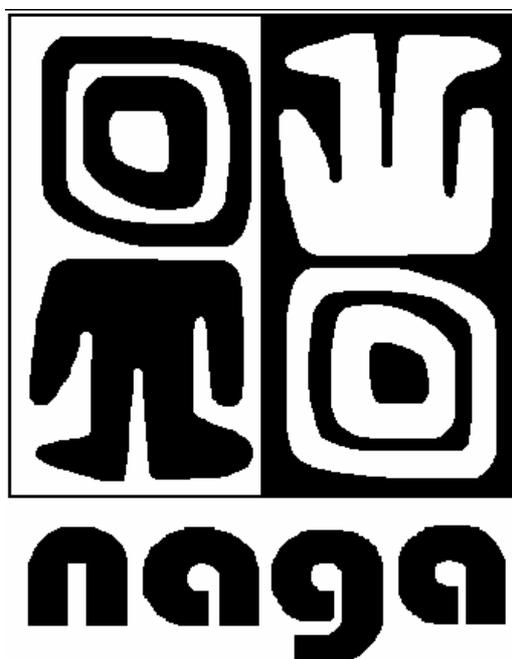


OSSERVATORI NAGA



LA CITTA' INVISIBILE

**Rapporto sulla popolazione delle baraccopoli
e delle aree dismesse milanesi**

**Gruppo di Medicina di Strada del Naga
(triennio 2000 – 2002)**

Milano, 5 giugno 2003

Direttore Gruppo Osservatori: Fabio Parenti

Gruppo Osservatori: Anna Cravero, Francesco Fasani, Andrea Fianco, Tommaso Frattini, Sara Guerriero Trinchieri, Fabio Parenti, Daniele Termite.

Per l'elaborazione e l'analisi dei dati medici: Stefano Dalla Valle e Filippo Numeroso

INDICE

IL GRUPPO OSSERVATORI	3
INTRODUZIONE	4
Nascita e obiettivi del progetto.....	4
La tipologia dell'utenza	5
La tipologia degli insediamenti	6
La nostra attività.....	10
L'utenza della medicina di strada	12
L'UTENZA DELLA MEDICINA DI STRADA	12
Nazionalità	12
Sesso	14
Permanenza	16
Titolo di studio.....	18
Occupazione.....	19
Stato civile.....	28
Attività medica	28
CONCLUSIONI	33

IL GRUPPO OSSERVATORI

L'immigrazione è un fenomeno ormai consolidato nel nostro Paese. Milano in particolare è una delle prime città in Italia per numero di immigrati presenti, ma la massiccia presenza di stranieri sul nostro territorio è spesso accompagnata da una scarsa o nulla conoscenza delle loro condizioni di vita da parte della popolazione autoctona.

Lo straniero emerge mediaticamente quasi esclusivamente in occasione di eventi delittuosi o di grave emarginazione. L'immagine veicolata è spesso stereotipata e stigmatizzata; la carenza di dati quantitativi e qualitativi certo non aiuta a costruire un quadro preciso della situazione.

Gli "Osservatori Naga" sull'immigrazione nascono per contribuire a colmare tale carenza, allo scopo di fornire una fotografia delle reali del fenomeno migratorio e dei migranti, con particolare riferimento all'area metropolitana milanese.

L'associazione Naga, con i suoi 20.000 utenti stranieri all'anno, solo sulla città di Milano, costituisce già di per sé un osservatorio privilegiato con un campione di utenti e un'esperienza diretta difficilmente comparabili.

L'intento degli Osservatori è di costituire una serie di appuntamenti annuali volti a fotografare la situazione di singole categorie di immigrati quali le donne, i detenuti, i rifugiati politici, i Rom, ecc.

I dati utilizzati come base delle ricerche saranno i dati sociali e medici raccolti durante l'attività ordinaria dell'associazione, integrati di volta in volta da indagini tese ad indagare aspetti più specifici, quali ad esempio la relazione tra flusso migratorio e mercato del lavoro o ricerca dell'alloggio.

Quella di seguito riportata è la prima relazione sull'attività svolta negli ultimi tre anni dalla Medicina di Strada del Naga nelle aree dismesse e nelle baraccopoli di Milano; una fotografia su una città sommersa, sulla "città invisibile".

Costruita a partire dai dati raccolti nel corso dell'attività della Medicina di Strada, integrati con informazioni e interpretazioni raccolte da chi opera sul campo, questa relazione nasce con l'obiettivo di fornire una lettura il più possibile realistica di queste situazioni.

INTRODUZIONE

Il Gruppo di Medicina di Strada del Naga ha cominciato a svolgere la propria attività nel dicembre del 1999.

Partendo dall'osservazione che circa il 10% degli utenti stranieri irregolari incontrati nell'ambulatorio Naga di Viale Bligny ha trascorso un periodo della permanenza nella nostra città vivendo in insediamenti abusivi – tra l'altro a Milano non vi è alcuna possibilità di assistenza notturna per gli immigrati senza documenti, mai in strutture pubbliche e molto raramente in strutture private, si è pensato di portare direttamente un servizio di assistenza sanitaria e legale a questa componente della popolazione di immigrati presente a Milano.

E' stata così costituita un'Unità Mobile, che si reca direttamente in questi insediamenti con un camper dotato di attrezzature mediche, farmaci e materiale informativo di carattere socio-legale; l'attività si svolge in orari serali, dalle 20.30 alle 23.30 circa.

Nel corso di questi 3 anni il gruppo ha ampliato il proprio organico e il proprio raggio d'azione; è stato così possibile portare assistenza sanitaria a oltre 1500 pazienti stranieri (e contattarne almeno il triplo) che, abitando in aree dismesse, case e fabbriche abbandonate, vivono in condizioni di forte isolamento, spesso inconsapevoli dei propri diritti e delle strutture cui possono rivolgersi.

Il gruppo è attualmente composto personale di accoglienza, medici, infermieri, una mediatrice culturale rumena e una ucraina, un coordinatore e un direttore del progetto.

Nascita e obiettivi del progetto

Fin dai primi anni in cui il fenomeno migratorio ha interessato la città di Milano vi sono stati sul territorio insediamenti non "regolari" che, creati in edifici in stato di abbandono come Cascina Rosa, furono il rifugio di parte degli stranieri arrivati con le prime ondate migratorie.

Questi insediamenti furono poi sostituiti dai Centri di Prima Accoglienza (CPA), nati proprio con lo scopo di dare asilo ai migranti ancora privi di una rete di relazione che li supportasse nella ricerca di un alloggio. Tali centri furono in seguito smantellati e sostituiti da nuovi centri, gestiti in buona parte dal privato sociale. Questa nuova rete di supporto

presenta un numero di centri e di posti letto minore rispetto a quella precedente. La modifica sostanziale nella gestione dei nuovi centri riguarda l'accesso, consentito esclusivamente a migranti "regolari" ergo in possesso del permesso di soggiorno. Questa discriminante, che consente l'accesso solo a chi, più probabilmente, ha già un lavoro stabile e un alloggio, ha finito col respingere proprio la parte della popolazione che più necessita di tale soluzione. Il fatto che a questa popolazione sia stato negato ogni diritto di accesso alle strutture pubbliche non ha portato all'eliminazione del "problema", ha al contrario solo riattivato ed incentivato altre soluzioni, quali le baraccopoli.

La Medicina di Strada del Naga ha preso le mosse proprio a partire dal presupposto che questa popolazione non fosse affatto scomparsa, con lo scopo di raggiungere quella parte di migranti ignorata dall'istituzione e non raggiunta da alcun servizio.

Obiettivo primario della nostra attività è però quello di creare un "ponte" tra i migranti e la rete di servizi del territorio, non di garantire una forma di assistenza sostitutiva a servizi già esistenti e fruibili dagli stranieri.

La tipologia dell'utenza

La strada è popolata da vari gruppi che per necessità, molto più raramente per scelta, l'hanno eletta a propria dimora; basti pensare, ad esempio, a una parte dei tossicodipendenti, ai *clochards* espulsi o autoesclusi da un percorso di integrazione, ai Rom o Zingari. I Rom presentano a loro volta marcate differenze tra Rom regolari, che hanno diritto ad accedere ai pochi campi pubblici, e irregolari. Giova precisare che, pur parlando di Rom, non ci riferiamo a una popolazione originariamente avvezza a condizioni abitative precarie, in quanto la maggior parte dei nuovi Rom provenienti dall'Est e giunti in Italia in questi anni conduceva un'esistenza di tipo stanziale nel Paese d'origine.

Le utenze fino ad ora menzionate sono raggiunte da altri servizi ed associazioni presenti sul territorio. L'Associazione Naga ha invece deciso di rivolgersi ad un quarto gruppo, meno visibile ma non meno consistente, costituito dai migranti che abitano le aree dismesse e le baraccopoli. Questi migranti, a differenza di tossicodipendenti o "barboni", hanno come prima caratteristica una forte spinta a tentare percorsi di integrazione, ragion per cui la loro condizione "ai margini" rappresenta nella maggior parte dei casi un punto di partenza più che un punto d'arrivo.

La tipologia degli insediamenti

Gli insediamenti sono localizzati all'interno di aree industriali dismesse, case abbandonate, edifici destinati al terziario e ora inutilizzati, oppure in campi.

La localizzazione

Situati in qualsiasi spazio lasciato libero all'interno o alla periferia della città, vi sono insediamenti tanto in aperta campagna quanto in edifici a ridosso della cerchia dei Navigli.

L'abitabilità

Gli insediamenti sono generalmente privi d'acqua, riscaldamento, elettricità e servizi igienici. Gli abitanti si servono di candele e torce per illuminare l'ambiente, qualora non riescano a allacciarsi a impianti elettrici nelle vicinanze; per bere e lavarsi riempiono d'acqua bottiglie e taniche all'esterno dell'insediamento; per riscaldarsi o cucinare utilizzano stufe alimentate a legna, fornelli e bombole a gas.

Le strutture pericolanti, la mancanza di illuminazione, la difficoltà di accesso, gli impianti elettrici di fortuna, sono ovviamente causa potenziale di incidenti e incendi.

Il problema igienico primario è costituito dall'accumulo di rifiuti, che è impossibile smaltire tramite l'Amsa ma che è necessario occultare per rendere meno visibile l'insediamento; gli spazi che visitiamo sono quindi disseminati di spazzatura fino a causare l'abbandono dell'area da parte degli occupanti, una volta saturati gli spazi.

A dispetto delle condizioni generali degli insediamenti, le aree destinate ad alloggio sono invece generalmente in condizioni decorose, spesso anzi accoglienti e "personalizzate".

L'unità abitativa

Le aree in cui ci rechiamo sono sostanzialmente di due tipi:

- Fabbriche dismesse di grosse dimensioni, abitate da un numero consistente di persone (100/300 persone). In questi spazi immensi gli stranieri abitano le

“camere” già esistenti oppure si creano una sorta di stanza, usufruendo delle due pareti ad angolo e costruendo la parte mancante. Generalmente queste fabbriche sono suddivise in “blocchi”; ogni blocco è provvisto di un’area destinata all’ammasso della spazzatura e di una destinata ai servizi igienici. L’interno di tali spazi abitativi è spesso ricoperto da cartoni e giornali, volti a isolare dal freddo proveniente dall’esterno¹.

- Baracche costruite nelle campagne dell’hinterland milanese o cascine abbandonate; si tratta di insediamenti di più piccole dimensioni e generalmente caratterizzati da una dimensione più “comunitaria”.

Negli insediamenti di lungo periodo, in condizioni stabili e assenza di sgomberi, l’investimento sulla soluzione abitativa si intensifica, fino ad arrivare alla costruzione di strutture ampie, in rarissimi casi dotate di generatore per la corrente. Caso limite, la sostituzione del legno e del compensato con una struttura in mattoni e cemento, registrata nell’insediamento – ora sgomberato – situato sul ponte ferroviario di Greco.

Gestione interna delle aree e socialità:

Le aree monitorate sembrano non presentare in maniera sistematica meccanismi di gestione collettiva, anche a causa del declino della forma di insediamento a “villaggio” (grossi insediamenti abitati da 200/300 persone, ove vi sia disponibilità di ampi spazi), sostituito da raggruppamenti di baracche meno popolosi e più frammentati sul territorio. Il fatto che non vi sia una forma sistematica di gestione collettiva non vuol dire che essa sia del tutto assente (in almeno un caso di notevoli dimensioni siamo in presenza di una vera e propria gestione comunitaria). In altri casi la gestione da parte della comunità è sostituita dalla gestione di un “padrone” che consente di insediarsi sulla propria area a condizioni predefinite a livello di costi d’accesso, permanenza e modalità di comportamento all’interno dell’area. L’assenza di gestioni collettive crea un vuoto, che in alcuni casi determina la gestione dell’area da parte di famiglie o gruppi di singoli organizzati.

Molto più spesso, però, gli insediamenti sembrano essere privi di qualsiasi tipo di gestione collettiva o di direzione da parte di soggetti terzi.

¹ Il freddo durante la stagione invernale costituisce una delle emergenze più gravi; per questo da due anni abbiamo attivato un sistema di raccolta e distribuzione di coperte, effettuata direttamente nelle aree in cui ci rechiamo durante le uscite serali, affiancando la consueta attività medica e informativa.

Gli insediamenti si sviluppano non solo “orizzontalmente”, ma anche “verticalmente”, ossia su più piani degli edifici, talvolta anche sui tetti o nei sotterranei. Ove vi siano situazioni di stabilità e fenomeni di autogestione, si può individuare la presenza di spazi destinati ad uso collettivo. Abbiamo ad esempio registrato aree adibite a campo da calcio; la presenza in una baraccopoli di una “discoteca” costruita con gli stessi materiali di recupero utilizzati per le baracche; un ampio spazio adibito a sala di preghiera/moschea in un'ex-fabbrica. Questi spazi sono possibili principalmente in aree di medie dimensioni – non più di 50 persone – con popolazione stabile, cosa che facilita, presumibilmente, la costituzione di meccanismi di autogestione.

I visitatori

Da segnalare la quasi completa assenza di organizzazioni o associazioni di volontariato che intervengano in queste aree portando un servizio di assistenza e supporto.

L'intervento istituzionale si limita a sgomberi o retate di stranieri irregolari da parte della Polizia.

E' proprio questo tipo di azione, che scatta ogni qualvolta l'insediamento diventa visibile, che ha portato al declino del modello “villaggio” e alla creazione di microinsediamenti. La medesima azione ha anche determinato una trasformazione nelle modalità abitative, innescando da una parte tutta una serie di procedimenti atti a mimetizzare le abitazioni (camere nascoste dietro a corridoi pieni di spazzatura, ingressi non visibili e disagiati, costruzione di false pareti, alloggi sotterranei...), dall'altra una riduzione del tempo e dell'energia spesi a rendere più confortevole un alloggio che rischia di essere distrutto durante un'incursione o una retata.

Da rilevare che l'isolamento da un lato e le incursioni della polizia dall'altro hanno determinato una profonda diffidenza da parte degli abitanti verso gli esterni ma anche tra di loro. Questo atteggiamento, unito alla necessità di diventare sempre più invisibili per evitare gli sgomberi, conduce alla frammentazione delle aree, creando condizioni in cui è estremamente difficile tanto operare quanto monitorare le aree stesse. Ha pertanto determinato un netto innalzamento della qualità del nostro lavoro l'introduzione di due mediatrici, una ucraina e l'altra rumena, che hanno permesso di vincere la diffidenza e la

ritrosia di molti stranieri, di facilitare la comprensione tra medico e paziente, di venire a conoscenza di episodi e “confidenze” cui molto più difficilmente avremmo potuto avere accesso diretto.

Da non dimenticare poi la crescente presenza di giornalisti e fotografi, vissuta talvolta come estremamente intrusiva da parte degli abitanti (che non amano ovviamente sentirsi oggetto della curiosità altrui), come violazione del proprio spazio e della propria intimità, oltre che come innesco potenziale di un nuovo sgombero.

Una presenza profondamente inquietante, anche se fortunatamente sporadica, riguarda gruppi di estrema destra che compirebbero spedizioni all’interno delle aree distruggendo ciò che vi trovano, attaccando gli abitanti e lasciando svastiche sul muro a testimonianza del proprio passaggio.

La criminalità

Un capitolo a parte merita l’analisi della criminalità nelle aree che visitiamo. La costruzione politica e mediatica del binomio clandestinità-delinquenza che si è affermata e radicata nell’immaginario collettivo non trova riscontro nella nostra utenza, dato che negli insediamenti da noi presi in considerazione non emergono attività criminali di rilievo.

Gli spazi destinati allo spaccio di sostanze stupefacenti non coincidono in alcun modo con quelli abitati dalla nostra utenza. I due fenomeni, spaccio e occupazione di aree destinate ad uso abitativo, sembrano respingersi reciprocamente. Chi infatti è dedito all’attività di smercio di droghe non è sostanzialmente gradito agli abitanti delle aree, perché le rende pericolosamente visibili. Il tipico “reato” imputabile agli abitanti di queste aree è il furto di carrelli della spesa, utilizzati per trasportare rifornimenti d’acqua all’interno delle aree più estese! Si verificano poi talvolta allacciamenti abusivi alla rete elettrica; è stato registrato un caso di furto di assi dai cantieri, destinate alla costruzione delle baracche.

Dopo tre anni di monitoraggio, quindi, possiamo affermare che queste aree non siano i luoghi deputati alle attività criminose di gruppi organizzati (anche perché i proventi di attività illecite consentirebbero di vivere in condizioni migliori che in un’area dismessa).

Si sono tuttavia verificati almeno due casi di criminalità violenta (un omicidio in Via della Giustizia ed una violenza carnale in Via Adriano) particolarmente gravi; caratteristica comune a questi due episodi è l’essersi verificati in insediamenti molto estesi ma del tutto

privi di qualsiasi forma di controllo sociale interno. E' importante invece sottolineare come molto spesso siano gli abitanti stessi di queste aree ad essere vittima, in maniera strutturale, di abusi sul luogo di lavoro, che vanno dal frequente mancato pagamento del lavoro svolto allo sfruttamento (14 ore di lavoro al giorno senza turni di riposo), a minacce e ritorsioni fisiche in caso di denuncia al datore di lavoro (in particolar modo durante la sanatoria).

Sostanzialmente gli abitanti non costituiscono alcun pericolo per gli autoctoni: si tratta di persone che interagiscono col tessuto sociale essenzialmente dal punto di vista lavorativo, e rientra nel loro stesso interesse non causare problemi.

La nostra attività

Le aree sono soggette a notevoli e repentine evoluzioni: cambia la popolazione, sia dal punto di vista numerico che di provenienza geografica (la nostra percezione è che vi sia un turnover che si aggira intorno ai tre mesi all'interno delle comunità). Alcune vengono sgomberate - talvolta definitivamente, a volte invece tornano presto ad essere abitate; si è inoltre osservata una sempre maggiore frammentazione degli insediamenti conseguente ai numerosi interventi delle forze di polizia. Nel corso del triennio il numero dei grossi insediamenti è infatti calato, mentre è aumentato quello di aree di dimensioni limitate in cui nel giro di una/due uscite si esaurisce la necessità del nostro intervento.

E' pertanto indispensabile effettuare un costante monitoraggio delle aree oggetto del nostro intervento, non solo per individuarne di nuove, ma anche per seguire da vicino le evoluzioni di quelle già conosciute, per individuare le problematiche emergenti e le conseguenti strategie d'azione. Per questo motivo l'attività di presa di contatto con i nuovi potenziali utenti e un'intensa attività esplorativa delle aree dismesse affiancano necessariamente le uscite serali.

A tal fine ci si reca nei luoghi di ritrovo degli stranieri (mense, mercati ecc...) per informare dell'esistenza del Naga, parlare con loro, cercare di ottenerne la fiducia e sapere dove abitano.

Si procede quindi all'attività esplorativa vera e propria, attraverso la quale si ha modo di quantificare la dimensione dell'area, il numero di abitanti, il bisogno effettivo di assistenza sanitaria, ecc.; è molto importante raccogliere qualche numero di telefono, in modo da poter avvisare sempre gli abitanti qualche ora prima del nostro arrivo.

Al momento siamo operativi in 19 insediamenti (4 di dimensioni consistenti, dai 100 ai 300 abitanti), in cui stimiamo transiti una popolazione di almeno 3500 unità durante l'anno solare; tale quota esclude i micro-insediamenti e quelli non ancora raggiunti o inaccessibili.

Nel 2000 sono state effettuate 34 uscite e visitate 466 persone; le uscite sono state invece 39 nel 2001, col raggiungimento di 475 nuovi pazienti; l'ultimo anno di attività, invece, ha visto salire a 47 le uscite effettuate e a 711 i nuovi contatti. Le cifre riportate si riferiscono soltanto alla prima visita medica che ciascun migrante riceve presso la nostra unità mobile. Ritornando periodicamente nelle aree, vi sono spesso pazienti che vengono visitati più volte nel corso del tempo: il numero effettivo delle visite effettuate è quindi più alto.

Al fine di sistematizzare i dati dei pazienti e di ottenere una "fotografia" della nostra utenza, sono stati trasferiti in un database i dati delle schede cliniche dei pazienti: nome e cognome, data di nascita, paese di provenienza, nome dell'insediamento, stato civile, titolo di studio, lingue conosciute, codifica della diagnosi effettuata dal medico.

Si è poi proceduto all'elaborazione dei dati; è stato così possibile tracciare l'evoluzione anno per anno (2000, 2001 e 2002) della tipologia di migranti incontrati, prestando particolare attenzione a:

- nazionalità, sesso e età;
- anni di permanenza in Italia al momento della visita;
- tipo di occupazione;
- titolo di studio e lingue parlate;
- correlazione tra occupazione e anni di permanenza in Italia;
- correlazione tra occupazione e titolo di studio;
- stato civile;
- diagnosi.

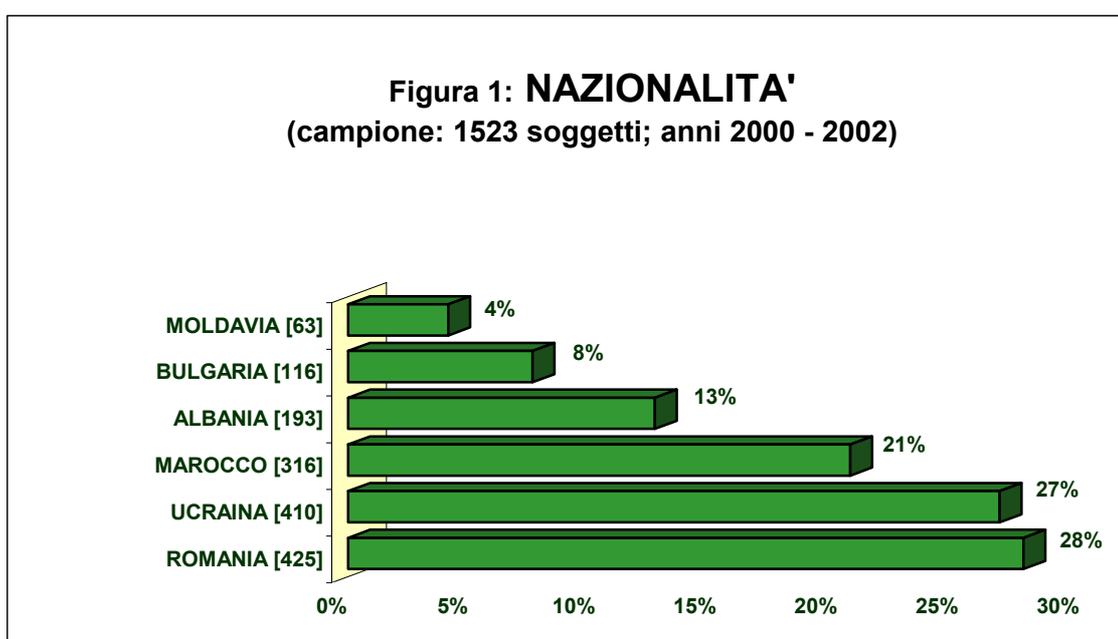
I dati ottenuti sono stati successivamente confrontati con quelli relativi all'utenza dell'ambulatorio diurno del Naga.

E' qui di seguito riportata un'analisi dei risultati ottenuti.

L'UTENZA DELLA MEDICINA DI STRADA

Nazionalità

L'utenza incontrata nel corso dell'attività proviene per circa l'80% da sei Paesi: Romania², Ucraina, Marocco, Albania, Moldavia e Bulgaria. I dati presentati di seguito si riferiscono, quindi, a questi sei Paesi.



Fra questi, quattro - Romania, Ucraina, Moldavia e Bulgaria - sono paesi di recente immigrazione, la cui popolazione ha cominciato ad arrivare in Italia intorno alla seconda metà degli anni '90: la presenza di immigrati provenienti da queste nazioni e in situazioni abitative precarie può quindi essere ricondotta alla non ancora avvenuta costituzione di una comunità di riferimento stabile e ben integrata, in grado di offrire appoggio e sostegno ai connazionali appena giunti in Italia.

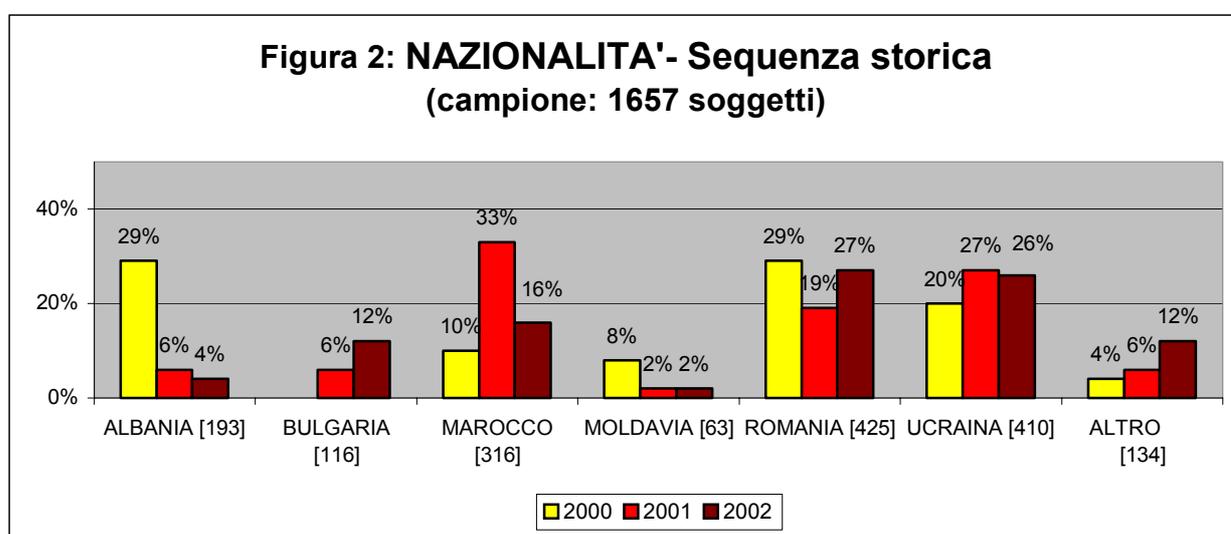
Il Marocco e l'Albania presentano, invece, caratteristiche differenti. Si tratta di paesi di (relativamente) antica immigrazione (Albania inizio anni '90, Marocco inizi anni '80) con

² Una precisazione importante: la voce "Rumeni" comprende anche i rumeni Rom, in particolar modo per quanto riguarda l'ultimo anno di attività.

una comunità regolare e integrata - dal punto di vista sociale, lavorativo e abitativo - che convive con una consistente componente di connazionali tendenzialmente irregolari e poco inseriti nel contesto socio-economico delle realtà in cui risiedono. Il fatto, quindi, che si riscontri ancora un'alta percentuale di marocchini e albanesi in condizioni abitative così precarie rispecchia l'integrazione complessa e per certi versi problematica di questi due gruppi nazionali.

Il confronto con i dati relativi alle prime dieci nazionalità dell'utenza dell'ambulatorio del Naga permette di rilevare significative differenze nella composizione etnica. Quasi la metà dei pazienti visitati al Naga proviene dall'Ecuador e dal Perù, successivamente troviamo gli Egiziani, seguiti da Marocco, Romania, Ucraina e Albania (che congiuntamente non superano il 28%). Da notare l'assenza - fra le prime dieci nazionalità - di Moldavia e Bulgaria.

Per comprendere questa differente composizione, occorre rilevare la differenza esistente tra il paziente che spontaneamente si presenta presso la sede del Naga e quello che contattiamo negli insediamenti abusivi. Il primo dimostra infatti un accesso alle informazioni sui servizi per stranieri irregolari che gli proviene (probabilmente) dall'appartenenza ad una comunità integrata capace di garantire un valido network di relazioni e informazioni; lo stesso non si può dire per gli stranieri che incontriamo nel corso della nostra attività: supplire a questa mancanza di informazioni è uno degli obiettivi della nostra attività.



Nel corso dei 3 anni di osservazione vi è stata una rilevante diminuzione della popolazione marocchina (dal 33% nel 2001 al 16% nel 2002), e soprattutto albanese (dal 29% nel 2000 al 4% nel 2002) nei nostri insediamenti³. Vi è invece stato un forte incremento di persone provenienti dall'Europa dell'Est, in particolar modo dalla Romania, seguita dall'Ucraina e in minor misura dalla Moldavia e dalla Bulgaria. Va sottolineato che questo cambiamento nella composizione etnica della nostra utenza nel corso del triennio potrebbe essere dovuto a variazioni intercorse nella presenza immigrata nell'area milanese, ma potrebbe anche essere banalmente ricondotto ai mutamenti (causati dagli sgomberi) che si sono verificati nelle aree raggiunte dalla nostra azione. La nostra conoscenza degli insediamenti abusivi, infatti, per quanto approfondita, non può essere in alcun modo considerata esaustiva (vista anche la relativa velocità con la quale tali insediamenti si "evolvono"): lo sgombero definitivo di una grossa baraccopoli abitata da albanesi sulla quale lavoravamo molto nel corso del primo anno, e la probabile frammentazione di questa comunità in aree che non riusciamo a raggiungere potrebbe, ad esempio, spiegare gran parte della riduzione degli albanesi fra la nostra utenza.

Sesso

Nel corso dei tre anni di attività con la Medicina di Strada sono stati visitati 1333 uomini (88%) e 189 donne (12%) provenienti dai sei Paesi presi in considerazione.

Si può notare una netta disparità rispetto ai pazienti visitati al Naga, uomini per il 52% e donne per il 47%. Questa differenza può parzialmente essere spiegata con la maggiore presenza presso l'ambulatorio Naga di pazienti ecuadoriani e peruviani, nazionalità contraddistinte da un'elevata presenza femminile. Infatti, non considerando pazienti sudamericani, le percentuali di uomini e donne nell'ambulatorio Naga diventano rispettivamente del 65% e del 35%.

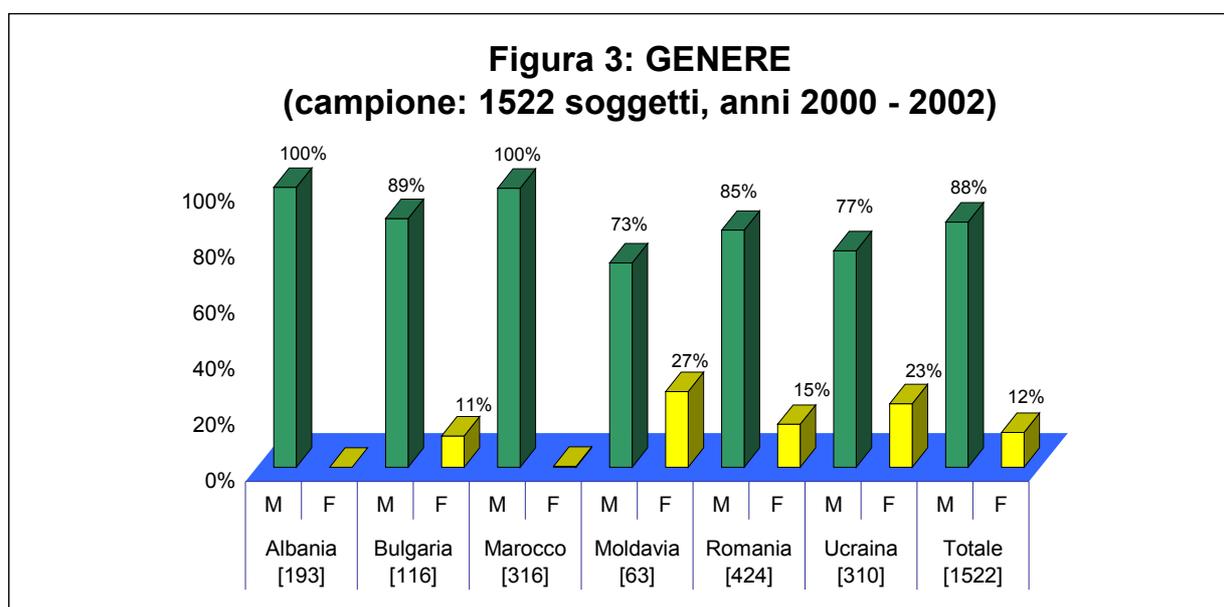
Indubbiamente le difficili condizioni abitative degli insediamenti (caratterizzati spesso da mancanza di acqua, luce, gas, spazi ridotti, luoghi talvolta difficilmente accessibili e generalmente poco sicuri per una donna) scoraggiano la popolazione femminile dall'abitarvi.

³ Questa riduzione è, seppure in minor misura, presente anche al Naga (5% di pazienti albanesi nel 2000; 7% nel 2001; 3% nel 2002).

Inoltre le donne, che spesso lavorano come badanti o assistenti alla persona, hanno più frequentemente la possibilità di dormire nel luogo di lavoro.

Il 100% della popolazione di Marocco e Albania è maschile.

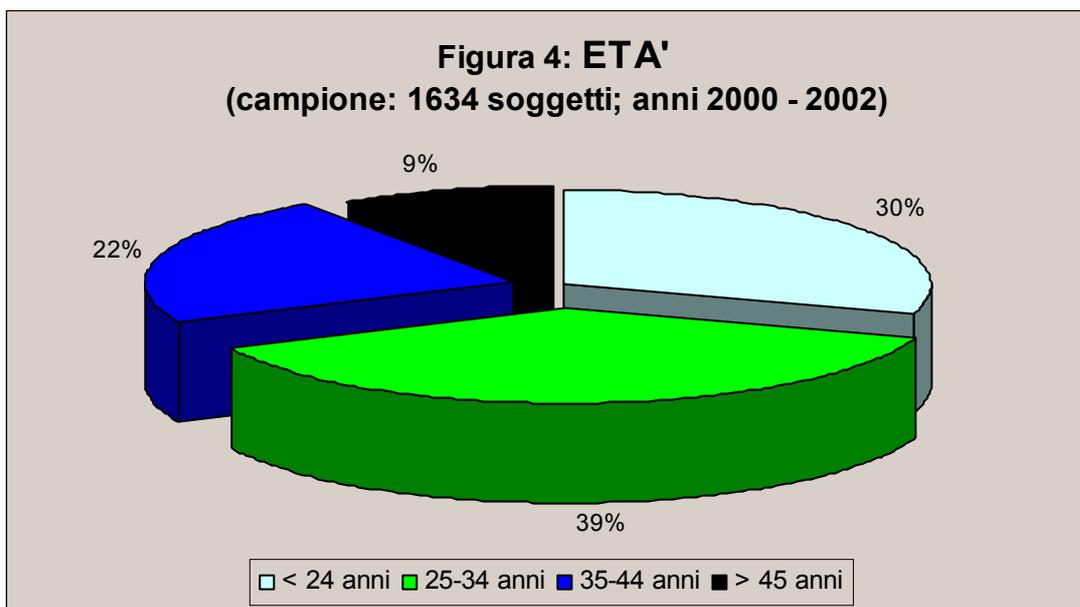
Negli altri quattro paesi c'è invece una maggiore componente femminile, compresa tra il 10% e il 20% per quanto riguarda Romania e Bulgaria, tra il 20% e il 30% invece in Ucraina e Moldavia. Questa consistente presenza femminile si spiega con l'alta richiesta presente a Milano di badanti, *baby-sitter* e assistenti per servizi alla persona, cui rispondono soprattutto le comunità dell'Est Europa.



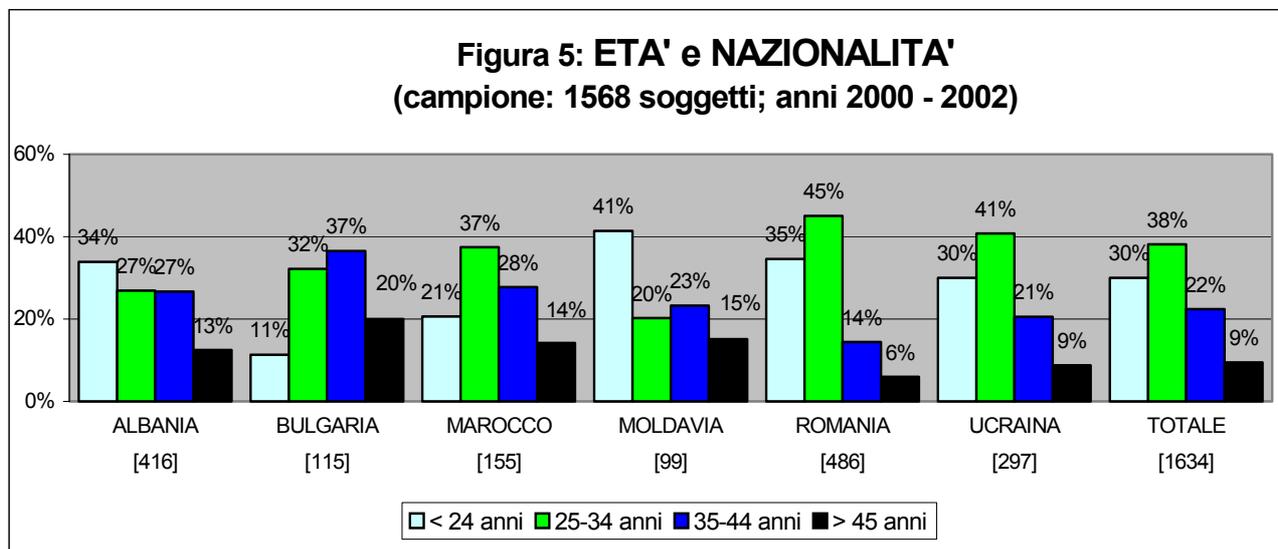
Età

I dati relativi all'età della nostra utenza confermano il profilo di una migrazione sostanzialmente giovane: il 70% dei pazienti visitati ha un'età compresa tra i 25 e i 44 anni; ben il 30% ha meno di 24 anni.

Per quanto riguarda i pazienti del Naga, la percentuale di persone visitate sotto i 44 anni si assesta intorno al 90%.

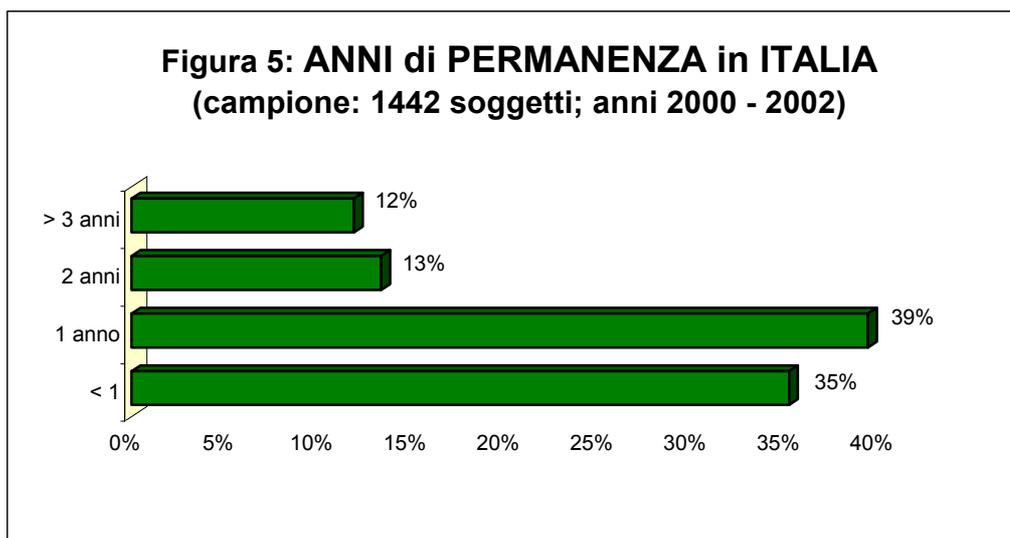


La percentuale più consistente di persone al di sotto dei 24 anni è stata riscontrata in Moldavia (41%), Romania (35%) e Albania (34%).

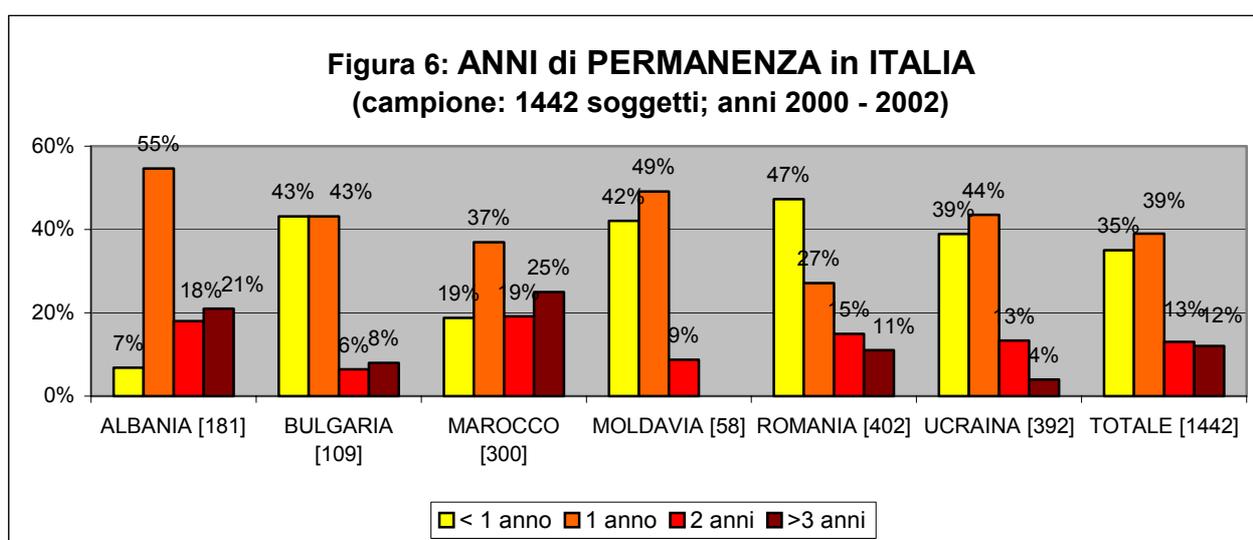


Permanenza

Per quanto riguarda la permanenza, la figura 5 permette di evidenziare che quasi il 75% della nostra utenza si trova in Italia da un anno o da meno di un anno. L'arrivo recente appare quindi come uno dei principali motivi che spiegano la residenza in contesti abitativi abusivi.

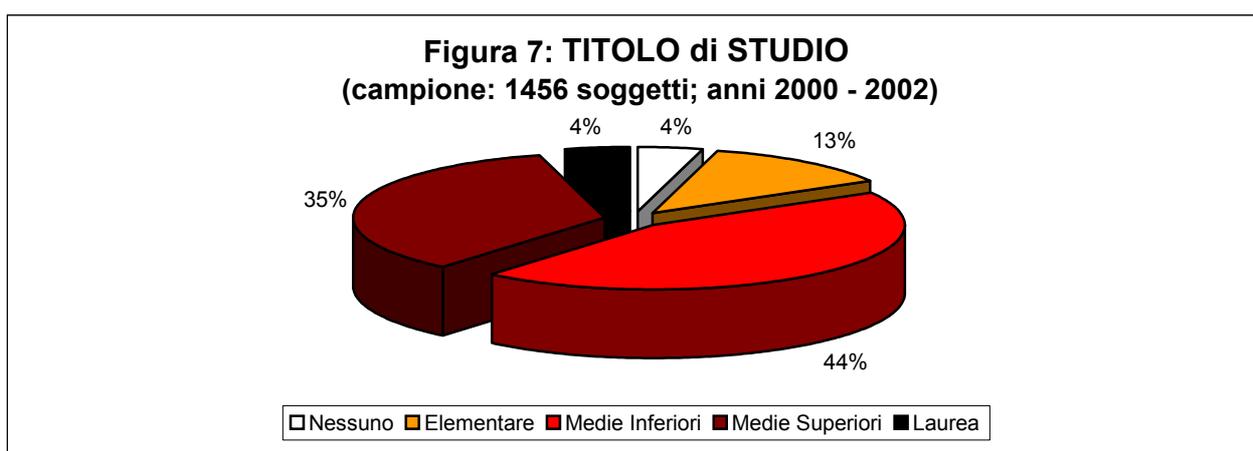


Guardando al periodo di permanenza per nazionalità (figura 6) viene confermato quanto precedentemente osservato: i Paesi dell'Est sono caratterizzati da recente immigrazione con una percentuale trascurabile di immigrati arrivati in Italia da più di due/tre anni. Per quanto concerne il Marocco e l'Albania, invece, accanto agli arrivi recenti vi è una quota consistente di persone arrivate da più di 3 anni (oltre il 20%): per questi migranti l'abitazione presso insediamenti abusivi non è riconducibile alle difficoltà incontrate nella prima fase di insediamento (a parte per gli stranieri in Italia da molto tempo, ma che si sono appena spostati a Milano), ma va imputata ad un'integrazione che stenta a verificarsi.



Titolo di studio

Considerando congiuntamente i dati relativi ai livelli di istruzione⁴ della nostra utenza (figura 7), si registra un profilo medio più basso rispetto a quello dei pazienti dell'ambulatorio Naga: la percentuale di laureati fra i pazienti del Naga è doppia rispetto a quelli della Medicina di Strada (4%); tra i pazienti del Naga la percentuale di persone con diploma di scuola media inferiore (33%) e superiore (43%) è invertita rispetto a quanto riscontrato tra i pazienti della Medicina di Strada (tra cui il 44% possiede un diploma di scuola media inferiore e il 35% di scuola superiore). Tale disparità può forse essere attribuita al fatto che gli utenti del Naga provengono da Paesi caratterizzati da un tasso medio di istruzione maggiore (Filippine, Sri Lanka, Egitto...) rispetto a quello che caratterizza i Paesi di provenienza della nostra utenza.



La figura 8 permette di analizzare i livelli di istruzione per ogni singola nazionalità.

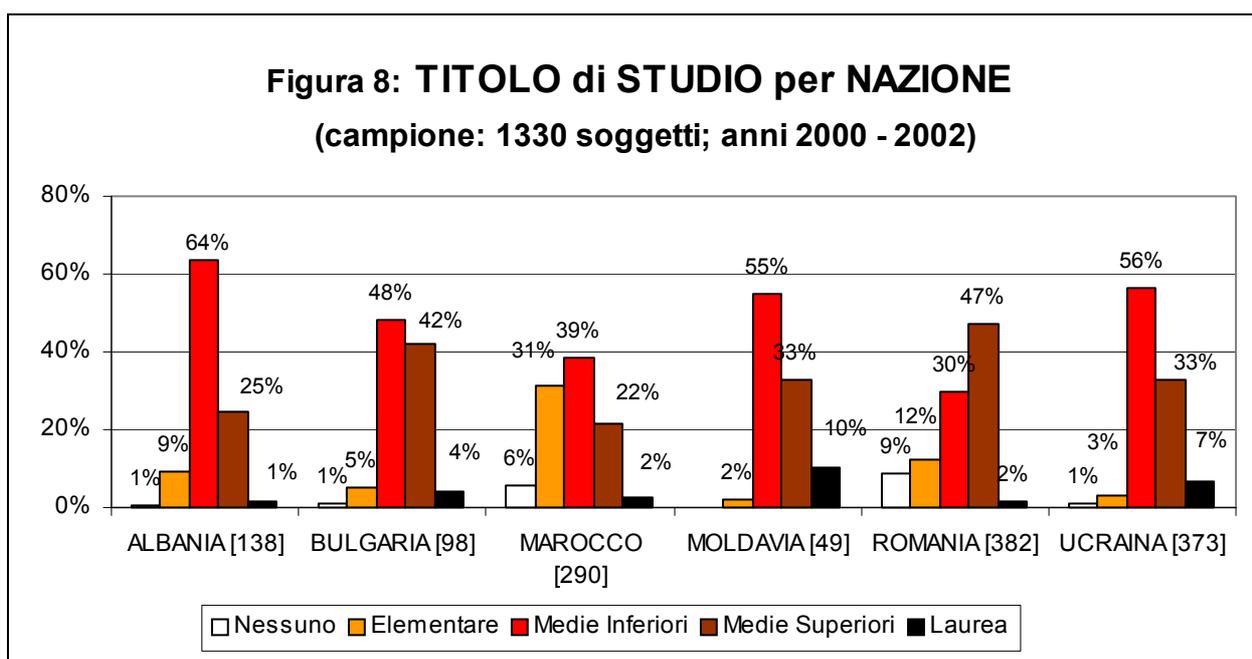
Il tasso di analfabetismo è pressoché nullo in Albania, Ucraina, Moldavia e Bulgaria; sfiora invece il 6% in Marocco e il 9% in Romania (quest'ultimo dato è presumibilmente attribuibile alla componente Rom).

Distinguendo i livelli di istruzione in due categorie – “istruzione di base” per chi ha frequentato solo le scuole Elementari o le Medie, e “istruzione superiore” per chi ha conseguito il Diploma di scuola superiore o la Laurea – Bulgaria, Moldavia, Romania e

⁴ Essendo spesso difficile trovare una corrispondenza tra titoli di studio ottenuti in Paesi diversi, abbiamo utilizzato come parametro il nostro sistema scolastico, considerando “Elementare” un’istruzione che non supera i sei anni di frequenza scolastica; per “Medie Inferiori” la frequenza da 6 ai 9 anni di scuola; per “Medie Superiori” un’istruzione scolastica superiore ai 10 anni.

Ucraina presentano un tasso di “istruzione superiore” tra il 40% e il 50%, con punte di laureati del 10% in Moldavia e del 7% in Ucraina. Conseguentemente, il restante 50-60% ha soltanto un’istruzione di base”.

Il profilo di Marocchini e Albanesi è diverso: il 70% circa possiede soltanto un’istruzione di base”; più specificatamente, il 30% dei Marocchini incontrati ha solo un’istruzione elementare, rispetto al 9% dell’Albania.



Occupazione

Si è deciso di approfondire l’aspetto relativo all’inserimento lavorativo della nostra utenza, che è parso molto interessante sia per le forti implicazioni e conseguenze sul mercato del lavoro italiano, sia rispetto alle motivazioni che hanno spinto il migrante a venire in Italia.

Prima di esporre i dati relativi all’inserimento lavorativo dell’utenza della Medicina di Strada è necessario premettere alcuni chiarimenti relativi alla terminologia adottata.

Nel classificare la posizione lavorativa del migrante è stata adottata la seguente tripartizione: a) disoccupazione; b) occupazione saltuaria; c) occupazione fissa.

Per quanto riguarda l'occupazione, occorre ricordare che nella maggior parte dei casi si tratta di rapporti di lavoro non regolari: l'irregolarità della situazione lavorativa non è però sempre la conseguenza necessaria dell'assenza del permesso di soggiorno – dato che in molti casi gli stranieri risultano in possesso di regolari documenti – ma appare piuttosto determinata dalla debolezza contrattuale che caratterizza l'immigrato in quanto tale all'interno del mercato del lavoro italiano⁵. Si rileva inoltre una componente – minoritaria ma non trascurabile – di immigrati che, nonostante siano in possesso del permesso di soggiorno e lavorino regolarmente, non riescono ad accedere ad una situazione abitativa regolare: in questo caso la diffidenza ad affittare appartamenti agli immigrati (specialmente se provenienti da alcune nazioni particolarmente stigmatizzate negativamente, come Albania e Marocco) e gli alti costi di affitto spiegano la scelta obbligata della residenza abusiva.

Trattandosi sostanzialmente di rapporti di lavoro irregolari, la distinzione tra occupazione saltuaria e occupazione fissa è particolarmente sottile ed incerta. In generale, viene considerata “fissa” un'attività lavorativa che presenti un certo carattere di stabilità e continuità, che sia associata ad uno stesso datore di lavoro e che impegni l'immigrato a tempo pieno⁶. Viene invece considerata “saltuaria” l'occupazione di chi lavora qualche giorno a settimana, svolgendo attività diverse e presso datori di lavoro diversi, a seconda della domanda di manodopera del giorno.

Una estrema e drammatica precarietà – congiuntamente ad elevati gradi di sfruttamento - è un tratto comune dell'inserimento lavorativo di questo tipo di immigrati. Vengono spesso segnalati fenomeni diffusi di caporalato, in cui “caporali” (italiani e stranieri) raccolgono all'alba i lavoratori stranieri presso alcuni “punti di raccolta” per poi smistarli presso imprese e cantieri a Milano e provincia. Una forte disparità salariale tra lavoratori italiani e immigrati adibiti ad identiche mansioni – con salari orari che, per i primi, superano spesso il doppio di quanto percepito dai secondi – viene riportata dagli intervistati come un'altra caratteristica costante ed ineluttabile del loro inserimento lavorativo. Ancora, sono frequenti i racconti di immigrati licenziati improvvisamente da un giorno all'altro – a volte in seguito a controlli – e ai quali non vengono corrisposte le

⁵ Secondo i dati dell'attività ispettiva svolta dal Ministero del Lavoro presso le aziende negli ultimi anni, l'irregolarità nei rapporti di lavoro dei lavoratori extracomunitari è riconducibile all'assenza del permesso di soggiorno solo nel 30% dei casi.

⁶ È importante sottolineare che la definizione di “tempo pieno” per gli immigrati intervistati supera abbondantemente le consuete quaranta ore settimanali: non solo la giornata lavorativa raggiunge spesso le dodici ore (alle quali occorre sommare i lunghi tempi di spostamento, dato che nessuno dispone di mezzi propri), ma, in genere, i giorni di lavoro sono sei, o addirittura sette, per settimana.

retribuzioni arretrate, e quelli di immigrati che continuano a lavorare ricevendo retribuzioni parziali, inferiori a quanto pattuito e in estremo ritardo, o non ricevendole del tutto. L'estrema "ricattabilità" degli immigrati irregolari, costantemente "a rischio" di espulsione e sostanzialmente impossibilitati ad accedere alle vie legali per veder ristabiliti i loro diritti di lavoratori, produce rapporti di lavoro pesantemente squilibrati in favore dei datori di lavoro e che assumono spesso caratteri premoderni. L'ultimo intervento normativo in materia di immigrazione – la cosiddetta Bossi-Fini – ribadendo l'enfasi sul contrasto della presenza immigrata irregolare mediante lo strumento delle espulsioni, e mantenendo inalterata la sostanziale impunità dei datori di lavoro che sfruttano irregolarmente la manodopera immigrata, ha ulteriormente indebolito la posizione degli immigrati, aggravando uno *status quo* di sfruttamento degli immigrati che caratterizza proprio le province più ricche del nostro paese.

A fronte di questa marginalità nelle condizioni di lavoro è interessante rilevare che gli immigrati sono spesso impiegati in imprese o cantieri che operano apertamente anche in zone centrali della nostra città.

La condizione abitativa abusiva aggiunge, inoltre, notevoli difficoltà alla capacità degli immigrati di svolgere e mantenere rapporti di lavoro stabili: l'esposizione alle malattie del disagio derivanti dal freddo e dalle pessime condizioni igieniche, la scarsa qualità del riposo, la lontananza dai luoghi di lavoro (le aree occupate spesso non sono servite direttamente dai mezzi pubblici), l'eventualità di subire sgomberi da parte delle forze dell'ordine, sono tutti aspetti che inducono spesso la perdita del posto di lavoro trovato o che, comunque, ne rendono ancora più difficoltoso il mantenimento. D'altra parte, la precarietà delle condizioni lavorative e la discontinuità nell'impiego e nella corresponsione del salario sono tutti elementi che determinano forti difficoltà nel mantenimento, da parte del migrante, di contratti d'affitto (di posti letto in appartamenti) che, per quanto irregolari (ed iniqui) richiedono pagamenti rigidamente puntuali e regolari. La "scelta" di abitare in edifici abbandonati o in baracche non è quindi necessariamente determinata dal recente arrivo a Milano, ma, sovente, viene presa in seguito alla perdita di un'abitazione "regolare".

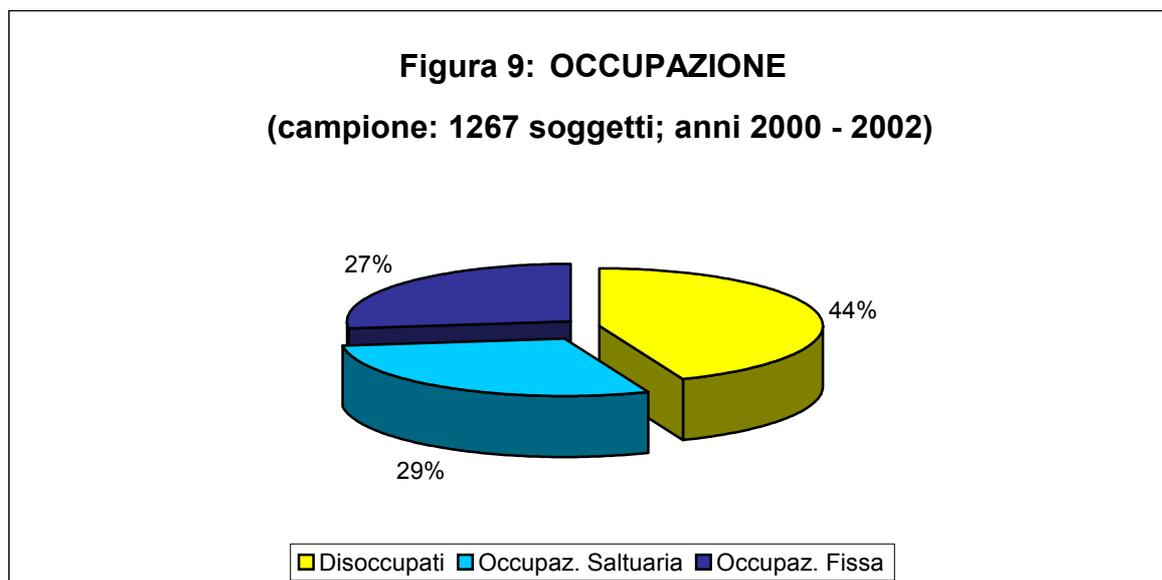
Guardando ai valori medi sul triennio 2000-2002, si ha un tasso di occupazione fissa del 27% e saltuaria del 29%.

Per quanto riguarda la disoccupazione, invece, è importante sottolineare che la nostra definizione non è in alcun modo confrontabile con quella dell'Istat⁷: paragonare il tasso di disoccupazione della nostra utenza con quello della popolazione italiana sarebbe un'operazione scorretta, dato che le nostre modalità di rilevazione portano ad una sovrastima (rispetto alle modalità adottate dall'Istat) di tale tasso. In genere, infatti, ponendo domande più specifiche agli utenti che si dichiarano disoccupati, si scopre che hanno svolto prestazioni lavorative, per quanto occasionali e saltuarie, lavorando ben più di un'ora nella settimana di riferimento (che è la definizione adottata dall'Istat).

Un tasso medio di disoccupazione – sul triennio 2000/2002 – del 44% va quindi letto alla luce di questa precisazione. Comunque, a prescindere dalla sovrastima, gli utenti della Medicina di strada presentano tassi di disoccupazione elevati, maggiori anche di quelli degli utenti dell'ambulatorio Naga (dove, con identici problemi di misurazione, la percentuale di disoccupati è del 34% nel 2002). Gran parte di questa disoccupazione può essere ricondotta al recente arrivo degli immigrati (e quindi ad un non ancora avvenuto inserimento), alla precarietà e alla discontinuità dell'impiego o, ancora, all'occupazione in impieghi stagionali in altre regioni italiane: il legame positivo tra aumento del periodo di permanenza in Italia e aumento della percentuale di immigrati occupati dimostra il carattere congiunturale e non strutturale della disoccupazione della nostra utenza.

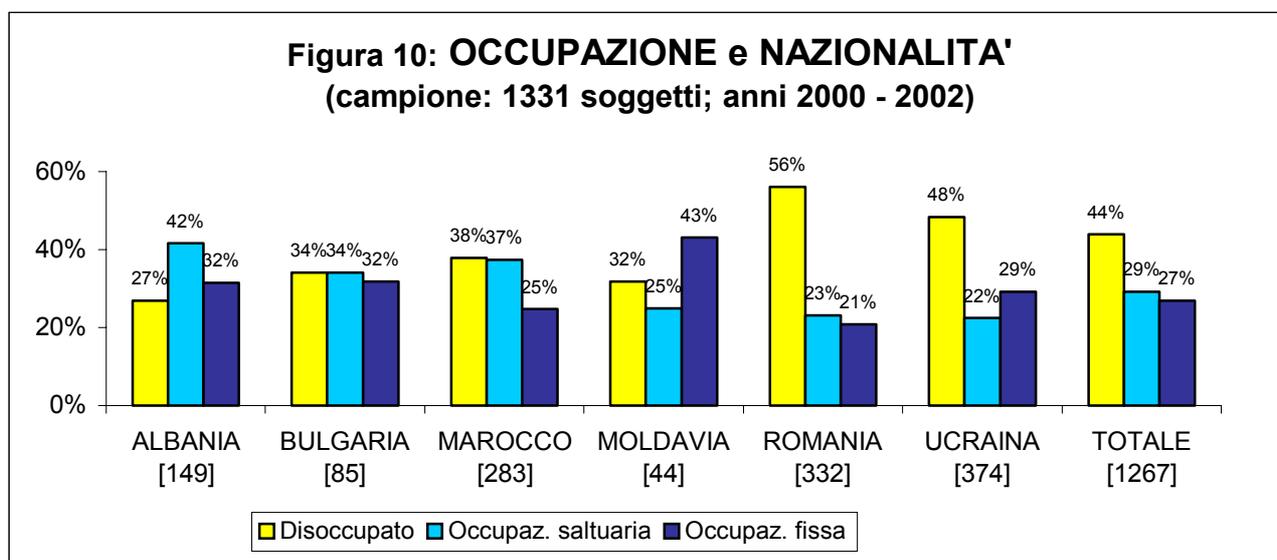
D'altra parte l'alloggio abusivo, la rete di solidarietà offerta da connazionali e dal mondo associazionistico milanese – che garantisce almeno parzialmente pasti e vestiti – permettono al migrante di sostenere lunghi periodi di disoccupazione senza, per questo, dedicarsi ad attività illecite (anzi, chi svolge “remunerative” attività illegali riesce solitamente ad abbandonare la residenza abusiva).

⁷ Secondo l'Istat, vengono classificate come *occupate* tutte le persone di almeno 15 anni che abbiano effettuato almeno un'ora lavorativa retribuita nella settimana di riferimento, o che dichiarino di avere un'attività lavorativa (anche se nella settimana non hanno lavorato nemmeno un'ora). Vengono, invece, definiti *disoccupati* tutti i non occupati che dichiarino al contempo di essere in cerca di lavoro, di avere effettuato almeno un'azione di ricerca “attiva” nel corso delle ultime quattro settimane, e di essere immediatamente disponibili (entro due settimane) ad accettare un lavoro.

Occupazione e nazionalità (figura 10)

Tra le persone impegnate in un'occupazione fissa, la percentuale più elevata riguarda i Moldavi, seguiti da Albanesi, Bulgari e successivamente Ucraini.

La Romania presenta il tasso di disoccupazione più elevato (56%), dato probabilmente imputabile alla consistente componente Rom. Anche l'Ucraina presenta un'alta percentuale di disoccupati (48%), riconducibile al recente arrivo in Italia; il 38% di disoccupati Marocchini, infine, è indice di un'integrazione non ancora pienamente realizzata (si tratta infatti di persone spesso in Italia da lungo tempo, come emerge dal grafico successivo).

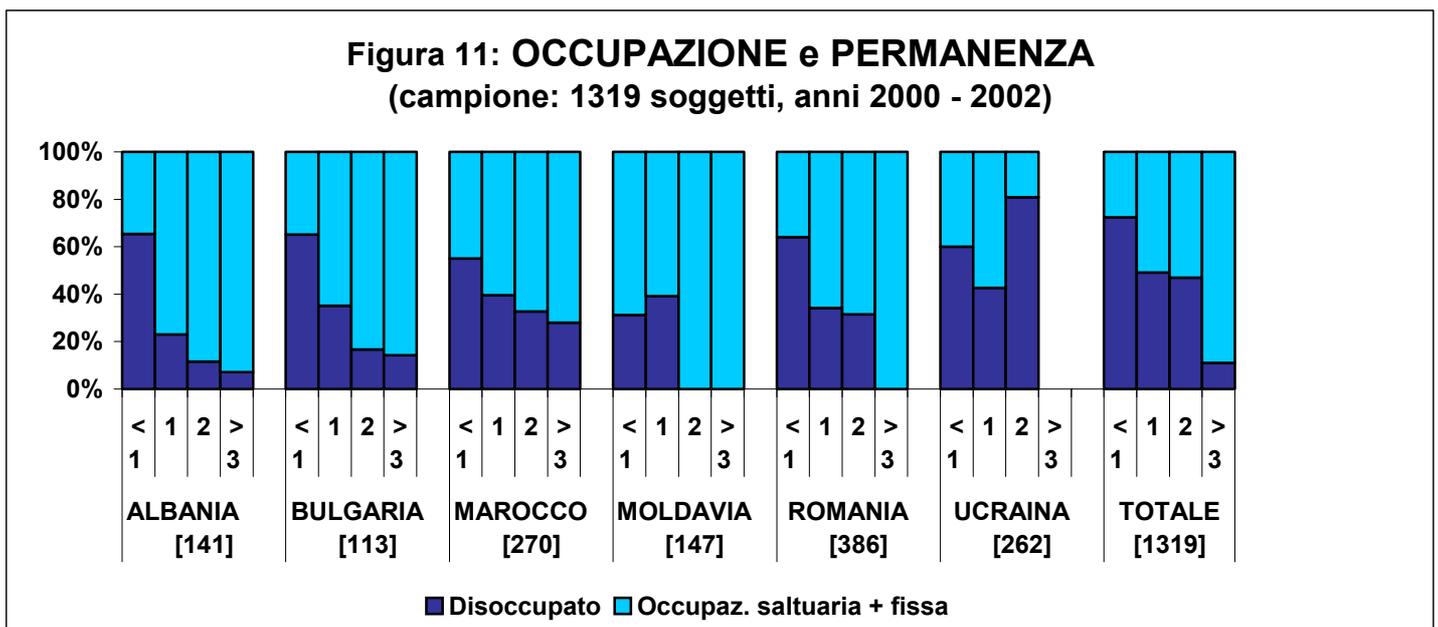


Occupazione e permanenza (figura11)

I grafici descrivono l'evoluzione nel tempo, rispetto alla permanenza in Italia, della condizione occupazionale degli immigrati. Bisogna considerare che non abbiamo molti dati sulla popolazione dell'Est con una permanenza di 3 o più anni, dato che, come già precisato, si tratta di un'immigrazione di recente arrivo.

Il carattere congiunturale della disoccupazione della nostra utenza emerge in maniera lampante dai grafici sottostanti. Si osserva infatti che la percentuale di disoccupati diminuisce notevolmente col passare degli anni di permanenza in Italia, passando dal 60% a tassi decisamente inferiori, con grosse differenze tra paese e paese.

Il caso più chiaro è costituito dall'Albania (che vede un decremento del tasso di disoccupazione nel corso dei 3 anni di attività dal 65% al 7%).

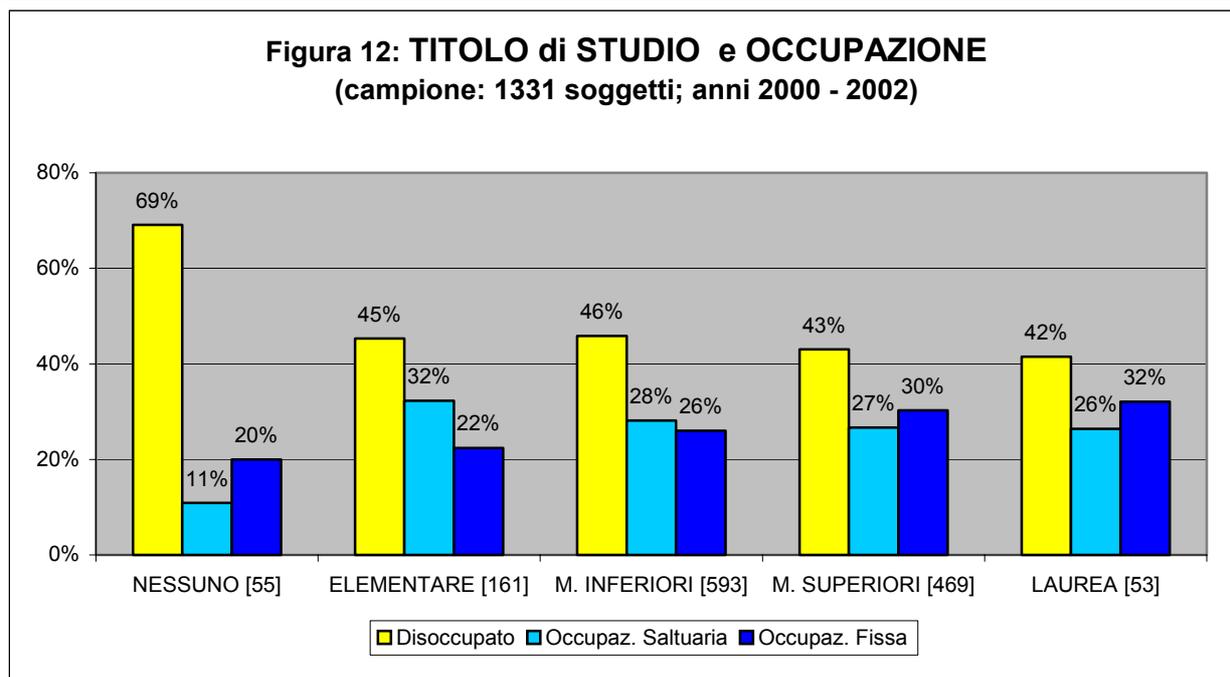


Occupazione e titolo di studio (figura 12)

Lo studio del legame esistente tra occupazione e scolarità del migrante evidenzia come un maggior livello di istruzione favorisca sensibilmente il percorso di inserimento. Si notano, infatti, tassi di disoccupazione e di occupazione saltuaria che decrescono all'aumentare della scolarità, mentre la percentuale di occupazione fissa raggiunge il massimo (37%) nel caso di immigrati laureati.

Nessuno degli stranieri con livelli di istruzione elevata ricopre posizioni lavorative per le quali siano richiesti titoli di studio particolari; gli immigrati subiscono infatti l'assodato processo di "dequalificazione" che caratterizza la collocazione degli stranieri nel mercato del lavoro italiano. Un'elevata scolarità è però connessa positivamente alla capacità di apprendimento della lingua italiana e alla velocità di accumulazione del "capitale umano" (risorse e competenze relazionali e esperienziali in grado di fornire strumenti e strategie per affrontare il nuovo contesto in cui ci si trova a vivere e imparare a "muoversi" al suo interno) necessario per un adattamento e un inserimento funzionali. Non è tanto la scolarità in quanto tale a favorire un adeguato inserimento, quanto la sua influenza positiva sui tanti aspetti che concorrono ad una positiva integrazione.

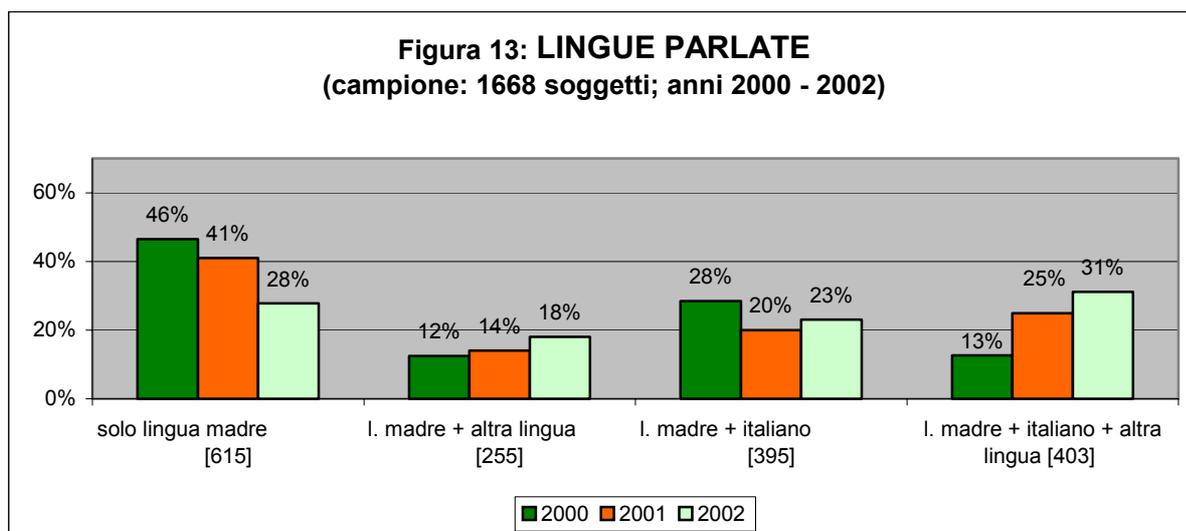
D'altro canto, il possesso di un elevato titolo di studio non costituisce *conditio sine qua non* per un buon inserimento lavorativo: è piuttosto una buona professionalità specifica a facilitare l'inserimento nel mercato del lavoro (che vede un'alta richiesta di piastrellisti, elettricisti, idraulici, saldatori, tappezzieri...).



Lingua

Il 50-60% della popolazione incontrata non parla italiano, e buona parte parla solo la lingua madre. Nell'ultimo anno, tuttavia, si è registrata una diminuzione della componente che parla solo la lingua madre, probabilmente a causa dell'aumento di immigrati provenienti dall'Est Europa, che spesso conoscono una o più lingue dell'Est. L'aumento nel tempo della percentuale di stranieri che parla sia l'italiano che un'altra lingua è riconducibile alla stessa ragione.

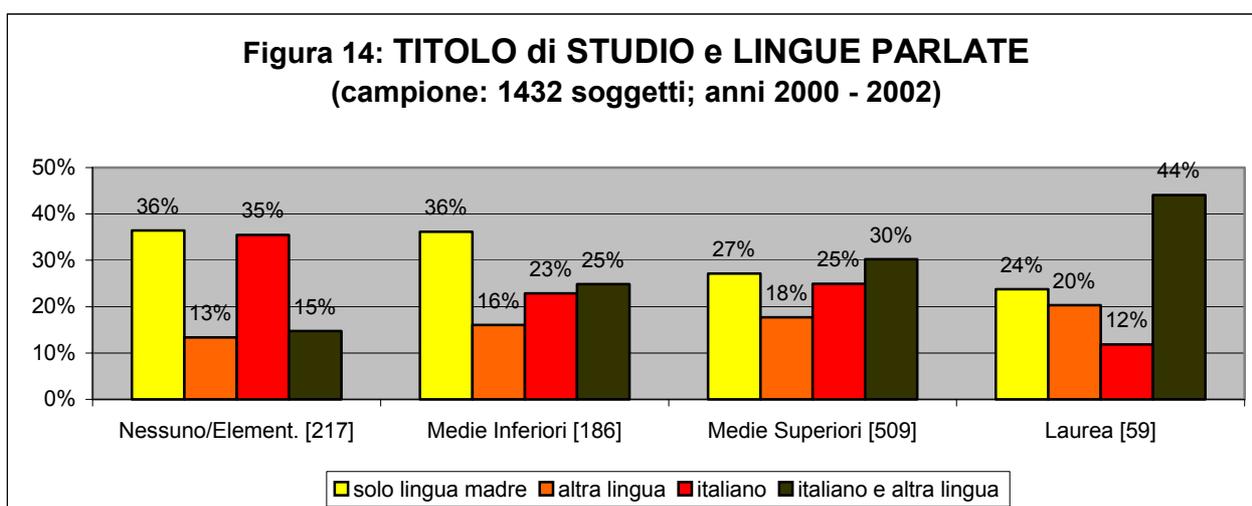
Per "altra lingua" intendiamo generalmente il francese per i marocchini, il greco per gli albanesi e il russo o il tedesco per le popolazioni dell'Est.



Lingua e istruzione (figura 14)

Come facilmente intuibile, il numero di persone che parlano l'italiano e un'altra lingua oltre alla propria cresce all'aumentare del titolo di studio.

Se infatti si osserva una progressiva flessione della quota di stranieri che parla solo la lingua madre all'aumentare del titolo di studio (dal 36% di chi non ha alcun titolo di studio o possiede soltanto la licenza elementare al 24% di chi è laureato), al crescere della scolarità, invece, aumenta sensibilmente la "competenza" linguistica (solo il 15% di chi ha una basso livello di istruzione parla l'italiano e un'altra lingua, contro ben il 44% di chi è laureato).



Questo dato è strettamente legato alla accumulazione di capitale umano prima citata: un titolo di studio più elevato, unito alla conoscenza dell'italiano e eventualmente di altre lingue, permette un più rapido e efficace inserimento socio-lavorativo.

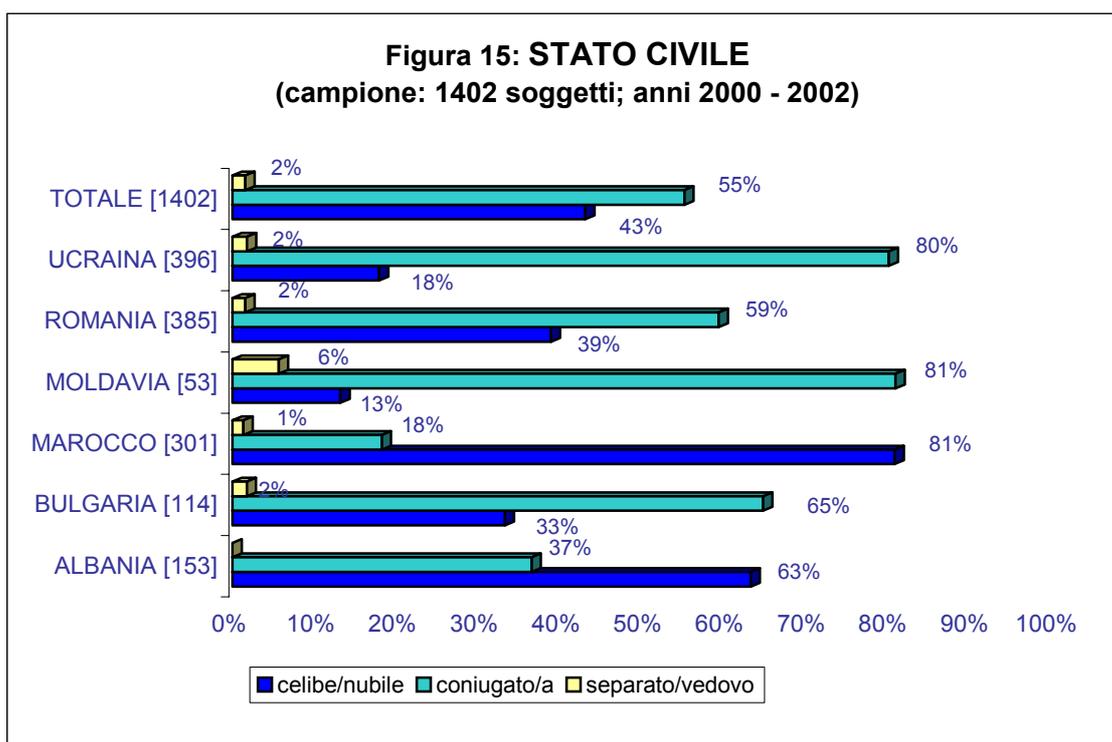
Stato civile

Sul totale dei pazienti incontrati, il 60% è coniugato e il 40% è celibe.

Un ulteriore fattore di distinzione tra immigrati dei Paesi dell'Est e immigrati provenienti da Marocco e Albania consiste nello stato civile: l'80% dei Marocchini e il 63% degli Albanesi incontrati è celibe (rispetto a percentuali di coniugati che per Bulgaria e Romania si aggirano intorno al 60% e per Moldavia e Ucraina raggiungono l'80%). Questa differenza è strettamente legata alla più giovane età di migrazione di Marocchini e Albanesi prima esposta.

La maggioranza degli stranieri coniugati, inoltre, ha figli (che risiedono generalmente nel Paese d'origine); anche questo dato è indice di un progetto migratorio mosso da motivazioni radicalmente diverse e che differenzia la migrazione dai Paesi dell'Est da quella di Marocchini e Albanesi.

Se gli stranieri provenienti dai Paesi dell'Est generalmente partono alla ricerca di un lavoro proprio per l'esigenza di mantenere una famiglia che hanno costituito nel Paese d'origine, la scelta migratoria di Marocchini e Albanesi viene presa in giovanissima età, allo scopo di costituire un piccolo capitale o di ricercare un'integrazione economica nel nostro Paese che permetta la successiva costituzione di una famiglia.



Attività medica

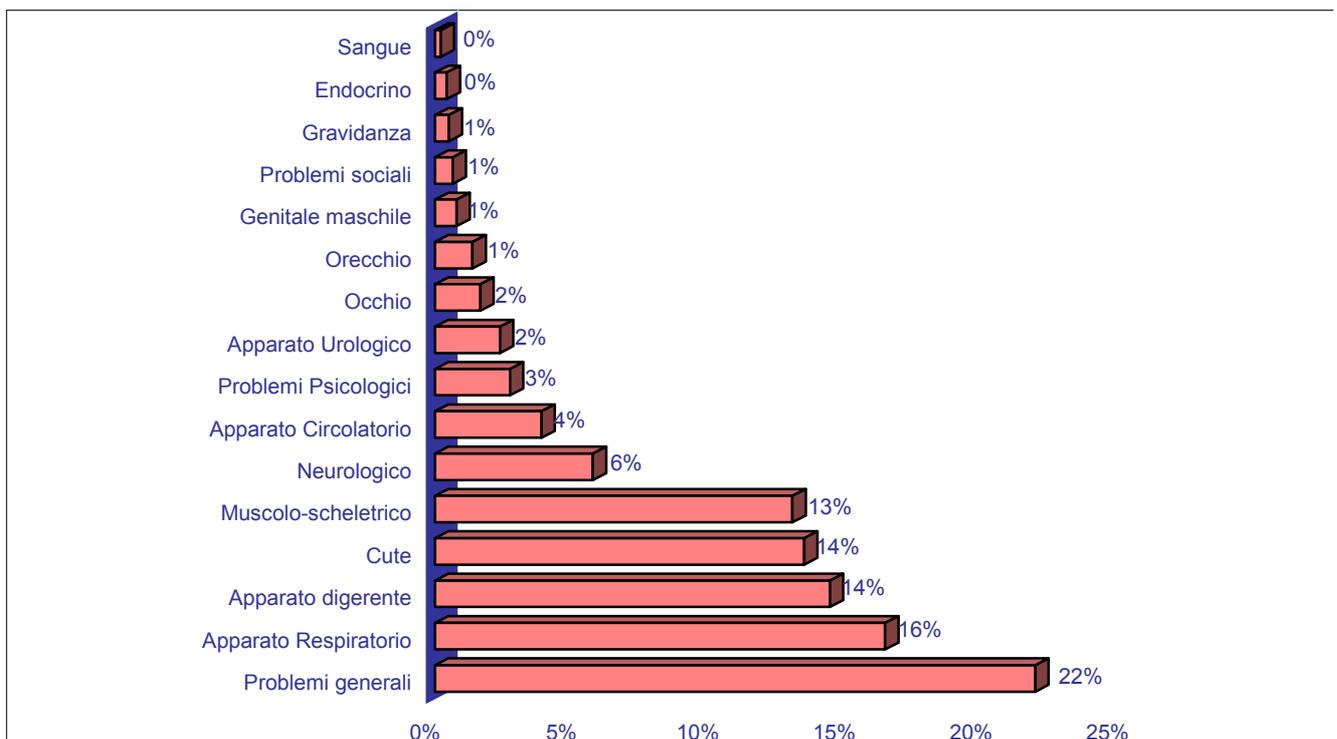
Sono necessarie alcune premesse relative all'attività medica svolta durante le uscite notturne ed all'utenza che andiamo a contattare.

Rispetto all'attività clinica che si svolge nell'ambulatorio centrale dell'associazione, quella serale sul camper risulta inevitabilmente condizionata dall'ambiente nel quale si svolge (lo spazio e gli strumenti sono molto limitati), dai tempi forzatamente ridotti per ogni visita e dalle caratteristiche dell'utenza (maggiori difficoltà di comprensione reciproca)

A complicare ulteriormente la relazione medico/paziente interviene, in alcuni casi, la tendenza a mascherare le patologie più gravi e a manifestare invece il bisogno in presenza di malesseri minori. Tale atteggiamento può, da un lato, rappresentare una forma di difesa da parte del paziente, che non può "permettersi" di stare male nella condizione già estremamente precaria in cui si trova a vivere; d'altra parte, invece, può riflettere una diversa concezione di gravità del malessere, una differente decodifica interna che porta ad una classificazione gerarchica della malattia diversa - a seconda dell'area geografica di provenienza - da quella cui siamo abituati.

Nel complesso, l'occupante di un insediamento abusivo risulta ammalato delle malattie del disagio sociale, abitativo-alimentare e lavorativo.

Si devono infatti considerare, in primo luogo, i fattori di rischio sul piano igienico-sanitario tipici delle sacche di disagio sociale urbano, correlati ad errato stile di vita, malnutrizione, scarsa igiene nella preparazione e nel consumo degli alimenti (rischio di



tossinfezioni alimentari), abitudini voluttuarie (l'abuso di fumo e bevande alcoliche, ad esempio) e povertà.

Vanno evidenziati inoltre i rischi specifici igienico-sanitari legati alla mancanza di acqua corrente, di servizi igienici ed al mancato smaltimento dei rifiuti, organici ed inorganici, che, come già accennato, vengono generalmente accatastati nelle vicinanze dei ricoveri notturni.

Sono state spesso visitate persone per i postumi di incidenti occorsi sul luogo di lavoro e che non sono state prontamente assistite; l'estrema precarietà del rapporto di lavoro rende tra l'altro spesso impossibile al paziente l'allontanarsi dal posto di lavoro stesso per ulteriori controlli clinici o l'esecuzione di esami diagnostici.

La predisposizione alla malattia rischia a volte di accentuarsi per la scarsa consapevolezza dei propri diritti in fatto di tutela della salute: molti tra gli occupanti degli insediamenti non sono a conoscenza della possibilità di ricorrere ad un Servizio di Pronto

Soccorso (senza correre il rischio di essere denunciati anche se privi di permesso di soggiorno), né dell'esistenza di una rete di associazioni in grado di fornire loro assistenza.

Va inoltre osservato che l'accesso ai servizi pubblici risulta comunque spesso problematico per gli stranieri, sia per problemi linguistici e lungaggini burocratiche, sia perché gli stranieri si vedono spesso negare la prestazione medica da parte di strutture che non hanno ancora recepito le normative che tutelano il diritto di accesso dello straniero al Servizio Sanitario.

Delineato questo scenario, sono possibili alcune osservazioni sui dati sanitari in nostro possesso⁸.

Gli apparati più frequentemente colpiti sono quello respiratorio (problemi alle vie aeree superiori, faringite, raffreddore); digerente (per lo più gastralgie, odontalgie e sindromi dispeptiche), cutaneo (scabbia e infezioni da acari), muscolo-scheletrico e neurologico (cefalea).

Il 22% di visite codificate alla voce "Problemi generali non specificati" racchiude una serie di problemi e di richieste difficilmente inquadrabili: da una parte la semplice richiesta di cerotti, garze, aspirina, prodotti anti-zanzare, coperte, che sfocia in un intervento da parte nostra quasi di "segretariato sociale"; dall'altra, essendo un dato molto più consistente che nell'ambulatorio diurno del Naga, è indice di come la compilazione della cartella coi dati anagrafici e la visita medica durante l'attività da noi svolta siano dettate spesso da un desiderio di contatto, dal bisogno di sentirsi ascoltati e rassicurati, dalla voglia di sfogarsi o semplicemente di una chiacchierata.

Da un punto di vista epidemiologico, nella maggior parte dei casi si tratta di patologie a carattere "sporadico" (isolato); nell'ambito della sola patologia dermatologica sono stati osservati alcuni focolai "epidemici" (cioè a rapida diffusione) di malattia infettiva (scabbia).

Si tratta di patologie più spesso "acute" (a insorgenza rapida e decorso breve) che "cronico-degenerative" (distribuite cioè su un arco temporale più lungo, tendenzialmente evolutive e tese al peggioramento), questo anche in relazione alle caratteristiche demografiche dell'utenza (prevalenza di maschi, giovani-adulti, in buone condizioni

⁸ I dati sono stati codificati sulla base della classificazione internazionale dell'assistenza di base (H. Lambert e M. Wood, WONCA: ICPC, International Classification of Primary Care", Oxford University Press, New York, 1988).

generali, di fatto in grado di adattarsi più facilmente alle disagiate condizioni di vita negli insediamenti abusivi).

Un'ultima considerazione riguarda la difficoltà di alcuni pazienti nel mettere in atto le indicazioni diagnostiche e terapeutiche ricevute, sia per la già citata impossibilità di assentarsi dal luogo di lavoro, sia per la frequente impossibilità di acquistare in farmacia i prodotti prescritti nei casi in cui non vengano forniti gratuitamente dalla nostra associazione.

In questo modo la malattia, pur individuata in fase acuta, è esposta al potenziale rischio di aggravamento o cronicizzazione.

CONCLUSIONI

In linea generale, possiamo concludere che le persone con cui siamo entrati in contatto non abitano in aree dismesse in seguito a un processo di autoesclusione (come talvolta invece accade nel caso di clochard o tossicodipendenti, portati dallo stile di vita stesso a situazioni socio-abitative “ai margini”), ma vi sono “indotte” dalla mancanza di una rete comunitaria consolidata, dalla condizione di disoccupazione e dalla difficoltà, anche nel caso di possesso di regolari documenti e di un lavoro, di trovare un alloggio in affitto.

L'impressione in molti casi è quindi che le forme di insediamento osservate non siano corollario di una condizione di primitiva marginalità, bensì una condizione obbligata per chi dal contesto urbano viene respinto, pur essendo motivato ad entrarvi con un ruolo attivo.

L'utenza tipo della Medicina di Strada è composta essenzialmente da due tipologie di stranieri immigrati: quelli che non hanno ancora una comunità di appoggio (di recente arrivo e che quasi inevitabilmente finiscono in questo tipo di abitazioni) e altri invece che, pur appartenendo a una comunità presente sul territorio da molto tempo, non riescono a realizzare un percorso migratorio soddisfacente, permanendo in una condizione di forte precarietà. Rientrano nella prima categoria Ucraini, Moldavi, Bulgari; nella seconda, invece, Marocchini e, per certi versi, Albanesi.

I dati riportati tracciano infatti una ripartizione abbastanza definita tra questi due gruppi in alcuni degli ambiti considerati. La tabella seguente riassume i risultati della nostra analisi.

	Ucraini – Moldavi – Bulgari	Albanesi – Marocchini
Genere	Popolazione femminile compresa tra l'11% e il 33%	Popolazione al 100% maschile
Anni di permanenza in Italia	Più dell'80% è in Italia da non più di un anno	Vi è un 20% di persone arrivate da più di tre anni
Titolo di studio	Tra il 30% e il 50% possiede titolo di studio superiore	Meno del 30% possiede il diploma di scuola superiore
Stato civile	Dal 60% all'80% è coniugato	Dal 60% all'80% è celibe

Vi sono due elementi che non rientrano nelle categorie appena citate; innanzitutto l'età: la percentuale più consistente di persone al di sotto dei 24 anni è stata riscontrata in Moldavia (41%), Romania (35%) e Albania (34%).

In secondo luogo l'occupazione; Moldavi (43%) e Albanesi (32%) presentano il tasso di occupazione maggiore; questi ultimi presentano anche il minor tasso di disoccupazione. Ucraini e Marocchini presentano invece il tasso di disoccupazione più elevato. Ciò può essere ricondotto nel primo caso all'arrivo in Italia molto recente, nel secondo caso ad un inserimento socio-lavorativo più lento e precario.

I Rumeni presentano invece caratteristiche di entrambe queste due macrocategorie; costituiscono infatti un gruppo estremamente eterogeneo, a causa della compresenza di Rumeni e di Rumeni Rom. L'utenza Rom è caratterizzata da gruppi familiari con prole, basso livello di istruzione e elevato livello di disoccupazione, i Rumeni non Rom sono più frequentemente celibi, presentano un più alto livello di istruzione superiore e un maggior tasso di occupazione.

All'inizio dell'attività di Medicina di Strada l'utenza Rom non costituiva l'oggetto precipuo del nostro intervento. Nel corso degli anni abbiamo invece effettuato un numero crescente di visite a pazienti Rom semi-sedentarizzati, che presentano caratteristiche diverse da quelle della nostra utenza abituale. Se la nostra utenza può comunque avere accesso a soluzioni abitative, seppur precarie e a costi elevati (affitto di soffitte, posti letto, condivisione di stanze, ecc.), ciò non è possibile per la popolazione Rom, caratterizzata da nuclei familiari più numerosi, e per le quali quindi gli oneri risulterebbero troppo gravosi. Per quanto riguarda l'attività sanitaria, invece, si tratta a volte di un'utenza "richiestiva", che stenta a considerare il nostro intervento come ponte per una presa in carico da parte delle strutture presenti sul territorio, usufruendone invece quasi come unica possibilità di ricevere prestazioni sanitarie.

Dato che è ipotizzabile una progressiva diminuzione del tipo di utenza cui finora ci siamo maggiormente rivolti⁹, la nostra attività futura verterà probabilmente sempre più sui Rom. Questo passaggio comporterà necessariamente una revisione degli obiettivi iniziali del nostro intervento e delle sue modalità di attuazione.

⁹ La politica delle forze dell'ordine tuttora perseguita è, infatti, quella di contrastare la formazione di grossi aggregati; gli insediamenti in cui ci rechiamo sono sempre più circoscritti e situati in aree periferiche della città e sempre più restii al contatto con l'esterno.

Per quanto riguarda l'aspetto sanitario, infine, dai dati in nostro possesso non emergono correlazioni significative tra patologie riscontrate nel corso dell'attività e provenienza geografica; come già spiegato, infatti, si tratta per lo più di problemi dovuti alla precaria situazione socio-abitativa.

La nostra riflessione sull'esperienza di questo primo triennio di attività e sulle possibili vie di uscita da una questione – quella dei migranti residenti in edifici abbandonati e baraccopoli – che appare destinata a riproporsi (con alti e bassi) indefinitamente nel tempo, ci ha portato ad individuare tre aspetti profondamente interconnessi fra loro e che tendono a determinarsi vicendevolmente: la condizione di clandestinità, l'irregolarità dei rapporti di lavoro e la residenza in condizioni abitative precarie.

Le interazioni ed i nessi causali esistenti tra l'irregolarità rispetto allo *status* giuridico, rispetto al lavoro e rispetto alla situazione abitativa finiscono, infatti, per costringere il migrante in una condizione generale di assoluta marginalità (a dispetto di un inserimento nel mercato del lavoro spesso tutt'altro che marginale), dalla quale diviene sempre più difficile emergere e nella quale si riducono drasticamente le probabilità di successo di progetti migratori che avrebbero potuto – in un diverso contesto istituzionale-legislativo – tradursi in una piena integrazione. È importante rilevare che lo sforzo e la volontà dei migranti nel perseguire la loro integrazione nel nostro paese vengono resi impotenti e frustrati da questo confinamento nel “circolo vizioso” della non-regolarità (*status*, lavoro, abitazione), e che sono estremamente frequenti anche gli episodi di ricaduta in questa situazione da parte di soggetti precedentemente regolari sotto uno (ma anche tutti) dei tre aspetti.

In corrispondenza di ciascuno degli aspetti chiave – status, lavoro e casa – intorno ai quali si articola la precarietà esistenziale della nostra utenza, occorrerebbe aprire una riflessione sulle modalità e l'estensione di un intervento pubblico profondamente diverso da quello attuale.

Come già sottolineato in precedenza, l'intervento istituzionale – sia a livello nazionale che locale – rispetto alla problematica della quale ci occupiamo si caratterizza, in generale, per una assoluta assenza, che viene, di quando in quando, interrotta da azioni che sono inevitabilmente distruttive (distruzione materiale di baracche, mobili e averi dei

migranti, distruzione del tessuto sociale di queste piccole comunità, ecc.) e repressive. L'irregolarità dello status giuridico dei migranti che abitano in queste aree – anche se, ripetiamo, non sono pochi quelli in possesso di regolare permesso di soggiorno – viene utilizzato come giustificazione di questa rimozione e negazione del problema secondo un ragionamento tanto semplice quanto cinico: non soggiornando regolarmente in Italia, questi migranti non dovrebbero esserci e quindi non ci sono. La definizione di “non-persone” che viene implicitamente attribuita loro, se vantaggiosa dal punto di vista politico e del risparmio della spesa pubblica, non solo non risolve il problema, ma lo aggrava, e lo aggraverà in un futuro nel quale i flussi migratori non appaiono in alcun modo destinati a cessare.

Quanto all'aspetto dell'abitazione, occorre premettere che nel comune di Milano il numero dei centri d'accoglienza per immigrati (esclusivamente con permesso di soggiorno) si è ridotto da 10 (attivati dal 1990 al 1996, e dotati di circa 1500 posti letto) ai due attuali (dislocati uno in Via Giorgi, l'altro in Via Novara); l'accesso limitato agli stranieri regolari, tra l'altro, esclude proprio i migranti più in difficoltà.

La creazione, o meglio il ripristino, di centri di prima accoglienza (da non confondere con centri di accoglienza o di permanenza temporanea in realtà destinati specificatamente alle espulsioni), va vista come soluzione necessaria ma transitoria. La disponibilità di un posto letto decente migliora senz'altro la condizione generale del migrante, ma occorre intervenire anche sugli altri due aspetti (status e lavoro) affinché si aprano concrete vie di emersione e di realizzazione dei progetti migratori nel nostro Paese. Pensiamo, in particolar modo, a meccanismi di emersione dalla clandestinità legati all'attività lavorativa, in modo da poter spezzare i meccanismi di ricattabilità (legati alla clandestinità) alla base della marginalizzazione degli stranieri irregolari.

La condizione di clandestinità si configura dunque come la variabile chiave intorno alla quale si muovono e si giocano le altre due (abitazione e lavoro). La soluzione non sta certo nella repressione, cosa che non ferma i flussi migratori e ha il solo effetto di aggravare la situazione del migrante, ma nella creazione di percorsi di uscita permanenti dalla clandestinità, ben diversi dal ciclico ricorso a sanatorie, finestre temporali che non incidono in maniera strutturale sulla questione, e che innescano ulteriori fenomeni di marginalizzazione e sfruttamento.