e della collettività.

Un atto importante e speriamo che altre regioni ne seguano l'esempio perché per affrontare il tema della salute dei cittadini immigrati non servono allarmi o paure ma sono necessarie politiche intersettoriali scevre da pregiudizi e discriminazioni ed una *governance* attenta e puntuale. La salute è infatti un bene indivisibile e la tutela della collettività passa necessariamente attraverso la tutela di ciascuno.

Interventi sanitari nelle diverse fasi dell'accoglienza

SOCCORSO PRIMA ASSISTENZA	PRIMA ACCOGLIENZA	SECONDA ACCOGLIENZA
<p>Valutazione medica iniziale:</p> <p>presenza di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza</p>	<p>Visita medica:</p> <p>rilevazione di dati anamnestici e segni/sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose</p>	<p>Presa in carico sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening) ▶ prevenzione primaria (vaccinazioni)

Fonte: documento *Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale*. Regione Lazio, ottobre 2018

Individuazione precoce delle vittime di violenza intenzionale e presa in carico: chi, dove, come

Operatori sociali delle strutture d'accoglienza	Medici e psicologi delle strutture d'accoglienza o del SSR	Servizi specialistici del DSM o altre strutture riconosciute dal SSR
<p><i>Nella quotidianità</i></p> <p>Osservazione di "sintomi sentinella" previa formazione specifica</p>	<p><i>In un setting adeguato</i></p> <p>Colloquio/i eventualmente con il supporto di strumenti specifici</p>	<p><i>Percorsi multidisciplinari integrati</i></p> <p>Conferma diagnostica e presa in carico terapeutica</p>

Fonte: documento *Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale*. Regione Lazio, ottobre 2018

CAPITOLO 1.

Note di chiusura

1 Cfr. Dipartimento Trasformazione Digitale U.O. Statistica di Roma Capitale, *La popolazione straniera residente 2017*, giugno 2018

2 Cfr. Centro Studi e Ricerche IDOS, *Osservatorio romano sulle migrazioni*, 2018

3 Cfr. ALESINA, MIANO, STANTCHEVA, *Immigration and Redistribution*, 2018

4 Designati all'accoglienza dei richiedenti asilo fino alla definizione della loro istanza di protezione

5 SPRAR è l'acronimo di Sistema Nazionale di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati, dove vengono alloggiate persone aventi status di rifugiato o permesso di soggiorno per protezione sussidiaria o motivi umanitaria

6 Cfr. cruscotto statistico 30 -06-2018, <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it>

7 Cfr. Centro Studi e Ricerche IDOS, *Osservatorio romano sulle migrazioni*, 2018

8 Il Piano Nazionale di riparto è un accordo, sottoscritto dal Ministero dell'Interno e dagli enti locali, che definisce i criteri per la ripartizione dei centri di accoglienza SPRAR sul territorio nazionale. Per quanto riguarda i Comuni capoluogo di Aree Metropolitane, viene assegnato un coefficiente di 2 posti ogni 1000 abitanti

9 Popolazione residente a Roma al 1° gennaio 2018: 4.353.738 (dati Istat)

10 Il Piano Nazionale per l'Accoglienza è un documento programmatico elaborato dal Ministero dell'Interno volto ad individuare il fabbisogno dei posti da destinare all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale sulla base della stima degli arrivi futuri, riflettendo al contempo sullo stato del sistema accoglienza e profili di miglioramento

11 Al momento dell'ultima revisione del testo (11 ottobre 2018), il decreto-legge 4 ottobre 2018 n.113 è già in vigore ma in attesa di conversione in legge. Pertanto l'intera disciplina normativa risulta ancora passibile di modifiche in sede di discussione parlamentare

12 Cfr. Il Decreto Legge 17 febbraio 2017, n. 13, convertito in Legge 13 aprile 2017, n. 46, conferisce rilevanza giuridica alle iniziative in materia di volontariato. Nel modificare il Decreto Legislativo n. 142/2015 infatti prevede che "I Prefetti promuovono, d'intesa con i Comuni, anche nell'ambito dell'attività dei Consigli territoriali per l'immigrazione ogni iniziativa utile all'implementazione dell'impiego di richiedenti protezione internazionale, su base volontaria, in attività di utilità sociale

in favore delle collettività locali, nel quadro delle disposizioni normative vigenti

13 Cfr. InMigrazione, *Accoglienza Straordinaria*, 2018

14 Cfr. Centro Studi e Ricerche IDOS, *Osservatorio romano sulle migrazioni*, 2018

15 Nel decreto flussi 2007 erano previsti 158mila nuovi permessi per lavoro subordinato e 80mila stagionali. Il decreto flussi 2018 prevede solo 12.850 lavoratori autonomi e subordinati e 18.000 lavoratori stagionali

16 CALVANESE E., *Media e immigrazione tra stereotipi e pregiudizi*, F.Angeli, 2011

17 Dall'introduzione del volume "L'immagine degli immigrati e delle minoranze etniche nei media", curato dal Censis con il Cospe e l'Archivio per le migrazioni per la DG5 UE e il Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali. 2003

Tuning in to Diversity, Censis-UE-DG5, Cospe, GREEM,STOA,Università di Bradford, 2001;*L'immagine degli immigrati e delle minoranze etniche nei media*, UE, Ministero del Lavoro

18 BINOTTO M., Bruno M, Lai V.,*Tracciare i confini. L'immigrazione nei media italiani*, F.Angeli 2016

19 M. MARCECA, S. DECLICH, S. VELLA: *L'allarmismo sanitario contro gli immigrati*. Post su ScienzaInrete, 4 ottobre 2018

GERACI S., CASTELLI F., EGIDI S.: *Migrazione e salute: falsi miti e vere emergenze*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore; Luglio, 2015

CASTELLI F., GERACI S., EGIDI S.: *Malattie infettive e immigrazione: facciamo chiarezza*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore; Settembre, 2015

20 Recentemente è stata riproposta una rilettura "storica" della Sindrome di Salgari a cura di S. Geraci: *"La sindrome di Salgari oggi"*. Quaderni del SAMIFO n. 2, in press

21 In quell'anno c'è stato il primo Congresso internazionale sulla salute dei migranti ed i dati scientifici sconfessarono subito le paure del tempo, legate in particolare ad una "malattia nuova" che stava diffondendosi in quel periodo: l'AIDS. Ecco alcuni titoli di giornali dell'epoca: *"Isolati per l'AIDS che non abbiamo"* (Il Messaggero, 11 aprile 1988). Mons. Luigi di Liegro ne fece una delle sue battaglie per far emergere il diritto alla tutela sanitaria che in quel periodo era negato: *"Immigrati, vittime non untori"* (Il Popolo, 19 dicembre 1996)

22 Caritas e Migrantes: XXVII Rapporto Immigrazione 2017-2018. Un nuovo linguaggio per le migrazioni. Vedi *"La salute"*, pg. 94:99

- 23 GERACI S., GNOLFO F.: In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza. Pendragon, Bologna, 2012 (due edizioni)
- 24 https://www.simmweb.it/attachments/article/936/DGR_590_2018_Lazio.pdf
- 25 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf
- 26 <https://www.simmweb.it/920-accordo-stato-regioni-lg-accoglienza>
- 27 http://www.minori.gov.it/sites/default/files/protocollo_identificazione_msna.pdf
- 28 https://www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento_precoce_vittime_MGF.pdf
- 29 https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2013/2013.regione_lazio.pdf
- http://www.immigrazione.biz/upload/accordo_assistenza_sanitaria_stranieri_20_12_2012.pdf



2. GLI ANZIANI

2.1 ABUSO DI FARMACI NEGLI ANZIANI

a cura dell'Area Ascolto e Accoglienza

ANZIANI, FRAGILITÀ E ABUSO DI FARMACI: UN INTRECCIO POCO NOTO

Invecchiare è un processo *in fieri* in cui si intrecciano decadimento fisiologico, cambiamento del ruolo sociale e bisogno di risignificazione esistenziale del vissuto.¹ Nella terza età è, infatti, connaturata molto spesso l'esperienza della separazione, della perdita, della malattia; tutto questo richiede un lavoro sia individuale che collettivo di integrazione psicologica, emotiva e sociale che, a seconda delle storie personali, delle condizioni di salute, dei contesti in cui si è vissuti o in cui si vive, può incidere sul benessere complessivo della persona. In altre parole, «il grado di destabilizzazione a cui l'anziano è esposto può condurlo a una riorganizzazione sistematica della sua identità psico-individuale, oppure ad uno sfaldamento identitario»,² fino a generare, nei casi più gravi, esiti scissionali e regressivi a livello psichico, emotivo, comportamentale e relazionale, con ricadute sia sul piano della salute che dei rapporti interpersonali e dell'attivazione sociale. Si tratta, in questi, casi di situazioni di *fragilità*, termine con il quale si intende «uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute».³

Uno degli aspetti che sembra sempre accompagnare le situazioni di fragilità e ne costituisce per così dire la cassa di risonanza è la solitudine: la Caritas di Roma - nell'indagine "Le solitudini a Roma: giovani, anziani, famiglie"⁴ - ha messo in evidenza che la solitudine, sebbene diffusa in vari strati della popolazione tanto da poter essere definita una "nuova pandemia sociale", raggiunge la sua maggiore incidenza proprio tra gli anziani over 65 (73,9% del campione intervistato). In queste condizioni di emarginazione, isolamento, indebolimento psico-fisico, povertà vecchie e nuove, l'anziano può essere esposto ad un'altra area di rischio, ben poco nota in questa fase della vita: la **dipendenza psicofisica dal farmaco** che può essere ricostruita a partire da stadi intermedi quali il *misuse* (cattivo uso) e l'abuso e che, in alcuni casi e in presenza di certe

sostanze, può condurre a situazioni di dipendenza con i sintomi classici della tolleranza, dell'astinenza e del *craving*.⁵

Gli aspetti in cui si manifesta tale complesso fenomeno sono molteplici e spesso intrecciati tra loro. Per esempio, anche nel caso in cui i farmaci su prescrizione vengano assunti secondo il piano terapeutico previsto e nelle giuste dosi, le terapie spesso si prolungano nel tempo (come nel caso, per esempio, di malattie croniche o a prognosi indefinita) e subentrano regimi di **polifarmacoterapia**; in queste situazioni è possibile sviluppare una resistenza o dipendenza fisica ad alcune sostanze (in particolare si pensi agli oppioidi e alle benzodiazepine) e, quando la loro assunzione viene interrotta, possono comparire sintomi di astinenza. Si parla in questi casi di "dipendenza iatrogena".⁶

Altre volte, invece, potrebbe esserci alla base del fenomeno un'**assunzione di dosi maggiori** di farmaci rispetto alle prescrizioni mediche, sia in modo deliberato perché la persona non riesce a sopportare la sofferenza sia in modo non intenzionale nei casi in cui diventa complicato per l'anziano gestire da solo un piano terapeutico (rispetto degli orari, scelta del farmaco, dosaggio, modalità di assunzione, ecc.). Infine, una delle situazioni più rischiose per la dipendenza iatrogena si verifica quando l'assunzione dei farmaci viene **accompagnata da alcol** (per esempio il vino), anche in modeste dosi; un'eventualità tra l'altro molto comune perché tra la popolazione anziana sopravvive ancora una "cultura del bere" legata alla convivialità e alla ritualità quotidiana ma anche a false convinzioni (per esempio: "il vino fa buon sangue", "l'alcol riscalda", ecc.) che possono contribuire a svalutare i rischi connessi al bere.

Ad aggravare la situazione in questi casi vi è anche l'assenza o l'estrema **frammentazione delle reti primarie e secondarie** in cui l'anziano è inserito, reti che, in caso fossero presenti, potrebbero fungere da

contesto di monitoraggio, di ascolto, di accoglienza, di supporto nell'organizzazione dei ritmi quotidiani e nella gestione del piano terapeutico.

Da quanto emerge nei colloqui effettuati al Centro di Ascolto Diocesano si sta notando che è proprio il consumo di diversi tipi di farmaci - assunti spesso per lungo tempo, per diverse patologie e a volte insieme ad alcol o in modo errato in sovradosaggio - ad essere una causa importante dello sviluppo di sintomi di intossicazione, di abuso, di dipendenza e di aggravamento delle condizioni di vita che ricadono anche sulla famiglia dell'anziano - laddove presente - e sulle reti sociali residue, contribuendo ad aumentare i conflitti domestici, il ritiro sociale, il decadimento cognitivo.

Si tratta, quindi, di uno sfondo di piccole azioni quotidiane - fatte spesso inconsapevolmente - e, a volte, di celata disperazione quello che nella gran parte dei casi connota la vita degli anziani che giungono al Centro d'Ascolto e che presentano, come ricostruibile dai colloqui con le famiglie e i parenti più prossimi, comportamenti di *misuse* farmacologico aggravati dal consumo di alcol e dall'isolamento sociale.

IL LINGUAGGIO DELLA MALATTIA: L'ASSUNZIONE DEL FARMACO COME STRATEGIA DI COPING PSICOLOGICO

L'emergere di malattie e stati di decadimento fisico e cognitivo, il rapporto con il medico, l'utilizzo dei farmaci, rappresentano uno scenario quotidiano nelle vite di molte persone che hanno raggiunto la terza età. È un dato di fatto che in questa fase della vita in genere aumentano i problemi di salute e il consumo di farmaci, tanto da spingere alcuni a definire come «significativa, quasi-esponenziale» la correlazione tra età e fabbisogno farmaceutico.⁷ Gli ultimi dati Istat sembrano confermare: circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica

grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59% e 64%; mentre il 69,4% degli intervistati dichiarava di aver utilizzato farmaci, integratori o vitamine (prescritti o non prescritti da un medico) nelle due settimane precedenti, dato che sale al 73,3% per gli over 75.⁸

Al di là dei dati che restituiscono un quadro tutto sommato facilmente intuibile, è, invece, importante cercare di esaminare cosa può comportare, a livello psicologico e relazionale, lo stretto rapporto tra vita quotidiana degli anziani e peggioramento sensibile delle condizioni di salute, in cui diventa sempre più centrale la **relazione con il medico e con il farmaco**.

È proprio a questo livello, a causa del profondo intreccio tra esperienza soggettiva e rapporto con la malattia, che vengono ad innestarsi alcune dinamiche di dipendenza psicologica dal farmaco che successivamente potrebbe degenerare in vera e propria dipendenza chimica e fisica; in particolare quando intervengono anche elementi oggettivi quali l'intossicazione nel caso di polifarmacoterapia o l'assunzione di sostanze rischiose come gli oppioidi e le benzodiazepine.

Il farmaco, in questo senso, va inteso non tanto come oggetto-sostanza ma, in una prospettiva psicodinamica, come oggetto-rappresentazione, come **simbolo che da voce alla sofferenza emozionale, relazionale e psicologica** nelle situazioni di maggiore isolamento e deprivazione. Secondo alcuni,⁹ nella vita dell'anziano l'oggetto "farmaco" può diventare una via di fuga, **un rifugio che consente di mantenere o ricostruire un rapporto significativo con il cambiamento del proprio corpo e con la ridefinizione del proprio universo relazionale**, a partire dal rapporto con il medico nella relazione terapeutica. In altre parole, «il farmaco e la sua incessante richiesta si trasformano, allora, in un'ancora di salvezza, facendosi semiante del linguaggio del dolore. L'esigenza del farmaco, nel paziente geriatrico, è quindi

drammatizzazione di una *learned helplessness* (impotenza appresa), che si riflette nella progressiva riduzione di *self-efficacy* (auto-efficacia)».¹⁰

Considerando la complessa e delicata situazione esistenziale e psicologica in cui vengono a trovarsi gli anziani più isolati, diviene anche maggiormente comprensibile l'**intreccio tra solitudine e attacco al farmaco**, fino alla deriva possibile verso la dipendenza.

In questo quadro, il farmaco rischia di diventare l'ancora di salvezza che permette di organizzare un sistema di riferimenti e di relazioni, di continuare ad esistere agli occhi del mondo e di un altro significativo (in questo caso, il medico), bisogno tanto più forte laddove il trascorrere delle ore si riveste della patina opaca della solitudine.

L'assunzione del farmaco, in alcuni casi notati dal Centro di Ascolto, può essere letta quindi come una strategia di *coping* che può degenerare verso la dipendenza psicofisica, come una risposta che, per quanto disfunzionale e parziale, permette di rimanere in contatto con una finalità, con un sistema strutturato che organizza i giorni e le notti, un modo che rassicura la persona e le garantisce che esiste qualcuno che si accorge e si prende cura di lei.

Il farmaco, in questo senso, diventa un "feticcio", **un oggetto che incorpora una richiesta di aiuto sociale e di relazione**, un dispositivo simbolico attraverso cui l'anziano chiede di essere considerato e inserito in un insieme di relazioni.

La disgregazione delle reti primarie, infatti, è un elemento di rischio ulteriore per la salute e lo sviluppo di una dipendenza da farmaci nell'anziano. Numerose ricerche hanno messo in evidenza come amici, parenti, congiunti, vicini di casa siano quei soggetti privilegiati che, se presenti, potrebbero sostenere direttamente o indirettamente l'anziano in un corretto percorso di terapia e di tutela della salute.¹¹

Sono proprio questi soggetti ad essere i principali “animatori” del necessario processo di *ricostituzione del senso della vita* nell’esperienza soggettiva degli anziani ma anche di supporto pratico in una serie di attività. Si pensi infatti che sempre secondo i dati Istat,¹² l’11,2% degli anziani ha difficoltà in almeno un’attività di cura personale¹³ e il 30,3% in almeno un’attività domestica,¹⁴ tra cui figura anche l’assunzione dei farmaci.

RETI DI PROSSIMITÀ E PRESA IN CARICO SOCIO-SANITARIA: ALLA RICERCA DI UN INTERVENTO PREVENTIVO DI TIPO INTEGRATO

Da un punto di vista sociale, è possibile pensare ad una serie di interventi per **ridurre l’incidenza del fattore solitudine nella vita dell’anziano**, prevenendo così il possibile instaurarsi di un rapporto di dipendenza psicologica con il farmaco.

In questo senso, la direttrice di azione richiede una decisa attivazione delle comunità locali, dei territori, dei servizi, dell’associazionismo per poter individuare la problematica laddove si sospetti conseguenze di qualche tipo sulla vita dell’anziano. In particolare si potrebbe pensare di coinvolgere i Centri Anziani, le parrocchie e associazioni per poter organizzare dei **percorsi formativi sulla dipendenza da farmaci negli anziani**, tenuti da specialisti di ambito sanitario e psico-sociale, con l’obiettivo di sensibilizzare quanti vengono a contatto con gli anziani sull’eventualità di imbattersi in questa problematica, pensando per esempio ai familiari, ai parenti, a chi fornisce assistenza domestica. È importante, infatti, costituire una rete di soggetti che sappia orientarsi e soprattutto accorgersi, nell’interazione quotidiana con l’anziano, dell’emergere di sintomi o tendenze comportamentali a rischio; è proprio la rete di relazioni l’elemento più efficace per la tutela della salute e del benessere complessivo dei soggetti più isolati.

Sembra essere questa la chiave di lettura più appropriata per inquadrare il complesso rapporto tra età anziana e utilizzo dei farmaci: la dissoluzione delle reti di supporto e dei legami fondamentali dell’esistenza cui si associa il decadimento cognitivo e fisico. La finalità degli interventi allora dovrebbe essere, all’opposto, quella di promuovere una **cultura della prossimità** che integri l’intenzionalità dei soggetti informali (famiglia, amici, parenti, vicinato, associazioni) con l’intenzionalità e il funzionamento della rete formale (sistema sanitario, enti pubblici e privati, servizi sociali).

L’obiettivo è quello di individuare, arricchire e rafforzare le differenti reti di cura che agiscono - spesso in modo non coordinato - nei territori, aiutando la persona ad incorporare in modo funzionale nella vita quotidiana il rapporto con l’emergere della patologia, con la riduzione eventuale dell’autonomia, con l’utilizzo dei farmaci necessari,¹⁵ limitando il rischio dei comportamenti di *misuso* e alleviando i pesanti vissuti di solitudine. La sfida da intraprendere è, però, molto più ampia ed è quella di normalizzare il più possibile la vita della persona anziana sola evitando di ricorrere ad un’altra soluzione che risulta anch’essa problematica, quella dell’istituzionalizzazione, esperienza che i diretti interessati tendono a vivere in modo traumatico, come una sorta di “rito di passaggio” che conferma la rottura totale con la vita, con le memorie e con le relazioni precedenti. Si tratta, quindi, di rilanciare le potenzialità e le risorse nascoste della persona territorializzando la cura, di ripercorrere i fili dell’esistenza e di contribuire al dialogo intergenerazionale, coinvolgendo le reti di volontariato: in sostanza di guardare al soggetto nella sua interezza, valorizzandone le dimensioni “altre” rispetto alla malattia e al dolore. La cura non è mai un processo individuale, ma è un lavoro collettivo e relazionale continuo, che investe ogni giorno le energie e la disponibilità sia dell’anziano che delle reti sociali.¹⁶

L'attivazione di un insieme di reti eterogenee, quindi, ha una funzione che non può essere ridotta alla sola tutela del percorso di cura sanitaria della persona: è invece una risorsa dalle potenzialità multiple che «permette di mantenere attorno agli anziani una varietà di relazioni ed esperienze che essi non sono più in grado di procurarsi da soli, contrastando l'isolamento e garantendo una vita non dissimile dal "prima" della malattia»¹⁷.

Tutta la comunità è quindi interpellata ad essere "presenza significativa" che si fa, in senso lato, "presenza curante", sistema relazionale di riferimento che accompagna l'anziano verso il benessere integrato e la risignificazione dei tempi e dei luoghi dell'esistenza ordinaria.

2.2 CASA WANDA: L'ACCOGLIENZA DEI MALATI DI ALZHEIMER

a cura del Centro Alzheimer

Casa Wanda nasce per essere un Centro Diurno di assistenza ai malati di demenza Alzheimer e non.

Ricordiamo che l'incidenza della malattia sulle persone anziane è alta: circa il 5% della popolazione over 65 (nel secondo Municipio oltre 2.100 casi attesi su una popolazione di 42.000 over 65). Si è reso quindi necessario definire con la massima attenzione il target specifico per la nostra iniziativa.

A questo scopo abbiamo realizzato una fase di esplorazione e sensibilizzazione contattando per via mail, con una lettera del direttore Caritas, le oltre 25 parrocchie limitrofe a Casa Wanda.

Successivamente abbiamo incontrato direttamente i parroci, che hanno evidenziato la presenza crescente di situazioni di persone affette da demenza e la difficoltà nel dare risposte adeguate, sottolineando la situazione di isolamento che spesso le famiglie si trovano a vivere nel corso del tempo, e come la risposta più frequente all'enorme complessità assistenziale è l'attivazione di una specifica figura che si prende cura dell'anziano, sia esso un familiare o un badante, in un rapporto uno a uno, certamente indispensabile per garantire il massimo dell'assistenza fisica, ma che presenta il rischio di ridurre ulteriormente i momenti di socializzazione e quindi la possibilità di contenere il decadimento psichico.

Negli incontri svolti con i Servizi Sociali comunali si è subito evidenziata la necessità di organizzare il servizio verso le persone affette da demenze Alzheimer e non soprattutto di grado grave, stante la mancanza nel II Municipio di strutture diurne così indirizzate.

IL CONCETTO DI GRAVITÀ

Un paziente con demenza viene definito grave dai servizi sulla base principalmente della valutazione del grado di deterioramento cognitivo, con test specifici (MMSE ed altri).

Questo tipo di selezione è funzionale ad un procedimento di selezione e attribuzione ai diversi livelli di assistenza offerta (strutture diurne per forme lievi/moderate, con un maggiore azione 'riabilitativa', rispetto a strutture per forme 'gravi', più assistenziali), ma purtroppo non aiuta nel definire i bisogni reali del singolo caso.

La gravità è infatti un concetto relativo: in termini di intervento sanitario ad esempio la gravità maggiore è quella legata ai disturbi del comportamento, che specie nelle forme del delirium, costituiscono una vera emergenza sanitaria, mentre per un caregiver la gravità è legata al grado di maggiore o minore autosufficienza del malato.

Riflettere sul termine "gravità" ci permette di mettere al centro la persona nella sua interezza e complessità. L'essere umano è un'unità intellettuale, emotiva, biologica, comportamentale ed esistenziale che interagisce con un ambiente. Se una o più di queste dimensioni viene compromessa la persona non perde la sua unicità. Rispondere alle specifiche difficoltà che può presentare la demenza Alzheimer nei diversi momenti della malattia richiede l'elaborazione di un intervento che sappia accogliere bisogni e limiti di ognuno, pur consapevoli di non poter rispondere, come centro diurno, a tutte le esigenze di cui ogni persona è portatore.

QUAL È ALLORA IL TARGET DI GRAVITÀ VERSO CUI CI INDIRIZZIAMO?

Il centro diurno di casa Wanda vuole offrire da un lato sollievo ai caregiver, dall'altro un momento di

socializzazione e di valorizzazione delle capacità residue al malato.

Si tratterà quindi di selezionare quei casi, fra i 'gravi' indicati dai servizi, più suscettibili di giovamento da un intervento specifico di socializzazione del paziente e/o di supporto al caregiver.

Tre esempi:

C.P. uomo di 76 anni, Deficit grave di memoria, (i tests neuropsicologici indicano deficit cognitivo severo, non disturbi del comportamento), per il resto in buona salute, vedovo vive in casa con una figlia che lavora e che provvede da sola in tutto e per tutto a lui, avendo avuto cattive esperienze con le badanti. La valutazione nel centro diurno indica un importante stress del caregiver, e buoni margini di socializzazione per il malato, che tuttora è in grado di leggere. In questo caso il sig. C.P. è eleggibile per il diurno, e l'intervento prevederà anche azioni di sostegno psicologico alla figlia.

A.F. donna di 90 aa, deficit moderato di memoria, cardiopatica, incontinente, trascorre la maggior parte del tempo fra letto e poltrona. Assistita da badante, vive con la figlia. La valutazione nel centro diurno mette in rilievo un bisogno assistenziale elevato, con ridotta disponibilità alla socializzazione. La sig.ra A. F. non è eleggibile al diurno.

L.B. donna di 78 aa, deficit mnesico severo, non presenta altri problemi di salute. Vive con un figlio (poco presente) e badante diurna. Da tre mesi disturbi del sonno, con frequenti risvegli notturni, e probabili episodi allucinatori visivi, che hanno fatto iniziare trattamento con farmaci specifici. In questo caso la presenza di disturbi significativi del comportamento controindica l'inserimento in una situazione di gruppo (suscettibile di 'contagio').

Il Centro diurno quindi attuerà una modalità operativa basata sull'identificazione di un team multi professionale in grado di:

- ▶ valutare con adeguata testistica, in piena collaborazione con i familiari e con i servizi, i bisogni prevalenti dei potenziali ospiti
- ▶ assistere gli ospiti nel corso della presenza presso il CD
- ▶ controllare periodicamente lo stato degli ospiti in funzione degli obiettivi proposti
- ▶ mantenere un rapporto costante con i *caregiver*.

LA STRUTTURA DEL CENTRO DIURNO

Il Centro diurno è predisposto per accogliere 10 ospiti in una fascia oraria dalle 09.00 alle 16.00, e inizierà la sua attività aprendo due volte a settimana. Presso il centro è presente anche un'area con due letti di sollievo, da utilizzare in casi specifici, prevalentemente per necessità improvvise del *caregiver*. Le attività saranno organizzate con la finalità di coinvolgere l'ospite in tutti i momenti della giornata: accoglienza, igiene personale, attività di stimolazione, pranzo. L'idea è ricreare un ambiente familiare, accogliente, che si sappia adattare alle singole specificità personali cogliendo quali modalità relazionali siano più appropriate ed espressione di "cura".

In attesa di completare le pratiche burocratiche per ottenere le autorizzazioni necessarie ad entrare nella piena operatività, ad inizio aprile 2017 sono cominciati in via sperimentale dei laboratori di musica, danza e arte terapia, rivolti a pazienti esterni e ad alcuni degli ospiti delle Case Famiglia di Villa Glori. I laboratori basati sulla musica e arte terapia, a cui hanno partecipato sia le persone affette da demenza sia i *caregivers*, hanno avuto una cadenza settimanale per i primi quattro mesi, per aumentare fino a 5 laboratori settimanali nel mese di novembre 2017.

I laboratori hanno permesso, attraverso attività di stimolazione musicale, sensoriale e di arte terapie, di mantenere e sollecitare le capacità cognitive e di memoria delle persone affette da Alzheimer e di creare dei momenti di sollievo con i propri cari per ri-scoprire momenti di comunicazione e di opportunità di scambio. In questo ambito è stato utile lo spazio dedicato dell'orto sinergico per diverse stimolazioni sensoriali. Complessivamente nel corso del 2017 e fino a giugno 2018 si sono svolti circa 150 incontri di laboratorio, le persone affette da demenza che hanno partecipato almeno una volta al laboratorio sono state 22 oltre la partecipazione di 30 tra familiari e *caregivers*, con cumulativamente oltre 1200 presenze. L'età media dei pazienti esterni partecipanti al Laboratorio è di 79 anni.

In totale le persone con demenza Alzheimer e non che si sono rivolte al Centro diurno per una valutazione o una consulenza sono state 42.

CONCLUSIONI

Pensare e avviare un Centro diurno per malati di Alzheimer "gravi" richiede un ripensare il termine cura. Dove per cura si intende la capacità di un ambiente di rispondere in modo più adeguato possibile alla necessità di una persona che presenta una "malattia" o un danno. Non sarà sufficiente saper assistere le persone nei loro bisogni, ma creare un ambiente accogliente sia fisicamente che con la preparazione e l'atteggiamento delle persone impegnate a tale compito. Pensare di essere parte di un sistema che necessita di essere rivitalizzato, saper creare e mantenere relazione, riscoprire energie e modi di comunicare.

Un tale progetto può essere ambizioso per un singolo individuo o per un singolo servizio, ma se pensato in modo comunitario potrà avere sicuramente un impatto maggiore come risposta a una delle patologie con maggiore impatto sulla nostra "vecchia" società.

CAPITOLO 2.

Note di chiusura

1 SCORTEGAGNA R., *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna, 2005

2 INZERILLO F., et al., *Quell'oscuro oggetto del desiderio: aspetti psicologici e psicodinamici della relazione tra anziano e farmaco*, in "Giornale di Gerontologia", 62, 2014, pp. 506-512

3 GOBBENS R.J., et al., *In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts*, in J Am Med Dir Assoc, 11 (5), pp.338-343

4 Caritas Roma, 2017

5 EMCDDA, *Focus sulle droghe. Briefing dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze*, 18, 2008

6 *Ibid.*

7 FAVATO G., CATAPANO A. L., *Gli anziani e l'uso di farmaci in Italia. Dati dallo studio ASSET*, in "Giornale di Gerontologia", 55, pp. 191-192

8 Istat, *Anziani*, cit.

9 INZERILLO F., et al., cit.

10 *Ibid.*, p 510.

11 Allegra et al., *Le reti di aiuto informale: come cambia la solidarietà tra le generazioni*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 3, pp. 421-434

12 Istat, *Anziani: le condizioni di salute*, cit.

13 ADL (Activities Daily Living). Attività di cura della persona come: vestirsi, spogliarsi, tagliare e mangiare cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto, sedersi o alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici

14 IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Attività domestiche strumentali che comprendono: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche

15 Ward et al., *Designing packaging to support the safe use of medicines at home*, in "Applied Ergonomics", 2010, 5, pp. 682-694; Langstrup, *Chronic care infrastructures and the home*, in "Sociology of Health and Illness", 2013, 7, pp. 1008-1022

16 May et al., *Development of a Theory of implementation and integration: Normalization Process Theory*, in "Implementation Science", 2009, 4, 1, p. 29

17 MIELE et al., *Gestire il fardello della cura: le reti di sostegno agli anziani fuori dalle istituzioni sanitarie*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2016, 1, pp. 163-178



3. LA SALUTE MENTALE

3.1 L'ASSISTENZA PSICHIATRICA A 40 ANNI DALLA LEGGE 180

a cura dell'Area Sanitaria

L'anniversario dell'entrata in vigore della legge che ha modificato in modo rivoluzionario l'assistenza psichiatrica in Italia, la Legge n.180 del 13 maggio 1978, richiede una riflessione sul percorso di 40 anni e un ricordo doveroso di tutti coloro che, portatori di un qualche disturbo psichico, per troppi, lunghi anni della loro vita hanno subito l'internamento, l'esclusione, la custodia e non la cura per la loro malattia e delle tante famiglie attraversate dal dolore e dalla solitudine, senza nome e senza volto.

Questa legge di civiltà, impropriamente chiamata *Legge Basaglia*, è ispirata e basata sui principi dello psichiatra Franco Basaglia che nel manicomio di Gorizia prima (1961) e in quello di Trieste poi (dal 1971), con i suoi collaboratori progettò, avviò e rese possibile un modo diverso di prendersi cura dei pazienti psichiatrici introducendo pratiche cliniche che escludevano l'internamento a vita e la perdita dei diritti più elementari, come di fatto era previsto nella normativa allora vigente, la Legge n.36 del 14 febbraio 1904 (detta anche *Legge Giolitti*). La legge del 1904 ha come centralità la pericolosità del malato, il pubblico scandalo e l'allarme sociale; si occupa del controllo delle persone e dei loro comportamenti devianti; tutela la società attraverso il ruolo dello psichiatra *dominus incontrastato* che può e deve disporre del destino dell'*alienato/ folle/matto/pazzo* e connota l'internamento in manicomio come provvedimento di polizia, perdita dei diritti civili e iscrizione nel casellario penale.

Si deve al Partito Radicale, nel giugno 1977, la proposta di un referendum abrogativo di tale legge. La Corte Costituzionale si pronuncia a febbraio 1978 ritenendo valida la proposta abrogativa e fissa il referendum a giugno 1978. Tale pronunciamento determina l'urgenza di dotarsi di un nuovo dispositivo di legge che disciplini l'assistenza psichiatrica, al fine di scongiurare il referendum e un pericoloso vuoto normativo.

Il clima politico ne accelera l'iter parlamentare: così su iniziativa di Bruno Orsini (Sottosegretario alla Sanità, deputato Democrazia Cristiana, psichiatra), relatore della proposta di legge presentata con l'On. Rubes Triva (Partito Comunista) e con l'On. Angelo Tiraboschi (Partito Socialista), quattro giorni dopo l'uccisione di Aldo Moro, la Legge n.180 viene approvata ma solo negli articoli riguardanti il TSO (trattamento sanitario

obbligatorio) che dopo pochi mesi verranno inglobati nella Legge n.833 del 23 dicembre 1978, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La Legge n.180/1978 è una legge quadro che modifica profondamente i contenuti della Legge n.36/1904, rimanda all'elaborazione di specifici atti di indirizzo (Progetto obiettivo nazionale per la promozione e la tutela della salute mentale) e fa dell'Italia l'unica nazione al mondo senza manicomi come nel Vermont (Stato degli USA) e nel Saskatchewan (Provincia del Canada), con il divieto di riaprire di nuovi, pubblici o privati. I suoi elementi costitutivi sono:

- ▶ la centralità della persona malata e la lotta all'esclusione sociale;
- ▶ il diritto alle cure, l'uguaglianza dei cittadini e l'esercizio dei diritti di cittadinanza;
- ▶ la definizione di precise procedure per ricoveri volontari e obbligatori, questi intesi come atti sanitari legati a criteri clinici;
- ▶ il trasferimento delle funzioni assistenziali alle Regioni con l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dotati di Servizi territoriali ed ospedalieri per interventi preventivi, curativi e riabilitativi;
- ▶ l'inserimento dell'assistenza psichiatrica nel SSN e la fine di leggi speciali.

La modifica del Titolo V della Costituzione e il conseguente trasferimento delle funzioni assistenziali alle Regioni, con Progetti obiettivi regionali diversi tra loro, è l'elemento di maggiore criticità che ha frenato la completa applicazione della legge di riforma psichiatrica, con un'attuazione parziale e disomogenea e la persistenza di una logica ambulatoriale nei Centri di salute mentale (CSM).

Mentre il DSM si consolidava come uno dei vari servizi territoriali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL),

servizio tra i servizi, la ripartizione delle risorse economiche e di personale ha finito per penalizzare il sottosistema più debole: quello della salute mentale è uno di questi.

Quando il Ministero della Salute ha pubblicato il *Rapporto Salute Mentale* sui dati raccolti nel 2016, la Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP) ha condotto un'analisi dei dati del Rapporto i cui risultati (pubblicati nei *Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica*, n.1/2017, La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale, a cura di F. Starace, F. Baccari, F. Mungai) confermano la condizione di grave difficoltà dell'assistenza psichiatrica, più volte denunciata ai decisori politici da professionisti, utenti e familiari e rimasta inascoltata: "come se la carenza di risorse (professionali ed economiche), il sotto-finanziamento del sistema, la scarsa accessibilità ai percorsi di cura, la staticità rispetto alla mutata domanda di assistenza, la prevalenza di approcci farmacologici, fossero una questione di interesse limitato, forse solo agli oltre 800.000 cittadini italiani seguiti dai Servizi, ai milioni di loro familiari colpiti indirettamente dalla malattia mentale del congiunto, e a quei professionisti che tra mille difficoltà tentano quotidianamente di dar corpo a un'idea di salute mentale di comunità sempre più esposta al rischio di depotenziamento, innanzitutto culturale ... ed è paradossale che ciò avvenga proprio in occasione dell'anno in cui si celebra il quarantennale della Legge 180, che ha certamente rivoluzionato aspetti cruciali dell'assistenza psichiatrica ma in molti casi attende ancora piena applicazione ed attualizzazione, alla luce dei mutamenti sociali ed economici intervenuti".

La SIEP conferma "con la spietata neutralità dei dati" il ruolo sempre più marginale oggi assegnato alle attività di prevenzione, di cura e di tutela della salute mentale nelle Regioni italiane: la percentuale della spesa sanitaria dedicata all'assistenza psichia-

trica è pari al 3,49%, ben lontano quindi dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le Regioni con un documento sottoscritto all'unanimità da tutti i Presidenti il 18 gennaio 2001. Se *IlSole24ORE* a febbraio 2017 titolava: *"Psichiatria KO in mezza Italia. DSM sotto organico, cure a rischio e assistenza diseguale"*, a febbraio 2018 nei *Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica*, n.2/2018 veniva pubblicato: *Salute Mentale in Italia. La mappa delle disuguaglianze*, a cura di F. Starace, F. Baccari, F. Mungai.

Il percorso lungo 40 anni ha evidenziato che non sempre e non ovunque si è stati in grado di restituire senso ai percorsi di cura, non si è tenuto conto delle storie individuali, dei bisogni di ciascuno, del loro mutare nel tempo, del recupero di relazioni e significati sociali. La residenzialità psichiatrica, *il posto letto, il dove lo metto, il dove stare, è stato e sembra essere ancora il nodo centrale della psichiatria e la storia dei malati di mente si ripresenta sempre come una storia di luoghi, di residenze più o meno vigilate* (Benedetto Saraceno).

Nel sistema residenziale sembra trovare spazio una riedizione aggiornata dell'esclusione, del circuito chiuso e autoreferenziale: i pazienti entrano in una struttura e rischiano di restare più o meno indefinitamente per la non disponibilità di soluzioni alternative. In carenza di esse la valutazione dei bisogni diventa marginale e più semplicemente la persona viene inviata e resta dove c'è un posto letto.

Anche nel Lazio si sono consolidate nel tempo profonde differenze nella ridefinizione della rete dei Servizi territoriali ed ospedalieri: dieci diverse offerte assistenziali e dieci DSM organizzati in modo disomogeneo, che hanno determinato disuguaglianze e sperequazioni e di fatto scardinato e svuotato di senso l'impianto fondamentale della rete dei Servizi per la salute mentale, impianto descritto e tutelato da norme nazionali e regionali. L'attuale offerta assistenziale psichiatrica, impoverita e disomogenea, è

assolutamente inadeguata alle complesse necessità cliniche e ai bisogni emergenti, non rispetta i bisogni di salute dei cittadini e non garantisce a tutti gli stessi obiettivi di efficacia assistenziale, di appropriatezza delle cure e di accesso ai Servizi. La stessa città di Roma non ha visto uniformare gli standard operativi e i protocolli diagnostico terapeutici che avrebbero sanato così le profonde differenze assistenziali e l'eterogeneità tra aree di residenza che hanno nel tempo prodotto risposte di salute parziali, frammentarie e inadeguate.

Per la grave carenza di personale e per il progressivo svuotamento dei Servizi dei DSM (territoriali ed ospedalieri) sono a rischio i livelli essenziali di presa in carico, con conseguente abbassamento della qualità delle risposte, ricorso a nuovi ricoveri impropri e interruzione dei percorsi di restituzione sociale. Si va consolidando l'impossibilità a mantenere aperti molti Servizi territoriali essenziali, con gravi ricadute sulla salute dei pazienti e pesanti ripercussioni sulle famiglie. Di fatto i Servizi di salute mentale stanno "morendo" nell'intero territorio regionale nel silenzio e nell'indifferenza, penalizzando e discriminando le fasce più vulnerabili ed economicamente più deboli.

Mentre si moltiplicano gli eventi per il quarantennale della Legge n.180, la Regione Lazio "offre" come proprio contributo "celebrativo" la DGR n.359 del 10 luglio 2018 che ha come oggetto *"Programma di valorizzazione patrimoniale del Complesso di Santa Maria della Pietà in Roma: approvazione schema di Protocollo d'intesa tra Regione Lazio, ASL Roma 1, Roma Capitale, la Città metropolitana di Roma Capitale e il Municipio Roma XIV"*.

È nei fatti un Protocollo d'intesa per il riutilizzo del *Complesso di Santa Maria della Pietà* che disattende la normativa nazionale vigente perché lo si vorrebbe trasformare in un grande polo sanitario, riallocandovi anche strutture psichiatriche residenziali e semi residenziali e azzerando la produzione di

reddito. Va sottolineato che i ritardi presentati dalle Regioni nell'attuazione della chiusura degli Ospedali Psichiatrici, secondo quanto disposto nella Legge n.180, hanno reso necessario "risarcire" tale chiusura tanto che i Governi che si sono avvicendati negli anni lo hanno ribadito e fissato con norme in ben quattro leggi finanziarie: quella del 1994, del 1996, del 1997 e infine con la Legge n.388 del 23 dicembre 2000 (Legge finanziaria 2001) art.98 comma 3 (utilizzo rendita derivante ex Ospedali Psichiatrici).

Viene stabilito che "i beni mobili e immobili degli Ospedali Psichiatrici dismessi possono essere utilizzati per attività di carattere sanitario, purché diverse dalla prestazione di servizi per la salute mentale o dalla degenza o ospitalità di pazienti dimessi o di nuovi casi, ovvero possono essere destinati dall'Azienda unità sanitaria locale competente alla produzione di reddito, attraverso la vendita, anche parziale, degli stessi con diritto di prelazione per gli enti pubblici o la locazione. I redditi prodotti sono utilizzati per l'attuazione di quanto previsto dal Progetto Obiettivo nazionale tutela e promozione della salute mentale, per interventi nel settore psichiatrico, e dai relativi Progetti regionali di attuazione".

Per scongiurare un pericoloso e drammatico ritorno al passato, dobbiamo tutti saldamente impegnarci perché le leggi vigenti in tema di salute mentale siano rispettate ed applicate, senza deroghe, espedienti o appigli e nella consapevolezza di quali nobili principi le hanno guidate: "giorno dopo giorno, anno dopo anno, passo dopo passo, disperatamente troviamo la maniera di portare chi stava dentro fuori e chi stava fuori dentro" (Franco Basaglia, Conferenze brasiliane, 1979).

3.2 ISOLAMENTO DEGLI ANZIANI E BARBONISMO DOMESTICO

a cura dell'Area Aiuto alla Persona

"Non si tratta più semplicemente del fenomeno dello sfruttamento e dell'oppressione, ma di qualcosa di nuovo: con l'esclusione resta colpita, nella sua stessa radice, l'appartenenza alla società in cui si vive, dal momento che in essa non si sta nei bassifondi, nella periferia, o senza potere, bensì si sta fuori. Gli esclusi non sono sfruttati ma rifiuti, avanzi." (Evangelii Gaudium, Papa Francesco).

Da aprile 2018, la Caritas di Roma, dopo anni di lavoro sul campo della marginalità domestica, in cui ha incontrato anziani e adulti in molti dei territori degradati e cosiddetti "bene" di Roma, ha iniziato un servizio di cura per persone affette da forme di esclusione ed isolamento sociale. Si tratta di un progetto del V Dipartimento del Comune di Roma che prevede interventi domiciliari a contrasto di realtà molto degradate che mettono a rischio una parte consistente di popolazione, tendente all'accumulo e ad una forma estrema di trascuratezza degli ambienti domestici, al limite spesso di emergenza socio-sanitaria.

Il fenomeno non era sconosciuto e da anni la narrazione sociale e pastorale Caritas, unitamente a quella istituzionale ne fanno menzione in diversi momenti e contesti. In effetti già dal 2012-2013 (vd *Rapporto sull'invecchiamento nel XXI secolo dell'Unfpa*; confermate da Eurostat nel vd *Eurostat Statistics Explained Struttura e invecchiamento della popolazione: dati al 2016*), allorquando le stime sull'invecchiamento e le patologie connesse allo stato di solitudine e isolamento del mondo anziano erano già sul tavolo valutativo di organismi europei, italiani e di contesto territoriale capitolino, il tema di attuare strategie

concrete a contrasto di forme gravi di isolamento sociale in casa era diventato sempre più urgente, avendo lo stesso connessioni non solo sociali ma di tipo socio-sanitario importanti. La Caritas da 13 anni è presente nel territorio con diversi focus progettuali per sensibilizzare il territorio e rispondere su problemi di isolamento e solitudine sociale che colpiscono duramente il mondo degli over 65, ma a dire il vero iniziano a colpire anche fasce di età apparentemente fino ad oggi lasciate fuori, quali adulti soli ed interi nuclei familiari, adolescenti e giovani compresi. Le cose, dunque, non accadono, ma avvengono a seguito di andamenti antropologici, culturali e sociali ben conosciuti e percettibili all'interno di scelte di sistema e metodo nelle strategie politiche. L'invecchiamento della popolazione in Europa è in crescita costante da decenni e le previsioni al 2015 e al 2050 già determinavano una pericolosità di rottura del patto tra generazioni, sia dal punto di vista economico che della sostenibilità sociale.

A Roma, città metropolitana, i dati Istat del 2009 già stabilivano un trend di crescita della popolazione adulta ed anziana, significativo per analisti, sociologi, antropologi, addetti del Settore e politici.

La casa e il territorio in questi decenni hanno cambiato forme ed aspetto, riducendo significativamente il loro ruolo di ammortizzatori sociali e luogo di cura affettiva e relazionale. La prassi dell'attenzione di vicinato, di sostegno di Comunità solidale, di territorio a forte connotazione storico-ambientale, hanno lasciato il passo ad un ritiro socio-culturale, basato su un forte individualismo, su intolleranza e indifferenza nelle relazioni corte, sul concetto di proprietà esclusiva ed escludente.

Oggi abbiamo bisogno di dire con progetti ciò che la prassi nel tempo ci aveva già insegnato. Segno dei tempi, che non sono belli o brutti ma sono il luogo da dove partire per nuove opportunità. Il progetto e le attività oggetto di questo elaborato rappresentano,

dunque, una possibilità attuale, nuova, cioè intrisa di innovazione ed evoluzione di paradigmi sociali, rivoluzionaria se vogliamo, per costruire un modello di *Welfare* che guardi al futuro e alla sua sostenibilità. Siamo dentro ad una sfida e non solo ad un progetto, che di per sé potrebbe finire al termine di disponibilità economiche. Se siamo in una sfida è la Comunità l'interlocutore che può dare gambe alla corsa verso l'esaltazione di una cultura di Carità diffusa che vinca su quella dello scarto e della marginalizzazione, visti come semplice *danno collaterale* del Sistema e degli equilibri socio-economici.

Ma tornando al progetto, possiamo evidenziare già che, a distanza di pochi mesi dalla sua attivazione siamo a circa 113 storie su possibili 133 e già vediamo che si tratta in maggior misura di anziani, soli, malati (il 43% degli utenti attualmente in carico); o di adulti singoli, anch'essi soli, malati, con compromissioni verso patologie psichiatriche o psichiche di diversa natura, tutte socialmente inabilitanti; o di piccoli nuclei, formati da familiari spesso soli e affetti dallo stesso malessere o patologia (per la statistica il 37% sono adulti e il 21% delle persone in carico vivono in nuclei familiari).

Utenti per età - val. %



Fonte: elaborazioni Area Promozione umana Caritas Roma

È un progetto che coinvolge tutti i municipi della Capitale, che mette insieme elementi spesso visti in contrasto come pubblico e privato, cittadinanza e Comunità, case e convivenza condominiale, aspetti sociali e sanitari, staticità e movimento pastorale.

Grazie a questa opportunità abbiamo visitato numerose situazioni, che oggi abbiamo iniziato ad “abitare”, per essere segno di prossimità e di Comunità inclusiva. Una situazione complessa e indicativa di un bisogno di rivedere il nostro modo di essere città, territorio, comunità ecclesiale, testimoni di possibilità e di inclusività. Quello che stiamo vedendo, ascoltando, sentendo deve diventare strumento pedagogico di cambiamento e riflessione.

Una riflessione più approfondita sul “mondo vissuto” che emerge accostando i due termini che definiscono il progetto: *Barbonismo domestico*, almeno da quello che appare dai primi mesi di lavoro, è di un “mondo vissuto” alla stregua della mostruosità di una istituzione totale. I cancelli, le chiavi, le porte chiuse, letti spesso vissuti come letti di contenzione, finestre sbarrate. In molti domicili mancano servizi essenziali alla persona e presupposti minimi di vivibilità igienico-sanitaria. Parliamo di mancanza di acqua, gas, luce; di presenza di sporcizia, animali indesiderati ed indesiderabili; di assenza di mobili e di strutture minime per una vita dignitosa (bagni fatiscenti, cucine improponibili, letti inutilizzabili).

Intervenire con bonifiche e cura della persona è sicuramente necessario ma innanzitutto serve vivificare una relazione di fiducia, di accostamento e di credibilità, per iniziare un percorso nuovo, fatto anche di azioni risolutive o migliorative. La percentuale di rifiuto iniziale è significativa; la percentuale di costanza degli interventi è bassa, a causa di ripensamenti e di criticità delle persone nel sostenere percorsi di accompagnamento e cura; il rischio di fallimento progettuale non è irrilevante. Serve tutto quindi: servirebbe anche che comunità solidali, in ambito

territoriale, commerciale, all’interno di una rete la più estesa possibile, potessero *adottare una di queste situazioni* per consentire una circolarità feconda per il singolo e per la Comunità stessa. Eh sì! Perché non di rado, quando ci rechiamo nel domicilio delle persone in carico, ascoltiamo il rancore, la rabbia di chi subisce gli effetti di questo degrado e di questo abbandono sono i vicini, con cui ogni relazione è persa o quasi.

Pensiamo che anche loro debbano essere accompagnati e sostenuti nel recupero di queste situazioni. Questo aspetto, della sostenibilità e della cura dei *care givers di vicinato* legati all’ambiente circostante, va necessariamente abitato il prima possibile anche per evitare che scoppi in intolleranza e violenza.

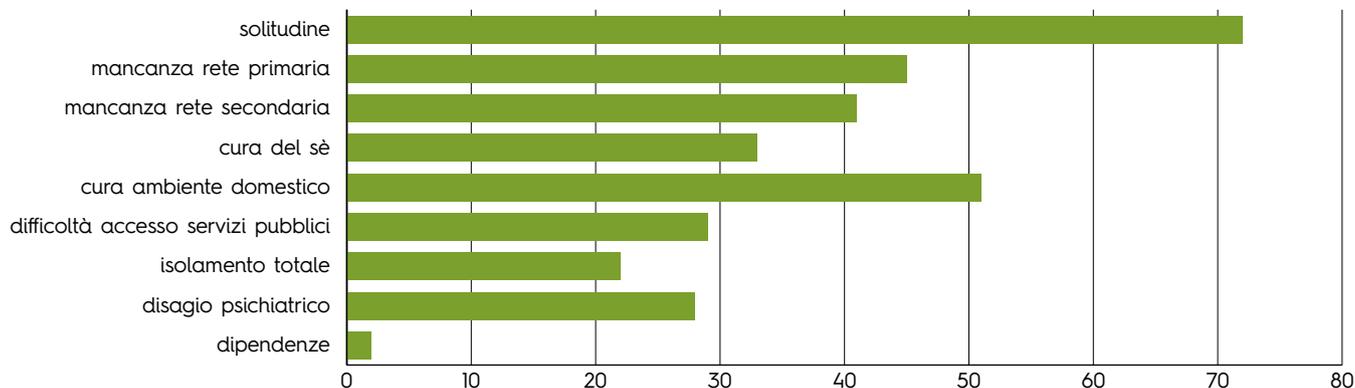
Ma di fronte a tanti rischi e a tale degrado socio-ambientale troviamo Persone, spesso piene di risorse e di storie importanti. Vite vissute in prima linea, con grandi responsabilità sociali, molte di queste ancora presenti e utilizzabili se restiamo nella logica della possibilità.

Professori universitari, persone laureate, impiegati, lavoratori di tutti i livelli, insieme a situazioni di disagio cronico familiare: questo è lo scenario.

Di fronte a questa complessità e ricchezza certamente molte cose ci preoccupano. Ma quello che angoscia più di ogni altra cosa è l’assenza: non c’è nessuno, un isolamento totale. Le persone che abitano questi spazi è come se fossero, ognuna di loro, un internato, invisibile al mondo. Nella casa una quantità enorme di cose, di oggetti, di rifiuti, come se ognuna di queste cose potesse parlare, affrontare un dialogo, riempire una solitudine. Accumulare, conservare, tenere accanto a sé.

Riassumendo le varie problematiche personali, quello che si evidenzia è la solitudine, (che a volte coincide con l’isolamento totale) e l’accumulo di materiale dentro le proprie abitazioni.

Problemi principali degli utenti - val. %



Fonte: elaborazioni Area Promozione umana Caritas Roma

La violenza dell'isolamento e la tortura della porta chiusa diventano intollerabili. Cosa ci dicono le donne e gli uomini che incontriamo?

La solitudine costituisce la matrice, il verso, la cifra di ogni fenomeno di esclusione: quasi tutte le problematiche personali relative al fenomeno del barbonismo sono da ricondurre a questa condizione (cfr. grafico in alto). Il soggetto non è più umano, perché la possibilità di esserlo si realizza soltanto nel momento in cui diventa "Con", l'essere con l'altro. Solo allora quando è "Con" l'essere umano diventa soggetto perché è soggetto al riconoscimento dell'altro, perché l'altro gli risponde, perché l'altro risponde al suo bisogno, perché l'altro lo accoglie.

Nell'evaporazione dell'altro rimangono solo le molteplicità delle voci interiori dell'essere umano, voci che parlano, che dialogano con il femminile e il maschile, con la rabbia e la rassegnazione, con la disperazione e l'impotenza. E così il dolore al pari della povertà, tende a nascondersi dentro le mura perché fuori di esse c'è il rischio dello stigma, dell'indifferenza, della noncuranza. Questa è l'occasione per la persona di vivere l'esperienza della propria insignifi-

canza sociale, perché la sua vita non interessa a nessuno. Nessuno "ti vede", nessuno "ti guarda". "L'altro da noi" è testimone del nostro vissuto e tutte le cose che nella vita abbiamo fatto le facciamo perché uno sguardo le accoglie e le testimonia. Ma "l'altro non c'è". L'attesa e le attese fanno parte della vita in solitudine: esperienza ed esperienze psicologiche si sommano a quelle emozionali che assumono molteplici forme di espressione nella vita di ogni giorno; l'assenza di reti primarie e secondarie influisce negativamente sulla vita delle persone e le sofferenze trovano diversi modi di sfogarsi, accumulare oggetti e non curare la propria persona diventano risposte alle assenze e il disagio psichiatrico, acuito dalla condizione di isolamento sociale, inizia a prendersi una parte importante nella vita quotidiana delle persone.

Utenti per genere

Fonte: elaborazioni Area Promozione umana Caritas Roma



Il riconoscimento dell'altro come altro da sé stesso frantuma la condizione di isolamento; riaffiora nella persona il desiderio della mancanza e in questo senso il desiderio è sempre un movimento di apertura verso l'altro. Le persone tornano ad ascoltare il battito del proprio cuore perché la sola percezione del suono è il segnale del ritorno alla vita vissuta. Il riconoscimento di esserci rimette in condizione la persona di riattivare capacità e risorse tenute fino ad allora prive di possibilità di affermazione. Le porte si aprono, le finestre non sono più sbarrate entra una luce, i letti tornano ad essere oggetti del riposo. Ora si può iniziare a condividere con ogni persona quali sono i possibili significati che emergono dalla narrazione del loro "mondo vissuto" per rimodulare e rigenerare il proprio agire in funzione di un ritorno alla vita sociale.

Si allegano di seguito alcune foto.





4. LE DIPENDENZE

4.1 LA TRAPPOLA DELLE DIPENDENZE

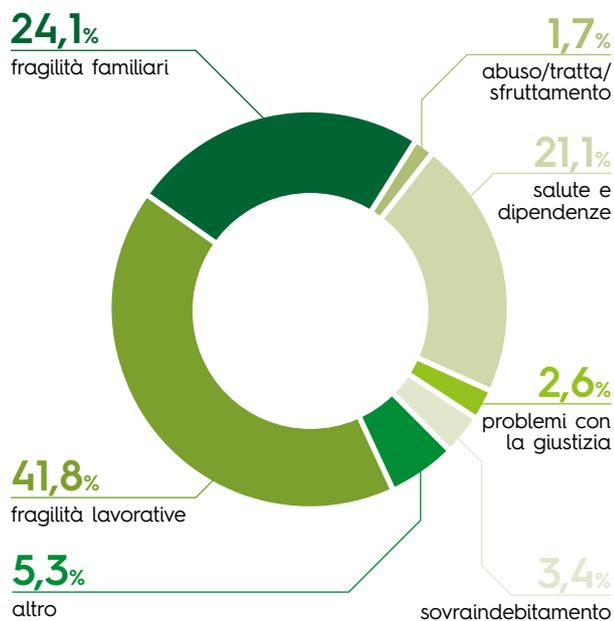
a cura del Centro Studi Caritas

Vorremmo provare, in questa parte del Rapporto, ad offrire un contributo di campo (il punto di vista Caritas) sul tema delle dipendenze. Spesso quando si parla di tossicodipendenti, di alcoolisti, di giocatori d'azzardo si sottolinea la dimensione deviante di questi comportamenti, in qualche modo anche la dimensione trasgressiva, la presunta colpa insita in tali condotte. In effetti è ancora molto forte l'atteggiamento di riprovazione e stigma sociale.

Non saremo certo noi a volere legittimare e normalizzare le dipendenze. Però vorremmo aiutare il dibattito pubblico a guardare con occhi diversi, più consapevoli a questi problemi e soprattutto alle persone che soffrono a causa di queste dipendenze. Non un atteggiamento assolverio dunque (che peraltro non ci compete) ma certamente un invito ad incrementare gli elementi conoscitivi intorno a tali problemi che meritano assai di più che una presa di posizione ideologica. Vorremmo offrire, grazie alla nostra esperienza sul territorio, degli spunti in grado di inquadrare tali fenomeni in una cornice più ampia, che tenga conto della pluralità di aspetti che portano una persona a drogarsi o ad assumere dell'alcool. E non per "buonismo": ma perché crediamo che il peso delle circostanze diventi a volte intollerabile e che spesso è una mancanza di risorse culturali e formative a indurre comportamenti che possono rivelarsi congiunturalmente consolatori e sul medio termine autodistruttivi.

Nei **centri d'ascolto Caritas** delle parrocchie i problemi critici pregressi che hanno prodotto il tracollo e condotto l'utente a rivolgersi al Centro sono per il 21,1% costituiti proprio dalle **dipendenze**.

Utenti Caritas dei centri parrocchiali per eventi critici pregressi - val. % sulle risposte



Fonte: elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma 2018

Non è facile l'incontro e il dialogo con una persona affetta da dipendenze: ma "il tentativo del CdA è anche quello di proporre l'ascolto come opportunità, anche di sano scontro. Un incontro autentico tra due persone può essere anche scontro, confronto vivo, quando due umanità decidono di non dissimulare e guardarsi a viso aperto. A volte, di fronte a situazioni limite, l'impegno diventa quello di 'abitare il limite', esserci, non fuggire, non rifiutare o cacciare via, vivere più possibile l'umanità per come si presenta in quel momento. Per chi già soffre forme di esclusione o di isolamento, per chi soffre più in generale, ricevere l'ennesimo rifiuto della giornata e non incontrare altra possibilità altrove, è un rischio troppo alto per la vita di queste persone, soprattutto quando si è

alla ricerca di un pretesto per cadere ancora più in basso o farla finita. E allora, aver abitato, ascoltato, esserci stati, aver colto la crosta apparentemente più indigesta dell'umanità altrui, ha spesso consentito a chi chiedeva aiuto di ritrovare un momento di tranquillità e di pace per raccontare e riannodare alcuni fili della propria vita. Inoltre, aver ascoltato in profondità è già una risposta pedagogica e di umanità per entrambi gli interlocutori, non solo per chi chiede aiuto. Rimette tutti quanti in gioco sul senso e sul valore della vita. Spesso è anche la possibilità di vivere il movimento dell'appartenere all'altro in modo reciproco. L'esperienza dell'appartenersi permette a ogni persona di ri-sentire l'altro come qualcuno che fa parte di sé stesso in una dinamica di reciprocità. La certezza più bella è quella che finalmente ci si senta di appartenere a qualcuno e questo è fondamentale in una realtà in cui tutti si sentono sempre più orfani di persone e sempre più sradicati dal proprio territorio".

Le dipendenze rappresentano una parte significativa delle esperienze di vita che conducono le persone a rivolgersi alla Caritas. È importante sottolineare che in questi casi ci si trova di fronte a persone afflitte da un particolarissimo tipo di fragilità, che è mentale, psicologica: una povertà acuita dalle conseguenze esistenziali della dipendenza da una sostanza chimica o, per esempio, dall'essere caduti nella trappola del gioco d'azzardo ed essere preda dell'usura. Spesso ci troviamo di fronte a multidipendenze e spesso si tratta di tossicodipendenti o di alcolisti di lungo corso. Non sempre i servizi sociali riescono a intercettarli, oppure capita che assumano un atteggiamento delegante, anche a casa di un *burnout* che non può essere sottovalutato. Peraltro, non è infrequente che la dipendenza nasconda una patologia psichiatrica non diagnosticata né tantomeno curata cui il singolo cerca di far fronte con il ricorso all'alcool o alle sostanze stupefacenti per lenire le sue sofferenze mentali.

“Ai piedi di una montagna...

Si presentano davanti al cancello, con un bagaglio al seguito, o magari senza nulla, di fronte a quella che a loro potrebbe sembrare una montagna insormontabile.

Vengono da altri Paesi, da altre regioni d'Italia, o da diverse zone della città da cui si sentono sradicati, emarginati, dimenticati, o che loro stessi hanno abbandonato per i motivi più disparati. Puoi guardarli negli occhi mentre si avvicinano e cercare di capire gli stati d'animo che li muovono. Si alternano speranza e pessimismo, desiderio e angoscia.

E lì, ai piedi di quella montagna, ci siamo noi.

Si fermano e trovano una persona che potrebbe essere la prima dopo tanto tempo che sia effettivamente disposta ad ascoltarli.

Il cancello allora diventa un ponte, che per molti di loro potrebbe segnare la differenza tra riscatto e rassegnazione”¹.

Le dipendenze sono purtroppo in crescita e ampliare lo sguardo a livello **regionale, nazionale e internazionale** non è di troppo conforto. Tuttavia può essere utile a capire quello che sta succedendo.

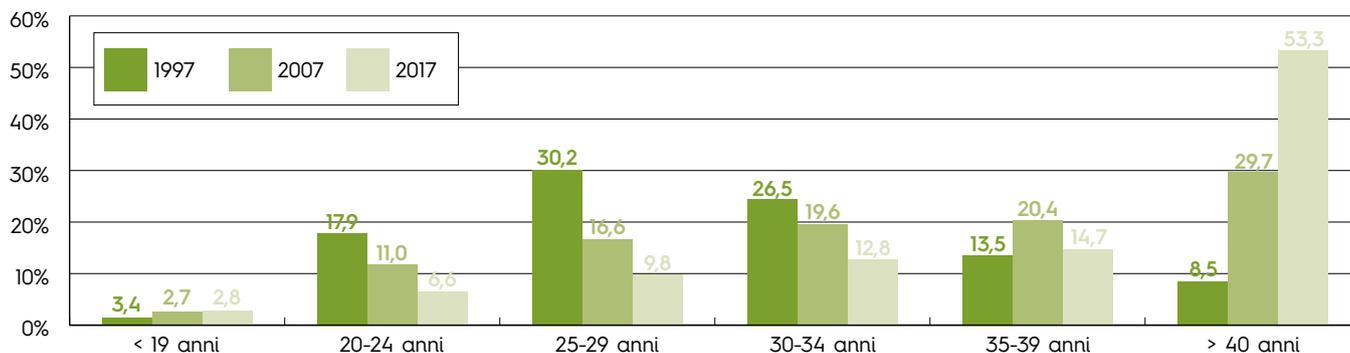
LE DIPENDENZE IN ITALIA E NEL CONTESTO EUROPEO

L'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) realizza annualmente rapporti sulla prevalenza dell'uso di sostanze stupefacenti sulla base di indagini condotte nelle scuole sia a livello europeo che dei singoli Stati membri. L'Italy Country Drug Report del 2017 (OEDT, Relazione Europea sulla droga) evidenzia senza troppi giri di parole la **costante disponibilità di nuove sostanze psicoattive e la crescente minaccia alla salute rappresentata dagli oppioidi sintetici estremamente potenti.**

L'Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs IPSAD stima che in Italia un terzo della popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita.

L'Espad Italia (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), rilevazione dedicata ai più giovani, non è da meno e riporta che il 34,2% degli studenti (equivalente a circa 880.000 ragazzi tra i 15 e i 19 anni) ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita.

ITALIA. Distribuzione temporale della percentuale di utenti in carico per classe di età (1997, 2007 e 2017)



Fonte: SIND - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

Può rivelarsi interessante soffermarsi sulla relazione del Ministero della Salute su "Utenti in carico e trattamenti erogati dai Servizi pubblici per le Dipendenze".

Vi viene evidenziato il progressivo e costante invecchiamento della popolazione tossicodipendente in carico: la percentuale di assistiti di età superiore ai 39 anni passa dall'8,5% del 1997 al 29,7% del 2007 al 53,3% del 2017.

Il ventaglio di sostanze che creano dipendenza risulta sempre più ampio ed è indicativa la crescita di sostanze come la cocaina e il crack, cioè droghe "performative" rispetto, ad esempio, agli oppiacei (effetto sedativo). Come vedremo più avanti questa tendenza risultata invertita nel contesto metropolitano romano.

È impressionante il numero di persone che per sentirsi efficienti, socievoli, forti in una società crudamente competitiva ricorre all'aiuto di una sostanza chimica completamente fuori controllo.

Un atteggiamento che cozza con l'immagine contemporanea che vede le persone più che informate grazie alla simbiosi con Internet e le nuove tecnologie dell'informazione.

Come si può notare dalle ricerche realizzate su questi temi, il capitale d'istruzione dei tossicodipendenti è in generale piuttosto basso: la tecnologia informativa cui praticamente tutti hanno accesso non riesce a quanto pare a creare un effettivo baluardo di consapevolezza rispetto al richiamo oscuro della Chimica della felicità.

Vorremmo inoltre evidenziare un altro aspetto della questione tossicodipendenze. Negli ultimi tempi va prendendo forma il fenomeno della **tossicodipendenza degli anziani** rispetto alla quale le strutture di assistenza territoriali appaiono completamente inadeguate.

I nostri servizi ci dicono che purtroppo l'abuso di sostanze è un problema in crescita tra gli anziani ed è una problematica rispetto alla quale la famiglia è assolutamente impreparata (e forse lo sono anche le strutture di assistenza pubblica).

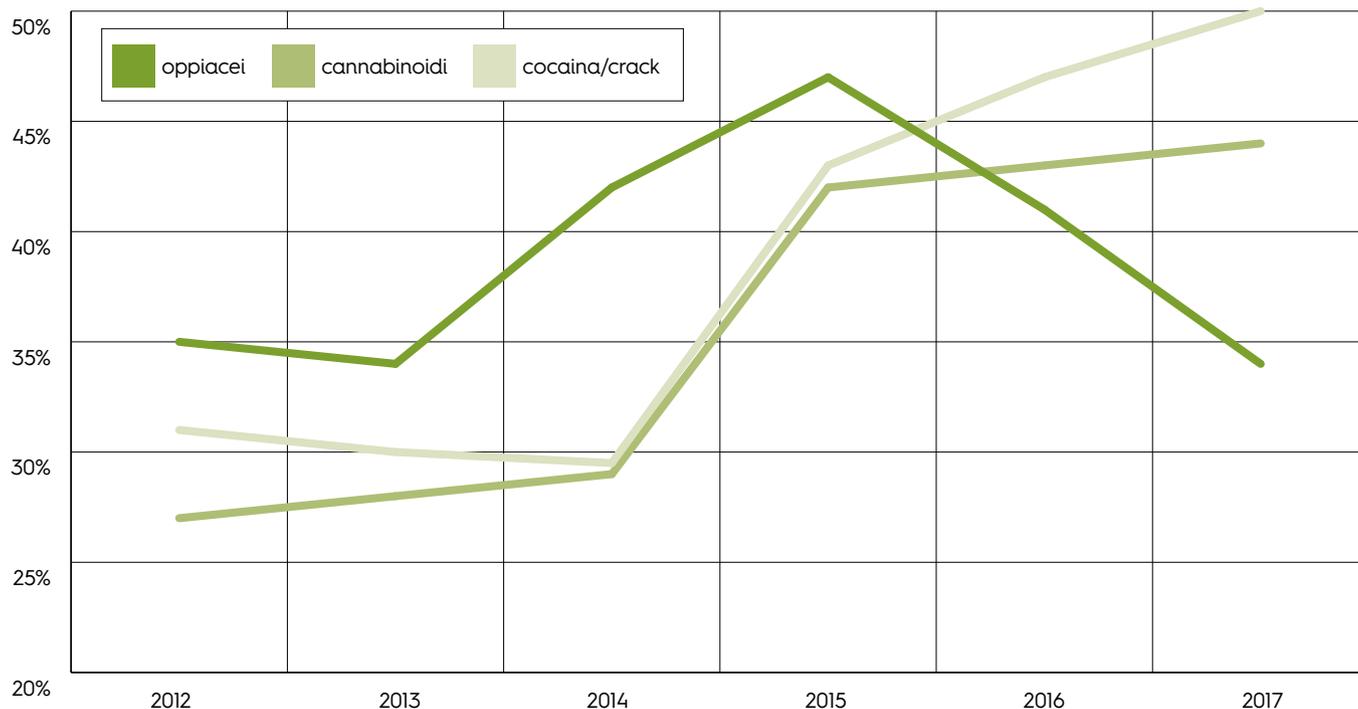
Le vite degli anziani sono molto più influenzate dai farmaci (in particolare psicofarmaci) di quanto si possa immaginare e non è infrequente a detta dei servizi della Caritas che la famiglia prenda consapevolezza del problema quando ormai è troppo tardi. La tossicodipendenza può iniziare con i farmaci, in particolare gli oppiacei, che creano com'è noto dipendenza, prescritti per dolori o insonnia.

La tossicodipendenza si insedia velocemente e insidiosamente. E questo comporta notevoli pericoli per gli stessi anziani che rischiano di creare esplosivi cocktail con gli psicofarmaci a disposizione (con tutte le conseguenze nefaste per la salute e la vita stessa degli anziani).

I CdA della Caritas rilevano che nel caso delle persone anziane, molti dei sintomi della tossicodipendenza si confondono con quelli della senilità, per cui è estremamente difficile che la famiglia o i servizi se ne accorgano.

Anche per approntare efficacemente forme di disintossicazione. Caritas sottolinea che è importante prendere consapevolezza del problema prima che diventi epidemico, soprattutto coinvolgendo e allertando i centri anziani, le famiglie, ma soprattutto i servizi sanitari che, al momento, non sembrano vedere il problema.

ITALIA. Distribuzione percentuale per sostanza (primaria o secondaria) dei nuovi utenti tossicodipendenti trattati nei SerD (2012-2017)



Fonte: SIND - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze

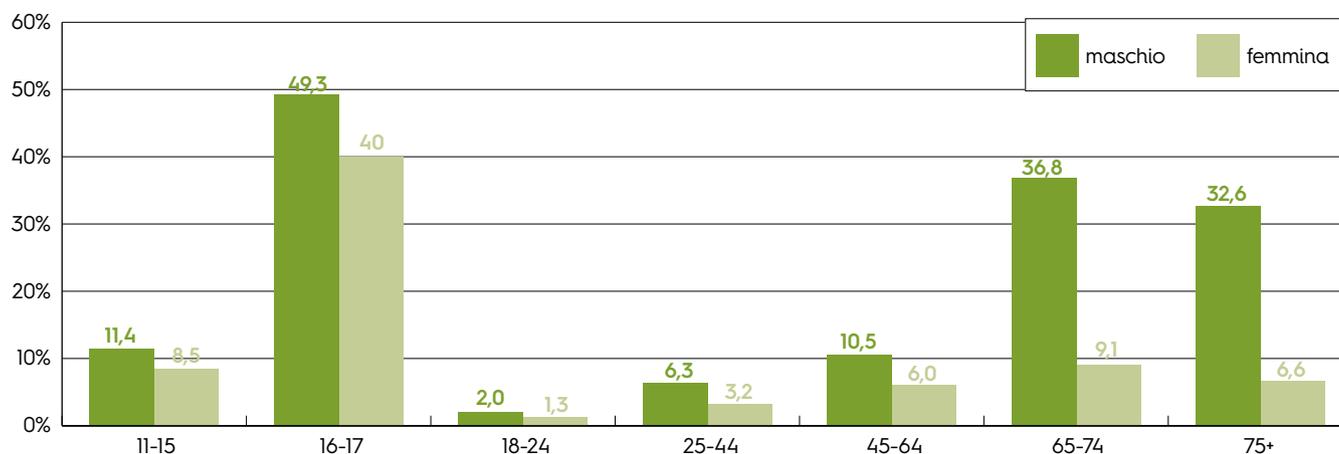
Ma le tossicodipendenze, purtroppo, non sono come sappiamo la sola forma di dipendenza disponibile sul mercato delle illusioni pericolose.

Anche la diffusione dell'**alcol** desta più di una preoccupazione, visto che gli eccessi dell'alcol possono produrre conseguenze gravissime al pari delle droghe. I dati dell'ISTAT 2017, rilette dall'Osservatorio Nazionale sull'alcol (ONA), sono tutt'altro che tranquillizzanti: se si considera che l'autodenuncia di aver **abusato di alcol** è suscettibile di comportamenti di

autocensura. Fa riflettere il dato che, nel 2016 il 14,8% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a undici anni abbiano dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.600.000 persone.

La percentuale più elevata, per entrambi i sessi si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M = 49,3%; F = 40,7%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa, viceversa, si registra nella fascia d'età 18-24 anni.

ITALIA. Prevalenza di consumatori (> 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2016) - val. %



Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat

Ad ogni modo l'ISTAT sottolinea che nel corso del 2016 ha consumato almeno una bevanda alcolica il 64,7% degli italiani di 11 anni e più (pari a 35 milioni circa di persone, con prevalenza tra i maschi). Il 21,4% dei consumatori (11 milioni 641mila persone) beve quotidianamente.

Aumentano i consumatori occasionali e i consumatori fuori pasto. Tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over65 aumenta principalmente il numero di consumatori occasionali e, specialmente tra le donne, il numero di consumatrici di alcol fuori pasto.

La percentuale dei **consumatori a rischio**, elaborata attraverso un indicatore di sintesi, è stata nel 2016 del 23,2% per gli uomini e del 9,1% per donne di età superiore a 11 anni per un totale di circa 8.600.000 individui (M = 6.100.000; F = 2.500.000). Come detto, l'analisi per classi d'età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi sono quelle dei 16-17enni che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei giovani anziani (65-75 anni).

«Un cartone, bottiglie consumate, un telo a terra che copre interamente quel corpicino esile. Buonasera G. sussurriamo delicatamente perché non sappiamo se stia già dormendo. La sua testa fa capolino dal telo, ci sorride. Non ha voglia di essere disturbata, farfuglia qualche parola e si rintana nuovamente nella sua casa di plastica. Il suo telo bianco non l'abbandona mai, trasformandosi per l'occasione in un mantello elegante, quelle volte che decide di seguirci in ostello, per una doccia o per fermarsi una notte. Ci siamo domandati tante volte cosa possa significare per lei quel tratto di marciapiede, dove non ci sono negozi ma solo palazzi, dove la notte sembra essere più buia e silenziosa. Ci interroga e sfida la nostra comprensione, scompagina tante maglie della nostra logica, lasciandoci turbati. È una situazione questa come tante altre, dove il disagio psichico e la dipendenza alcolica sembrano allearsi con la strada, trovando in quest'ultima una dimora protettiva e forse più comprensiva dell'universo dei significati ammessi»².

Un discorso a parte merita il consumo da parte di minori. La World Health Organization raccomanda di astenersi dal consumare bevande alcoliche al di sotto dei 18 anni. In Italia, come è noto, vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni; da ciò si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno praticano un comportamento a rischio per la loro salute. Pertanto nella fascia d'età 11-17 anni l'indicatore di consumo di almeno una bevanda alcolica, quella del consumo abituale eccedentario e quella del consumo a rischio coincidono e nel 2015 è stato di 22,9% tra i ragazzi e di 17,9% tra le ragazze. Tra i comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche si segnala tra i giovani il binge drinking, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo; rappresenta l'abitudine di consumo più diffusa e consolidata, per di più in crescita, specie per i maschi.

Tra le dipendenze un discorso a parte merita il **gioco d'azzardo**, su cui recentemente si è riaccesa la polemica tra quanti volevano porre un deciso argine al dilagare dell'azzardo e quanti con le motivazioni più disparate (che celano in realtà precisi interessi) si battevano per lasciare immutato il quadro.

Secondo i dati di Avviso Pubblico, lo scorso anno in Italia sono stati puntati sul gioco d'azzardo lecito (dunque il vasto sommerso è escluso da questa stima) oltre 101 miliardi di euro, in aumento del 6% rispetto al 2016. Secondo i dati ISPAD si evidenzia che nel corso del 2017 quasi 17 milioni di italiani hanno giocato d'azzardo almeno una volta. Il dato risulta in costante crescita dal 2007. Analogamente sono cresciuti i giocatori con un profilo problematico che hanno avuto un incremento sistematico e costante negli ultimi 10 anni.

ITALIA. Prevalenza consumatori di età 11-25 anni per classi di età, tipologia di consumo e genere (2016) - val. %

Tipologia di consumo	11-17 ^a		18-20 ^b		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	22,9	17,9	73,6	63,9	82,2	66,7	53,8	43,4
Consumatori di vino	9,7	5,1	41,6	28,7	53,6	39,9	31,4	21,6
Consumatori di birra	17,6	10,8	64,3	42,7	74,7	49,8	46,9	30,3
Consumatori di aperitivi alcolici	13,7	12,2	55,4	49,5	63,8	53,6	39,5	33,5
Consumatori di amari	6,7	2,9	35,2	13,5	47,3	24,6	26,6	12,4
Consumatori di super alcolici	8,4	4,9	44,9	31,9	48,6	32,1	29,8	19,4
Consumatori abituali eccedentari	22,9	17,9	1,5*	0,7*	2,3	1,4	11,4	8,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	11,7	7,1	48,1	39,1	58,6	42,2	35,4	25,3
Consumatori binge drinking	4,2	2,7	19,8	13,0	22,3	10,2	13,6	7,2
Consumatori a rischio-criterio ISS	22,9	17,9	20,6	13,0	23,6	11,1	22,7	14,6

^a Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche

^b Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0

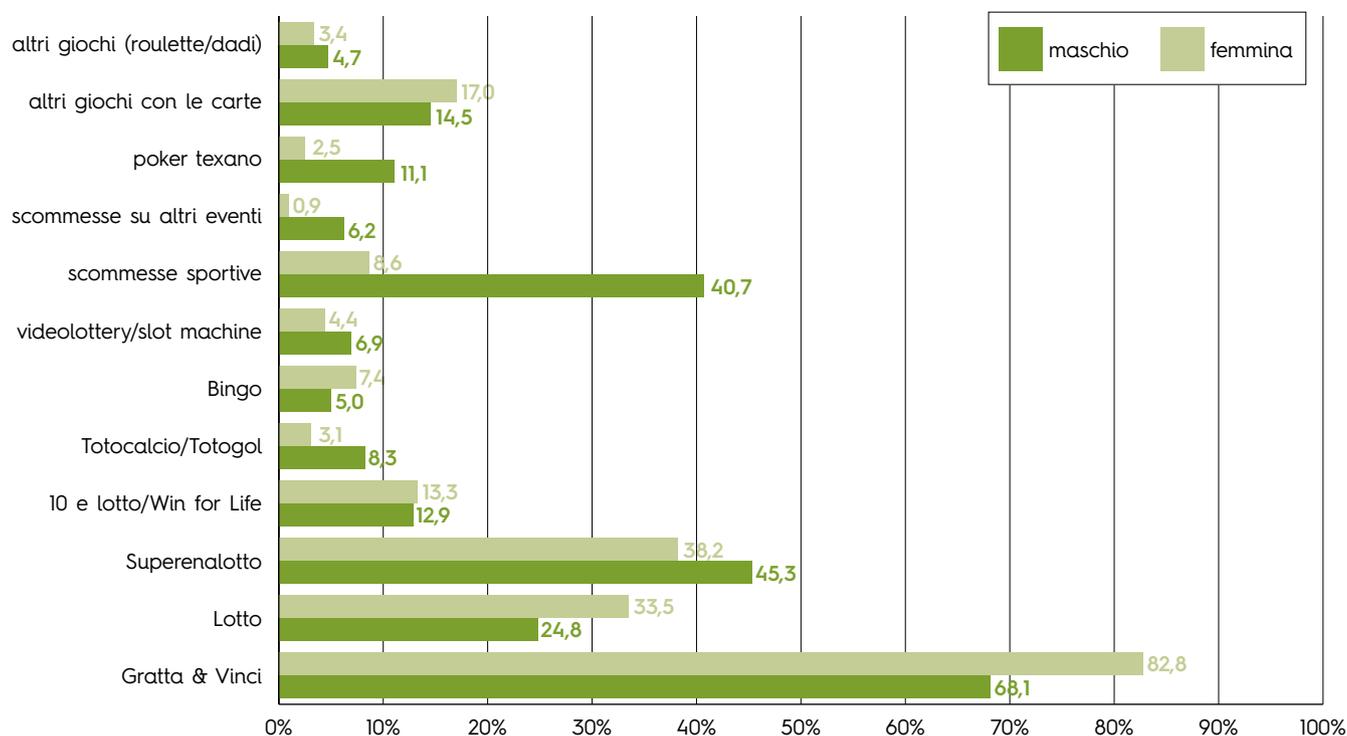
* Dato non attendibile

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat

L'aspetto più preoccupante è che il 35,4% dei giocatori ritiene che sia possibile diventare ricco giocando se si hanno buone abilità; tale convinzione è ancora più diffusa tra i giocatori con profilo problematico. Un dato su cui riflettere: sembra che siano più a rischio di sviluppare problematicità connesse al gioco coloro che sono in cerca di prima occupazione e gli studenti. Secondo i dati ESPAD Italia aggiornati al 2017 hanno giocato d'azzardo nel corso dell'anno 580.000 studenti minorenni. Le più recenti ricerche

ISPAD ed ESPAD Italia non lasciano spazio a dubbi: il gioco nelle sue varie forme è diffusissimo in tutte le fasce d'età, sembra aver soppiantato altre forme di svago ed essere uno dei principali attrattori per giovani e adulti. I dati relativi al gratta e vinci (il 68,1% degli uomini, l'82,8% delle donne) e per quanto riguarda gli uomini le scommesse sportive (40,7%) sono percentuali che confermano la pervasività del gioco d'azzardo.

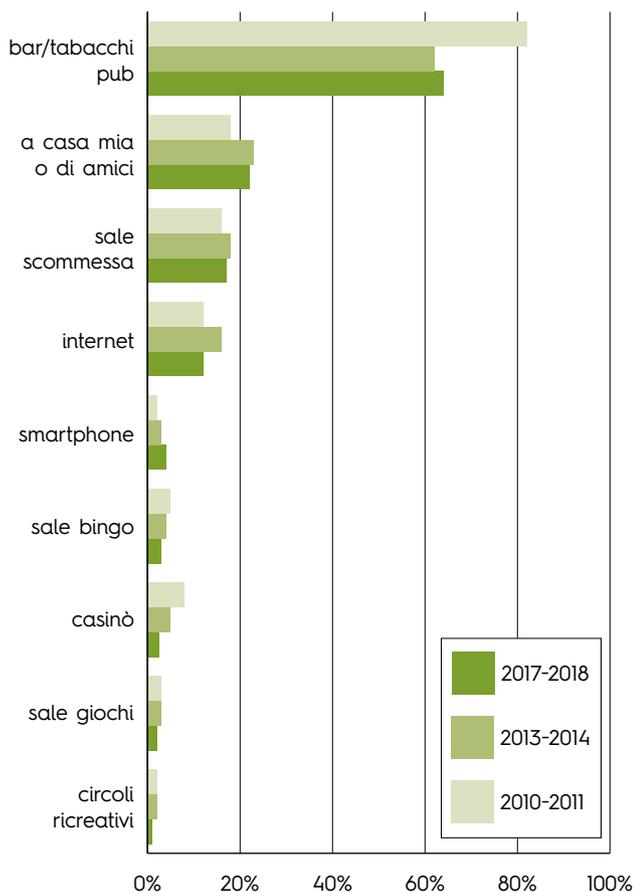
ITALIA. Percentuali dei giocatori di 15-64 anni che hanno giocato d'azzardo durante l'anno secondo le tipologie di gioco praticate (2017-2018)



Fonte: IPSAD

E sono bar, tabaccherie e pub i luoghi in cui le persone scelgono di giocare, probabilmente per la diffusività territoriale di questi esercizi e anche per la familiarità che li caratterizza come luoghi quotidiani (l'acquisto del latte, la sosta per il caffè).

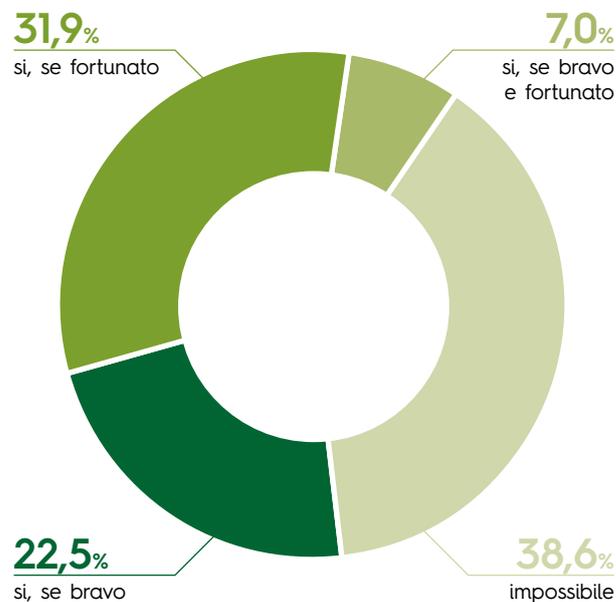
ITALIA. *Distribuzione percentuale dei giocatori di 15-64 anni che hanno giocato d'azzardo durante l'anno secondo i luoghi e i contesti frequentati (2010-2011/2013-2014/2017-2018)*



Fonte: IPSAD

La cosa importante da sottolineare è che, come già anticipato sopra, il gioco d'azzardo viene percepito come un'attività normale in cui si percepiscono come assenti sia tratti di pericolosità sia tratti di illegalità (nel caso dei minori). L'illusione che sia un gioco in cui mettere alla prova le proprie capacità e abilità continua ad essere un tratto forte del profilo di molti giocatori. Sia i più giovani sia gli adulti continuano a credere nella maggioranza dei casi all'esistenza della fortuna, e al peso dell'abilità e della bravura. E questo spiega in parte le vicende rovinose di singoli e intere famiglie travolte dalla fragilità di uno dei componenti; storie in cui si finisce con facilità nel gorgo del sovra indebitamento e dell'usura.

ITALIA. *Possibilità di diventare ricco giocando. Percentuali di risposte riferite tra i giocatori di 15-64 anni (2017-2018)*



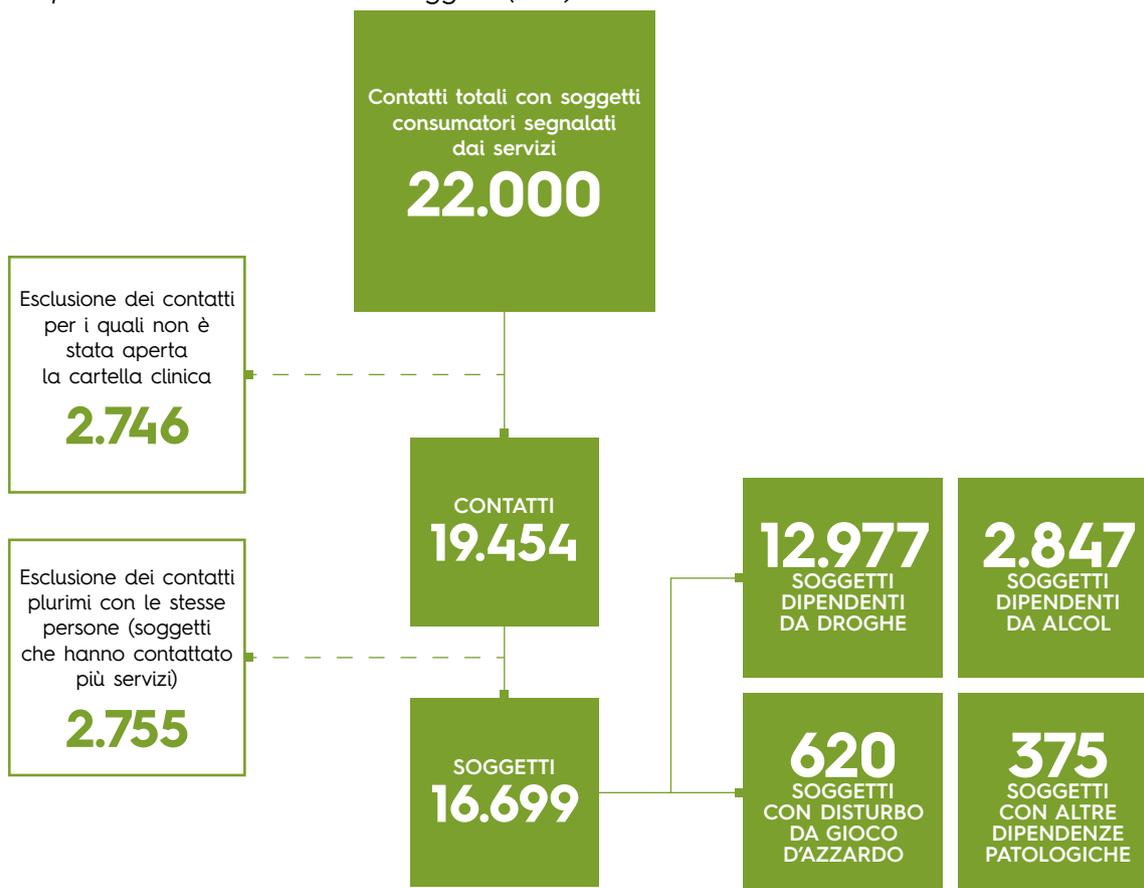
Fonte: IPSAD

LE DIPENDENZE NEL LAZIO

Coerentemente con i dati nazionali, il Sistema Informativo Dipendenze Patologiche della Regione Lazio evidenzia tutta la complessità del fenomeno dipendenze, sottolineando vigorosamente il fenomeno emergente delle polidipendenze, cioè della dipendenza in contemporanea da più sostanze.

Il dato emerge molto chiaramente analizzando i 22.000 soggetti consumatori segnalati presi in carico dai servizi pubblici e dal privato sociale accreditato.

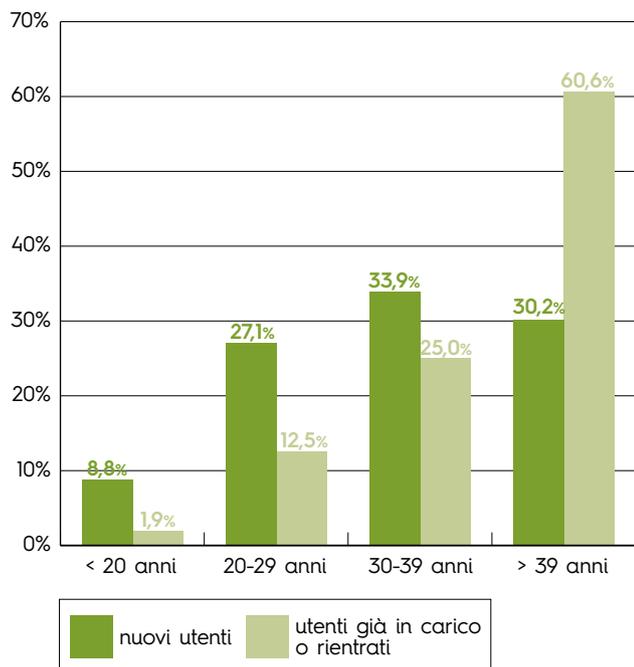
REGIONE LAZIO. *Pazienti in carico ai servizi per le dipendenze dei servizi pubblici (Ser.D) e del privato sociale accreditato: procedure di inclusione dei soggetti (2017)*



Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio, Relazione 2017 sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio

Per quanto riguarda i nuovi utenti dei SerD, si registra un'età media di 34 anni rispetto ai 42 anni degli utenti già in carico o rientrati; l'incremento dell'età media tra le persone in trattamento da anni, è senz'altro un indicatore di continuità assistenziale e perciò segno di una discreta capacità di tenere agganciati ai servizi e alle cure i propri pazienti. L'aumento dell'età media dei casi incidenti, confrontata con l'età media di primo uso delle sostanze che rimane costante nel tempo (circa 20 anni) fa riflettere però sulla necessità di rinnovare strategie d'intervento che favoriscono l'accesso precoce ai servizi.

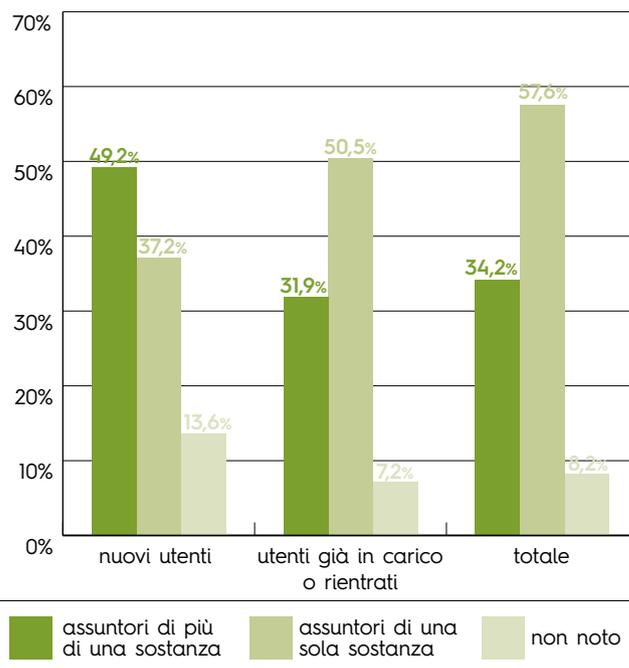
REGIONE LAZIO. Distribuzione per classi di età dei pazienti in trattamento (2017) - val. %



Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio, Relazione 2017 sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio

Oltre il 66% dei pazienti nel Lazio fa uso di oppiacei (31% dei nuovi utenti e circa il 73% dei pazienti già conosciuti ai servizi), mentre la cocaina è utilizzata dal 61% dei nuovi utenti contro il 34% dei vecchi utenti. Le persone che riferiscono l'uso di più sostanze sono il 48,2%.

REGIONE LAZIO. Consumatori di una sola sostanza e policonsumatori per tipologia di utenza (2017) - val. %



Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio, Relazione 2017 sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio

Per quanto riguarda l'abuso di alcol su 2.847 soggetti seguiti nei SerD, si registra una maggior presenza di donne rispetto agli uomini in confronto ai dati sulle droghe e un'età media più alta (47 anni). Si registra

una forte incidenza del titolo di studio basso (licenza media inferiore) mentre tra gli alcoolisti già in carico si registra una prevalenza dell'alcol generico e del vino, tra i "nuovi" sono prevalenti vino e birra. L'uso continuativo avviene in genere dopo 7 anni.

AZZARDO

Nel 2017 nel Lazio 620 persone sono state trattate nei SerD per il disturbo di gioco d'azzardo. Gli uomini

sono quasi l'80%. L'età media è 48 anni e gli over 50 rappresentano il 39% dei casi incidenti e oltre la metà di quelli già noti ai servizi in particolare è cospicua la proporzione degli ultrasessantenni e quindi anche quella dei pensionati. **Rispetto allo scorso anno gli utenti sono aumentati del 25%** (cioè di 114 unità). Le persone arrivano al Servizio su stimolo dei familiari; cosa che per l'alcol e le droghe avviene in misura ridottissima. Sono frequentatori prevalentemente di sale da gioco, l'online appartiene a una quota residuale.

REGIONE LAZIO. Caratteristiche comportamenti additivi per comportamento da GAP (2017) - V.A. e val. %

Pazienti	Nuovi		Già in carico o rientrati		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
	270	43,5	350	56,5	620	100
Comportamento prevalente di gioco						
Sale Giochi (Bingo, VLT, etc.)	94	34,8	97	27,7	191	30,8
New Slot	61	22,6	70	20,0	131	21,1
Lotterie	34	12,6	55	15,7	89	14,4
Scommesse	31	11,5	20	5,7	51	8,2
Giochi online	2	0,7	9	2,6	11	1,8
Gioco d'azzardo non specificato	2	0,7	65	18,6	67	10,8
Altro	9	3,3	8	2,3	17	2,7
Non noto	37	13,7	26	7,4	63	10,2
Circuito di gioco						
Legale	230	85,2	321	91,7	551	88,9
Illegale	3	1,1	3	0,9	6	1,0
Non noto	37	13,7	26	7,4	63	10,2
Frequenza						
Una volta al giorno	61	22,6	57	16,3	118	19,0
Due o più volte al giorno	49	18,1	56	16,0	105	16,9
Due o più volte a settimana	98	36,3	155	44,3	253	40,8
Una volta al giorno	61	22,6	57	16,3	118	19,0
<= una volta a settimana	24	8,8	46	13,2	70	11,4
Non noto	38	14,1	31	8,9	69	11,1

Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio, Relazione 2017 sul fenomeno delle dipendenze nel Lazio

Più in generale, dalle rilevazioni condotte sul Lazio, emergono due aspetti caratterizzanti: il primo è l'invecchiamento della popolazione in trattamento, sia tra i soggetti incidenti, sia tra quelli già precedentemente in carico ai servizi. Tuttavia, negli ultimi 5 anni si sta registrando un lieve ma costante aumento della proporzione di coloro che hanno meno di 20 anni.

Un altro aspetto da sottolineare è lo spostamento dei casi in trattamento (nuovi utenti) per abuso di dipendenza da eroina a cocaina. Un altro ancora è la polidimensionalità, cioè una dipendenza che fa riferimento ad esempio all'alcool e all'azzardo.

LE DIPENDENZE A ROMA

Cronache recenti hanno riportato all'attenzione pubblica il drammatico problema delle tossicodipendenze. La città è afflitta dalla diffusione delle droghe da molti decenni, ma periodicamente, connessa all'emersione di fatti di cronaca nera, si ripropone il vecchio tema della difficoltà di fare prevenzione.

L'osservazione delle dipendenze nella realtà romana è una ulteriore conferma di quanto evidenziato a livello regionale e nazionale. Il **capitale culturale** delle persone si evidenzia come un baluardo rispetto alla caduta nello scosceso e drammatico burrone delle dipendenze. Spesso i tossicodipendenti hanno disagi non necessariamente economici ma di conflittualità all'interno della famiglia, di immaturità genitoriale quando non di tossicodipendenza o spaccio degli stessi genitori che li fa sentire "invisibili". Spesso sono ragazzi che non hanno alcun legame affettivo con la scuola, che vivono come luogo di costrizione adatto a ragazzi deboli che non sanno "vivere la strada".

Infatti, oltre la metà (il 53,7%) dei tossicodipendenti in cura presso i SerD a Roma sono in possesso della sola licenza media inferiore e il 25,8% di quella superiore. I tossicodipendenti laureati sono solo il 3%. La

pochezza dell'istruzione influenza non solo l'incapacità di valutare i rischi delle prime prove di sostanze stupefacenti, ma nella distorsione della gerarchia dei valori (o disvalori): saper gestire la droga diventa una sfida, una ricerca di status, un modo per sentirsi forti, finché la crudeltà dell'azione della sostanza non li convince invece di combattere con una forma di fragilità da cui è difficile uscire da soli.

Anche per le dipendenze da alcool il discorso non cambia; il 43,7% degli alcolisti ha la licenza media inferiore e il 32,7% quella superiore. L'alcool ha verosimilmente una storia completamente diversa: è forte la percezione dell'innocuità delle prime bevute e del loro benvenuto effetto euforizzante; soprattutto per le donne, è noto il percorso che inizia con bicchierini di amari consumati prima in compagnia e poi sempre più spesso da sole. Invece i dipendenti da gioco d'azzardo hanno una percentuale più forte tra le persone con licenza media superiore (43,2%); ma resta il fatto che il capitale culturale delle persone in trattamento resta comunque basso.

COMUNE DI ROMA. Persone in trattamento presso i SerD per titolo di studio - val. % (2017)

Titolo di studio	Tossicodipendenze	Alcool	Gioco d'azzardo
Nessuno	0,5	0,4	0,3
Licenza elementare	7,9	6,6	5,6
Licenza media inferiore	53,7	43,7	38,6
Licenza media superiore	25,8	32,7	43,2
Corso professionale	3,3	4,7	2,5
Laurea	3,3	7,3	5,2
Diploma universitario	0,4	0,5	1,2
Dottorato	-	0,1	-
Non rilevato	5,1	4,0	3,4

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma su dati del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

Anche lo stato civile sembra influire sulle dipendenze: i coniugati tra i tossicodipendenti sono solo il 16% e tra gli alcolisti solo il 23%. Il dato sale un po' per il gioco d'azzardo il che in qualche modo conferma quanto sia insidiosa e pericolosa questa dipendenza.

COMUNE DI ROMA. *Persone in trattamento presso i SerD per stato civile - val. % (2017)*

Stato civile	Tossicodipendenze	Alcool	Gioco d'azzardo
Celibe/nubile	60,0	43,2	38,6
Coniugato/a	16,1	23,8	32,4
Convivente	9,1	7,2	8,6
Separato/a	6,7	11,9	6,2
Divorziato/a	2,5	7,3	5,6
Vedovo/a	1,0	2,9	5,6
Non noto	4,6	3,7	3,0

Fonte: Elaborazioni Centro Studi Caritas di Roma su dati del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

Anche la condizione lavorativa dimostra come gli elementi di stabilità esistenziale giochino un grande ruolo nell'evitazione delle dipendenze: gli occupati a tempo indeterminato sono una percentuale ridotta degli alcolisti e dei tossicodipendenti, una percentuale più significativa nell'azzardo.

Si va configurando la pericolosità estrema del gioco d'azzardo, che riesce ad attaccare anche persone corazzate da un capitale culturale e professionale relativamente positivo e da una situazione di stabilità affettiva.

Per quanto riguarda le dipendenze colpisce che siano gli oppiacei (morfina, eroina) a prevalere (60,8% degli utenti dei SerD contro il 23% dei cocainomani). Il dato, come già notato, inverte la gerarchia nazionale dove la cocaina si dimostra molto più pervasiva.

Per gli alcolisti, si riscontra una forte percentuale di birra e vino, i superalcolici sono marginali, mentre una significativa percentuale è attribuibile all'alcol generico. Il dato conferma l'intenzionale volontà di assicurarsi l'effetto che produce "la sbornia" al di là di ogni preferenza.

Stupisce che, per quanto riguarda le persone in cura per ludopatia presso i SerD a Roma, la percentuale più elevata sia costituita da persone occupate a tempo indeterminato (38,9%); il che conferma la più volte sottolineata insidiosità della dipendenza di questo tipo.

Insidiosità che ha spinto la Caritas di Roma a voler raccogliere ulteriori elementi conoscitivi sulla diffusione dell'azzardo tra gli adolescenti.

Nel giugno scorso la Caritas di Roma ha presentato un rapporto "Adolescenti e azzardo" in collaborazione con l'Ospedale Bambino Gesù in cui sono stati resi pubblici dati sul consumo di azzardo a Roma che evidenziano una diffusione assolutamente preoccupante. Sebbene già noti, vale la pena richiamare brevemente alcuni dei principali risultati della nostra ricerca.

Il 99% degli adolescenti romani conosce da tempo le diverse tipologie di gioco d'azzardo; hanno conosciuto il gioco d'azzardo soprattutto attraverso la pubblicità televisiva (80,6%, è evidente la funzione promozionale fortissima della televisione nel gioco d'azzardo); i giochi maggiormente praticati tra i minorenni sono le scommesse sportive (88,3%), seguiti dal Gratta & Vinci (48%).

Il 72,5% dei ragazzi che frequentano le scuole superiori conosce direttamente un ragazzo che gioca d'azzardo; lo smartphone è lo strumento più utilizzato dagli adolescenti romani per giocare d'azzardo; il 90,8% definisce l'azzardo "un'attività in cui si utilizza denaro per vincere altro denaro"; il 66,3% ha giocato almeno una volta l'anno, più del 50% gioca con una certa frequenza (da mensile a settimanale); eviden-

temente il territorio romano offre un gioco diffuso e distribuito sul territorio; l'82% non è consapevole dei rischi che si corrono.

In realtà la diffusione del gioco d'azzardo tra i minori è un riflesso, come si è visto, della legittimazione del gioco tra gli adulti, che almeno nella fase iniziale percepiscono il gioco d'azzardo come appunto un gioco, che fa fantasticare un futuro rutilante di luci e fortuna: illusione che si gonfia ben presto.

4.2 GIOCO D'AZZARDO OGGI: INTERVISTA A MAURIZIO FIASCO

1. L'azzardo è in una fase di crescita o ha raggiunto in Italia un livello per così dire di saturazione del mercato?

Ci sono notizie dell'ultim'ora che gelano il sangue a quanti si auguravano il contenimento del consumo di gioco d'azzardo. Nell'anno 2018 - dicono le proiezioni - si registreranno altri 3-4 punti percentuali di crescita del denaro versato a scommesse, slot machine, lotterie, casinò on line e altri trastulli "con denaro, per denaro e a scopo di lucro". Salvo tardive e improbabili smentite, dunque, il record del 2017 sarà scavalcato, e da 102 (centodue) miliardi di euro si passerà a 105-106, sempre di miliardi di euro. Venti piani delle Regioni per le patologie dei giochi con soldi e per soldi, altrettante leggi in vigore nei singoli loro territori, oltre 600 provvedimenti municipali di contingentamento di luoghi e di orari di vendita delle varie forme di gioco d'azzardo, mobilitazioni della società civile, campagne informative, dossier di documentazione, proteste, appelli... e ancora nessun segno di arresto si registra, e né tanto meno un'inversione di tendenza. Si vedrà, ma solo dalla seconda metà del 2019, quale potrà risultare l'effetto frenante del divieto di pubblicità e sponsorizzazioni, che è stato imposto con il decreto "dignità". Prosegue intanto la serie dei dati che sorprendono.

Come per le più note dipendenze da consumi rischiosi e dannosi (alcol, droga, tabacco) quella per il gioco d'azzardo si presenta come una fame insaziabile. In analogia con l'alcolismo, che è il bere all'eccesso, ma senza sete. Dobbiamo amaramente ammetterlo: sono riusciti (parlo dei trust dell'azzardo di Stato) ad arruolare alla patologia della scom-

messa una popolazione sterminata. Leggo ora da un report secretato dell'Istituto Superiore di Sanità (perché di proprietà dei Monopoli di Stato) che l'area dei giocatori abituarini si comporrebbe di 5 milioni e 100mila adulti e di 150mila studenti minorenni (degli altri, esclusi dalla frequenza scolastica, non si ha alcuna informazione). Le parole impiegate dall'ISS a commento dei dati peraltro sconcertano.

Mentre 520mila ragazzi delle scuole superiori scommettono, grattano i tagliandi delle "lotterie istantanee" e si collegano ai siti internet del *gambling*, ma restano "giocatori sociali" (sic!), solo 80mila sono "a rischio" e 70mila invece risultano "problematici". Come può intendere una persona dalla cultura media queste espressioni? "Sociali" ovvero spendono soldi una tantum per un comportamento assolutamente vietato. "A rischio" cioè la condotta "può" evolversi e peggiorare. "Problematici" soave espressione, come i bimbi "problematici". Sembrano scene da film americani, "ragazzi, abbiamo un problema". Ecco gli effetti del gioco d'azzardo, con il brand di concessionari di Stato, che agisce in prossimità, quasi pedinando le persone nell'arco della giornata e ovunque si trovino. Anche tra le mura domestiche con casinò e scommesse *on line*.

2. Esiste un rapporto tra gioco d'azzardo e indebitamento? E, a questo proposito, sono disponibili delle stime?

Per chi è divenuto un habitué della gratificazione concessa dal Caso, tutta la giornata ruota attorno alla ricerca del denaro per mirare al premio o per inseguire le perdite (*chasing gambling losses*, per dirla con il linguaggio della diagnosi clinica). La cornice del gioco d'azzardo, nella mente e nella giornata del *gambler*, fa saltare ogni inibizione a compiere quelle scelte che egli, in altre condizioni, avrebbe scartato. Come il rispondere alle sirene delle società finanziarie per procurarsi il denaro, dopo

aver racimolato tutto il "liquido" in famiglia, nel conto corrente e dopo che si sono esaurite le possibilità di amici e parenti di fornire soldi (avendo creduto alla solita menzogna del giocatore). La propensione al debito, nella persona giocatrice d'azzardo, abbatte ogni soglia di ragionamento sullo scopo da raggiungere. Piatto ricco, mi ci ficco, dice allora il prestatore che è, in sequenza, la banca, la finanziaria collegata, il credito al consumo, il Compro Oro, l'usuraio. A ogni tappa, una modifica del profilo di personalità dell'uomo e della donna coinvolti.

La catena degli eventi, chiamiamoli così, "finanziari", è parallela alla sequenza del mutamento esistenziale. In troppi casi dalla sussistenza alla povertà estrema. La storia dell'alloggio del giocatore le riassume. Da una normale abitazione è passato alla coabitazione con altra famiglia, quindi alla camera in affitto. Prosegue con l'alloggio precario che egli quindi lascia per il turgurio. E ve ne sono di persone (più di quanto s'intuisca) che alloggiano nell'autovettura, ormai divenuti *homeless*.

3. Ci sono relazioni tra l'usura e il gioco d'azzardo? Se sì, è possibile immaginarne un dimensionamento?

Usura e azzardo sono un'endiadi. Dici usura, dici azzardo. E viceversa. Da tempo Istat e ministero dell'Interno hanno abbandonato ogni tentativo di censire il sommerso. Si deve ricorrere a indicatori indiretti. Per esempio, lascia intendere l'estensione dei due fenomeni, la funzione di "convertitore di condizione" che il bilancio familiare già deficitario, e ulteriormente peggiorato per la dissipazione di reddito di sussistenza, attiva. Negli anni Dieci di questo secolo, sono circa 250mila le abitazioni e gli altri immobili privati che vanno all'asta ogni dodici mesi, a causa dell'insolvenza grave cronicizzata delle famiglie e delle imprese. Alla fine del 2015 era iscritto al "pubblico incanto" uno stock di 570mila unità immobiliari. Tra due crisi - nel periodo compreso tra gli anni interi

2006 e 2016 – le famiglie in fallimento economico conclamato sono passate da 1 milione 277mila e a 1 milione 956mila³. Un balzo di 53,5 punti percentuali. In pratica, significa anche che il mercato potenziale dell'usura si è incrementato di molto. E tra azzardo e usura c'è una correlazione intuitiva: il primo documentato da numeri diretti e la seconda, l'usura, comprensibile per inferenza.

4. La recentissima azione del governo produrrà un reale contenimento?

Nella legge di conversione del decreto "Dignità", approvata a metà agosto 2018, vi sono dei segnali certamente apprezzabili. Il divieto di pubblicità e sponsorizzazioni (dovrà entrare in vigore in due tempi, il primo gennaio e il primo luglio 2019) introduce un concetto sempre negato. Il gioco d'azzardo è un comportamento "a rischio" e quindi non è accettabile alcuna banalizzazione della scelta di scommettere, puntare on line, restare incollati davanti al terminale di una slot machine.

Dopo l'inserimento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Gambling Disorder) nei Livelli Essenziali di Assistenza (marzo 2017) il divieto di promozione commerciale era inevitabile. Attendiamo ora che sia varato un decreto di contenimento del consumo, che ripercorra le tappe della "legge antifumo", emanata nel 2003 e ben migliorata nel 2016. Auspico una chiara definizione della responsabilità civile dell'industria dell'azzardo per i danni e i costi provocati dalla strategia commerciale di vendita, reclutamento e fidelizzazione dei loro clienti.

5. Esistono a livello internazionale buone pratiche a proposito della prevenzione del gioco d'azzardo?

Sì, ce ne sono. Anche negli Stati Uniti, anche in Europa. Francia, UK, Finlandia, Danimarca e da ultimo anche in Grecia. Oltralpe hanno smantellato le slot machine nei bar, e il consumo d'azzardo è stato fer-

mato ai livelli dell'anno 2007. In Italia è aumentato nello stesso periodo del 110 per cento. Ma nel nostro Paese, dobbiamo ricordarlo con vigore perché è la verità, l'unica grande Istituzione che ha dissentito e si mobilita contro la deriva del gioco d'azzardo industriale di massa è la Chiesa Cattolica. Posso fornire – con un mio personale archivio – la cronologia completa delle esortazioni e degli atti pratici dal 1998 a oggi. Sono molto ammirato per l'impegno che vedo nella Caritas di Roma (tanto per citare uno dei numerosi casi di ben operare) nel creare un patrimonio di competenze, di azioni efficaci e di operatori ben preparati da mettere a disposizione della società per invertire il corso di questa estesa sofferenza.

CAPITOLO 4.

Note di chiusura

1 Caritas di Roma, Area Ascolto e Accoglienza, Relazione 2018

2 Ibidem

3 Consulta Nazionale Antiusura (a cura di Maurizio Fiasco), *Tra due grandi recessioni economiche. Il sovraindebitamento delle famiglie italiane nel decennio 2006-2016. dimensioni, caratteristiche, proposte per il superamento*, Assemblea annuale delle Fondazioni Antiusura, Assisi, 22 giugno 2018

ALCUNI DATI

GIOCO D'AZZARDO

Italia: nel 2017, ammonta a 101,850 miliardi di euro il consumo lordo per gioco pubblico d'azzardo, pari a 1.700 euro di spesa procapite, più che raddoppiata rispetto al 2007 (anno precedente alla crisi).

Roma: nel Lazio, dopo Frosinone, è la provincia con il più elevato indice sintetico di esposizione al gioco d'azzardo (97/100).

Spesa complessiva nella provincia dove ha sede la Capitale (2017): 8.225.524.077

Giro d'affari nel complesso della regione del **Lazio** (anno 2017): 10.919.501.759, dei quali 7.916.604.579 di Euro nelle postazioni sul territorio e 3.002.897.180 Euro on line.

Ammonta a 1.890 euro il consumo lordo procapite per gioco d'azzardo a **Roma** e 1.698 nella Regione **Lazio** (escluso modalità *online*), con un incremento del 95% rispetto al 2007.

Oltre 20.000 le *slot machine* a Roma sia in pubblici esercizi che in sale dedicate esclusivamente all'azzardo.

SOVRAINDEBITAMENTO

La tavola in basso indica *un aumento* in valori assoluti *del numero delle famiglie in fallimento economico* secondo i valori tecnici di sovraindebitamento fissati dalla legge 3 del 2012.

All'incremento in valori assoluti corrisponde un decremento in termini percentuali, che però dipende in modo determinante dal saggio di variazione del numero delle famiglie risultanti nei registri anagrafici.

In altri termini, nel Lazio tra il 31 dicembre 2006 e il 31 dicembre 2016 risultano 483.277 famiglie in più: per l'effetto combinato dell'incremento della popolazione e - ancor più - della *notevole riduzione del numero medio dei componenti delle famiglie*.

Infatti nel 2006 le persone residenti risultavano essere 5.493.308 (e i componenti in media per famiglia 2,54) mentre nel 2016 i valori sono stati, rispettivamente, 5.898.124 persone (e i componenti in media per famiglia 2,23).

Per effetto di separazioni, divorzi, riduzione del tasso di nuzialità e per incremento di residenti per circa 400mila persone in dieci anni, il numero delle famiglie risulta quindi + 23%, e di conseguenza la percentuale di quelle sovraindebitate è passata da 8,4 a 7,9. **Il dato più significativo è però il precipitare nel fallimento economico di altre 25.545 famiglie, il che significa un balzo di ben 14 punti in dieci anni.**

LAZIO - Sovraindebitamento delle famiglie, variazioni tra il 2006 e il 2016

	2006	2016	Variazione	Variazione %
Totale famiglie registrate in anagrafi comunali	2.163.000	2.646.277	483.277	22,30%
Proiezione Lazio Sovraindebitamento (RI < 0)	181.992	207.537	25.545	14%
Abitanti nel Lazio	5.493.308	5.898.124	583.000	11%
Percentuale famiglie in fallimento economico	8,41	7,84		-0,6%

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Un percorso di approfondimento su molti temi come quello condotto in questo Rapporto non può non lasciare alla fine una sensazione di incompiutezza: aver aperto tanti focus su aspetti diversi della povertà nella città di Roma sembra reclamare una prosecuzione dell'analisi per individuare possibili strategie evolutive.

Del resto, la funzione sociale di un rapporto è proprio, e soprattutto, questa: provocare ulteriori bisogni di conoscenza per individuare successivamente proposte e percorsi innovativi.

Nelle pagine precedenti abbiamo provato a **scomporre il concetto di povertà** nelle tante, diverse forme che essa prende all'interno di una metropoli come quella di Roma, anche per insinuare un benefico dubbio in tanti di noi che forse una povertà la conoscono, la frequentano anche, ma senza rendersene conto. Pensiamo ad esempio al problema degli anziani soli; tutti o quasi conosciamo i problemi di quella stagione della vita, tra i quali c'è la solitudine opprimente, quasi sempre subita. La gran parte degli anziani in genere deve seguire una terapia, magari composta da psicofarmaci "importanti". Se non hanno nessuno che li aiuti finiscono col farne un uso pericolosamente scorretto (per dimenticanza, per scarsa cultura specifica, per disabilità). Nel rapporto abbiamo dedicato uno specifico contributo a tale tema che può apparire molto settorializzato e "di nicchia", ma che invece, essendo il piano terapeutico degli anziani spesso complicato e in qualche modo salvavita, è di primaria importanza. La problematicità della situazione di autocura rimanda a qualcosa di più ampio: i rischi nascono dal fatto che viviamo in un'organizzazione sociale atomizzata, in cui ciascuno rappresenta una monade priva di reti solidali, di amici e conoscenti in grado di offrire una qualche forma di accompagnamento e di supporto capace di tradursi in gesti concreti, nel caso specifico, un aiuto ad una corretta assunzione dei farmaci.

La prima grande povertà, lo abbiamo riscontrato attraverso misure statistiche certe, è la profonda **diseguaglianza economica** che caratterizza il sistema Paese Italia in generale e la sua capitale in particolare. Una diseguaglianza che viene percepita dall'opinione pubblica in maniera conflittuale e rancorosa, ma che trova effettivamente un reale riscontro nei dati disponibili. Una diseguaglianza che si rafforza e si accentua, disegnando un vertice della piramide sociale sempre più opulento e una base sempre più vasta e sempre più povera. Il problema della diseguaglianza sociale non è certo un problema solo italiano, ma abbiamo pensato fosse utile sottolineare che in Italia il fenomeno si presenta con

caratteristiche marcate, ben superiori alla media dei paesi europei. Una povertà che colpisce soprattutto giovani e anziani, ma che interessa anche minori e famiglie "tradizionali" della provincia. Una povertà che induce comportamenti di *impotenza appresa* nei figli delle famiglie povere, e delinea dunque un fenomeno di **ereditarietà della povertà e dell'esclusione sociale**.

Questa povertà è diventata così invadente anche a causa di un progressivo, inarrestabile sfilacciamento delle reti solidali (associazioni, amici, gruppo di parenti): 3 milioni di italiani dichiarano di essere completamente soli e di non avere alcuna rete relazionale. Questa riduzione del capitale relazionale è di fatto propedeutica ad un ulteriore impoverimento. La Caritas, attraverso i suoi operatori e volontari è entrata nelle povere case di tanti anziani trovati in condizioni igienico-sanitarie drammatiche: è il fenomeno del cosiddetto **barbonismo domestico**, un progressivo, inarrestabile abbandono della persona di ogni tentativo di vivere una vita dignitosa, uno sprofondare tra i rifiuti e i segni deteriorati di una vita passata. Una fenomenologia che si riflette in un'altra in qualche modo simile, agita in questo caso da giovani. Ragazzi che si isolano in casa, spesso nella loro stanzetta e che rifiutano praticamente ogni rapporto con l'esterno (in Giappone hanno coniato un termine per definirli, li chiamano *hikikomori*).

Nel nostro Rapporto abbiamo visto anche che nel grande bacino della povertà economica proliferano situazioni a elevato tasso di problematicità: dalla sovraesposizione finanziaria all'usura, dai lavori in nero agli sfratti per morosità, dai lavori atipici all'emarginazione più grave. Sono state necessarie molte pagine solo per accennare ad alcune delle principali fenomenologie della povertà nella nostra città. Ne è emersa una fotografia (ci auguriamo) di buona definizione che evidenzia come ciascun problema sia in realtà il prodotto di un complesso di fattori, (eco-

nomici, sociali, culturali) certamente difficili da districare. Per questo abbiamo riportato qui e là buone pratiche, esperienze della Caritas e non solo: perché la finalità di un Rapporto come questo non è quella di angosciare il lettore, ma piuttosto quella di renderlo consapevole e proattivo rispetto ai problemi.

Tra le tante fragilità un focus è stato dedicato nel Rapporto al tema immigrazione; abbiamo voluto evidenziare "le ragioni dimenticate" della presenza degli stranieri, i conflitti e le crisi profonde che interessano i loro paesi d'origine, e, dunque, le ragioni della fuga, del viaggio così come si è cercato di sottolineare le problematiche della situazione attuale, dove coesistono una forma ansiosa di sovrastima del fenomeno migratorio e un generico buonismo, più che altro astratto. L'analisi delle cifre reali dell'immigrazione ha portato ad evidenziare la necessità di porsi delle domande; e cioè quanto la gestione di questa presenza sia efficiente, quanto le politiche migratorie attuate sul territorio e il sistema di accoglienza cittadino nel suo complesso riescano a fornire un servizio qualitativamente efficace, e quanto invece un diverso e miglior utilizzo di strutture diffuse, una gestione più razionale delle pur consistenti risorse, potrebbe correggere le problematiche più significative

Ma povertà, abbiamo visto, non è solo qualcosa che si vede, si tocca: le povertà più difficili possono essere invisibili o percepibili solo da un occhio allenato: parliamo dei disturbi mentali, ad esempio, un tipo di patologia molto più diffuso e insidioso di quanto non si immagini e per lo più non curato e seguito con l'attenzione dovuta. I servizi della Caritas hanno registrato a tale proposito, una sorta di "diaspora del malato mentale", che i servizi sociali rifiutano considerandolo psichiatrico mentre i dipartimenti di salute mentale rimandano ai servizi sociali, considerandolo di loro competenza e valutandoli ormai casi sociali cronici. Un malato certamente scomodo, a volte indisciplinato, eppure un malato che avrebbe bisogno di

cure e attenzioni anche maggiori rispetto alle altre tipologie di malattia. Un malato che, a causa del rimpallo delle responsabilità e delle competenze, finisce spesso a “vagare” (essendo ad alto rischio per sé e per gli altri) in una sorta di limbo, in cui le sue “ferite invisibili” si aggravano ancora di più. I servizi della Caritas registrano anche in questo caso una forma di delega: “lo portiamo da voi” è la frase che si sentono ripetere...

Stimolati dal continuo riferimento alle patologie psichiatriche che viene dai servizi abbiamo incluso nel Rapporto presentato in queste pagine una breve valutazione dello stato dell'arte a quarant'anni dalla fondamentale legge 180 (la cosiddetta legge Basaglia, dal nome dello psichiatra ispiratore); legge che, si ricorda, ha avuto il grosso merito di far uscire i malati di mente dai manicomi-prigioni. Ne è emersa una forma di incompiutezza diffusa che lascia di fatto sostanzialmente scoperte troppe persone afflitte da disturbo mentale.

Anche in questo caso siamo di fronte ad una società che non sa ascoltare, distratta dall'egoismo e dal narcisismo che ci porta verso una concentrazione costante su noi stessi impedendoci di cogliere i pesanti problemi di altre persone.

Tra i poveri, tanti, troppi quelli che si sono rivolti alla Caritas anche quest'anno con le domande più diverse, a cominciare dalla possibilità di accedere al servizio di mensa. Ma tra le tante, quali assistenza sanitaria o legale, una sopravanza tutte le altre: ed è “l'ascolto”, la possibilità di raccontarsi a qualcuno che ascolti con attenzione, che si rivolga con garbo e partecipazione empatica alla storia di una vita spesso attraversata da grandi dolori.

L'ascolto, la relazione umana che si instaura nei centri servizi tra operatore e utente (ma vorremmo chiamarli più semplicemente persone) è probabilmente la cosa intimamente più desiderata, forse anche più

dello stesso aiuto materiale. Gli utenti, o meglio, gli ultimi che si rivolgono alla Caritas sono persone che hanno avuto tante porte chiuse in faccia e che quasi non sperano più di essere degni di attenzione e rispetto. Le fragilità nella nostra città sono un ampio popolo di persone che non si conoscono, che non condividono vite di “quartiere solidali” (la definizione è il nome di un progetto della Caritas di Roma che si muove proprio nella direzione di ricucire e promuovere relazioni territoriali).

E tra le tante criticità una si staglia con maggior chiarezza: alla base di molte situazioni di deprivazione si ravvisa la **crisi strutturale della famiglia**, il venir meno di quell'ancoraggio che in tanti periodi della storia del nostro Paese ha funzionato da ammortizzatore sociale. Sul piano della cura come su quello di assistenza, sul piano economico (l'integrazione della pensione del nonno) come su quello ben più importante della costruzione di legami affettivi significativi.

Il progressivo sgretolamento dell'istituzione familiare lascia i bambini in stato di abbandono, gli adolescenti e i giovani privi di punti di riferimento, gli adulti con crisi affettive ed esistenziali. Rapporti provvisori (quando non addirittura il vuoto) non riescono evidentemente a colmare un'assenza di significati e di gratificazioni quotidiani.

Del resto, va anche esplicitato, che risulta assolutamente vero anche il contrario e cioè che la povertà è un potente disgregatore per le famiglie (non sembra necessario spiegare perché). Dunque tra povertà e fragilità familiare è evidentemente in atto una sorta di corto circuito che estremizza la povertà da una parte e le problematicità della famiglia dall'altra.

A ciò va aggiunto un dato che emerge dai colloqui con gli utenti dei servizi Caritas: i componenti della coppia sembrano caratterizzati da una profonda immaturità relazionale e affettiva. Un'impreparazione

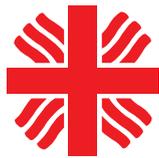
grave sia come coniugi che come genitori, che mina fin dall'inizio le fragili vele della neonata famiglia.

Anche a questa fragilità di riferimenti possono essere messe in correlazione le tante forme di dipendenza giovanile, che purtroppo avanzano nella nostra città, producendo forme di *addiction* di nuovo tipo (l'azzardo) che si sommano a quelle più tradizionali (l'alcol, la droga).

A fronte delle tante fragilità osservate nel presente Rapporto sta l'impegno degli operatori e dei volontari, figure che nel loro darsi disegnano le strade buone del futuro. Il volontariato si propone infatti come un'esperienza-ponte in grado di mettere in connessione, in un percorso realmente generativo, persone profondamente diverse che pure vogliono dialogare. I volontari, al di là della diversità delle motivazioni, condividono il bisogno di dialogare con chi è meno fortunato. E i più fragili tra gli ultimi escono dalla loro corazza, più o meno faticosamente, per dialogare con chi può aiutarli a sperare.

Un dialogo che non sempre è facile, ma che, in mezzo ai rumori assordanti della nostra confusa civiltà, sta ad indicare il sentiero per cercare, insieme, un nuovo mondo ormai necessario.

Finito di stampare
Gennaio 2019



www.caritasroma.it