

PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Documento conclusivo del Gruppo di Lavoro Nazionale

Perché integrare sociale e sanitario

Indubbiamente è necessario aprire questa riflessione con un'affermazione certamente scontata per gli addetti ai lavori, ma sempre centrale e di estrema importanza: la presa in carico sociosanitaria delle persone in povertà e/o PSD, (persone senza dimora) è questione non soltanto intricata, ma estremamente complessa a causa di compositi determinati sociali, economici e relazionali che incidono sulle condizioni di salute di queste persone.

Una situazione destinata ad aggravarsi con il perdurare della crisi economica, e dell'insufficienza di politiche e servizi sanitari in grado di intervenire tanto sul piano preventivo che riparativo.

I Piani Socio-Sanitari nazionali hanno messo in evidenza la varietà e la multidimensionalità delle relazioni fra povertà e stato di salute, e anche nella letteratura internazionale la condizione di senza dimora si associa spesso a un'alta esposizione a fattori di rischio nocivi per la salute e alla totale assenza di azioni di prevenzione.

D'obbligo quindi ricordare alcuni fattori di rischio alla condizione di PSD:

- fattori strutturali, quali la perdita del lavoro stabile, la disoccupazione, la scarsità di alloggi a prezzi contenuti l'insufficienza di politiche sociosanitarie più efficaci, il costo della vita
- fattori di rischio individuali come la disgregazione familiare, la separazione dal coniuge e/o dai figli, i disturbi psichici, la dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol, la psicopatologia in età adolescenziale, la famiglia monoparentale composta da madre single con i figli, il basso livello di istruzione.

L'integrazione socio-sanitaria nell'ambito dei servizi per PSD è quindi una sfida che impegna da tempo operatori del settore e politici, nella ricerca di strade economicamente sostenibili ed efficaci dal punto di vista terapeutico e riabilitativo.

Va rimarcato che l'esercizio del diritto costituzionale alla Salute nel nostro Paese è garantito da strutture pensate per chi è in grado di autodeterminarsi, di identificare i propri bisogni e

provvedervi autonomamente. Per chi non ha casa e vive in strada o si appoggia a strutture di accoglienza, l'accesso alle cure, un rapporto regolare con il medico di Medicina Generale (MMG), l'accesso alla medicina preventiva e specialistica, la possibilità di trascorrere una convalescenza che non vanifichi l'intervento sanitario rappresentano problemi insormontabili che si traducono spesso nella rinuncia alla cura di sé.

Sul fronte dei Servizi, il ruolo e la responsabilità degli operatori sociali nell'accompagnare le PSD in un percorso terapeutico inteso come assistenza e cura congiunte, così come l'intervento non in emergenza su chi vive in strada, restano questioni aperte, che spesso trovano soluzioni basate sulla creatività dei singoli, su finanziamenti temporanei e sul volontariato.

Ancora oggi la presa in cura di un PSD spesso genera un fenomeno di incomprensione fra i Servizi nello stabilire chi deve intervenire. Mentre la persona soffre di deprivazioni e il tempo passa, è difficile definire l'appartenenza ad un servizio specifico: *sanitario? sociale? dipendenza? malattia mentale? disagio sociale o disabilità?* Così molte volte nel sistema degli Enti, sia pubblici che privati, i problemi di confine di appartenenza del caso di un PSD, creano aree grigie che non affrontando l'integrazione sociosanitaria aggravano il processo di esclusione.

Come sappiamo, quella in cui vivono i senza tetto è una condizione complicata e multifattoriale, senza una dimora, un luogo privato per autodeterminarsi e prevenire le difficoltà, una dimora da condividere, dove rifugiarsi, proteggersi, riposarsi, prendersi cura di sé, del proprio corpo e dei propri oggetti, delle relazioni e degli obiettivi di vita.

La PSD sosta sotto gli occhi dei passanti, ma in ogni caso in luoghi spersonalizzanti dove col tempo avvengono numerosi cambiamenti: egli ha la necessità, più o meno consapevole, di adattarsi alle condizioni in cui si trova per sopravvivere alle condizioni della strada.

Un processo di assestamento che comporta cambiamenti comportamentali, ma anche della cultura di appartenenza, dei riferimenti e delle competenze sociali e comunicative. Così perdere il lavoro, la casa, gli affetti, non significa soltanto perdere la propria stabilità economica ed essere esclusi dalla società, ma significa soprattutto perdere parte della propria identità e dell'idea di sé nel mondo.

Con la mancanza di una dimora anche il corpo si adatta alla strada e alle condizioni, fisiche e temporali e muta anche la percezione stessa di tale condizione. Cambia la percezione della realtà esterna e quella del sé interno che deve riorganizzarsi alla luce della nuova situazione. Cambia anche la percezione del tempo, i secondi possono essere ore, i giorni mesi... c'è solo il presente, nel quale impegnare le energie per soddisfare i bisogni primari, ed il futuro non è più visibile. Cambia la percezione del dolore.

A partire da simili condizioni di vita, seppure solo accennate, è ovvio che la salute della persona viene compromessa in maniera grave. A questi fattori di rischio spesso si aggiungono l'abuso di alcool o stupefacenti, una maggiore esposizione alle emergenze sanitarie per traumi, violenze,

malattie e, allo stesso tempo, da una minore possibilità di accesso all'assistenza medica.

Ai disturbi organici come le malattie dell'apparato respiratorio, delle patologie metaboliche (diabete ecc.) delle anemie ed ai problemi alla dentatura, si aggiungono così le problematiche e fragilità psicologiche e la contrazione delle capacità sociali e relazionali. È innegabile una correlazione tra benessere materiale e salute mentale: tutte le deprivazioni influenzano il nostro equilibrio psicologico, anche quelle legate a una condizione di povertà e di povertà estrema. La continua incertezza, la precarietà del vivere in strada, non possono non intaccare in maniera profonda il funzionamento della psiche del PSD orientando i suoi sentimenti verso forti stati di insicurezza e disperazione. La condizione di senza dimora costringe inoltre a modificare anche drasticamente le proprie abitudini e questo implica gravi conseguenze psicofisiche: irritabilità, riduzione del tempo di attenzione, allucinazioni, paranoie, la perdita del sonno principalmente per la paura di subire aggressioni o furti.

In ragione di questa premessa vogliamo segnalare che la presa in carico di un problema di salute portato da un PSD, non può prescindere o escludere la presa in carico sociale perché i due aspetti sono inscindibilmente legati sia nella costruzione del "problema malattia" che a nostro avviso nel percorso di cura/ricerca della soluzione.

Per questo non è corretto limitarsi a parlare di Salute, nell'accezione che comunemente viene data, e trattare l'accesso alle cure solo come accesso alle cure mediche, ma è necessario che il tema venga trattato analizzando i processi di: *presa in carico socio sanitaria integrata*. Una sfida per le istituzioni sociali e sanitarie, nazionali e locali che a partire dal dettato costituzionale: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (Articolo 32.)"*, sono chiamate a interrogarsi, a ricercare e sperimentare formule di integrazione socio sanitaria che rispondano a bisogni complessi.

Come già accennato, l'integrazione socio sanitaria si presenta, a nostro avviso, come una sfida complessa su più livelli: perché il sociale e il sanitario evocano un'idea diversa di persona (bisogni/competenze), parlano linguaggi diversi e utilizzano protocolli, riferimenti normativi, istituzioni, risorse e professionalità differenti.

Come evidenziato dalle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta redatte dal Ministero delle Lavoro e delle Politiche Sociali: *"...nella maggior parte dei casi, l'unica interfaccia sanitaria effettiva per la persona homeless, è e resta il servizio di Pronto Soccorso, con tutti gli extra-costi, le disfunzioni e le problematiche di adeguatezza che ciò comporta. Tutto ciò sembra discendere, oltre che da problematiche organizzative e comunicative tra servizi e politiche pubbliche, anche da culture e visioni eccessivamente settoriali dell'idea di cura e di riabilitazione. Occorre accedere ad un concetto esteso di salute, non sanitarizzato, che consideri la comunità come il primo soggetto interessato al benessere complessivo dei suoi membri e il primo attore capace di favorirlo, anche per evitare spese consistenti ed improprie all'interno del circuito sanitario per problemi che facilmente si sarebbero potuti prevenire e/o gestire in circuiti integrati più economici ed efficaci"*.

A distanza di 3 anni dalla approvazione delle Linee di Indirizzo nel novembre 2015, l'integrazione socio sanitaria stenta a essere un orientamento perseguito dalle istituzioni sia in ambito sociale che in quello sanitario consegnando al Terzo Settore la domanda di risoluzione del problema con interventi spesso non di sua prima competenza e che non riescono a rispondere al bisogno complessivo, non hanno una diffusione sul territorio nazionale tale da raggiungere tutti gli aventi diritto e non hanno adeguate risorse economiche.

L'accesso alle cure

In tema di diritto alla Salute, l'effettivo accesso alle cure sanitarie costituisce un aspetto cruciale per i possibili percorsi di inclusione di coloro che vivono in stato di grave marginalità.

Alcune variabili intervengono a definire l'esigibilità del diritto alla Salute per tutti i cittadini, tali variabili declinate rispetto alla condizione di senza dimora determinano vere e proprie soglie/barriere di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In particolare, nelle singole storie di vita di PSD, assumono rilevanza aspetti quali:

- La Cittadinanza

Gli italiani sono iscritti obbligatoriamente al SSN mentre gli stranieri godono di iscrizione obbligatoria se lavoratori o disoccupati involontari (anche i familiari), oppure se detentori di specifici permessi di soggiorno (ad es. richiesta di asilo, asilo politico/rifugiato, protezione umanitaria e sussidiaria, attesa adozione, affidamento, richiesta di cittadinanza, attesa occupazione, gravidanza). Vi è poi la possibilità di iscrizione volontaria che costituisce una forma di assicurazione pubblica ad annualità solare con importo determinato in base al reddito complessivo conseguito l'anno precedente (Importo non inferiore a euro 387,34).

Esistono inoltre gli stranieri presenti sul territorio non iscrivibili al SSN che comprendono:

1) Cittadini non comunitari: adulti stranieri privi di permesso di soggiorno; adulti stranieri non iscrivibili al SSN in quanto privi di residenza;

2) Cittadini comunitari: adulti privi dei requisiti necessari per la fruizione del diritto all'assistenza sanitaria ai sensi della normativa europea e che nel loro paese d'origine non hanno la possibilità di avere garantita una adeguata assistenza sanitaria.

Ai cittadini non comunitari viene rilasciata una Tessera STP (Straniero Temporaneamente

Presente) che ha validità su tutto il territorio nazionale; mentre per i cittadini comunitari è previsto il rilascio della tessera ENI (Europeo Non Iscrivibile) con validità regionale. Oltre che per l'ambito di validità i due dispositivi differiscono per altri aspetti: ad es. il STP ha possibilità di usufruire dell'esenzione per reddito dal ticket su singole prestazioni (Esenzione X01) facoltà che non è estesa ai detentori di tessera ENI.

- L'organizzazione dei servizi sanitari pubblici

La sanità è una delle materie per cui è prevista una legislazione concorrente fra lo Stato (a cui spetta la competenza in termini di principi e di minimi essenziali) e le Regioni (che definisce i modelli organizzativi e di erogazione delle prestazioni).

Ad esempio rispetto agli stranieri non iscritti al SSN viene demandata alla legislazione regionale l'organizzazione delle modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative che possono essere erogate: nell'ambito delle strutture di medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, in strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica.

Alcune Regioni hanno creato pertanto centri appositi per la salute dei STP affidandogli funzioni più ampie rispetto a quelle previste dal TU (i Centri Informazioni Salute Immigrati della Regione Piemonte) altre hanno scelto di organizzare il servizio nell'ambito dei presidi esistenti, altre hanno incaricato alcune organizzazioni di volontariato quali gestori della funzione per conto del servizio pubblico e con ridotte sovvenzioni finanziarie.

A differenziare ulteriormente le disparità di organizzazione territoriale va ancora detto che non tutte le Regioni hanno recepito le indicazioni in merito ai cittadini neo-comunitari (ad es. non è stato creato il codice Eni in Lombardia e in Calabria).

- La residenza fittizia

La residenza anagrafica rappresenta il prerequisito per l'accesso ai percorsi ordinari di cura e di salute attraverso la scelta del medico di Assistenza Primaria/Medico di Medicina generale-MMG. Ai sensi della normativa nazionale l'Ente Locale titolare delle funzioni anagrafiche ha autonomia, nell'ambito dei parametri definiti dalla legge, nell'indicare modalità di ottenimento della cosiddetta "residenza fittizia".

Nell'ambito dell'autonomia dell'Ente Locale si sviluppano così diverse soluzioni: in molti territori la residenza fittizia ottenuta attraverso iscrizione libera e volontaria del cittadino all'anagrafe di fatto è ancora residuale, prevalgono modalità di iscrizione a residenze fittizie condizionate da ulteriori requisiti come la segnalazione del servizio sociale o residenze ottenute presso convivenze anagrafiche legate al servizio/struttura presso cui il cittadino senza dimora è

domiciliato. L'interruzione del rapporto con i servizi sociali o l'allontanamento dalla convivenza e la relativa cancellazione anagrafica implicano spesso un'interruzione dei percorsi di cura e della possibilità di accedere alle prestazioni di salute determinando ulteriori disparità di trattamento. Come dire che la residenza anagrafica richiama, oltre all'identità civico-amministrativa, all'identità sanitaria delle persone. Riteniamo pertanto che là dove l'Ente Locale si attivi per la residenza fittizia delle PSD, si intenda adempiere parallelamente sui due fronti, civico e sanitario, con notevole risparmio di risorse e doppio beneficio.

Come già rilevato dall'indagine condotta dall'associazione NAGA Milano nello specifico dei percorsi di accesso alla salute per gli immigrati si è in presenza di una legislazione garantista a livello nazionale, ma l'effettiva fruibilità delle prestazioni è assolutamente non omogenea su tutto il territorio nazionale determinando anche fenomeni di migrazione verso le zone in cui si concentrano i servizi sociali e sanitari.

L'apporto del privato sociale è di fatto indispensabile in quanto continua a sopperire ai bisogni sanitari in assenza di opportunità pubbliche accessibili (v. il costo dei ticket sanitari previsti dal SSN, vera barriera di accesso per molte persone in condizioni di povertà relativa, non necessariamente solo per i cittadini senza casa).

Per permettere l'esercizio del diritto alla Salute di tutti i cittadini e non rassegnarsi ad un suo arretramento complessivo diventa sempre più strategico presidiare gli aspetti segnalati anche attraverso un'azione di monitoraggio ed advocacy.

Quali malattie produce la strada

Non esistono dati aggregati a livello nazionale, ma solo dati presenti a livello locale raccolti prevalentemente da soggetti del Terzo Settore nell'ambito dell'offerta di prestazioni sanitarie a titolo gratuito ai PSD.

Come primo esempio a campione riportiamo i dati 2017 relativi ai pazienti afferenti al Poliambulatorio di Opera San Francesco per i poveri (OSF) di Milano che si sono dichiarati senza dimora (sd).

Il Poliambulatorio OSF è un servizio gratuito aperto a tutti coloro che non possono accedere al SSN. Il target del servizio è quindi rappresentato prevalentemente da stranieri non regolari, viene riservata un'attenzione specifica agli italiani senza dimora che, per mancanza di residenza o impossibilità/incapacità di avere un medico personale, non sono in grado di usufruire delle prestazioni del SSN.

Il servizio offre prestazione gratuite di medicina generale, specialistica (oltre 30 specialità) ed odontoiatrica, viene garantito quotidianamente dal lunedì al venerdì grazie al contributo

decisivo di circa 200 medici volontari, coadiuvati dal personale sanitario interno, è presente anche uno sportello di distribuzione farmaci a supporto delle terapie prescritte dai medici OSF.

Inoltre OSF partecipa al progetto sul Salvavita, ovvero alla sperimentazione di una Tessera Salvavita abbinata al Braccialetto Salvavita con lo scopo di superare l'anonimato medico-sanitario dei PSD e agevolare i soccorsi in situazioni d'emergenza-urgenza.

Nel corso del 2017 i pazienti del Poliambulatorio OSF che si sono dichiarati senza dimora sono stati 937, su un totale di 9.259 persone visitate. I senza dimora rappresentano il 10% circa dei pazienti complessivi e di questi il 63% dei pazienti sd sono uomini e il 37% donne.

Per quanto riguarda l'area geografica di provenienza, la maggioranza dei pazienti dichiaratisi senza dimora proviene dall'est Europa (25,6%), in particolare dalla Romania. Seguono nord Africa (14,4%) e America del sud (13,2%). Gli italiani sd sono stati 79 (8,4%). In merito alle fasce d'età, prevalgono gli adulti 25-45 anni (44%) e 46-64 anni (35,4%). Nel corso dell'anno i pazienti senza dimora hanno complessivamente usufruito di 3.752 prestazioni di medicina di base o specialistica, a cui corrispondono 3.752 diagnosi. A riguardo è necessario precisare che nel conteggio alcune prestazioni, ed alcune diagnosi, sono ripetute perché riferite a pazienti in cura che si sono ripetutamente presentati per la stessa problematica.

Il 41,50% degli accessi hanno riguardato il medico di base (internista), il 13,99% il cardiologo, il 12,31% la psicologia/psichiatria e a seguire tutte le altre specialità.

Il 20,63% delle diagnosi si riferisce a classificazioni generiche quali ad esempio "visite di controllo", "familiarità positiva per (patologia)", ecc.

Il 13,97% riguarda malattie del sistema circolatorio, il 12,05% disturbi psichici, l'8,88% si riferisce a malattie del sistema osteo-muscolare e tessuto connettivo, il 7,41% malattie dell'apparato respiratorio e il 7,25% malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari. Seguono con valori minori le altre diagnosi.

Più nel dettaglio si segnalano: ipertensioni varie 8,5% circa dei pazienti, 3,7% diabete vario, 2,7% stress post traumatico. Colpisce inoltre il dato di 1,36% diagnosi riguardanti tumori.

L'accesso al servizio di odontoiatria avviene con modalità leggermente differenti, i numeri sono molto più ridotti e soggetti alla valutazione in sede di visita di controllo. È tuttavia significativa la coerenza dell'autovalutazione fatta dal paziente relativamente al tipo di dolore di natura odontoiatrica con quanto emerge dalle visite di controllo stesse.

I pazienti senza dimora che hanno avuto accesso al servizio odontoiatrico sono stati 194 su un totale di 1.526 utenti (12,7%), tenendo conto che alcuni di essi sono tornati nel corso dell'anno e che il servizio si limita alle cure odontoiatriche di base, le diagnosi effettuate sono state 313. Si evidenzia in particolare come la maggioranza dei pazienti richieda il servizio odontoiatrico solo quando presenta un dolore acuto, insopportabile, come gengivite acuta (38,6%), mal di gengive generico (24,3%) o pulpite (17,9%).

Come secondo esempio riportiamo gli esiti di una ricerca svolta a Reggio Emilia che ha visto la collaborazione dell'ambulatorio SerT a Bassa Soglia – Ausl di Reggio Emilia, del Drop In (Servizio Educativo Integrato per persone con dipendenza da sostanze psicoattive – Coop. Soc. La Quercia), dell'ambulatorio Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS) – Ausl di Reggio Emilia e dello Sportello Migranti e Diritto alla Salute – Associazione Città Migrante.

L'obiettivo era di rilevare la condizione abitativa delle persone afferenti ai suddetti servizi nel periodo di riferimento 01/01/2018-31/03/2018 in rapporto agli accessi sanitari come determinanti di salute, verificare l'esistenza di patologie predominanti nelle persone che vivono in disagio abitativo e identificarle.

La raccolta dati è stata fatta tramite somministrazione di questionario (tradotto in quattro lingue: inglese, francese, russo e arabo), supportata dalla presenza di mediatori linguistico-culturali.

Il campione ha coinvolto 321 persone di 30 nazionalità, inclusa quella italiana.

Oltre alla situazione abitativa e alle patologie correlate, è stato rilevato anche il dato riferito alla copertura sanitaria delle persone coinvolte nella ricerca. Più di 1/3 degli intervistati (115 persone), secondo l'anagrafe sanitaria, sono *senza alcuna forma di assistenza*. Non sono iscrivibili a causa di un mancato rinnovo, irreperibilità all'anagrafe, o revoca d'ufficio. Alcune di queste persone sono giunte da poco tempo in Italia, in particolare dall'Est Europa, e possiedono un visto turistico.

Le persone coinvolte presentano in maggioranza *patologie multiple* (147).

Fra i senza tetto (88 persone) le patologie prevalenti sono la *dipendenza da sostanze legali e illegali*, seguite dalle patologie osteo-muscolari e traumatismi, patologie dell'apparato respiratorio, patologie odontostomatologiche e infettive/parassitarie.

Fra i senza casa (47 persona) le patologie prevalenti sono dell'*apparato osteo-muscolari/traumatismi*, seguite dalle dipendenze e dai disturbi psichici.

Fra le persone in sistemazione insicure (172 persone) le patologie prevalenti sono dell'*apparato circolatorio* seguite da patologie dell'apparato respiratorio, patologie endocrine e metaboliche e dell'apparato osteo-muscolare/traumatismi.

Fra le persone in sistemazioni inadeguate (14 persone) la patologia prevalente è la *dipendenza da sostanze legali e illegali*.

L'importanza di una completa ed effettiva integrazione socio sanitaria è sostenuta anche dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), ente pubblico nato nel 2007 che opera a Roma. Fra il 2007 e il 2014 su un campione di 5.394 persone senza dimora sia italiane che straniere le patologie più frequenti riguardano la cute (eczemi, malattie parassitarie, ulcere croniche), malattie odontoiatriche, infezioni respiratorie delle prime vie aeree, epatiti virali e alcoliche.

Molto pochi, i casi di tubercolosi (e di questi una frazione bassa di forme contagiose) e di Hiv. In circa 1000 persone si sono osservati disturbi e malattie psichiche, principalmente disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, e dipendenze da alcool, nell' 8% si è riscontrata una psicosi e nel 6% disturbi della personalità.

Nonostante la mancanza di rilevazioni omogenee sia per modalità che per periodo di riferimento si può osservare una serie di congruenze fra le patologie emergenti che delimitano un'area abbastanza definita delle patologie prodotte dalla vita di strada.

Un approfondimento della raccolta dati organizzata su scala nazionale per aree geografiche e densità di popolazione potrebbe permettere una migliore definizione del problema locale e la predisposizione di azioni di prevenzioni mirate al gruppo target.

La presa in carico

La "presa in carico" è una locuzione tipica dei servizi sociali, che può assumere significati molto diversi e, di conseguenza, generare comportamenti diversi: dalla (1) sequenza di attività che permettono ad un Servizio sociale di base di conoscere una persona in situazione di difficoltà, "aprire un fascicolo" a suo nome ed effettuare una serie di interventi di ascolto, approfondimento e valutazione del bisogno che porta alla stesura di una proposta di intervento all'invio presso uno o più servizi, ma allo stesso tempo si intende (2) un processo/percorso di affiancamento, motivazione e accompagnamento, mediazione grazie al quale una persona in situazione di fragilità accede ed inizia a fruire con continuità nel tempo ad uno o più servizi di carattere sociale, assistenziale, educativo piuttosto che riabilitativo.

La differenza principale nelle due descrizioni sta nel grado di prossimità/vicinanza con l'utente. E' auspicabile che i due livelli descritti operino in maniera complementare e integrata soprattutto nell'ambito della grave emarginazione. Ad una presa in carico formale/istituzionale a volte non corrisponde una presa in carico educativa/personalizzata/di prossimità in grado di presidiare/monitorare/sostenere il difficile percorso di inserimento o che i due livelli siano presenti in capo a enti diversi senza comunicare fra loro. Questa distanza fra le due concezioni di presa in carico, fra idee diverse rispetto alla centralità dell'utente è sicuramente disfunzionale al buon esito dell'intervento.

Un altro aspetto da segnalare come elemento di criticità riguarda il rapporto fra le competenze dei servizi e la titolarità dell'intervento: disagio sociale, salute mentale, disabilità, dipendenze... i servizi deputati alla presa in carico possono essere diversi e più di uno, la ricerca del servizio di competenza e la sovrapposizione tra più ambiti di competenza nel servizio pubblico corre il rischio di generare una risposta disfunzionale ai bisogni della persona o peggio la mancanza di risposta e di presa in carico.

La confusione sulla titolarità dell'intervento sia in linea pratica che in linea teorica genera così un effetto di stallo del sistema con il risultato di un peggioramento degli esiti e di un innalzamento dei costi.

Un altro elemento di complessità riguarda, come già segnalato nel documento, la forte delega al privato sociale dell'intervento in favore delle persone senza dimora. Il concetto di presa in carico assume così una forte frammentazione legata alla specificità dell'ente (dimensione culturale ed organizzativa) che in quel momento "segue" il senza dimora con il risultato che la proposta di intervento alla persona senza dimora si muove così su tutta la gamma delle possibilità: dalla quella di tipo assistenziale in riferimento a bisogni primari, a processi di empowerment e ricostruzione dell'autonomia, riduzione del danno...

A questo si aggiunge un effetto di frammentazione della presa in carico legata alla tipo di servizio che interviene in termini di setting, durata, professionalità coinvolte, rapporti numerici e continuità nel tempo:

unità di strada

educativa di strada

sportelli a bassa soglia (pubblici o privati)

servizi a bassa soglia (mense, docce, guardaroba)

medicina di strada

centri diurni

accoglienze in emergenza

dormitori

accoglienze comunitarie

alloggi protetti

In tutti questi casi si sviluppa una relazione di cura fra gli operatori del servizio e la persona coinvolta con caratteristiche profondamente diverse eppure tutte riferibili ad una presa in carico: i gradi di intensità della relazione, la frequenza, la prossimità, il tipo di intenzionalità perseguita, le figure professionali coinvolte, il rapporto numerico operatore utente e i luoghi dell'intervento sono talmente diversificati da costituire un vero e proprio mondo in cui la persona senza dimora si muove senza tuttavia che questo mondo si in grado di offrire una proposta integrata riducendo le possibilità e di interventi migliorativi in ambito socio sanitario.

La mobilità della persona da un servizio all'altro mette in evidenza una estrema complessità nella definizione e nel mantenimento di un presidio del progetto individuale sia a livello istituzionale e di rete, ma anche nella pratica, sul campo a causa dell'itineranza della persona attraverso il complesso e diversificato sistema di servizi.

Secondo la letteratura prevalente l'equipe integrata, sembra essere una risposta possibile allo stallo del sistema, in questa direzione va segnalata la necessità per lo specifico degli interventi per le persone senza dimora di una funzione di raccordo ed orientamento del lavoro dell'equipe integrata che:

- **ricomponga** frammentazione del sistema in maniera stabile in quanto si tratta di prese in carico che per la loro complessità hanno una durata medio/lunga;
- **garantisca** un intervento personalizzato inclusivo e vicino alle esigenze della persona e ne promuova il protagonismo;
- **orienti** il lavoro dell'equipe integrata armonizzando le culture organizzative presenti, i diversi contributi e le professionalità consapevoli del bisogno di ridurre la distanza fra le professioni sociali e quelle sanitarie;
- **valuti** gli esiti dell'intervento e riorienti nel tempo il sistema degli attori che operano intorno alle esigenze della persona.

Per l'attuazione delle Linee di Indirizzo

In riferimento all'importante lavoro realizzato nella stesura delle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta, riprendiamo alcuni passaggi del testo in oggetto dove, in tema di presa in carico

integrata socio – sanitaria, vengono individuati alcuni ambiti di azione:

- mediante un tempestivo contatto con i servizi socio sanitari. La consulenza del medico e/o dell'infermiere si deve affiancare fin dall'inizio all'intervento degli operatori sociali. L'esperienza di INMP, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà e della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, dimostrano che la collaborazione tra più soggetti istituzionali e del privato sociale è una tappa fondamentale per la tutela dei diritti delle persone vulnerabili;
- *“prevedendo protocolli di ricovero, cura ed assistenza ospedaliera integrati con l'intervento dei servizi territoriali per la homelessness e meno vincolati, nella durata, dai DRG ospedalieri”* - le sperimentazioni in atto nella regione Emilia Romagna, nel Lazio e in Piemonte dimostrano che l'esistenza di protocolli fra istituzioni pubbliche (Comuni, Ausl, Ats, Asl, Ospedali) e privato sociale per ricoveri e presa in cura sono una tappa fondamentale per il riconoscimento dei diritti, la salvaguardia della salute e la centralità della persona nel percorso di inclusione e permettono di assicurare l'equità nell'accesso alle cure a tutte le persone e assicurare la continuità dell'assistenza nelle varie fasi del percorso (strada, casa, ambulatorio, dormitorio, luogo di cura) e nei passaggi tra soggetti erogatori (volontariato, privato sociale, Asl, Comune). Pensare inoltre

che i diversi servizi sociali, quello degli Enti Locali così come quelli degli Ospedali, abbiano una continua consultazione nel trattamento dei casi a loro affidati;

- *“strutturare, nell’ambito dei servizi di strada e/o delle strutture a bassa soglia, unità congiuntamente gestite da operatori sociali e sanitari che, con periodicità regolare, effettuino, senza barriere all’accesso, monitoraggi e screening gratuiti delle condizioni di salute delle persone senza dimora presenti in strada, interventi preventivi e interventi di prima necessità ed orientamento verso il sistema sanitario” - **Nell’attualità si ritiene che l’orientamento verso il SSN debba essere assunto da tutti i servizi socio sanitari pubblici e privati. Per quanto riguarda le unità mobili, sia sociali che socio sanitarie, crediamo fondamentale un ruolo di prevenzione, di alfabetizzazione e sensibilizzazione dei PSD alla salute, alla cura e all’uso dei servizi preposti e così come avviene per tutti i cittadini.***

Conclusioni

Oggi crediamo che non si possa più prescindere da un sistema di servizi che faccia della flessibilità, dell’integrazione della rete e della centralità della persona il fulcro della presa in carico delle persone svantaggiate. Anche nel momento in cui la persona viene accolta in strutture residenziali, a maggior ragione necessita di servizi socio sanitari flessibili, integrati e convenzionati che favoriscano l’inclusione e la cura. E’ unicamente con una riflessione sempre aperta da parte dei soggetti pubblici e privati coinvolti sulle condizioni e le modalità di accesso alle cure sempre più orientate a modelli, che si sperimentano interventi di prossimità ai bisogni tutti della persona. Per questo, come già enunciato dalle Linee guida, non solo è necessaria una formazione congiunta degli operatori sociali e sanitari, ma anche un’opera di sensibilizzazione, un cambio culturale fra i professionisti e le istituzioni e una azione di advocacy in grado di tutelare i diritti delle persone svantaggiate vulnerabili ed escluse.

In ragione dell’estrema frammentarietà a livello locale e regionale, sarebbe auspicabile un approfondimento sul territorio nazionale di valutazione dei modelli e degli strumenti applicativi negli ambiti: prevenzione sanitaria, cura ospedaliera e non, integrazione fra i servizi socio sanitari territoriali, procedure per il passaggio dall’assistenza sanitaria specifica e dedicata al SSN (post acuti, servizi specialistici dipendenze, salute mentale), equipe integrate e forme di coordinamento di sistemi di intervento pubblico privato. **I PON (Programma Operativo Nazionale per l’Inclusione) grazie alla loro logica sistemica stanno permettendo di sperimentare percorsi orientati alla continuità e all’integrazione sociosanitaria dei servizi, che in futuro necessiteranno di una messa a regime. Sarà importante la valutazione degli esiti per la programmazione e lo sviluppo di servizi sempre più adeguati nella cura e in grado di rispondere ai bisogni delle persone.**

30 novembre 2018

Gruppo di Lavoro Nazionale **Presa in carico e integrazione socio-sanitaria**

<https://www.fiopsd.org/presa-carico-integrazione-socio-sanitaria/>

Il presente documento è il frutto di un lavoro congiunto che ha visto coinvolti:

Vita Casavola – Fond. Casa della Carità (Milano)

Ilaria Avoni – Coop. Piazza Grande – Bologna

Cristina De Michele – Coop. Comunità Progetto (Milano)

Monica Incerti Telani – Coop. La Quercia (Reggio Emilia)

Massimo De Albertis - Comune di Torino

Daniele Pagani - Opera San Francesco (Milano)

Paolo Tengattini – Società di San Vincenzo De Paoli – Brescia

Mirella Pignataro - Comune di Milano

Stefania Zazzi – Comune di Milano

Paola Arghenini – Caritas Lodigiana

Alessandra Gallo – Ufficio Pio della Compagnia di San Paolo (Torino)

Paolo Vendramin - Caritas Como

Giacomo Manfredi – Caritas di Como