



Università
Ca'Foscari
Venezia

Migrazioni, confini e identità: la città multiethnica

Salute nella città migrante: la stabilizzazione di una necessità eccezionalmente permanente

- Il caso di Como come paradigma della perdita di paradigmi -

Laura Convertino

IUSS pavia - VI anno, Classe di Scienze Biomediche

Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia

Università degli Studi di Pavia



IUSS

Scuola Universitaria Superiore Pavia

Salute nella città migrante: la stabilizzazione di una necessità eccezionalmente permanente

- Il caso di Como come paradigma della perdita di paradigmi -

Abstract

Due paradigmi guidano l'analisi delle necessità e la razionalizzazione delle risorse poste a garantire il diritto alla salute: da un lato la medicina dei centri d'eccellenza, dell'accesso diffuso a cure d'avanguardia; d'altro lato la medicina emergenziale (non necessariamente emergenza clinica), tesa alla copertura quantitativa di richieste sanitarie estese su base di risorse esigue, caratterizzata da una gerarchizzazione autonoma delle priorità nell'approccio al paziente e da un altrettanto indipendente – sebbene di legittimità discutibile - riferimento di goal qualitativi.

I recenti flussi migratori hanno comportato per le realtà urbane coinvolte uno stravolgimento degli scenari socio-sanitari: l'inserimento di casistiche tipicamente emergenziali in un tessuto assistenziale complesso, basato sulla standardizzazione delle prestazioni e su un rigido apparato amministrativo, ha rapidamente palesato l'inadeguatezza di una valutazione di eccezionalità. Non emergenza ma stabile cronicizzazione che pone le basi sulla dinamica e rapidamente mutevole identità del singolo individuo portatore di bisogni, espressi o meno. La gestione strutturale di risorse specializzate ha subito un ribaltamento che ha fatto della competenza professionale del singolo il riferimento per la risposta costitutiva sul territorio degli enti predisposti.

Questo lavoro si propone di seguire la strada complessa verso una nuova idea di mediazione sanitaria, inscindibile dalla sua controparte sociale, culturale, linguistica e legale e le conseguenti risposte adattative nella plasticità dell'intreccio assistenziale. In ultimo qualche riflessione circa le problematiche di sofferenza psichica cercherà di rendere il quadro il più esaustivo possibile, pur nella sua insita complessità.

Note. Riferimento da cui prende le mosse la presente riflessione è la città di Como, coinvolta direttamente dal giugno 2016; in tale contesto ho avuto ed ho occasione di seguire continuamente l'evoluzione delle dinamiche migratorie, soprattutto in ambito di tutela della salute. La stessa è fonte degli esempi esperienziali diretti.

Testo integrale

Spesso accade che da richieste semplici si svelino limiti inaspettati, che necessità scontate facciano emergere, perdendo l'immediata facilità della risposta, baratri profondi di incongruenze strutturali. Avveniristici palazzi di vetro fluttuano senza fondamenta su palafitte galleggianti e improvvisamente la consapevolezza fa imbarcare acqua.

Il moto trans-confine attraversa a tutto spessore livelli stratificati e interconnessi della nostra era e crea nessi di sostanza tra la società fluida dei cervelli in fuga, con o senza corpi, e il più nero polverone di un campo profughi di un qualunque entroterra di confine.

Non solo avanzare pretesa di organica gerarchizzazione e analisi del fenomeno migratorio richiederebbe competenze e conoscenze ben lontane dalle mie attuali possibilità, ma anche e soprattutto si rischierebbe di perdere il focus su ciò che di questo viene vissuto e dalla cui esistenza può delinearci il macro-fenomeno stesso. Una persona saggia mi ha regalato il miglior insulto della mia vita, almeno tale sembrò in quel momento, e solo col tempo inizio a rendermi conto di quanto una ferita nell'orgoglio possa far librare lo spirito, puntando ancora a Nord.

“Guarda, bimba, che la terra l'è bassa”

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” Constitution of the World Health Organization

La definizione stessa di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità basta a giustificare e racchiudere il senso di un discorso inclusivo, che pur focalizzando sull'aspetto della tutela del diritto alla salute non può prescindere da ulteriori macro aspetti a questo strettamente connessi.

Non di rado il tema della salute entra nelle nostre vite, in maniera più o meno consapevole, e parimenti gli input inerenti al mondo sfaccettato delle migrazioni ricorrono nella gamma quotidiana delle possibili discussioni da social network. L'unione dei due riporta alla mente un campo stereotipato di incontro in una forma di cliché che trova i suoi riferimenti più tipici negli ospedali da campo dove intrepidi dottori provvedono all'assistenza sanitaria minima necessaria alla sopravvivenza per profughi disperati e vittime di guerra. Posto che questo quadro ipotetico porta già di per sé limiti concettuali importanti, vorrei comunque prenderne le mosse per operarne una decontestualizzazione, pur non tralasciando l'aspetto fondamentale di una forma di immaginario collettivo legato ai temi sociali. Cosa accadrebbe dunque se lo sfondo della fotografia svanisse, con le sue bombe, i fili spinati, i plotoni e al suo posto apparissero viali alberati, chiese di quartiere, pendolari assonnati e signore longeve che pur ancora grate a Mike per aver insegnato l'italiano ad un'intera generazione discutono correntemente con i loro figli di emocromi che i dottori del loro tempo difficilmente avrebbero saputo deciptare? Chiamiamo ora questo luogo Italia; un ulteriore dettaglio di costa, lago, metropolitana basterebbe a dare un nome alla cartolina, “Ventimiglia”, “Como”, “Milano”... o “Taranto”, “Roma”, “Palermo”, “Lampedusa”, “Torino”... Il lago che ha caratterizzato la nascita di questa riflessione non avrebbe molta importanza se non fosse abbracciato dal frastagliato confine svizzero, se non si trovasse sulla tratta diretta per il miraggio che connette il Pirellone di Milano al Nord Europa; se lì, come in tante altre realtà poco note, un moto di senso civico non avesse preso il sopravvento su paura e indifferenza.

Qualunque cambiamento prima di diventare manifesto e conclamato attraversa una fase di latenza nel quale pochi esploratori o abili osservatori mettono in gioco senza pretesa di rappresentatività le loro personali risorse interpretative e competenze tecniche, rischiando da un lato di ottenere risultati opposti allo sperato e dell'altro di perdere la propria tutela, fino all'eventualità di incappare in conseguenze per presa di responsabilità che esulano dalla loro funzione riconosciuta.

Non per campanilismo ma per mantenere un'ancora contro il naufragio nelle turbolenze del nostro oggetto di analisi, non prescinderò dall'esperienza diretta del particular esempio per aprire a riflessioni autonome.

Nel caso in questione, con la stessa silenziosa e inesorabile presenza di singoli individui in transito che in poco tempo avrebbero dato vita a una nutrita comunità migrante, nell'embrionale accampamento africano ferroviario si alternavano di più in più dalle prime ore medici, infermieri e cittadini che con competenze diverse ma guidati da simili sensibilità provvedevano ad un primo monitoraggio delle condizioni di salute dei gruppi più precoci, ancora sufficientemente contenuti da venire silenziosamente assorbiti dalla routine di un contesto abituato a specchiarsi in se stesso. Questo primo approccio spontaneo, volto a sopperire alle necessità di base, non va immaginato come passiva e quasi dovuta scesa in campo di individui che per propensione personale sono maggiormente predisposti all'investimento sociale, ma piuttosto come attiva presa di posizione e accettazione di rischi personali (a fronte di prevedibili - e avvenuti - richiami) resi indispensabili da una mancanza strutturale verso gli assistiti che riversa automaticamente sul singolo e sulla riscoperta comunità civile le responsabilità schivate dalla sovrastruttura sociale.

Questi stessi soggetti che in silenzio hanno visto dove pochi guardavano, in poco tempo si sarebbero trovati a ridimensionare davanti alla collettività i toni di un allarmismo ingiustificato, a battersi per dimostrare da un lato l'assenza di un reale pericolo sanitario e facendo dall'altro ben attenzione a non permettere una manipolazione riduttiva delle loro istanze, tentata per giustificare un'insufficiente mobilitazione di risorse e personale. Superato il tetto massimo di presenze che poteva venire più o meno agevolmente ignorato, nel tempo di stampa di un quotidiano locale il mascheramento si tramuta in preoccupazione; i farmacisti che hanno fornito medicinali e presidi sanitari o preparato artigianalmente chili di pomata anti-scabbia (difficilmente reperibile nelle nostre farmacie in periodo di ferie), i medici e gli infermieri, i singoli che con donazioni anonime hanno garantito le risorse utilizzate, i connazionali già inseriti da tempo nel territorio italiano che hanno fatto da tramite con lingue che pochi sapevano esistere, con molta cautela hanno dovuto gestire un ruolo di advocacy per le necessità primarie insite di un gruppo di migranti e di responsabile ridimensionamento di informazioni errate o parziali riguardo epidemie inesistenti di mali esotici che avrebbero messo a repentaglio la sterile salute di apparati occidentali.

Per un intervento diretto da parte del servizio sanitario nazionale si dovranno attendere circa 20 giorni dalla formazione di una comunità migrante semi-permanente di qualche centinaio di persone, più di 60 dall'arrivo dei primi gruppi in transito. Copertura iniziale e prime forme di intervento pubblico non hanno fornito una base strutturale, un protocollo d'azione per situazioni comparabili su cui poi si sia inserito il lavoro di volontari e professionisti (più spesso come vedremo professionisti volontari) ma è emersa conseguentemente alla spinta di chi già operava, all'informazione negativa che iniziava a prendere il sopravvento nei mezzi di comunicazione locali, nazionali e esteri. Né nelle risorse disponibili né nelle competenze dirigenziali territoriali si può trovare l'apparente scontatezza di una capacità di guida; seguendo le indicazioni degli stessi soggetti che poco prima venivano tacciati di eccesso di zelo nella messa in campo della loro professionalità, ordine dei medici, ATS, ASST e IPASVI da un lato, Croce Rossa su ordine della prefettura dall'altro hanno cucito la loro presenza su una società civile più solerte e flessibile.

Dalla stazione, con picchi di presenze quotidiane intorno alle 600 persone per lo più provenienti da Eritrea ed Etiopia, il suolo cittadino aveva riassorbito in assenza di direttive sovrastrutturali la parte primaria e realmente emergenziale della situazione. Proprio su questa struttura spontaneistica e fluida si sarebbe in meno di una settimana reinserita e in seguito strutturato l'intervento sanitario sub-acuto.

Il tipo di interventi sanitari resisi indispensabili possono essere suddivisi tra la sfera più strettamente referente alla medicina pubblica e la presa in carico di singoli casi. Agli stress accumulati in mesi o anni di viaggi rischiosi si aggiungono i più immaginabili rischi legati alla vita dei senza fissa dimora.

Ciò che più colpisce ad un primo colpo d'occhio è la resistenza di corpi apparentemente sani, con una resilienza fisica inaspettata (tenuto conto comunque della giovane età media dei gruppi). Gli interventi diretti sul gruppo, oltre al rifornimento di cibo, acqua e coperte, delineavano il quadro di un'emergenza igienica. Nel giro di una decina di giorni, l'allestimento di un servizio docce gestito da volontari laici associato a una buona terapia e profilassi anti-scabbia con permetrina e benzile benzoato era bastato a far scendere drasticamente la diffusione e la prevalenza dei casi, in un primo momento riscontrabili in circa il 40% della popolazione migrante.

I singoli, con buona approssimazione di ordine di frequenza, lamentavano dolore addominale, problemi odontoiatrici da scarsa igiene, mal di testa, sintomi minori delle alte vie respiratorie, candidosi orale e altre affezioni da deficit immunitario di origine non approfondita. Casi isolati ma comunque abbastanza ricorrenti di tubercolosi attiva, varici esofagee, crisi convulsive, stress post-traumatico acuto, denutrizione, disidratazione grave costituiscono la vera sfida assistenziale, sia in termini di gestione che di reperimento di risorse e distribuzione di responsabilità.

Mentre i flussi non accennavano a diminuire, risultava di più in più stridente il tentativo da parte degli organi dirigenti di riportare alla sfera dell'emergenziale una situazione che, a partire dalle premesse sociopolitiche che l'avevano causata, di emergenziale non aveva nulla.

Prima dell'apertura del campo governativo, struttura di natura ibrida tra CIE, CAS e CARA ispirato alla soluzione adottata a Ventimiglia, l'intervento sanitario era strutturato come segue.

Il fulcro degli interventi sanitari può essere trovato nel presidio messo a disposizione dalla CRI comasca. Nello spazio fisico dell'ambulanza sono stati arrangiati due ambulatori per visite e somministrazione di terapie, in ognuno dei quali operavano un medico dell'ordine dei medici e un infermiere IPASVI. Il personale volontario garantiva la copertura di due fasce orarie garantite quotidianamente (8.30-10.30 e 20.30-22.30, entrambe spesso prolungate per necessità contingenziali). Se inizialmente era stata proposta un'apertura del presidio a giorni alterni, già dalla seconda settimana di presenza si era resa evidente la necessità di una presenza garantita 7 giorni su 7. Personale stipendiato ATS frequentavano la fascia mattutina mentre la sera si poteva trovare un'equipe volontaria di 4 professionisti, 2 medici e 2 infermieri. Il bacino di disponibilità iniziale per il mese di agosto, poi implementato nel tempo, vedeva coinvolti più di 80 infermieri e oltre 40 medici, provenienti dai più eterogenei percorsi e non necessariamente abituati alle peculiarità del lavoro da campo. Con le risorse disponibili e le tempistiche strette, nemmeno nelle settimane successive sarebbe stata prevista una formazione implementare per i professionisti coinvolti, con conseguente spreco di risorse ed energie mal focalizzate. Il personale CRI aveva invece il compito di sopperire al reperimento del materiale farmaceutico, di gestire gli spostamenti dei ricoveri verso gli ospedali e di tenere nota per quanto possibile dei pazienti visitati, in particolare di quelli necessitanti terapia continuativa. I termini legali e amministrativi nella gestione della popolazione migrante, sebbene previsti da regolamentazione nazionale, non hanno certo avuto facile diffusione in applicazione e conoscenza da parte in primis dei professionisti coinvolti; certificazioni STP (straniero temporaneamente presente) e autocertificazioni di indigenza (che permettono il libero accesso alle prescrizioni senza copertura ticket) rimangono ad oggi materiale raro, sicuramente non routinario nelle amministrazioni sanitarie. Senza aprire un capitolo che richiederebbe autonomamente trattazioni approfondite, la salute del minore non accompagnato presenta sotto questo profilo ulteriori dubbi e vuoti circa le responsabilità terapeutiche e le relative scelte.

La prima problematica non banale che ha molto condizionato le scelte operate sul campo, in ambito sanitario e non solo, è da ritrovarsi nella comunicazione e nell'interazione culturale e linguistica.

La presenza di un servizio non comporta automaticamente l'avvicinamento degli interessati, soprattutto quando permangono distanze linguistiche drastiche. Grazie alla preziosissima risorsa di eritrei ed etiopi inseriti da tempo nella comunità locale, di prima o seconda generazione, e a diversi cittadini quello strano casotto su ruote poteva prendere vita, con una media di 40 pazienti visitati per ogni turno (80 visite al giorno). In maniera parallela e non afferente alla turnazione degli ordini, molti dei medici e degli infermieri coinvolti hanno messo a disposizione la loro presenza tra i volontari della mensa serale con il solo scopo di monitorare la situazione, identificare bisogni sanitari inespresi e accompagnare fisicamente, una volta terminato il pasto, i pazienti al presidio dove loro stessi o colleghi di turno avrebbero iniziato le visite. Il rapporto diretto e l'avvicinamento in un contesto conviviale era a pieno titolo parte integrante dell'intervento sanitario, mezzo fondamentale e insostituibile per ottenere la fiducia di persone che portavano addosso le cicatrici fisiche e morali di quando questa è riposta nelle persone sbagliate.

Non bisognerebbe fare l'errore di immaginare la comunità migrante come un unico corpo solido di individui assimilabili in necessità, obiettivi, origine e scelte. Oltre alle macro-differenze etnico/religiose, all'interno

dello stesso gruppo in transito si può trovare un'alta variabilità soprattutto in termini di istruzione e più in generale di consapevolezza rispetto alla propria posizione, ai propri diritti, ai fini del viaggio e ai mezzi per raggiungerli, financo alla coscienza del proprio corpo, dalla profilassi infettiva a quella anticoncezionale e al significato delle cure. I più carismatici – il più delle volte depositari delle conoscenze del gruppo e guide spirituali – hanno svolto un ruolo attivo e fondamentale in quella che mi permetterei senza troppo timore di eccedere definire una vera e propria forma di mediazione sanitaria.

Anche da un punto di vista di singoli componenti il gruppo, numeri stabili di 500/600 unità di presenti nella sola area del centro città di stabile avevano ben poco. In 48 ore potevano essere cambiate i due terzi delle facce, nel disperato tentativo di attraversare con ogni mezzo il confine svizzero o prelevati forzatamente da pullman prefettizi verso hotspot del Sud, in primis quello di Taranto; in 72 alcune di quelle stesse facce potevano essere facilmente ritrovate, abbandonate al confine svizzero dalla polizia elvetica (come da direttiva Dublino 3) o in risalita – spesso non per la prima volta – da viaggi reiterati da e verso il Sud, ancora troppo motivati per arrendersi all'idea di diventare invisibili senza fissa dimora. La continuità assistenziale si è dovuta adattare con strategie di scelta farmacologica e approccio terapeutico anche considerando l'assenza di presenza garantita nel medio periodo (autonomizzazione dei pazienti, farmaci facilmente somministrabili anche in viaggio, presidi minimi di primo intervento da fornire ai capi, condivisione sui piccoli gruppi delle necessità di salute del singolo assistito).

Le interazioni soffrivano quotidianamente l'assenza completa di un supporto di mediazione linguistica e culturale al personale sanitario; facile immaginare il grado di incomunicabilità crescente - non solo linguistica - che si può riscontrare nel passaggio tra il trattamento di una carie e un sospetto di complicità di aborto.

Il peso di questa mancanza ha espresso le sue più conclamate conseguenze nell'interazione con gli ospedali territoriali, nei casi di ricoveri terapeutici o approfondimento diagnostico. Il grande scoglio da superare per qualunque tipo di intervento sanitario era la paura, paura di essere schedati, identificati, rinchiusi nelle mura di un ospedale, prelevati dalla polizia nella condizione di più alta vulnerabilità. Spesso a nulla sono valsi i tentativi ripetuti di spiegare, tramite i referenti di ogni gruppo etnico, che su suolo italiano per accordo nazionale nessun medico o struttura ospedaliera avrebbe mai denunciato alle autorità il loro stato di stranieri non identificati sul territorio. La sola ipotesi che potessero accedere gratuitamente alle cure senza rischio legale alcuno era, soprattutto per le fasce meno istruite di popolazione, talmente assurda anche solo da immaginare da rifiutare talvolta cure indispensabili a quadri clinici inquietanti.

Qualora vi fosse necessità di ricovero, possiamo ridefinire alcuni passaggi empiricamente rilevati come obbligati. Ogni trasporto in ospedale, di qualunque origine fosse, richiedeva in aggiunta al servizio di accompagnamento fisico fornito istituzionalmente da CRI un'equipe mobile di volontari che con meccanismi immediati di coordinazione interna provvedessero alla continuità assistenziale dei pazienti. Tramite gruppi di messaggistica istantanea tra medici e infermieri volontari e di turno in reparti e pronto soccorsi della provincia si è quindi riusciti ad avere in tempo reale informazioni circa lo stato di salute dei pazienti, i trasferimenti, gli esiti degli esami e le più banali esigenze (cambio di vestiti, ricariche per i telefoni, informazioni e comunicazioni con i pochi individui dei sottogruppi con cui si erano messi in viaggio e che rappresentavano in quel momento l'unico riferimento in un viaggio la cui meta rimane per molti ancora ignota). Nei reparti i pazienti venivano raggiunti in tempi brevi da una vera e propria equipe mobile di volontari comprendente diverse figure e competenze, comprendente come minimo: un facente funzione di mediatore linguistico-culturale, un avvocato (irrinunciabile la presenza di consulenti legali – anche questi volontari – per qualunque intervento sanitario), un medico o infermiere, un volontario operante in stazione. Non solo da un lato era infatti indispensabile spiegare a pazienti terrorizzati che cosa stesse per accadere e per quale motivo fossero stati condotti in quello che ai loro occhi spesso appariva come un ovvio anticamera della prigione, ma la comunicazione prevedeva altri due fondamentali interlocutori: i capi gruppo e il personale ospedaliero.

Se da un lato una settimana di lavoro è stata dedicata a un singolo caso di crisi convulsive per permettere lo studio in risonanza della paziente solo dopo aver ottenuto il permesso dal referente del gruppo eritreo (che

aveva già curato lo stesso caso con due esorcismi di gruppo), dall'altro erano diventate all'ordine del giorno telefonate da parte di capo sala, primari e medici non preparati a dover gestire tentativi di fuga dalle finestre e ricoverati che alternativamente dichiaravano di essere maggiorenni e minorenni.

Con l'apertura del campo governativo, il presidio è stato trasferito all'interno di uno dei container mantenendo concettualmente invariata l'organizzazione ma riducendo sia il personale coinvolto che la finestra temporale coperta. Sebbene il campo possa contenere fino a circa 400 persone, i numeri sono ben più esigui a fronte di circa duecento persone che permangono sul territorio, non più in stazione ma assorbite da parrocchie e centri per i senza fissa dimora. L'assistenza sanitaria extra-campo è completamente lasciata a libera iniziativa di singoli e non prevede alcun tipo di coordinazione istituzionale.

Alcuni segnali allarmanti che erano rimasti in disparte nel denso periodo ferroviario, aggiungono ora ulteriore complessità alla situazione. I tentati suicidi, uno più precoce in dogana a scopo dimostrativo e un secondo non fatale solo per intervento tempestivo, sono solo la punta di un iceberg che con il cronicizzarsi della situazione aumenta esponenzialmente le sue dimensioni. Cosa può spingere una giovane madre a lanciare contro un muro la propria bambina? La stessa domanda se posta in termini diversi cambia già di per sé l'immagine che ci siamo appena prefigurati: come si deve sentire una giovane donna a guardare negli occhi sua figlia e a vedere nel nero dei suoi occhi il ricordo della stupro che l'ha generata? L'equipe di MSF (medici senza frontiere), intervenuta specificatamente per l'aspetto psicologico e di interazione con i legali, sicuramente preparata e competente esprime in altri termini lo stesso limite di intervento emergenziale già rilevato dall'intervento sanitario di base: è variabile (il personale varia di mese in mese), non sfrutta le risorse territoriali, non è integrata nei sistemi assistenziali cittadini e conseguentemente non può – e non dovrebbe, dato che questo compito spetterebbe ad altri – dare una risposta strutturata che possa rimanere stabile nella mutevolezza di una situazione in continuo divenire.

Gli stessi volontari, soprattutto laici, mostrano alternativamente momenti di difficile gestione psicologica sia di personali stati di sofferenza, visto l'altissimo grado di investimento personale che molti hanno mantenuto nei mesi, ai quali si aggiunge un ulteriore rischio di decompensazione di profili psicologici migranti che corrono su un filo, in equilibrio sopra il baratro in una corsa che per molti non ha una vera e propria meta.

La città diventa migrante più di quanto i migranti possano sperare di diventare cittadini.

L'evoluzione della risposta sanitaria svela però qualcosa di significativo: il territorio locale e le risorse umane (prima e anche in assenza di corrispettivi economici) tipicamente autoreferenziali del campanilismo italiano e di altre forme di refrattarietà culturale alla centralizzazione potrebbero aver già dato soluzioni ottimali per problemi facilmente giustificati come irrisolvibili. Il coraggio di renderle consapevoli e di aggiungere un grado di organizzazione, legittimità e supporto in risorse potrebbe essere il tassello mancante di un puzzle che non può permettersi di giustificare il disperdersi di responsabilità in un comodo polverone mediatico.

Bibliografia e riferimenti minimi:

- 1) "International Health Regulations", WHO;
- 2) D.L. 25/07/1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" – S.O. n. 139;
- 3) Unhcr: "urban refugee health";
- 4) Ministero della salute "l'accesso alle cure della persona straniera";
- 5) WHO "61st World Health Assembly, Geneva 19-24/05/2008 – Resolutions and Decisions Annexes"- WHA61.17 Health of migrants

A Francesca Maternini, Alessandra Bollati, Sandro Tangredi, Flavio Bogani, Rufael, Claudia Caprani, Samuel Kahsay, Maria Teresa Carminati, Giancarla Angelina, Alessandra Migliore, Patrizia Maesani, Roberta Marzorati, Mary, Carlo. Medici, infermieri, avvocati, mediatori, volontari, migranti...umani.