

Persone Senza Dimora, Persone Senza Diritti

LA SALUTE?

Condizioni e prospettive di intervento sulla salute per le Persone Senza Dimora

Osservazioni del privato sociale:

- Elementi essenziali su come vediamo la salute delle PSD e nodi problematici sull'esigibilità dei servizi.
- Come percepiamo il diritto alla salute e come viene tutelato?
- Come rendere accessibile il diritto alla salute - eventuali rimedi e interventi. Punti di criticità

È importante stabilire che stiamo parlando di PERSONE Senza Dimora e non dei Senza Dimora perché non dobbiamo dimenticare che trattiamo di PERSONE con delle caratteristiche sociali emarginanti che li porta ad essere SENZA DIMORA.

Da tempo le politiche sociali sono indirizzate ad una rivisitazione delle reti dei servizi che mettono al CENTRO la PERSONA con una razionalizzazione dell'uso delle risorse avendo chiaro l'obiettivo della PERSONA PORTATRICE DI DISAGIO.

La legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" definisce le politiche sociali come *politiche universalistiche*, rivolte alla generalità degli individui, senza alcun vincolo di appartenenza. In generale perseguono obiettivi di *ben-essere* sociale.

Lo strumento attraverso il quale gli obiettivi sono realizzati è il **sistema integrato di interventi e servizi sociali**. In tale prospettiva l'obiettivo primario degli enti locali non è l'erogazione di prestazioni e servizi ma la promozione delle **possibilità di sviluppo della persona umana**. (dal PDZ 2004-2006 area emarginazione grave ULSS 16 Padova)

Numeri:

Dalla pubblicazione "Presenze nascoste: viaggio nelle estreme povertà in Veneto" pubblicato dalla regione Veneto nel 2005 le persone SD nel Veneto risultano (stime sintetiche) circa 1211 di cui 300 a Padova.

Sinceramente penso che 300 sia un dato sottostimato. Se il numero delle persone SD fosse veramente di 300, penso che oggi l'approccio per la tutela dei diritti di queste persone sarebbe contrastato con interventi a maggiore respiro.

Dal notiziario di Veneto Sociale del 25.05.2006 - area marginalità:

"230 mila i veneti che vivono solfa la soglia di povertà - dati 2004 - e 225 mila a rischio"

Detto questo vorrei ribadire la sottostima del numero 300 delle persone SD. Sono una popolazione molto eterogenea e aperta in quanto in continuo movimento da un posto all'altro. Non è detto che siano stabili nel territorio, ma transitano anche nel nostro territorio. Per tali motivi non è possibile dare né una chiara definizione né una stima puntuale del fenomeno. Ciò si scontra, da un lato, con la necessità di dati attendibili, non solo per motivi di programmazione sociale (migliorare la loro qualità di vita o per motivi di ordine pubblico, ma anche di sanità pubblica, in quanto esse sono portatrici di numerose patologie.

Da Difesa Sociale - val. LXXXII, N 6 (2003) PP 55-64

Da un'altra ricerca, secondo il rapporto della Commissione Ministeriale sulla Povertà del 1992, risultano cinque milioni di persone in Europa e almeno sessantamila in Italia che vivono per strada, mentre quasi nove milioni di italiani vivono in condizioni di parziale o assoluta indigenza. Si tratta di Persone Senza Fissa Dimora (definite anche homeless, sleep-out, clochards, vagabondi o barboni), cioè di tutte quelle persone che vivono in strada, in automobile o in un dormitorio pubblico [...]

Già nel Piano nazionale sociale 2001-2003 erano previste azioni di riduzione del danno e percorsi di recupero di reinserimento nei servizi, inclusi quelli sanitari.

Solo nel 2002:

- il Comune di Padova - Sportello di Segretariato Sociale ha avuto 1.512 accessi;
- l'Unità mobile di strada della Croce Rossa Italiana 14.560 accessi;
- Unità mobile associazione Noi Famiglie 1.639 accessi
- le Cucine Economiche Popolari (Stima comunale sulla base delle presenze mensili utenti non residenti) 1080 italiani e 7440 stranieri
- I Frati Cappuccini complessivamente nell'anno 2002 hanno distribuito 54.750 pasti

Questo per ribadire che è difficile stabilire quante sono le Persone Senza Dimora a Padova. La ricerca dell'Osservatorio Regionale ha avuto limiti nei tempi di esecuzione e nelle risorse, stimare un numero così basso di persone che vivono per strada produce una contropartita di investimenti dei servizi non sufficiente a contrastare il fenomeno.

Prevenzione:

Gli operatori che avvicinano queste persone hanno una valutazione generale drammatica dello stato di salute e dei bisogni emergenti, segnalano la necessità di interventi immediati di riduzione del danno (distribuzione di coperte e di vettovagliamento, ricoveri presso dormitori o presso strutture sanitarie, accompagnamento diurno degli utenti per la risoluzione di problemi sanitari o addirittura legali urgenti, ecc.).

Non rispecchia più la realtà dei fatti l'immagine del barbone ubriaco che sceglie autonomamente di vivere in strada e ne è soddisfatto, che rifugge qualunque rapporto interpersonale, che si stenta chiedendo l'elemosina. Siamo di fronte a persone costrette alla vita di strada non certo per scelta, ma per circostanze varie e che ormai sappiamo.

E' urgente attivare azioni di prevenzione per contrastare la cronicità di patologie che causano sofferenze e debilitazione della persona.

E' urgente attivare azioni di prevenzione perché ciò diventa benessere per tutta la società e non solo per le malattie contagiose ma proprio perché queste persone fanno parte della società, facciamo del bene a noi stessi. **Più salute delle persone senza dimora più salute dei cittadini.**

Prevenzione vuol dire ridurre l'uso improprio del pronto soccorso: molti di questi vedono gli ospedali come abitazioni alternative più che come luoghi di cura.

La salute ricade sulla comunità, c'è un ritorno importante delle malattie infettive, l'atteggiamento attuale è non vederle. Molte patologie diventano croniche per la mancanza di prevenzione, se oggi non curiamo un malato che vive per strada, lo stesso lo ritroviamo cronicizzato fra tre-cinque anni con costi di cura lievitati in modo esponenziale, e non è lungimirante pensare che la persona migri verso un'altra città.

Tali interventi di contrasto della povertà estrema vanno promossi, soprattutto nei confronti delle **persone che sono divenute senza fissa dimora da poco tempo**, ovvero vivono in una condizione non ancora cronicizzata poiché l'intervento di inclusione si rivela più efficace.

Complessità competenze:

Sono numerose le patologie che sono associate all'assenza di una fissa dimora: problemi fisici, disturbi correlati ad abuso di sostanze, disturbi psichici. Tra queste spiccano senza dubbio quelle di natura mentale, sebbene non sia agevole stabilire se il disturbo psichiatrico sia la causa o l'effetto di una condizione di vita altamente stressante. Diventa un fenomeno di incomprendimento fra dipartimenti stabilire chi deve intervenire, mentre la persona soffre e il tempo passa, è difficile stabilire l'appartenenza ad un servizio specifico: Sanitario? Sociale? Dipendenza? Malattia mentale? Disagio sociale o disabilità?

Altra complessità sempre esistita ma accentuata dall'indulto, sono le persone che escono dal carcere. Sono persone che non stanno bene di salute, specialmente gli immigrati, frequentano la città con richieste di casa, di lavoro, di cibo, di lavarsi, di dormire, di curarsi. Sono persone che nel giro di poco tempo cadono in depressione, alcuni sviluppano malattie infettive o status sociali talmente trascurati che sembrano dei cadaveri ambulanti.

Operatori sanitari e sociali - esigibilità dei servizi:

A Padova di coloro che si sono affacciati almeno una volta ai servizi comunali, hanno trovato soddisfazione alle proprie necessità due su tre ospiti dei dormitori pubblici, ma solo uno ogni quattro persone che dormono per strada. Gli insoddisfatti parlano di scarica-barile, di promesse non mantenute, di difficoltà ad ascoltare, di non-differenziazione tra utenti.

Gli operatori sanitari e sociali sono spesso ingessati da procedure di protocollo perchè rischiano di apportare sbilanci economici al proprio servizio. I problemi di confine di appartenenza del caso di una persona senza dimora crea aree grigie finché non interviene una patologia eclatante.

Spesso per un senza dimora che chiede aiuto è l'inizio di un pellegrinaggio da una struttura all'altra, avvengono proposte di accoglienze "leggere" di persone che non hanno capacità di autonomia o possibilità di mantenimento. Si ripresenta il problema delle competenze: sociale o sanitario? La proposta è quella di creare protocolli di intesa con la caratteristica che sia già dichiarata la presa in carico degli enti: Ulss, Dipartimento e Comune ecc in modo da dare risposte decise e immediate. Snellire l'accesso ai servizi.

Rispetto alle normative regionali manca l'interconnessione tra dipendenze e psichiatria e sociale, la difficoltà non è solo chiarire il confine ma anche stabilire le necessità, quale accoglienza dare? Ripeto, è opportuno che ULSS e Comuni trovino formule elastiche ma unite di protocolli allargati con il privato sociale nei confronti di persone multiproblematiche.

Farmaci - convalescenza - cura - alimentazione:

E' già difficile per una persona normale gestire una terapia farmacologica, vuoi per i costi che per l'approccio e la giusta somministrazione, figuriamoci per una persona che vive per strada, ciò si aggrava per un paziente dimesso dall'ospedale. Ci sono persone operate, traumatizzate, cateterizzate, diabeti che costrette a gestire situazioni altamente debilitanti che vivono in strada con patologie croniche bisognose di supporto farmaceutico e specialistico. Una proposta economica e funzionale sarebbe destinare una stanza dell'Asilo Notturmo del Torresino per una convalescenza di emergenza. Ciò non è sufficiente per le persone con malattie croniche conclamate,

Manca la "prevenzione" sulla salute per chi esce dall'ospedale, per essere curato si deve tornare a star male oppure avere un'altra patologia, ma poi il problema si ripropone.

Necessitano servizi sanitari immediati, i day-hospital possono funzionare, ma anche la convalescenza ha la sua specificità. Le situazioni di pre ricovero e post ricovero risultano essere aree scoperte. Bisogna intervenire su strutture già esistenti per fare in modo che le persone siano curate. Sappiamo benissimo quanto sia importante una corretta alimentazione, è già difficoltoso per una persona con stile di vita normale fare una giusta dieta, figuriamoci per le persone che vivono per strada in condizioni fisiche precarie e non mi riferisco solo ai diabetici.

Tessera sanitaria e medico di base:

Avere un medico di fiducia è indispensabile anche per le Persone Senza Dimora che non hanno una residenza. E' indispensabile l'attribuzione di MEDICI DI BASE, riconoscere che anche la persona più indigente ha diritto ad un vero rapporto con un medico di fiducia che possa seguire personalmente la salute della persona evitando l'abuso spersonalizzato del pronto soccorso che non crea un proficuo percorso di cura con il paziente. Queste persone devono avere la possibilità della scelta del medico di medicina generale per la presa in carico diretta non solo per la storia del paziente ma anche per il rapporto di qualità medico-paziente.

Conclusioni:

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, il più importante documento programmatico sulla sanità, tratta esplicitamente delle problematiche delle Persone Senza Fissa Dimora, mettendo in evidenza la varietà delle relazioni tra salute e vita di strada.

La varietà e multidimensionalità delle relazioni fra povertà e stato di salute è messa bene in evidenza dal caso estremo delle persone senza fissa dimora. Esso rivela l'ampiezza crescente del rischio di grave emarginazione sociale presente nelle nostre città, che spesso è in diretto collegamento con la presenza di flussi migratori.

La condizione di senza fissa dimora nella letteratura internazionale si associa spesso a:

- un'alta esposizione a fattori di rischio nocivi per la salute;
- un'alta esposizione a traumi, incidenti e violenze;
- un'alta prevalenza di malattie;
- un'insufficiente accesso all'assistenza sanitaria;
- un'alta mortalità.

Le variabili socioeconomiche (istruzione, occupazione, reddito) sembrano molto importanti nel determinismo della condizione di SFD: sono i soggetti più deprivati ad incontrare più spesso questo destino.

Lo stato di severa deprivazione materiale (dimora, esposizione agli agenti atmosferici, nutrizione) si somma alla scarsità della rete relazionale (la ricchezza e il supporto dei rapporti familiari e sociali) e ai comportamenti nocivi per la salute (alcohol, fumo e droghe) comportando un alto rischio di malattia e di morte prematura, che rendono urgente il potenziamento dell'attività di inclusione sia attraverso le strutture di accoglienza (dormitori, mense) che degli interventi di supporto e di riabilitazione psico-sociale.