

## Salute e malattia ai margini della società: uno studio qualitativo sui Senza Dimora

Stefano Callegarin<sup>1</sup>, Carlo Alberto Camuccio<sup>2</sup>, Francesco Cutrone<sup>3</sup>,

<sup>1</sup>*Infermiere Aulss 6 Euganea, ospedale di Camposampiero;* <sup>2</sup>*Coordinatore CdL in Infermieristica, Università di Padova, Feltre;* <sup>3</sup>*Docente di Psichiatria CdL in Infermieristica, Università di Padova, Mestre*

**Abstract:** homelessness is an increasing phenomenon and it represents a growing social problem. Homeless people live at the margin of society and they experience poorer health level and little is known about the health care use. The objective of this research is to explore and to understand the perspective of this population about their health status and health care use. A qualitative phenomenological research design is used. Eight interviews were conducted in a day centre for homeless people called “*La Bussola*”. The research also includes a descriptive retrospective data analysis conducted on a sample of data held by the NGO “*Emergency*” of Marghera (VE). Three major themes were identified: 1) “*perception and management of health*”; 2) “*Relationship with health services*”; 3) “*Relationship between street life and health*”. Homeless people suffer of multiple kind of morbidity: diseases of the digestive system (ICD 10, sector 11), diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (ICD 10, sector 13) and diseases of the circulatory system (ICD10, sector 9) are the most common diagnosis founded by the analysis. Homeless people have numerous health needs unanswered. The social conditions and the street life profoundly modify the lifestyle. The health could be the first step to create a relationship with this kind of population, and to improve their social condition in a better way.

**Keywords:** “*Access to care*”, “*homeless*”, “*Homeless Healthcare needs*”, “*healthcare experiences*”, “*qualitative studies*”

## 1. Introduzione

Il fenomeno dell'*homelessness*, che negli ultimi anni sta aumentando notevolmente nelle periferie delle metropoli europee e del Nord America, richiedendo sempre più sforzi da parte delle politiche sociali, in realtà è sempre esistito nelle periferie delle megalopoli dei paesi in via di sviluppo, senza che questo abbia mai comportato una particolare attenzione (Gnocchi, 2009). Dare una definizione

del fenomeno non è semplice, in quanto si tratta di una realtà complessa e multiforme. Nella letteratura internazionale è considerata valida la definizione elaborata dall'osservatorio *Feantsa* (*European Federation of National Organisations Working with the Homeless*). In Italia si è iniziato a parlare di questa condizione a partire dal 1983 con il primo rapporto sulla povertà, documentando l'esistenza di un'area di marginalità estrema (CIES, 2011).

Negli ultimi trent'anni la popolazione homeless ha subito un incremento soprattutto nei paesi sviluppati, raggiungendo una stima approssimativa di 700 mila persone nell'Unione Europea secondo l'ultima panoramica elaborata da *Feantsa* (Amore et al., 2011). In Italia si ritiene che le persone senza dimora siano 50 mila 724, in aumento rispetto alla precedente indagine condotta da ISTAT nel 2011 (47 648 persone) (ISTAT, 2014). Quest'ultimo dato dovrebbe essere aggiornato, ma attualmente non sussistono ulteriori "censimenti" sulla popolazione senza dimora.

L'*Homelessness* rappresenta un serio problema per la salute degli individui e la popolazione (Hwang, 2014). Lo stato di severa deprivazione materiale si somma alla scarsità della rete relazionale ed ai comportamenti nocivi per la salute, comportando un alto rischio di malattia e morte prematura, che rendono urgente il potenziamento dell'attività di inclusione (Gnocchi, 2009).

In Italia le persone senza dimora si concentrano principalmente al Nord Italia (56%), soprattutto nelle aree metropolitane di Milano (23,7%) e Roma (15,2%), sono prevalentemente uomini (85,7%), stranieri (58,2%), con licenza media inferiore (39,6%) o superiore (32,7%) e approssimativamente un quinto di essi (21,4%) vive in condizione di disagio abitativo da oltre 4 anni (ISTAT, 2014).

Sebbene la ragione economica sia la causa più frequente del fenomeno di emarginazione (56,1% - 63,0%), si deve dire anche che le malattie mentali o il disagio psicologico ne rappresentano il 6,1% dei casi, la tossicodipendenza il 5,7% e l'alcolismo il 4,4% (Gnocchi, 2009).

Le patologie di più frequente riscontro sono: disturbi psichici, malattie dell'apparato digerente, malattie infettive, dermatologiche e del sistema genito-urinario, oltre alle malattie respiratorie, dell'apparato cardiocircolatorio ed i traumatismi (Gnocchi, 2009).

Le persone che soffrono della mancanza di una casa stabile sono più soggette all'uso dei dipartimenti di emergenza come usuale punto di riferimento per le cure, con una probabilità cinque volte maggiore di essere ricoverati ed una degenza più lunga rispetto al resto della popolazione (Schanzer, 2007).

Le organizzazioni, in Italia nel 2011, che hanno fornito assistenza a poveri o emarginati sono state 847, provvedendo a 429 mila interventi. 143 mila di questi sono rappresentati da servizi di pronto soccorso o trasporto sanitario (ISTAT, 2015).

"Emergency" è una delle 847 associazioni, che, offrendo assistenza sanitaria ed orientamento sociosanitario in forma gratuita, in regime di reciproca collaborazione con le autorità sanitarie locali, è stata contattata ai fini dello studio, in particolar modo con il poliambulatorio della O.N.G di Marghera (Ve), al quale si rivolgono molti migranti che vivono nell'area, ma non solo: infatti un paziente su cinque è italiano (Emergency-Programma Italia, 2016).

## 2. Quadro teorico

Dall'analisi della letteratura ha evidenziato alcuni studi qualitativi focalizzati sulle esperienze vissute da persone senza dimora.

Tab.1 Obiettivo e campione degli studi qualitativi utilizzati per la ricerca

Autore, anno	Obiettivo	Campione
Daiski et al., 2007	Esplorare la visione delle persone SD riguardo salute e bisogni	24 persone
Martins et al., 2008	Comprendere il rapporto con il sistema sanitario delle persone SD	15 persone
Nickash et al., 2008	Esperienze di persone SD nell'approccio ai servizi sanitari	9 persone
Rae et al., 2015	Esperienze di persone SD nell'approccio ai servizi sanitari	14 persone

Emerge che si possono ritrovare alcune tematiche condivise, sebbene questi siano stati condotti con campioni eterogenei di persone e svolti in aree geografiche differenti (1 studio proviene dal Regno Unito, 2 dagli USA, 1 dal Canada). Viene sottolineato come la salute svolga un ruolo secondario nella quotidianità di una persona senza dimora in quanto preoccupata innanzitutto di rispondere a quei bisogni fisici senza cui non potrebbe vivere. Nickash, 2008 sostiene infatti che tutte le persone intervistate presentano un *locus of control* esterno, che condiziona tutti gli aspetti della vita ed ogni intervistato descrive la propria vita come controllata da circostanze esterne. Le persone senza dimora descrivono uno stile di vita composto da bisogni fisici insoddisfatti, assistenza sanitaria insostenibile e percezioni di cura senza compassione. Quest'ultimo è un altro aspetto che traspare fortemente anche negli studi condotti da Martins, 2008 e Rae, 2015. I professionisti sanitari sono spesso visti come stigmatizzanti e le persone senza dimora si sentono giudicate dall'apparenza. Viene evidenziato in particolare dallo studio compiuto da Rae, 2015, come la flessibilità da parte degli operatori venga particolarmente apprezzata dall'utenza. Infine, è rilevante negli studi svolti da Daiski, 2007 e Rae, 2015 come da parte delle persone intervistate ci sia preoccupazione e responsabilità riguardo la propria salute correlata alla condizione di disagio sociale, ipotizzando che possa sussistere una parte di questa popolazione in grande bisogno di aiuto che può rispondere positivamente ad un approccio appropriato.

### 3. Lo Studio

#### 3.1 Scopo

L'obiettivo della ricerca è stato quello di condurre uno studio qualitativo fenomenologico al fine di indagare, attraverso i vissuti delle persone, il rapporto tra i servizi sanitari e la popolazione senza dimora. Si è voluto corredare l'argomento con un approfondimento descrittivo epidemiologico, con l'obiettivo di esplorare le "esperienze di sanità" di questa popolazione, al fine di ottenere maggiori informazioni riguardo le fonti di aiuto a cui abitualmente fanno riferimento gli *homeless*, analizzare quali sono le barriere all'accesso ai servizi sanitari e quali sono le priorità. L'argomento trattato è ancora poco considerato nella realtà scientifica. Sono numerosi infatti gli studi in letteratura che approfondiscono le "cattive" condizioni di salute delle persone senza dimora, mentre rimangono esigue le ricerche che approfondiscono le esperienze degli utenti senza dimora nell'approcciarsi ai servizi sanitari (Nickasch, 2008).

#### 3.2 Campione

La ricerca, strutturata in due parti, è stata condotta presso due strutture: 1) il centro di accoglienza diurno per persone senza dimora "La Bussola", realtà relativamente piccola della città di Padova, appartenente alla cooperativa sociale Polis. L'obiettivo della struttura è quello di offrire un sostegno per reintegrarsi nella società. 2) il poliambulatorio medico appartenente all'ONG "Emergency" di Marghera (VE). Il centro offre assistenza sanitaria di base e specialistica, orientamento sociosanitario per i migranti e le persone in stato di bisogno.

Sono state prese in considerazione questi due riferimenti dopo un'attenta valutazione del territorio, le tempistiche legate al progetto e dalla disponibilità delle strutture contattate.

Il campione doveva rispondere ai seguenti criteri: persone maggiorenni senza fissa dimora almeno da un anno, registrati al centro diurno; in grado di sostenere una conversazione in italiano o in dialetto

veneto; senza deficit cognitivi o sintomatologia psichiatrica tale da inficiare i contenuti dell'intervista; che esprimessero un chiaro e valido consenso ad essere intervistati.

Il personale del centro diurno nella selezione del campione è intervenuto indicando quelle persone che per il recente ed ancora incerto inserimento nella struttura era meglio non coinvolgere: si trattava di circa 5 soggetti.

I soggetti coinvolti nello studio qualitativo sono stati 8 e sono alcuni degli utenti che hanno fatto riferimento al centro durante i mesi di Luglio, Agosto e Settembre 2019. Si tratta di persone in disagio sociale inviate dai servizi del Comune di Padova.

Per quanto riguarda la fase descrittiva i dati presi in considerazione per la ricerca fanno riferimento alle persone che hanno acceduto alla struttura durante il periodo che intercorre dal 1° Aprile 2018 al 31 Marzo 2019. Si tratta di pazienti in forte disagio sociale connotati dall'organizzazione come senza dimora.

### 3.3 Strumento dell'indagine

Il fenomeno dell'*homelessness* è stato inizialmente esaminato attraverso la ricerca in letteratura per determinarne la definizione più appropriata, il profilo sociodemografico di questa fascia di popolazione e la relazione con i servizi sanitari. Come fonte di letteratura per la ricerca sono state usate due banche dati "Google Scholar" e "PubMed". Le parole chiave principali utilizzate sono state: "Access to care", "healthcare", "homeless healthcare", "homeless healthcare needs", "qualitative studies", "healthcare experiences". Ulteriori documenti sono stati ricavati dalla ricerca in Internet e testi concernenti l'argomento trattato.

Successivamente è stata effettuata un'indagine mediante l'utilizzo di un'intervista semi strutturata audio - registrata, composta da domande, che si propongono di esaminare diversi aspetti legati all'obiettivo di studio: la concezione del concetto di salute, la relazione/esperienze con i servizi sanitari, i bisogni assistenziali insoddisfatti e quello che viene definito nella letteratura come "health seeking behaviour".

Al fine della realizzazione della griglia di intervista si è seguito lo schema di altri articoli tratti da un'attenta analisi della letteratura (Nickasch, 2008, Rae et al., 2015) ed il contenuto è stato adattato alle esigenze specifiche della ricerca e sulla base della precedente indagine esplorativa al Poliambulatorio Emergency di Marghera (VE).

La griglia è stata collaudata con l'esecuzione di un pre - test somministrando l'intervista a due candidati indicati dal personale della cooperativa sociale padovana, che volontariamente hanno accettato di farsi intervistare secondo le stesse regole di seguito spiegate in "Procedura di indagine". Le due interviste pilota sono state impiegate per testare lo strumento e non sono state inserite nell'analisi.

Tab. 2 Guida alle domande elaborate per l'intervista

<b>Griglia di intervista</b>
<p>Come considera il suo stato di salute in questo momento? È in terapia per qualche patologia?            Che definizione darebbe del concetto di salute? /Che cos'è la salute per lei?            Dal suo punto di vista la condizione di essere senza dimora quali conseguenze comporta sulla salute?            Qual è il suo punto di riferimento per questioni di ordine sanitario?            È stato ricoverato oppure si è rivolto al Pronto Soccorso nell'anno attuale?</p>

Infine, sono stati analizzati i dati informatici in possesso ad Emergency concessi al fine dello studio. Le informazioni ricercate sono state il profilo sociodemografico della persona, le condizioni di salute, i bisogni e le prestazioni richieste. Quest'analisi descrittiva retrospettiva ha il fine d'avere un quadro maggiormente generalizzato di quelle che sono le condizioni di salute che affrontano le persone senza dimora.

### 3.4 Analisi dei dati

Per l'analisi delle interviste si è proceduto inizialmente utilizzando verbatim: il metodo di analisi dei contenuti secondo distillazione (Downe -Wamboldt, 1992), in modo da ottenere delle parole

chiave a partire dal testo completo e successivamente da frasi. Successivamente è stata effettuata una contro verifica da parte di uno degli autori del progetto ed infine è stato utilizzato il programma *Atlas.ti* per validare i codici ottenuti. I dati raccolti sono stati elaborati attraverso il programma *Microsoft Office Excel* e riportati graficamente al fine di rappresentare l'obiettivo del lavoro di ricerca e quello svolto nelle due strutture di riferimento.

### 3.5 Approvazione etica

L'Università degli Studi di Padova ha concesso la conduzione dello studio.

I partecipanti prima di sottoporsi all'intervista e di firmare il consenso al trattamento dei dati, sono stati informati dello studio e dello scopo.

## 4. Risultati

### 4.1 Le prestazioni sanitarie erogate da "Emergency"

Emergency ci ha fornito i dati anonimizzati dei pazienti che sono state seguiti dal loro ambulatorio di Marghera nel corso del 2018. In questo periodo hanno seguito 1678 pazienti di cui definiti "senza dimora" 368 pazienti. Di questi 265 pazienti erano di sesso maschile (72%) e 103 di sesso femminile (28%). Quindi l'utente "tipo" senza dimora che fa riferimento ad *Emergency a Marghera* è uomo, straniero (89%), con un'età compresa tra i 18 e i 40 anni (45%).

Le prestazioni erogate per il campione di 368 pazienti sono state 1741, su un totale di 6927 (il 25%).

La classificazione delle patologie, ottenuta attraverso il sistema ICD 10, mostra uno spettro ampio e diversificato di settori di raggruppamento ed il settore XI, rappresentante le malattie dell'apparato digerente, include 130 diagnosi, ossia il 17,91% del totale. Le disfunzioni incluse all'interno di questa categoria sono principalmente malattie della cavità orale, delle ghiandole salivari e mascellari per 102 casi. Ulteriori categorie di rilievo dall'analisi dei dati risultano essere quelle che comprendono i settori XIII, IX e IV, che inquadrano rispettivamente *malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo* (86 diagnosi), *malattie del sistema circolatorio* (76 diagnosi) e *malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche* (52 diagnosi).

Deve essere sottolineata invece la bassa frequenza di diagnosi di disturbi psichici e comportamentali (settore V), che rappresentano solo l'1,01% delle diagnosi, dato in controtendenza rispetto a quanto riportato in letteratura anglosassone (Fazel et al., 2015) e statunitense (Shanzer et al, 2007; Lee et al., 2017). Lee et al. (2017) dichiarano che il 26,2 degli homeless americani soffra di patologie mentali ed il 35% abbia una dipendenza da sostanze. Shanzer et al. (2007) forniscono un dato con una forbice tra il 20 ed il 40%, mentre Fazel et al. (2015) pur non fornendo percentuali affermano che la prevalenza di psicosi e depressione è molto più alta negli homeless che nella popolazione generale e che una gran parte dei disturbi psichiatrici sono doppie diagnosi con abuso di sostanze.

Se si valuta unicamente l'incidenza delle diagnosi si evidenzia che le problematiche della cavità orale, delle ghiandole salivari e dei mascellari rimangono la prima causa di ricorso ad *Emergency*, però è rilevante osservare come sia elevata l'incidenza anche di diagnosi di patologie ad importante carico assistenziale come *diabete mellito*, *malattie ipertensive*, *artrosi*, *malattie croniche delle basse vie aeree*, *malattie del fegato* (Ministero della Salute, 2016).

### 4.2 Le interviste svolte presso il centro "La Bussola"

Nell'anno 2018 il centro ha ospitato 80 utenti, 63 uomini e 17 donne. 24 di questi avevano come riferimento il CSM, mentre 5 il SERD. La fascia di età più frequente è stata quella compresa tra i 51 e 60 anni, rappresentata da 31 soggetti. La situazione abitativa per l'anno 2018 è stata eterogenea, comprendendo sia utenti che vivevano per strada, sia utenti possessori di una casa propria.

La presenza media giornaliera presso il centro è stata di 32/36 persone.

Sono state intervistate otto persone, appartenenti al centro diurno sovraccitato.

Tab. 3 Caratteristiche sociodemografiche delle persone incluse nella ricerca

Intervistato	Nazionalità	Età	Servizio sanitario di riferimento	Riferimento al centro diurno
Carmine	Italiana	38anni	CSM	Da aprile 2015
Franco	Italiana	60 anni		Da ottobre 2011
Bruna	Italiana	75 anni		Da giugno 2017
Andrea	Italiana	63 anni	SERD	Da dicembre 2019
Manuela	Italiana	65 anni		Da giugno 2011
Giusi	Italiana	82 anni		Da agosto 2017 a febbraio 2020
Gianni	Italiana	45 anni	SERD	Da gennaio 2019
Gianna	Italiana	48 anni	CSM	Da dicembre 2018

Di seguito è presentato il risultato dell'analisi qualitativa dei dati associati alle categorie primarie e secondarie. Sono state individuate tre famiglie principali a cui sono state associate delle sottocategorie.

Tab. 4 Griglia delle tematiche riscontrate dall'analisi delle interviste

Famiglie	Sottocategorie
Percezione e gestione della propria salute	Bisogno di salute La presenza di malattia psichiatrica - dipendenze Volontà di indipendenza Importanza dello stato di salute
Rapporto con i servizi sanitari	Dipendenza dalle istituzioni Esperienze positive di sanità Esperienze negative di sanità
Relazione tra vita di strada e salute	Problematiche legate alla vita di strada - Esperienze all'asilo notturno Insicurezza

### 4.3 Principali esiti emersi

#### 4.3.1 Percezione e gestione della propria salute

È stato inizialmente indagato l'aspetto della salute personale, il concetto di salute e di "star bene", raccogliendo informazioni per quanto riguarda eventuali patologie e terapie. È stato deciso di separare questo tema dall'approccio ai servizi sanitari in quanto tutti ed otto gli intervistati hanno indirettamente sottolineato come siano numerose le *necessità* sanitarie ed assistenziali, ma che il ricorso ai servizi sanitari non sia la priorità, o quantomeno non avvenga attraverso il consueto accesso ai servizi, dimostrando in questo modo la volontà di essere indipendente, libero da qualsivoglia dettame.

Questa tendenza all'indipendenza è facilmente osservabile anche sul campione di utenti del poliambulatorio: dei 368 pazienti, 266 hanno dichiarato di aver avuto una precedente problematica di ordine sanitario in Italia, ma, di questi, 121 hanno fatto riferimento alla stessa ONG.

Sottocategoria **Bisogni di salute**: questo tema è quello maggiormente presente non solo all'interno della famiglia creata, ma in generale nei dialoghi. Si evidenzia come per questa tematica siano numerosi gli esempi concreti a cui le persone fanno riferimento. Le problematiche sanitarie che emergono maggiormente sono correlate senza dubbio con la vita di strada.

*“L’anno scorso ero pieno di vesciche, adesso ho queste ciabatte e mi trovo meglio, perché queste scottature le prendi facilmente con la scarpa chiusa” [Int. n°4].*

*“Sono caduta sul fianco sinistro, ero per strada, senza neanche farmi una contusione, però non mi si è incrinato il femore destro? Dove avevo la protesi. Beh, in ospedale, operiamo. Io ho detto mi dispiace ma no. Mi sono fatta un mese e mezzo di letto. Erano arrabbiati (i medici)” [Int. n°5].*

*“Perché ho fatto un intervento due anni fa (mostra la cicatrice sulla gamba), perché soffro di trombosi. Sai se siamo per strada, siamo in giro tutto il giorno, non possiamo rimanere da nessuna parte, non possiamo dormire mai. Adesso non si può più dormire vicino alle case, non si può più dormire in stazione” [Int. n°5].*

Sottocategoria **La presenza di malattia psichiatrica – dipendenze:** con questa tematica non si vuole assolutamente andare a definire una diagnosi, ma si è cercato semplicemente di categorizzare una problematica che, purtroppo, è largamente diffusa tra la popolazione senza dimora. Si sono incluse all’interno di questa categoria non solo evidenti stati deliranti, ma anche problematiche relative all’abuso di sostanze e relative situazioni di recupero. È interessante notare come ci sia ampia disponibilità a confrontarsi e dialogare, ottenendo anche considerazioni sulla condizione dei servizi di salute mentale e SERD.

*“...devo andare in pronto soccorso. Per prendere la medicina. La medicina fa tante cose. Prendo la medicina, prendo queste: nozinan, diazepam. (Quindi la mattina vai in pronto soccorso per?) per la seconda terapia. Perché la sera faccio la terapia e la mattina faccio la terapia. Non posso ripeterla nello stesso punto, e quindi mi trasporto da un’altra parte e mi trasporto in pronto soccorso” [Int. n°4].*

*“Ehh sì, perché bevevo, ma è stata una brutta avventura, pesante (...) i militari mi hanno salvato, la polizia, mi ha assalito, praticamente sono andato in crisi. Mi ha portato sulla barella, non in prigione. Mi hanno detto: tranquillo C. poi sono andato dal giudice e fra un paio di mesi vado a chiedere la fedina penale pulita. (Gli infermieri) si sono attivati subito, sono stati bravi. Assolutamente. Ero tutto disidratato. Sono stato ricoverato al secondo piano della psichiatria del Sant’Antonio. Sono stato un mese e poi sono uscito” [Int. n°4].*

*“Io ero preso con i miei problemi. Mia moglie ha iniziato ad andare con diversi uomini. Glieli pagavo io. Mi dispiaceva non per me, ma per i miei figli. Io mi sono fatto delle pere di eroina perché ero di una felicità unica, perché si calmava” [Int. n°7].*

Sottocategoria **Volontà di indipendenza:** con questa tematica si vuole sottolineare un contrasto: le persone senza dimora (indirettamente) ammettono di avere bisogno di assistenza, ma allo stesso tempo non chiedono aiuto, o meglio, hanno una generale mancanza di fiducia in quello che viene definito “*il sistema*”. Ciò comporta una difficoltà nell’avvicinamento e nella presa in carico sociosanitaria, anche perché questa mancanza di fiducia non riguarda solo l’aspetto sanitario, ma fa riferimento a tutti gli ambiti della vita quotidiana come, per esempio, la permanenza in un asilo notturno. Questo comporta che le persone fanno preferibilmente riferimento ad altre risorse presenti nel territorio.

*“Anche a me è stato proposto di andare Torresino [Ndr l’asilo notturno di Padova], ma ho sempre rifiutato. Piuttosto preferisco rimanere per strada” [Int. n°2].*

*“...è gente che neanche vuole essere aiutata e non si sa nemmeno cosa fare. Una volta con i manicomi erano tutti dentro (...) Nelle cucine popolari, ma anche qua, come hai potuto vedere, ci sono delle persone a cui non gli puoi nemmeno rivolgere la parola, schive, non vogliono*

*niente e nessuno. Vengono a mangiare o a farsi la doccia e poi se ne vanno. Mangiano da soli, vivono da soli” [Int. n°6].*

Sottocategoria **Importanza dello stato di salute**: parlando della propria salute ad ogni modo alcuni dei partecipanti hanno affermato l'importanza di quest'ultima e di come dovrebbe essere considerata la priorità.

*“...la salute, posso dire che bisognerebbe controllarla sempre, ogni anno, in qualsiasi momento, anche in generale i tumori, il seno, l'utero. Anche qualche malattia al cervello bisognerebbe sempre essere sotto controllo” [Int. n°3].*

#### 4.3.2 Rapporto con i servizi sanitari

Con questa seconda famiglia ci si è discostati dal puro aspetto dei bisogni sanitari e ci si è concentrati sui rapporti con i servizi sanitari. Le persone senza dimora infatti, per via delle ragioni precedentemente esaminate e accusando di una morbidità maggiore rispetto alla popolazione generale, come già visto nei precedenti capitoli, sono anche soggetti ad un utilizzo più frequente ed improprio dei servizi sanitari (Lebrun –Harris, 2013). In questa tematica si sono dunque fatte rientrare altre tre sottocategorie, che ben esplicitano questo concetto.

Sottocategoria **Dipendenza da istituzioni**: come visto nella famiglia precedente le persone senza dimora hanno la volontà di rimanere indipendenti, ma in contrapposizione a questa volontà si affacciano i numerosi bisogni di salute, creando in questo modo una dipendenza dagli stessi servizi da cui le persone “homeless” vorrebbero allontanarsi. Dipendenza che si evidenzia soprattutto con i servizi sanitari offerti da organizzazioni di volontariato, oppure si dimostrano nelle interviste con semplici affermazioni di bisogno.

*“La dottoressa mi ha assegnato queste medicine, ma devo essere anche io attento. La dottoressa mi dice: “C, stamattina al posto di prendere tre pillole, ne prendi due. Le gocce solo sempre quelle e di prenderle in orario. Io magari invece delle otto, faccio otto e 15, faccio due passi e poi torno indietro. Quindi bisogna avere anche un po' eh di capacità anche mentale.... Bisogna anche avere un programma, essere programmati... Chi non ha un programma si ucciderebbe da solo” [Int. n°3].*

*“Al Torresino ho visto l'80, anche 90 per cento, ma anche di più, un sacco di gente, che stava male anche fisicamente, ma era un male dovuto ad una situazione mentale, dovuta ad una situazione di droga, che comporta degli scompensi pazzeschi, ma anche ad alcolismo e molte di queste situazioni, di queste persone, già assumendo sostanze, se non sei equilibrato mentalmente, vai fuori come un poggiolo. Tutti inseriti in situazioni di recupero, senza motivo, ne sono succubi, dipendenti (...). Poi ci sono quelli che sono degli ipocondriaci, che appena hanno un problema, vanno dal medico o finiscono in Pronto soccorso” [Int. n°7].*

Sottocategoria **Esperienze positive e negative di sanità**: nell'analisi delle interviste è stato possibile notare come i partecipanti si siano divisi su questa tematica. Parte di essi hanno elogiato il servizio sanitario, altri hanno rilevato come ci siano delle difficoltà per loro nell'accesso ai servizi, facendo notare in particolare come alcuni di essi si sentano criticati per la loro condizione.

*“Sono stato più di un'oretta in pronto soccorso, sono stato quasi 4 5 ore, ma mi hanno allacciato di tutto, finché non hanno trovato la soluzione. Ho avuto un problema alla prostata, un'infezione (...) in pronto soccorso sono tutti gentili, dipende anche se sei... ecco io tutti i giorni sono in pronto soccorso... In pronto soccorso non si scherza mica. Se tu chiedi aiuto ti danno l'aiuto” [Int. n°4].*

*“Rispetto ad una volta (i servizi) sono più efficienti, ma dipende da chi c'è nel momento, ognuno ha il proprio carattere” [Int. n°6].*

*“Sono stato tante volte per la gamba, mi hanno sempre mandato via. Entri in codice rosso, ti fanno il tracciato, pressione, glicemia, sangue e dopo due ore ti mandano via! Non è possibile, uno che entra in codice rosso lo mandino a casa senza niente?! C\*\*\*\*\*e! Ero tutto sballato, stavo male. ma a loro non interessa se sei un barbone” [Int. n°8].*

#### 4.3.3 Relazione tra vita di strada e salute

La terza famiglia raggruppa alcuni aspetti rispetto alla loro esistenza – situazione che le persone intervistate hanno raccontato. Spesso è emersa la mancanza di soddisfazione di alcuni bisogni primari come il dormire e la percezione di insicurezza.

Sottocategoria **Problematiche legate alla vita di strada – asilo notturno**: le questioni principali sollevate in questa categoria sono state le condizioni sociali, ambientali che queste persone sono costrette a subire non sapendo dove andare e l’importanza di poter dormire; è emerso dagli stessi partecipanti allo studio come la “*strada*” porti ad una degenerazione dell’integrità della persona.

*“...mi ha detto che ho i piedi diabetici, ma non ci credevo. Ho detto che è sudore, avevo delle scarpe che non erano adatte, camminavo tutto il giorno. Ma io dormivo alla stazione! Sdraiata e tutto il corpo ne aveva risentito” [Int. n°1].*

*“Ho conosciuto un signore anziano, senz’altro, con problemi di cuore e lui deve uscire alle nove e poi può rientrare al Torresino solo alle sei e mezza/sette, non può stare fuori con questa calura, con problemi di salute e con un cappellino. Dove va? Dove va a mangiare? Anche problema che non può stare perché ha una carrozzina con quattro ruote e fa già fatica lui a stare là, a dormire. Può capitare che accada qualcosa di notte e come fanno ad aiutarlo?” [Int. n°3].*

*“Alcuni, che vivono per strada si lasciano andare, si demoralizzano, danno sempre colpa agli altri. Per strada ci sono stata anche io, ho dormito in macchina, in stazione” [Int. n°5].*

Sottocategoria **Insicurezza**: molti dei partecipanti allo studio hanno evidenziato in numerose occasioni come si sono sentiti insicuri nel proprio ambiente di vita. Appare come alcuni soggetti richiedano soltanto di avere tranquillità, o semplicemente di rimanere più sicuri nella propria condizione.

*“Devono avere più controlli su quei posti, come dormitori, devono avere sempre qualche infermiere o dottore per la salute della gente. non possono lasciare le persone che hanno problemi di cuore o di pressione, andare fuori di mattina alle nove e tornare la sera, con caldo, o il freddo” [Int. n°3].*

*“Dovrebbero essere aiutati con maggiori servizi nel territorio. Alcuni ci sono, come quelli di volontariato, poi trovi gli stupidi a cui dà fastidio vedere queste persone vengano aiutati ...i servizi territoriali, ma prevalentemente quelli sanitari, dovrebbero essere sviluppati ulteriormente, per dare più sicurezza alle persone che vivono per strada o nei dormitori” [Int. n°6].*

## 5. Discussione

Il campione di persone intervistato è stato di otto persone, fattore che rappresenta un limite dello studio, ma che può trovare spiegazione nella fascia di popolazione presa in considerazione e sulla condizione di emarginazione in cui versa, senza trascurare come parte degli utenti sia seguito da centri di salute mentale e SERD. Nelle interviste ci si è concentrati prevalentemente sulle esperienze di vita

di strada e sull'approccio ai servizi sanitari, tralasciando in parte le specifiche problematiche sanitarie, che ad ogni modo i dati analizzati forniti da *Emergency* hanno evidenziato adeguatamente. Nonostante la diversità tra i partecipanti è stato possibile identificare delle tematiche comuni.

Riprendendo i risultati della indagine preliminare con *Emergency* è stato possibile osservare come ci siano delle differenze tra i risultati riscontrati e quelli espressi dalla letteratura. Oltre a delle discrepanze di ordine demografico e temporali tra i dati raccolti ed il campione analizzato da *ISTAT, 2014*, analizzando gli aspetti prettamente sanitari, si deve ricordare come dalla letteratura oggi si sia bene a conoscenza dell'alto tasso di morbilità e mortalità sia per condizioni di salute cronica, che per episodi acuti di malattia, comparato con la popolazione generale (*Lebrun-Harris et al., 2013*). Quello che invece è sottovalutato è il loro *assessment* dal punto di vista dei professionisti sanitari che, nella loro ordinarietà, non si trovano a confronto con questa tipologia di paziente (*Commander et al., 2001*).

Da sottolineare come, se dal punto di vista della malattia fisica, i risultati ottenuti si riscontrano nella letteratura, come denotano gli studi condotti da *Fazel et al., 2014*, *Schanzer et al., 2007* e *Wright et al., 2006*, si notano invece delle differenze sostanziali per quanto riguarda la malattia mentale. Dai dati analizzati si evidenzia come le malattie mentali costituiscano solo una piccola parte delle motivazioni per cui le persone hanno fatto riferimento al poliambulatorio, per la precisione rappresentano solo l'1,01% delle diagnosi. Al contrario, a livello nazionale, i dati raccolti da *INMP, 2015* documentano un aspetto critico per quanto riguarda la salute mentale delle persone senza dimora che, nel periodo 2007-2014, su circa 5.000 persone senza dimora italiane e straniere, 1.048 hanno ricevuto una diagnosi di disturbo psichiatrico, pari al 21%. Anche *Gnocchi, 2009* sottolinea come i disturbi psichiatrici siano tra le patologie più frequentemente riportate assieme ad altre patologie somatiche. Ugualmente si riscontra a livello internazionale: la patologia psichiatrica rappresenta una costante nelle persone senza dimora (*Fazel et al., 2014; Feantsa, 2010*). Una ragione di questa differenza nei risultati può stare probabilmente nel fatto che le persone con problematiche psichiatriche non facciano riferimento ai servizi sanitari, in questo caso il poliambulatorio, e che comunque siano seguiti da altre strutture più specifiche come CSM e/o SERD.

Per quanto riguarda l'analisi qualitativa, dalle tematiche emerse possiamo affermare che, le problematiche sanitarie rispecchiano quelle descritte in letteratura: le malattie fisiche e mentali sono emerse anche nelle interviste, spesso interdipendenti fra loro, ma hanno confermato i dati della letteratura e come la vita di strada comporti delle difficoltà nel mantenimento e gestione della propria condizione di salute ed inoltre aggravi condizioni croniche preesistenti.

Tutte le tematiche sono legate fra loro: le persone modellano la propria vita attorno alla "vita di strada", comportando così cambiamenti dello stile di vita, abitudini, priorità, stato di salute (Int. 1; Int.2; Int. 3; Int. 5). Proprio quest'ultimo si modifica notevolmente. La malattia stessa è vissuta in modo differente dalla persona "homeless": viene spesso trascurata, fin tanto che non diviene un'emergenza. La malattia psichiatrica e l'abuso di sostanze in questo giocano un ruolo cardine e influenzano le condizioni delle persone. Con tutte le persone intervistate, chi più, chi meno, si riscontra questo argomento, per esperienza in prima persona o pregiudizio di altri. Sono persone che soffrono di solitudine, che non hanno nessun legame, se non lontano, che hanno un disperato bisogno di aiuto, ma senza volerlo. Non si fidano in generale, molto diffidenti verso chi prova ad avvicinarsi, ma riconoscono anche loro la necessità di mantenersi in salute e si rischia così di utilizzare erroneamente i servizi, soprattutto quelli di emergenza-urgenza (*Lebrun-Harris, 2013*), ma senza effettivamente riuscire a creare un rapporto che permetta di migliorare la situazione di emarginazione. Diviene così importante creare un servizio che preveda una presa in carico totale della persona, che si occupi sia dell'aspetto sanitario che di quello sociale (*Daiski, 2007; Martins et al., 2008*). Un servizio che permetta di interagire nel modo opportuno, con figure di supporto quali gli infermieri di comunità, sviluppati soprattutto in altri paesi, ma anche da noi cominciano a diffondersi.

## 6. Conclusioni

In questo studio, sono stati rilevati alcuni importanti punti cardine: anche se apparentemente questa tipologia di pazienti non fa riferimento ai servizi sanitari, i bisogni sono numerosi, marcando così una preponderante necessità e dipendenza dai servizi sanitari. È stata inoltre individuata la concezione dell'idea di un'assistenza sanitaria flessibile: alcuni dei soggetti intervistati hanno infatti espresso

come sarebbe necessario stabilire un'assistenza continua nei luoghi in cui c'è maggiore aggregazione di persone senza dimora, ossia gli asili notturni o le mense. Questo potrebbe rappresentare un nuovo punto di partenza per garantire quello che è un diritto fondamentale universale, ovvero la salute.

La centralità della tematica riguardante la salute potrebbe essere considerata il primo "step" da soddisfare affinché si possa risolvere la condizione di estrema emarginazione in cui versa questa fascia di popolazione.

Questo studio non può generalizzare i risultati, i limiti della ricerca si possono attribuire indubbiamente alla difficoltà di individuare partecipanti per lo studio ed il numero esiguo del campione sottoposto ad intervista. L'esperienza della popolazione "homeless" è talmente inconsueta, che i risultati ottenuti possono non coincidere in altre aree e società del mondo, ma si pensa che questo possa contribuire a rendere più visibile la condizione di emarginazione e sofferenza di queste persone, cosa resa ancora più vivida dalla crisi economica e dalla pandemia che stanno colpendo le nostre società in questi anni. Lo studio può servire come spunto e riflessione per ulteriori studi sull'argomento.

## Bibliografia

- Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2).
- Baldini, M., Del Favero, A. L., Fabbris, L., Feltrin, P., Lucchini, M., Marsico, F., ... & Zizza, R. (2011). Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale—Anno 2011.
- Commander, J., Sue M. Odell, M. (2001). A comparison of the needs of homeless and never homeless patients with psychotic disorders. *Journal of Mental Health*, 10(4): 449-456.
- Daiski, I. (2007). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of advanced nursing*, 58(3): 273-281.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health care for women international*, 13(3): 313-321.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953): 1529-1540.
- Gnocchi, R. (Ed.). (2009). *Homelessness e dialogo interdisciplinare: analisi a confronto tra modelli diversi*. Roma: Carocci.
- Hwang, S. W., & Burns, T. (2014). Health interventions for people Who are homeless. *The Lancet*, 384(9953): 1541-1547.
- Lebrun-Harris, L. A., Baggett, T. P., Jenkins, D. M., Sripipatana, A., Sharma, R., Hayashi, A. S., ... & Ngo-Metzger, Q. (2013). Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: findings from the 2009 patient survey. *Health services research*, 48(3): 992-1017.
- Martins, D. C. (2008). Experiences of homeless people in the health care delivery system: a descriptive phenomenological study. *Public health nursing*, 25(5): 420-430.
- Bonnie Nickasch, R. N. (2009). Healthcare experiences of the homeless. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 21(1): 39.
- Schanzer, B., Dominguez, B., Shrout, P. E., & Caton, C. L. (2007). Homelessness, health status, and health care use. *American Journal of Public Health*, 97(3): 464-469.
- Rae, B. E., & Rees, S. (2015). The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *Journal of advanced nursing*, 71(9): 2096-2107.
- Wright, N. M., & Tompkins, C. N. (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *British Journal of General Practice*, 56(525): 286-293.

## Documents

Emergency (2016). Programma Italia - Carta dei servizi Ambulatorio di Marghera.

FEANTSA (2010). Homeless and Homeless Policies in Europe: Lessons from research”, European Consensus Conference on Homelessness.

INMP, 2015 Assistenza sanitaria ai senza fissa dimora, “Disegno di legge AS n. 1619 e disegno di legge AS n.86 concernenti Modifica dell’art. 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di assistenza sanitaria alle persone senza dimora”.

ISTAT (2014). Le persone senza Dimora (available on [https://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone\\_senza\\_dimora.pdf](https://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf)).