Salute in cerca di dimora

Rapporto sull'esperienza dell'Area sanitaria della Caritas di Roma con le persone senza dimora

a cura di
Flavia Colavita
Chiara De Padua
Sara Pontecorvo
Stefano Salvi
Valentina Sartori
Giulia Silvestrini

Questo lavoro si propone di illustrare l'esperienza dell'Area sanitaria della Caritas di Roma con le persone senza dimora. Vengono presentati, in particolare, i dati relativi al numero, alle caratteristiche socio-demografiche e alle condizioni di salute dei pazienti senza dimora assistiti dal 2005 al 2010 e i dati raccolti da febbraio a settembre 2011 nel corso del progetto *La cura del corpo ferito: incontro con "persone in cerca di dimora" a Roma*, un progetto di promozione della salute su strada implementato dall'Area sanitaria. Nel capitolo finale vengono raccontate le esperienze di accompagnamento dei percorsi terapeutici di due pazienti senza dimora, attraverso le quali si è cercato di dare conto di una complessità che i dati da soli non sono in grado di restituire. La presentazione dei dati è preceduta da tre capitoli teorici che introducono il fenomeno della *homelessness* da un punto di vista sociale, giuridico e sanitario (usiamo questo termine inglese in assenza di uno italiano corrispondente che indichi la condizione di senza dimora). Nel primo capitolo si è cercato di descrivere la condizione di senza dimora a partire dai diversi significati che questo termine assume e di presentare alcune stime sulle dimensioni del fenomeno in Italia e, in particolare, a Roma. Il secondo capitolo affronta il tema del diritto alla salute ed evidenzia alcuni ostacoli di ordine burocratico che rendono difficoltoso l'effettivo godimento di tale diritto da parte delle persone senza dimora. Nel terzo capitolo, infine, vengono descritte le condizioni di salute delle persone senza dimora e alcune criticità relative ai percorsi di cura.

Novembre 2011

ask it out loud

Presentazione

Mio padre era un Arameo errante;
scese in Egitto,
vi stette come un forestiero
con poca gente
e vi diventò una nazione grande,
forte e numerosa.
Gli Egiziani ci maltrattarono,
ci umiliarono e ci imposero una dura schiavitù.
Allora gridammo al Signore,
al Dio dei nostri padri,
e il Signore ascoltò la nostra voce,
vide la nostra umiliazione,
la nostra miseria e la nostra oppressione.

Deuteronomio 26,5-7

***È** pregna di vita ogni riga di questo rapporto e questo è il risultato più pregevole dello sforzo del lavoro che presentiamo, frutto di passione per la vita e per l'umanità che la abita.*

È la vita, infatti, che ha attirato con forza un gruppo di giovani a confrontarsi con la strada ed è la vita la fonte e la protagonista dell'intensa emozione che trapela dietro la veste scientifica del testo, scelta soprattutto per riconoscere dignità a chi è convinto di averla persa per strada.

Non parlano questi capitoli di una strada anonima o idealizzata, ma delle vie concrete percorse ogni giorno da ragazzi che rischiano l'avventura di porsi delle domande inquietanti nel contesto fortemente problematico di questa città di Roma che mostra ogni giorno le sue ferite a chi ha occhi che ne scandagliano il cuore.

Domande estremamente serie, che non si accontentano di rispostine mediocri e scontate, anche se rassicuranti, ma osano sfidare la freddezza della cronaca e la distanza della letteratura alla ricerca di calore e prossimità, e possibilmente di qualche pista che apra uno squarcio al futuro. Non solo il loro, naturalmente, ma soprattutto quello della gente che hanno incontrato e continueranno ad incontrare sulla strada.

La salute, o più spesso il disagio di averla perduta, è sempre una buona scusa per iniziare ad entrare in relazione con qualcuno, basta avere tempo per ascoltare e cuore per accogliere. O meglio, più che una scusa il bisogno di cura è un'ottima occasione per un incontro umano, da persona a persona, per sperimentare la reciproca efficacia terapeutica della relazione. Sì, accogliere è già curare abbiamo imparato in questi trent'anni di "bassa soglia d'accesso ed alto impatto relazionale" al Poliambulatorio Caritas di via Marsala, 97, sotto la stazione Termini.

Le scoperte sono state impagabili per oltre un migliaio di volontari come balza all'occhio da un iniziale sguardo alla nostra banca dati: tesoro che racchiude più di 80.000 cartelle sanitarie, porta socchiusa a originali e quotidiane storie di vita. E tra queste, negli ultimi cinque anni, oltre 3.000 persone in cerca di dimora (circa il 30% della popolazione visitata) sono venute a chiamarci fuori, ci hanno spinto ad uscire dalle mura rassicuranti della nostra medicina, per metterci realmente, fisicamente con loro sulla strada per imparare a mettere in discussione e in movimento la nostra capacità di prenderci cura senza nessuna esclusione.

Mantenere lo sguardo negli occhi di chi è sulla strada non è facile. Bisogna voler imparare a non sfuggire, a rimanere a chiacchierare anche per ore. Dare tempo a relazioni scomode che questionano e tolgono il sonno fino a che accetti di essere guardato dentro, di gettare finalmente la maschera e di capire che, in fondo, io e te siamo semplicemente esseri umani in cerca di una dimora che ci contenga tutti, che sia la casa di una famiglia grande quanto il mondo.

Non c'è un filo di retorica in queste pagine che invece, a prima vista, possono sembrare asciutte, ma che, man mano che si leggono, lasciano trasparire tutte le domande che le hanno provocate. Come quando guardi negli occhi un bambino e gli leggi nel cuore.

Il cuore degli autori, lo testimoniano i report (non pubblicati) scritti nelle ore della notte dopo ogni incontro su strada, è ancora abitato da infinite domande senza risposta che si riassumono in una sola: Come cambiare direzione al fiume che ci sta scorrendo sotto agli occhi? Come disegnare un futuro abitato dalla speranza?

*La foto che hanno scelto per la copertina suggerisce una risposta, o almeno la lascia intuire, senza negare il dramma e la sofferenza dell'"essere erranti": **Ask it out loud**, gridalo forte. Con la vita, con scelte contro corrente, il diritto alla speranza che deve vivere nel cuore di ogni uomo.*

E fa' in modo che il Futuro ti sorprenda su strada.

Bianca Maisano
Direzione Area Sanitaria
Caritas Roma

ask it out loud

1. Il fenomeno della *homelessness*

*B*arbone, *senza fissa dimora*, *senza tetto*, *vagabondo*, *homeless*, *clochard*, *sans-abri* sono solo alcuni dei termini usati per indicare le persone che vivono in condizioni di povertà estrema, prive di ogni riferimento abitativo stabile, da intendersi in senso sia fisico (assenza di una casa) sia affettivo (carenza di relazioni significative). Ad oggi, non si conoscono ancora con esattezza le dimensioni della *homelessness* a livello nazionale. Le prime stime risalgono al *Terzo rapporto sulla povertà in Italia*, redatto nel 1993 dalla Commissione di indagine sulla povertà (oggi Commissione di indagine sull'esclusione sociale). Il numero delle persone senza dimora presenti in Italia era allora stimato tra le 44.853 e le 61.753 unità. Il *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale* del novembre 2001 parlava, invece, di 17.000 persone senza dimora, un dato considerato largamente sottostimato dagli operatori del settore, critici rispetto ai metodi utilizzati ai fini dell'indagine. Nella ricerca, effettuata su un campione rappresentativo di comuni, sono stati, infatti, inclusi solo coloro che nella notte della rilevazione (14 marzo 2000) erano per strada o in strutture d'accoglienza a bassa soglia d'accesso, escludendo tutte le persone che si trovavano, ad esempio, in insediamenti spontanei, edifici occupati o semplicemente non erano nei luoghi censiti. Altre stime parlano di una presenza che oscilla tra le 65.000 e le 120.000 persone, a seconda delle metodologie adottate (Gnocchi 2009a). Sono per la maggior parte uomini, al di sotto dei cinquant'anni, concentrati prevalentemente nelle grandi aree metropolitane. L'incidenza degli immigrati è cresciuta notevolmente negli ultimi anni. Solo nella città di Roma si stimano circa 6.000 persone senza dimora (*Rapporto sulla povertà a Roma e nel Lazio 2011* della Comunità di Sant'Egidio)[1], con una netta predominanza di cittadini non italiani. La maggioranza gravita nelle aree periferiche, ad eccezione del Municipio I, nel quale sono dislocati molti dei servizi di prima assistenza, come dormitori e servizi mensa, oltre alla stazione Termini, luogo tradizionalmente frequentato da persone senza dimora.

Le discrepanze nelle stime relative al numero dei senza dimora presenti in Italia, oltre a dipendere dalle metodologie di raccolta dei dati, sono da mettere in relazione con ciò che di volta in volta si intende per "senza dimora". Non è, infatti, possibile rintracciare una definizione univoca di questo termine. FEANTSA[2], la federazione europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora, ha sviluppato un sistema di classificazione, ETHOS, che si focalizza sulla dimensione abitativa. Partendo dal presupposto che l'abitare viene inteso come problematico quando vengono a mancare alcuni presupposti, come l'assenza di uno spazio fisico innanzitutto, ma anche sociale, ovvero atto a consentire una dimensione relazionale, o la mancanza di un titolo legale che permetta il pieno godimento di questo spazio, ETHOS[3] individua quattro categorie operative di grave esclusione abitativa, ognuna delle quali indica l'assenza di una vera abitazione. Queste quattro categorie sono:

- persone senza tetto;
- persone prive di una casa;
- persone che vivono in condizioni di insicurezza abitativa;
- persone che vivono in condizioni abitative inadeguate.

Per ognuna di queste quattro categorie la classificazione propone diverse sottocategorie, che contemplano tutte, o quasi tutte, le situazioni abitative (o non abitative, se si vuole) rintracciabili nelle nostre città (vedere allegato 1). Vagliando la letteratura sulla *homelessness* non è difficile imbattersi in classificazioni e definizioni sviluppate a partire da altre categorie e differenti modelli interpretativi. Ad esempio, nel linguaggio giuridico si utilizza il termine "senza fissa dimora", che indica esclusivamente coloro che non possiedono la residenza anagrafica, come si vedrà nel prossimo capitolo. Non mancano, inoltre, classificazioni che si concentrano sui problemi personali, disagio psichico, alcolismo e tossicodipendenza. Classificazioni, invece, più "strutturali" definiscono il fenomeno nella sua complessità a partire dalla presenza di un reddito minimo, come le rilevazioni ISTAT sulla povertà in Italia, che negli ultimi anni presentano un quadro sempre più

ask it out loud

preoccupante (Rapporto 2011 su povertà ed esclusione sociale in Italia, Caritas Italiana – Fondazione Zancan).

Come sostiene Sabrina Tosi-Cambini, il termine *"homelessness concentra in sé una polisemia che non può essere considerata ingenuamente, al contrario essa deve entrare come elemento stesso della costruzione del problema"* (Tosi-Cambini 2009, pag. 21). Sosteneva Korzybski che "la mappa non è il territorio". Possiamo certamente avvalerci, e dobbiamo avvalercene se vogliamo incidere sulla realtà, di strumenti analitici sempre più sofisticati. Quello che non dovremmo fare è, invece, confondere le rappresentazioni del territorio, le *mappe* che tracciamo, con il *territorio* stesso, specialmente se quel territorio è fatto di persone. Abbiamo strumenti diagnostici che sono in grado di restituirci rappresentazioni dei tessuti del nostro corpo impensabili fino a solo vent'anni fa. Ma vi sarà sempre uno scarto tra le scansioni di una TAC e quello che rappresenta la malattia per la persona che ne fa esperienza e per quelli che le sono attorno. Il caso delle persone senza dimora è, allora, emblematico. Questo per via della complessità di un fenomeno così eterogeneo, irriducibile a rappresentazioni onnicomprensive. In questo rapporto, con il termine "senza dimora" si intende porre l'accento non tanto sulla mancanza di un luogo fisico nel quale risiedere, quanto piuttosto sugli effetti di tale mancanza, su quello che rappresenta per la persona nella nostra società, nella quale l'abitazione è l'emblema per antonomasia della progettualità di vita: *"Essere senza dimora significa aver perso nel tempo i propri riferimenti socio-relazionali primari e secondari e non essere in grado di costruirne di nuovi"* (Gnocchi 2009a, p. 149).

Sebbene nell'immaginario comune sia ancora presente il cliché del barbone che ha scelto di vivere ai margini della società, le biografie delle persone senza dimora restituiscono scenari esistenziali più complessi, caratterizzati da una serie di fattori ed eventi critici, di ordine economico ma soprattutto relazionale, ai quali le persone non sono riuscite a far fronte. La maggior parte delle persone senza dimora proviene da famiglie povere e caratterizzate da fragilità sul piano affettivo e ha alle spalle un passato segnato da esperienze traumatiche, come la rottura del nucleo familiare, percorsi di istituzionalizzazione, la perdita del lavoro, lo sfratto, la malattia, un lutto o il fallimento di un progetto migratorio. L'essere senza dimora non è, quindi, una condizione nella quale ci si ritrova all'improvviso, ma l'esito di un processo o "carriera di povertà" (Gnocchi 2009a, 2009b). Castel (1995) individua tre momenti di questo processo**.** In una prima fase l'individuo, indipendentemente dalla sua disponibilità economica, risulta incluso nel sistema sociale, in quanto integrato a livello lavorativo e supportato da una serie di legami solidi. Nella seconda fase si trova in uno stato di precarietà e fragilità, tanto a livello lavorativo quanto relazionale. La terza fase si caratterizza, infine, per l'isolamento pressoché totale. In questa fase il processo di impoverimento tende a diventare irreversibile. Una volta scivolate in una condizione di emarginazione grave, le persone tendono, infatti, a sviluppare una forma di "adattamento per rinuncia", *"una sorta di rassegnata accettazione della situazione in cui si trovano, senza la capacità o la volontà di fare progetti, anche minimi; oppure con spunti di progettualità estremamente fragili rispetto al peso della loro situazione"* (Gui 1995, p. 25). Sul piano relazionale l'adattamento per rinuncia si traduce in una sfiducia nei rapporti sociali che compromette la possibilità di instaurare legami significativi. I contatti tendono a ridursi all'ambito dei pari, ai volontari e agli operatori dei servizi assistenziali e ad essere finalizzati al mero soddisfacimento di bisogni materiali (Gui 1995; Gnocchi 2009a). Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, però, l'adattamento per rinuncia non è un adattamento passivo. Esso comporta, infatti, un investimento molto impegnativo in termini di risorse personali necessario per trovare un nuovo equilibrio, *"un equilibrio orientato alla sopravvivenza, che spesso mobilita dinamiche psicologiche regressive e difese primitive, e può portare nei soggetti più vulnerabili ad un impoverimento psichico progressivo, fino alla destrutturazione della personalità"* (Valtolina 2003, p. 80). Non deve stupire, quindi, l'apparente contraddizione che esiste tra la condizione di grave bisogno e la resistenza ad ogni nuovo cambiamento manifestato dalle persone in stato di emarginazione cronica. Le persone senza dimora non si trovano necessariamente in quest'ultima fase del processo di impoverimento, sebbene essa sia la più visibile. Lo stadio di evoluzione di questo processo e la storia personale sono elementi fondamentali da prendere in considerazione per strutturare un qualsivoglia intervento, come vedremo nell'ultimo capitolo.

I processi di impoverimento non vanno letti esclusivamente in relazione alle storie individuali, ma anche in rapporto al contesto socio-economico in cui vivono le persone. Se in passato vi erano fasce di popolazione più a rischio povertà di altre, negli ultimi anni la tipologia di persone in stato di vulnerabilità è mutata considerevolmente a causa del cambiamento delle leggi di mercato e dei requisiti e delle competenze richiesti per entrare e restare nel mondo del lavoro, dell'emergere di abitudini al consumo che superano spesso il reale potere d'acquisto, dell'indebolimento delle politiche di protezione sociale e della crescente assenza di spazi relazionali significativi che si sta strutturando nei grandi centri urbani (Gnocchi 2009a).

---

[1] Di queste, 2.700 sono accolte nei centri di accoglienza comunali o del privato sociale. 2.300 sono, invece, le persone che dormono in strada, cifra stimata sulla base di una capillare mappatura effettuata sul territorio della città. Altre 1.000 persone dormono in insediamenti spontanei, concentrati prevalentemente nelle aree periferiche. I dati di S. Egidio confermano la prevalenza di stranieri tra i senza dimora e la scarsa presenza di donne.

[2] Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri

[3] European Typology on Homelessness and Housing Exclusion

ask it out loud

2. La salute come diritto

Nel 1948 la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo riconosceva per la prima volta la salute come un diritto inalienabile di ciascun individuo[1]. Questo diritto è stato successivamente riaffermato in numerose occasioni. A livello europeo, ad esempio, è riconosciuto dagli art. 11 e 13 della Carta sociale europea (Torino, 1961)[2] e dagli art. 34 e 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (Nizza, 2000)[3]. In Italia, il diritto alla salute è riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione, che afferma che la Repubblica *"tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*. Lo stato italiano garantisce la tutela di questo diritto attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), secondo i principi fondamentali di Universalismo dell'assistenza, Solidarietà e Uguaglianza di accesso. Tutti i cittadini hanno diritto, in rapporto ai propri bisogni e non alla disponibilità economica, di usufruire di tutti i servizi compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)[4] stabiliti a livello nazionale (Universalismo). A tutti deve essere, inoltre, garantita la pari opportunità di accesso ai servizi (Uguaglianza). Tutti i cittadini devono, infine, concorrere al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale in misura proporzionale al reddito personalmente percepito (Solidarietà).

Il Servizio Sanitario Nazionale eroga le prestazioni non urgenti in base alla residenzialità degli utenti attraverso i Servizi Sanitari Regionali (SSR), che a loro volta comprendono le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere (AO). Il primo livello di assistenza è affidato al medico di medicina generale, anche detto "di base" o "di famiglia". La scelta del medico di base avviene, di norma, all'interno dell'ambito territoriale di residenza dell'assistito, che, a seconda dell'organizzazione delle singole regioni, può coincidere con un comune, gruppi di comuni o distretti. È compito delle ASL curare la pubblicazione degli elenchi con i nominativi dei medici di base convenzionati. Una volta scelto il medico di base, l'iscrizione alla sua lista di assistiti viene automaticamente rinnovata ogni anno. È possibile cambiare il medico di base in qualsiasi momento, a patto che si mantenga il vincolo territoriale. Solo in alcuni casi è possibile scegliere un medico di base iscritto in un elenco diverso da quello dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente. Questo avviene, ad esempio, quando la persona soggiorna al di fuori del comune in cui è residente per comprovati motivi di studio, lavoro o salute, per un periodo di tempo superiore a tre mesi. In questo caso è possibile scegliere un nuovo medico iscritto nell'elenco dell'ambito territoriale in cui la persona soggiorna, che va a sostituire quello precedente. L'iscrizione alla sua lista di assistiti ha validità annuale ed è rinnovabile. La scelta del medico di base è fondamentale per garantire la reale presa in carico del paziente. Il medico di base ha, infatti, non solo l'importante compito di coordinare l'intero processo terapeutico, prescrivere i farmaci, richiedere le visite specialistiche, le indagini strumentali e compilare i certificati medici, ma, soprattutto, dovrebbe rappresentare una figura di riferimento continuo nel tempo, con la quale instaurare un rapporto di fiducia altrettanto importante ai fini della cura.

Se la fruizione dei servizi sanitari non urgenti fosse vincolata esclusivamente alla residenza, però, essa costituirebbe un ostacolo all'esercizio del diritto

ask it out loud

alla salute per tutte quelle categorie di persone che la residenza non ce l'hanno. Nel linguaggio anagrafico, queste persone si definiscono "senza fissa dimora", termine che assume qui un'accezione più circoscritta rispetto a quella intesa nelle scienze sociali. Il codice civile, all'art. 43, definisce la residenza come il "*luogo in cui la persona ha la dimora abituale.*" Nello stesso articolo si introduce anche il concetto di domicilio, definendolo come il luogo in cui la persona "*ha stabilito la sede principale dei suoi affari ed interessi*". Per ovviare al problema dell'iscrizione anagrafica di persone senza fissa dimora, la giurisprudenza, con la legge n. 1228 del 24 dicembre 1954, permette di far coincidere la residenza anagrafica con il domicilio. Da un punto di vista sanitario, questo dovrebbe tradursi nella possibilità di accedere ai servizi sanitari non urgenti nel luogo in cui la persona senza fissa dimora vive abitualmente. Per una persona senza fissa dimora la scelta del domicilio può ricadere su qualunque luogo intorno a cui gravitino affari e interessi di natura non necessariamente patrimoniale, come ad esempio una mensa, un'associazione o un centro di accoglienza[5]. Nel 1992, inoltre, l'ISTAT aveva anche ravvisato la necessità di istituire nell'anagrafe comunale una via fittizia nella quale iscrivere le persone senza fissa dimora[6]. In mancanza di domicilio, la persona si considera residente nel comune di nascita. La legge n. 94 del 15 luglio 2009 ha apportato alcune modifiche alla legge del 1954. In particolare, l'articolo 2 comma 3 è stato modificato dall'articolo 3 comma 38, che introduce l'obbligo di "*fornire all'ufficio dell'anagrafe gli elementi necessari allo svolgimento degli accertamenti atti a stabilire l'effettiva sussistenza del domicilio*", pur non specificando quali siano i requisiti in questione. Questa genericità è all'origine di una notevole disomogeneità nell'applicazione della normativa. In alcuni casi si traduce in richieste infondate, come l'esibizione del contratto di affitto o l'intestazione delle utenze, che pregiudicano la possibilità di ottenere l'iscrizione anagrafica nel comune in cui la persona senza fissa dimora risiede e, quindi, la possibilità di accedere ai servizi sanitari territoriali per le cure non urgenti.

Esiste poi una seconda categoria di persone per le quali l'accesso ai servizi sanitari non urgenti risulta particolarmente difficoltoso. Si tratta di persone che si trovano a vivere in condizioni di marginalità in un comune diverso da quello in cui hanno la residenza, senza poter dimostrare di soggiornarvi per motivi di lavoro, studio o salute. Benché molte di queste persone vivano per strada o in abitazioni di fortuna, paradossalmente per la legge non possono essere considerate senza dimora. In questo caso, il cambio di residenza non è sempre la soluzione ottimale. La precarietà della vita in strada, infatti, non permette di fare progetti a medio o lungo termine per i quali valga la pena affrontare l'*iter* burocratico necessario per spostare la residenza nel luogo in cui la persona si trova a vivere, anche qualora sussistano i requisiti per farlo.

Gli stranieri e i cittadini comunitari

In merito alla residenza anagrafica e, quindi, al diritto correlato di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, gli stranieri sono equiparati agli italiani, come sancisce l'art. 6 comma 7 del Testo Unico sull'immigrazione (Decreto Legislativo 286 del 1998); in realtà il regolamento di attuazione del Testo Unico (Decreto Presidente Repubblica 394 del 1999, art. 42, comma 2) crea un'eccezione alla necessità del requisito della residenza ai fini dell'iscrizione al SSN, in quanto coloro che ne abbiano diritto possono farlo anche in assenza di residenza anagrafica facendo valere il luogo di effettiva dimora come indicato sul permesso di soggiorno. Il requisito della regolarità della presenza sul territorio nazionale è l'unico presupposto richiesto in via supplementare allo straniero. Per quanto riguarda, invece, i cittadini dell'Unione Europea, essi possono circolare liberamente nel territorio degli Stati membri per un massimo di novanta giorni[7], durante i quali, pur non potendo iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale[8], possono utilizzare alcune strutture sanitarie, come il pronto soccorso e la guardia medica turistica, o essere ricoverati in ospedale in caso di urgenza e per altre cure medicalmente necessarie, attraverso la Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM). Agli immigrati non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno la Costituzione italiana garantisce comunque la tutela della salute. Questo avviene in quasi tutte le regioni italiane attraverso i codici STP (straniero temporaneamente presente) ed ENI (europeo non iscritto), rilasciati dalle ASL e dalle aziende ospedaliere. I codici STP/ENI hanno una validità di sei mesi e sono rinnovabili per tutto il periodo di permanenza sul territorio regionale. Nella Regione Lazio questi codici assicurano le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali[9], l'assistenza farmaceutica e protesica. Sono in particolare garantiti i seguenti servizi:

- tutela della gravidanza e della maternità;
- tutela della salute del minore (fino al compimento del diciottesimo anno di età);
- vaccinazioni;
- interventi di profilassi internazionale;
- profilassi delle malattie infettive.

ask it out loud

Le prestazioni sono erogate da tutte le strutture pubbliche e private accreditate, dagli ambulatori di prima accoglienza (anche strutture di volontariato), dai consultori familiari, dai SERT, dai DSM, dagli ambulatori e laboratori specialistici e attraverso il Day Hospital.

---

[1] **Art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo**
1. Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.
2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale.

[2] **Art. 11: Diritto alla protezione della salute**
Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le Parti s'impegnano ad adottare sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare:
1. ad eliminare, per quanto possibile, le cause di una salute deficitaria;
2. a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute;
3. a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni.

Art. 13: Diritto all'assistenza sociale e medica
Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto all'assistenza sociale e medica, le Parti s'impegnano:
1. ad accertarsi che ogni persona che non dispone di risorse sufficienti o che non è in grado di procurarsi tali risorse con i propri mezzi o di riceverli da un'altra fonte, in particolare con prestazioni derivanti da un regime di sicurezza sociale, possa ottenere un'assistenza adeguata e, in caso di malattia, le cure di cui necessita in considerazione delle sue condizioni;
2. ad accertarsi che le persone che beneficiano di tale assistenza non subiscano in ragione di ciò, una diminuzione dei loro diritti politici o sociali;
3. a prevedere che ciascuno possa ottenere mediante servizi pertinenti di carattere pubblico o privato, ogni tipo di consulenza e di aiuto personale necessario per prevenire, eliminare o alleviare lo stato di bisogno personale e familiare;
4. ad applicare, a parità con i loro concittadini, le disposizioni di cui ai paragrafi 1, 2 e 3 del presente articolo ai cittadini delle altre Parti che si trovano legalmente sul loro territorio in conformità con gli obblighi assunti ai sensi della Convenzione europea di assistenza sociale e medica firmata a Parigi l'11 dicembre 1953.

[3] **Articolo 34: Sicurezza sociale e assistenza sociale**
1. L'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia, oltre che in caso di perdita del posto di lavoro, secondo le modalità stabilite dal diritto dell'Unione e le legislazioni e prassi nazionali.
2. Ogni persona che risieda o si sposti legalmente all'interno dell'Unione ha diritto alle prestazioni di sicurezza sociale e ai benefici sociali, conformemente al diritto dell'Unione e alle legislazioni e prassi nazionali.
3. Al fine di lottare contro l'esclusione sociale e la povertà, l'Unione riconosce e rispetta il diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa volte a garantire un'esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongano di risorse sufficienti, secondo le modalità stabilite dal diritto dell'Unione e le legislazioni e prassi nazionali.

Articolo 35: Protezione della salute
Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

[4] Servizi e prestazioni standard che il SSN deve assicurare ad ogni cittadino in maniera gratuita o compartecipata attraverso le risorse acquisite con il sistema fiscale.

[5] A Roma, ad esempio, vi sono alcune associazioni, come il Centro Astalli, la Caritas, la Casa dei Diritti Sociali e la Comunità di Sant'Egidio, che consentono di indicare la propria sede come domicilio.

[6] A Roma venne istituita Via Modesta Valenti, in memoria della donna senza dimora morta nel 1983 alla stazione di Roma Termini che gli operatori sanitari si rifiutarono di trasportare in ambulanza a causa delle sue condizioni igieniche.

[7] Il diritto di soggiorno superiore ai novanta giorni per i cittadini comunitari è riconosciuto solo: ai lavoratori subordinati o autonomi; agli studenti iscritti presso un istituto pubblico o riconosciuto dallo Stato per la frequenza di un corso di studi o di formazione professionale che dispongano di risorse economiche sufficienti per se stessi, per i familiari a carico e siano in possesso di un'assicurazione sanitaria; e ai cittadini comunitari che dispongano di risorse economiche sufficienti per se stessi e per i familiari a carico e siano in possesso di un'assicurazione sanitaria.

[8] Hanno diritto all'iscrizione solo i cittadini comunitari nelle seguenti condizioni: lavoratori stagionali con regolare contratto di lavoro di durata fino a tre mesi e titolari di modello E 106 con validità trimestrale.

[9] Per "cure urgenti" si intendono quelle che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona. Per "cure essenziali" si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

ask it out loud

3. La salute delle persone senza dimora

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come *"stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"*[1], riconoscendo che su di essa incidono una serie di fattori di vario tipo: i cosiddetti "determinanti della salute"[2]. Tra essi rientrano: il contesto socio-economico, lo status sociale di un individuo, le condizioni ambientali, di vita e di lavoro, i fattori psico-sociali, i fattori genetici, i comportamenti e gli stili di vita individuali e le caratteristiche del sistema sanitario di riferimento. L'essere senza dimora è per sua natura una condizione di malessere, anche in assenza di patologie riconosciute. La precarietà delle condizioni abitative, inoltre, può determinare l'insorgere di patologie o aggravare quelle eventualmente già esistenti.

Nonostante il diritto alla salute sia riconosciuto a livello internazionale e malgrado le dimensioni crescenti del fenomeno della *homelessness*, la salute delle persone senza dimora non ha mai suscitato particolare interesse, né a livello scientifico, né tantomeno sul piano politico. Ad oggi, non esistono dati sulle condizioni di salute di questa fascia di popolazione sistematicamente raccolti su scala nazionale, in Italia così come in nessun altro paese europeo. Questa mancanza di dati è attribuibile a vari fattori. Primo tra tutti, come abbiamo visto, l'eterogeneità delle persone "senza dimora", che non consente di stabilire in maniera univoca e scientificamente rilevante chi debba rientrare in questa categoria. Un altro fattore è l'assenza di volontà politica a intervenire per promuovere la salute di persone troppo spesso considerate "scomode" (FEANTSA 2006: Section 6). I pochi dati disponibili sono quelli raccolti da enti pubblici e organizzazioni del privato sociale che si occupano di senza dimora in ambito sanitario. Si tratta di dati frammentari, certamente non esaustivi e spesso privi di rigore scientifico, che costituiscono, però, un'interessante fonte di informazione. Nel 2006, FEANTSA ha promosso un'indagine sulla salute di questa fascia di popolazione nei paesi aderenti. I risultati sono contenuti nel rapporto annuale dell'organizzazione: "The right to health is a human right: ensuring access to health for people who are homeless" (FEANTSA 2006). Per quanto riguarda l'Italia, una panoramica sulla salute delle persone senza dimora si trova in Gui (1995, pp. 63-78). Più recentemente, nel 2007, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) di Roma ha pubblicato i risultati preliminari di un'analisi delle caratteristiche socio-demografiche e delle condizioni di salute della popolazione senza dimora assistita dal 1999 al 2007 (Morrone-Latini 2009). Questi dati sono stati aggiornati al 2010 in occasione dell'XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), tenutosi a maggio 2011 (Uccella et al. 2011).

Un aspetto ricorrente nella letteratura scientifica è che le persone senza dimora tendono a soffrire di più patologie contemporaneamente. Si tratta, in molti casi, di malattie gravi, spesso croniche, ulteriormente aggravate dalle precarie condizioni di vita e dall'isolamento, specialmente nei casi in cui l'assenza di dimora è permanente e si protrae da lungo tempo. Ferite e traumi di vario tipo sono due problematiche molto frequenti tra le persone senza dimora. Sulla strada anche la lesione più banale può diventare un problema serio. Ferite che in condizioni ideali guarirebbero in poco tempo, rischiano, infatti, di trasformarsi in ulcere se non curate adeguatamente. La precarietà delle condizioni abitative e la scarsa igiene personale, inoltre, sono causa di problemi di natura dermatologica e parassitologica, come l'infestazione da pulci o da scabbia. La salute dentale è un'altra area particolarmente problematica, a causa della scarsa igiene orale e del fatto che per le persone senza dimora è molto difficile accedere ai servizi odontoiatrici. Altre problematiche presenti sono le patologie a carico degli apparati cardio-circolatorio, respiratorio, digerente e genito-urinario e le malattie infettive, anche gravi come l'HIV, le epatiti e la tubercolosi. Spesso l'impossibilità di seguire un regime alimentare equilibrato aggrava il quadro clinico generale. Molti problemi di salute dei senza dimora sono poi legati

ask it out loud

all'esposizione a condizioni climatiche avverse. Specialmente nei paesi del nord Europa, il congelamento è comune e può comportare l'amputazione degli arti, con conseguenze fortemente invalidanti per chi vive sulla strada. Anche in Italia, dove pure le condizioni climatiche sono meno rigide, difficilmente passa inverno senza che un senzatetto muoia per assideramento. Le dipendenze da droghe, alcol e tabacco sono frequenti tra le persone senza dimora. Spesso si tratta dell'unico rifugio dai problemi e dai fallimenti. L'abuso di sostanze aggrava, inoltre, le patologie esistenti o determina lo sviluppo di patologie secondarie. L'alcolismo, ad esempio, è responsabile dell'insorgere di cirrosi epatica e pancreatite, che è una delle cause del diabete mellito. Il fumo, specialmente se accompagnato dall'abuso di alcol, aumenta il rischio di sviluppare tumori e cecità causata da neurite ottica. Sul lungo periodo, l'abuso di droghe e alcol può comportare l'insorgere di gravi patologie mentali. La salute mentale è un'area particolarmente problematica. Spesso si tende a pensare che la malattia mentale sia una condizione precedente all'arrivo in strada. Se in alcuni casi questo può essere vero, è più probabile, però, che essa sia l'esito di un processo progressivo di disgregazione del benessere che caratterizza l'esistenza delle persone senza dimora e che può, in alcuni casi, sfociare in una cronicità del disagio (Gnocchi 2004).

Malgrado si registri un bisogno di salute così significativo, le persone senza dimora sono tra coloro che accedono meno ai servizi sanitari, anche quando non sussistono impedimenti legati alla residenza. Questo è solo un aspetto di quel fenomeno molto più vasto di "adattamento per rinuncia" che caratterizza l'atteggiamento della maggior parte delle persone senza dimora, specialmente di coloro che si trovano in questa condizione da molto tempo. In questo quadro, anche la percezione del proprio stato di salute risulta compromessa o distorta. A fronte di necessità più immediate, come dormire e mangiare, inoltre, i bisogni di salute, anche quando vengono percepiti, diventano secondari e tendono a essere differiti, almeno finché non condizionano lo svolgimento delle attività quotidiane o il dolore non oltrepassa la soglia di sopportazione (FEANTSA 2006; Gui 1995; Gnocchi 2004). L'adattamento per rinuncia si traduce, più in generale, in un abbandono della cura della persona, che sul lungo periodo si ripercuote negativamente sulla salute. In alcuni casi sono pregresse esperienze negative nel contatto con i servizi sanitari ad agire come deterrente nell'accesso ai servizi (FEANTSA 2006: Section 1, Section 2, Section 4). In altri casi l'accesso è condizionato da barriere linguistiche o dalla mancanza di informazioni rispetto ai propri diritti o al funzionamento dei servizi sanitari (FEANTSA 2006: Section 2). Bisogna, inoltre, considerare che spesso il corpo rappresenta l'unica cosa sulla quale le persone senza dimora possono ancora esercitare un controllo. Affidarsi ai servizi sanitari può risultare problematico se viene percepito, più o meno consciamente, come una destituzione anche di quest'ultimo potere (FEANTSA 2006, p. 12).

Anche quando i pazienti senza dimora accedono ai servizi sanitari, spesso lo fanno in maniera discontinua. Discontinua tende ad essere anche la *compliance* alla cura, ossia l'adesione da parte del paziente alle prescrizioni terapeutiche. Tra i motivi della bassa *compliance* vi sono spesso l'impossibilità, legata alla condizione stessa dell'essere senza dimora, di osservare determinati regimi terapeutici, alimentari o periodi di convalescenza (FEANTSA 2006: Section 1, Section 3, Section 5; Gui 1995) e la difficoltà di aderire a un regime piuttosto rigido di appuntamenti e liste di attesa (Gui 1995, FEANTSA: Section 2). Molte persone senza dimora, infatti, non sono più abituate ad una vita scandita da ritmi regolari e scadenze. Anche l'assenza di reti familiari e amicali forti condiziona negativamente l'andamento di eventuali percorsi diagnostici e terapeutici. I familiari e gli amici costituiscono, infatti, quello che in antropologia medica viene definito "gruppo di gestione della terapia" (Janzen 1987), ossia l'insieme degli individui che si fanno carico dell'ammalato, consigliandolo e accompagnandolo nel proprio percorso di cura. Quando i legami sociali si allentano, la persona si trova ad affrontare il malessere da sola, perdendo molte delle spinte a (re)agire (FEANTSA: Section 1). La *compliance* è legata anche ai "modelli esplicativi della malattia". Con questo termine si indicano le diverse nozioni che le persone coinvolte nel percorso diagnostico e terapeutico – operatori della salute, pazienti, gruppo di gestione della terapia - hanno della malattia (cause, natura, evoluzione) e della cura (Kleinman 1978, 1980; Kleinman – Eisenberg – Good 1978). I modelli esplicativi variano a seconda del contesto storico e culturale, dello status sociale dell'individuo, del suo livello e tipologia di istruzione, delle sue esperienze e di ogni altra caratteristica sociodemografica e individuale. Ogni percorso di cura si configura come una negoziazione di modelli esplicativi, che possono corrispondere o meno. Quando i modelli esplicativi del medico e del paziente entrano in conflitto, il livello di *compliance* tende a diminuire.

Se la tendenza generale, come abbiamo visto, è quella di non accedere ai servizi sanitari o di ritardare il ricorso ad essi, vi sono anche casi in cui le persone senza dimora ricercano il contatto con le strutture sanitarie, spesso veicolando attraverso la salute bisogni di ordine sociale e relazionale.

In generale, la letteratura evidenzia i limiti di un approccio alla salute delle persone senza dimora che non tenga conto della multidimensionalità del fenomeno della *homelessness*. Se, come abbiamo visto, la salute è da intendersi come uno stato di benessere generale, è evidente che non basta "curare" la malattia per garantire la tutela

ask it out loud

della salute, occorre anche "prendersi cura" della persona. Nel caso dei senza dimora si tratta spesso di accompagnare la persona in un percorso di ricostruzione della stima di sè, di presa di coscienza dei propri bisogni di salute e di riacquisizione della fiducia nei servizi sanitari. Per fare questo è stato necessario elaborare nuove strategie di intervento, già sperimentate in diversi paesi, per andare incontro alle persone senza dimora nei luoghi da esse frequentati, oppure strutturando dei servizi a bassa soglia d'accesso (FEANTSA 2006: Section 3; Gnocchi 2004). Nessun intervento di promozione sanitaria, però, può considerarsi davvero efficace se non è compreso in una progettualità più ampia, mirata a reinserire le persone senza dimora nella comunità in cui vivono, attraverso la riattivazione di spazi di socialità, il diritto alla casa, al lavoro, a un reddito dignitoso, all'istruzione e all'assistenza (Gnocchi 2004).

---

[1] Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità adottata dalla Conferenza Mondiale della Salute tenutasi New York, dal 19 giugno al 22 luglio 1946, firmata il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 Stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrata in vigore il 7 aprile 1948.

[2] www.who.int/social_determinants/en/

L'AREA SANITARIA DELLA CARITAS DI ROMA

La **Caritas di Roma** con la sua **Area sanitaria** dal 1983 è impegnata sul versante della tutela sanitaria delle persone più deboli della nostra società, in particolare con gli immigrati in condizioni di marginalità giuridica e sociale, con i rom e con i senza dimora.
Agli inizi degli anni ottanta nella capitale furono istituite mense, ostelli, centri d'ascolto per dare risposte concrete ma anche per capire "dal di dentro" una problematica, per studiare un fenomeno, per stimolare le autorità a farsene carico. È questa la spinta che ha trasformato un piccolo Centro medico della periferia romana, nato per una risposta immediata a dei bisogni senza risposta, nell'attuale Area sanitaria, complessa ed efficace rete di servizi e progetti, laboratorio transculturale per una sanità centrata sulla persona.
Nel tempo si sono definiti quattro ambiti d'impegno che sono i pilastri su cui si fondano le politiche della Caritas in questo settore: al centro c'è la persona, più o meno portatrice di un bisogno specifico, cui si riconosce la massima dignità e quindi ogni gesto assistenziale non può che accompagnarsi ad un'azione diretta o indiretta che ne preveda un percorso d'autonomia e di diritti.

- Il primo ambito è comunque quello **assistenziale**: rispondere concretamente ad un bisogno di salute, non sostituendosi a ciò che è garantito dallo Stato ma integrando le riposte ed intercettando i bisogni di chi si trova al margine del sistema; ad oggi sono state oltre 90.000 le persone assistite presso le strutture sanitarie della Caritas.
- Il secondo pilastro è quello della **conoscenza**: non è possibile fornire risposte se non si conosce il fenomeno, se non si riflette su ciò che si fa. Attraverso ricerche, approfondimenti e studi si cerca di analizzare ciò che sottende a disuguaglianze ed ingiustizie, sperimentando anche percorsi teorici-pratici di inclusione sanitaria.
- Il terzo ambito d'azione è quello **formativo**: conoscere e condividere le scoperte, le informazioni e le riflessioni è forse il modo più efficace per promuovere una cultura d'accoglienza: è l'occasione per fare di un'esperienza assistenziale, un percorso pedagogico di crescita continua, per affinare le strategie relazionali e cliniche, per rimotivarsi all'incontro con le persone e non con le singole malattie, per capire i punti critici del sistema ed avviare interventi migliorativi.
- Ultimo pilastro è quello dell'**impegno per i diritti** di tutti ed in particolare dei soggetti più deboli: i tre ambiti precedenti si sintetizzano in denunce d'inadempienze, di diritti negati o nascosti, ma anche in proposte di politiche e di scelte percorribili sul piano organizzativo, in modelli che siano permeabili alle domande più flebili, spesso nascoste.

Mission dell'Area Sanitaria Caritas Roma

Mettersi in relazione con ogni persona partendo dalla stima e dal valore della vita di ciascuno a qualsiasi cultura o storia appartenga, per conoscere, capire e farsi carico con amore della promozione della salute specialmente di coloro che sono più svantaggiati, affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi ad ogni livello, dai singoli, dalla comunità e dalle istituzioni, diritti e dignità di tutti, senza nessuna esclusione

Caritas di Roma | Direttore: mons. Enrico Feroci
Area Sanitaria Caritas Roma | Responsabile: dott. Salvatore Geraci
Staff di direzione: Salvatore Geraci, Bianca Maisano, Gonzalo Castro Cedeno, Fabiana Arrivi
Via Marsala, 103 – 00185 Roma – tel. 06.4454791 fax 06.4457095
area.sanitaria@caritasroma.it | www.caritasroma.it | ccp. 8 2 8 8 1 0 0 4

caritas roma

ask it out loud

4. L'Area sanitaria della Caritas di Roma e la promozione della salute delle persone senza dimora

Dal 1983, anno in cui fu aperto il Poliambulatorio della Caritas romana, l'Area sanitaria offre assistenza gratuita alle persone che non possono o non riescono ad accedere ai servizi sanitari pubblici, secondo la propria *mission*: *"Mettersi in relazione con ogni persona, partendo dalla stima e dal valore della vita di ciascuno, a qualsiasi cultura o storia appartenga, per conoscere, capire e farsi carico con amore della promozione della salute, specialmente di coloro che sono più svantaggiati, affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi ad ogni livello, dai singoli, dalla comunità e dalle istituzioni, diritti e dignità di tutti, senza nessuna esclusione"*. L'utenza del Poliambulatorio è composta principalmente da immigrati presenti sul territorio nazionale in condizione di irregolarità e/o fragilità sociale e, spesso, non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale. Allo stesso tempo, si rivolgono al Poliambulatorio anche stranieri e comunitari regolarmente presenti che, pur avendo diritto al Servizio Sanitario Nazionale, di fatto non risultano iscritti a causa di difficoltà burocratiche o linguistico-culturali, o che, pur essendo iscritti, non riescono ad orientarsi all'interno dei servizi sanitari territoriali. Vi è anche una componente di pazienti italiani, in aumento continuo negli ultimi anni, soprattutto persone senza dimora che hanno perso la residenza anagrafica o che possiedono la residenza in un comune diverso da Roma. Queste persone non dovrebbero aver bisogno di rivolgersi al Poliambulatorio, in quanto aventi diritto, per legge, alla totale copertura sanitaria. Di fatto, però, come si è visto nel secondo capitolo, tale diritto spesso non si traduce in un'effettiva fruizione dei servizi. In questi casi, la presa in carico da parte del Poliambulatorio ha l'obiettivo non solo di assistere la persona da un punto di vista sanitario, ma soprattutto di accompagnarla in un percorso di reinserimento nelle strutture socio-sanitarie territoriali.

Il Poliambulatorio offre servizi di medicina generale e specialistica (medicina interna, dermatologia, pneumologia, endocrinologia, cardiologia, ortopedia, neurologia, psichiatria, ginecologia/ostetricia, pediatria, ematologia, ecografie), un servizio di medicheria, dove, oltre alle medicazioni, è possibile fare iniezioni e misurare pressione e glicemia, e un banco farmaceutico. Il Poliambulatorio eroga i propri servizi grazie alla collaborazione come volontari di medici, infermieri, farmacisti, tirocinanti di varie facoltà universitarie, giovani in servizio civile e altre professionalità e disponiblità. Alle visite si accede, di norma previo appuntamento, su esibizione di una tessera (carta Caritas) rilasciata dal Centro di Ascolto per stranieri di Via delle Zoccolette 19, della richiesta del medico dell'ostello di Via Marsala 109 o su segnalazione di altri enti del privato sociale. La medicheria è, invece, un servizio a bassa soglia d'accesso, al quale può accedere chiunque, senza bisogno di prenotare né presentare alcun tipo di documento. Queste caratteristiche rendono tale servizio particolarmente fruibile per le persone senza dimora. Il banco farmaceutico, come la medicheria, è un servizio a bassa soglia d'accesso. È, però, necessaria la prescrizione medica per ottenere i farmaci. Nella sezione distaccata di via Alessandro VII sono, inoltre, erogati servizi di oculistica, chirurgia ambulatoriale, cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, epatologia, angiologia/doppler. Presso la "Cittadella della Carità *Santa Giacinta*" in Via Casilina Vecchia si trova, infine, il Centro Odontoiatrico Caritas (COC) che dovrebbe essere inaugurato nei primi mesi del 2012.

Numero, caratteristiche socio-demografiche e condizioni di salute dei pazienti senza dimora assistiti dal Poliambulatorio dal 2005 al 2010

Metodologia e limiti dell'analisi

Per ogni nuovo paziente che accede al Poliambulatorio viene aperta una cartella ambulatoriale. Sul fronte della cartella vengono annotati i dati anagrafici e alcune informazioni relative alla cittadinanza, al soggiorno e alla condizione lavorativa e abitativa[1] (vedere allegato 2). Il retro della cartella serve ai medici per annotare i dati clinici

ask it out loud

dei pazienti nel corso delle visite. Quotidianamente le informazioni contenute nelle cartelle cliniche vengono immesse in un *database*. In questo paragrafo vengono presentati i dati relativi ai pazienti senza dimora assistiti dal 2005 al 2010. E' stato scelto questo periodo poiché i dati sono stati estrapolati dal *database* usando come criterio di selezione la condizione abitativa, informazione disponibile dal 2005. Delle nove voci contemplate sono state selezionate le voci "senza fissa dimora", "baracca/roulotte/tenda", "centro di accoglienza" ed "edificio occupato".

Nel corso degli anni il format delle cartelle cliniche è cambiato. È stato necessario, quindi, uniformare alcune voci per rielaborare e presentare i dati in modo coerente. I dati sulla condizione abitativa si riferiscono al primo contatto con il paziente, ma potrebbero essere variati nel corso degli anni. Persone inizialmente registrate come "senza fissa dimora" o abitanti in "baracca/roulotte/tenda", "centro di accoglienza" o "edificio occupato" potrebbero successivamente aver migliorato la propria condizione abitativa. Allo stesso tempo, persone che avevano dichiarato di abitare in un appartamento potrebbero trovarsi ora in una condizione di precarietà abitativa. I dati potrebbero, inoltre, presentare un margine di errore dovuto a possibili imprecisioni nella compilazione delle cartelle. Queste imprecisioni dipendono in alcuni casi da difficoltà linguistiche, in altri dall'inesperienza dei volontari nel raccogliere le informazioni necessarie a rispondere ad alcune voci della cartella. Mancano, infine, i dati relativi agli accessi alla medicheria e al banco farmaceutico che, essendo servizi a bassa soglia di accesso, non prevedono la registrazione completa dei pazienti.

Presentazione dei dati

Dal 2005 al 2010 sono stati assistiti 3.259 pazienti senza dimora, che rappresentano il 29.5% del totale dei pazienti assistiti dal Poliambulatorio nello stesso arco temporale. Come si può notare, nella tabella 1, la maggioranza di questa selezione di pazienti (63,9%) vive in un centro d'accoglienza. Un terzo (33,8%) è classificato come "senza fissa dimora".

Il 75,5% dei pazienti è di genere maschile riflettendo le stime sulla composizione demografica della popolazione senza dimora. 2.331 sono cittadini non appartenenti all'Unione Europea, 668 comunitari e 260 italiani. (figura 1).

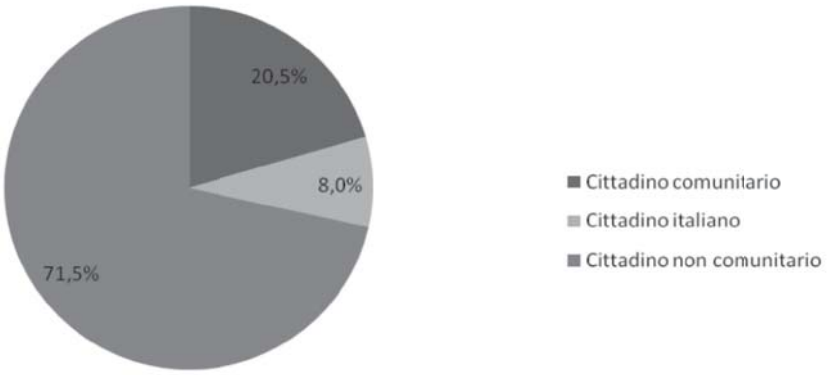
Questo dato rispecchia l'utenza del Poliambulatorio, composta prevalentemente da persone straniere o comunitarie. Nella tabella 2 sono elencate tutte le 112 nazionalità dei pazienti, mentre nella figura 2 sono messe in evidenza le classi d'età dei pazienti suddivisi tra italiani e non italiani. E' molto netta l'appartenenza dei senza dimora non italiani alle classi d'età più giovani.

Come si evince dalla tabella 3, la maggioranza dei pazienti senza dimora non ha un'occupazione (86,4%). Tra gli occupati la maggioranza lavora nell'edilizia.

Tabella 1: Dati relativi alla condizione abitativa

Condizione abitativa	Unità	%	Uomini	Donne	% Uomini	% Donne	N.D.
Senza fissa dimora	1.101	33,8	925	175	84,2	15,8	1
Centro accoglienza	2.082	63,9	1.488	590	71,6	28,4	4
Baracca Roulotte Tenda	50	1,5	30	20	60,0	40,0	0
Edificio occupato	26	0,8	18	8	69,2	30,8	0

Figura 1: Distribuzione dei pazienti senza dimora in base alla cittadinanza



ask it out loud

Tabella 2: Dati relativi alla nazionalità

Nazionalità	Unità	%
Romania	778	23,87
Afghanistan	264	8,10
Italia	260	7,98
Eritrea	201	6,17
Somalia	119	3,65
Polonia	115	3,53
Nigeria	113	3,47
Guinea	83	2,55
Marocco	77	2,36
Ucraina	77	2,36
Bulgaria	73	2,24
Costa D'Avorio	72	2,21
Egitto	69	2,12
Etiopia	68	2,09
Bangladesh	65	1,99
Iraq	63	1,93
Tunisia	40	1,23
Moldavia	37	1,14
India	35	1,07
Togo	34	1,04
Sudan	33	1,01
Ghana	30	0,92
Albania	27	0,83
Russia (ex-URSS)	26	0,80
Cameroun	24	0,74
Senegal	24	0,74
Cina	23	0,71
Pakistan	22	0,68
Algeria	21	0,64
Congo	20	0,61
Perù	20	0,61
Turchia	18	0,55
Colombia	16	0,49
Iran	15	0,46
Malesia	14	0,43
Brasile	13	0,40
Gambia	12	0,37
Mauritania	12	0,37
Palestina	12	0,37
Sri Lanka	11	0,34
Burkina Faso	10	0,31
Libia	9	0,28
Bosnia	8	0,25
Rep. Ceca	7	0,21
Germania	7	0,21
Liberia	7	0,21
Sierra Leone	7	0,21
Jugoslavia	7	0,21
Cuba	6	0,18
Ungheria	6	0,18
Stati Uniti	6	0,18
Venezuela	6	0,18
Bolivia	5	0,15
Capo Verde	5	0,15
Macedonia	5	0,15
Rep. Dem. Del Congo	5	0,15
Belgio	4	0,12
Ciad	4	0,12
Rep. Dominicana	4	0,12
Ecuador	4	0,12
Guinea Bissau	4	0,12
Messico	4	0,12
Slovacchia	4	0,12
Armenia	3	0,09
Rep. Centrafricana	3	0,09
Spagna	3	0,09
Francia	3	0,09
Georgia	3	0,09
Honduras	3	0,09
Giordania	3	0,09
Libano	3	0,09
Filippine	3	0,09
Portogallo	3	0,09
Siria	3	0,09
Angola	2	0,06
Argentina	2	0,06
Benin	2	0,06
Burundi	2	0,06
Cile	2	0,06
Croazia	2	0,06
El Salvador	2	0,06
Gabon	2	0,06
Gran Bretagna	2	0,06
Kenia	2	0,06
Kosovo	2	0,06
Kyrgyzstan	2	0,06
Lettonia	2	0,06
Lituania	2	0,06
Malta	2	0,06
Slovenia	2	0,06
Serbia	2	0,06
Yemen del Sud	2	0,06
Australia	1	0,03
Azerbaijan	1	0,03
Canada	1	0,03
Grecia	1	0,03
Guinea Equatoriale	1	0,03
Giamaica	1	0,03
Giappone	1	0,03
Corea del Sud	1	0,03
Laos	1	0,03
Malawi	1	0,03
Mozambico	1	0,03
Namibia	1	0,03
Olanda	1	0,03
Nepal	1	0,03
Niger	1	0,03
Norvegia	1	0,03
Tanzania	1	0,03
Uganda	1	0,03
Uruguay	1	0,03
Zambia	1	0,03
TOTALE	**3.259**	**100,00**

ask it out loud

Figura 2: Grafico relativo alle classi d'età (italiani e non italiani)

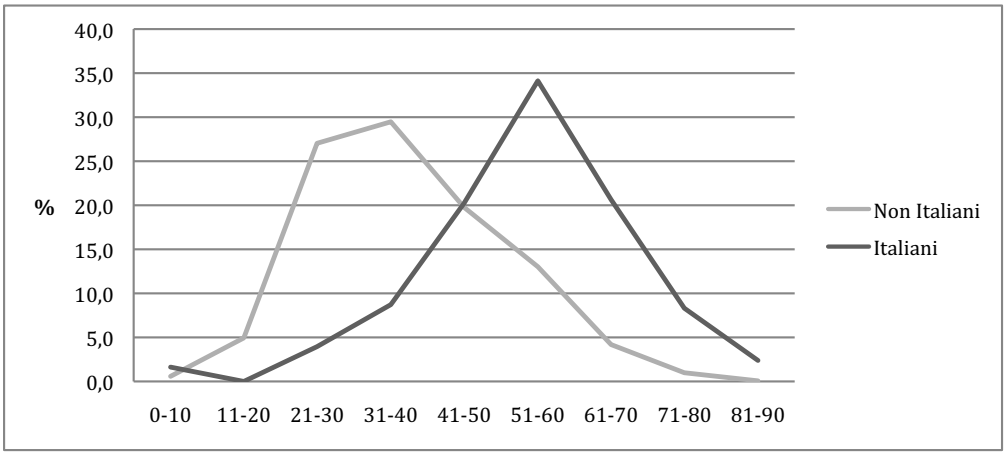


Tabella 3: Dati relativi all'occupazione (italiani e non italiani)

Occupazione	Unità	%
Disoccupato	2.818	86,4
Edilizia	103	3,1
Studio	78	2,4
Badante/babysitter	54	1,7
Ristorazione	36	1,1
Ambulante	25	0,8
Artigianato	22	0,7
Industria	20	0,6
Commercio	15	0,5
Agricoltore	13	0,4
Lavoratore autonomo	9	0,3
Casalinga	7	0,2
Impiegato	5	0,1
Altro	54	1,7

Tabella 4: dati relativi al permesso di soggiorno dei cittadini non appartenenti all'Unione Europea

Permesso di soggiorno	Unità	%
Nessuno	1.050	45,0
Protezione internazionale	865	37,1
Lavoro	141	6,0
Scaduto e non rinnovato	73	3,1
In attesa di rinnovo	68	2,9
Motivi familiari	31	1,3
Cure mediche	29	1,2
Studio	12	0,5
Motivi religiosi	10	0,4
Turismo	5	0,2
Altro	47	2,0

Più della metà dei pazienti senza dimora è privo di un titolo di studio (22,5%) o possiede solamente un titolo di studio inferiore (35,5%); il 29,9% ha un diploma di scuola superiore ed il 12,1% ha un titolo universitario.

Degli stranieri (cittadini non appartenenti all'Unione Europea), il 45,0% dei pazienti senza dimora non possiede alcun tipo di permesso di soggiorno. Il 37,1% ha un permesso per asilo, protezione sussidiaria o motivi umanitari (tabella 4).

Vengono ora presentati i dati relativi alle diagnosi effettuate e alle prestazioni erogate ai pazienti senza dimora al primo accesso al Poliambulatorio Caritas e nel corso del loro periodo di cura (tabelle 5 e 6). Vengono considerate le diagnosi effettuate e le prestazioni erogate agli stessi pazienti nel corso dei loro contatti con il Poliambulatorio nel periodo in esame (2005-2010). I dati vengono presentati in numeri assoluti e percentuali, dividendo la popolazione non italiana (comunitari e stranieri) dalla popolazione italiana e gli uomini dalle donne. Le patologie vengono codificate utilizzando una versione modificata della classificazione ICD-9-CM[2] e inserite nel *database* a partire dalle informazioni riportate dal personale medico nelle cartelle ambulatoriali. Ad ogni accesso effettuato da ciascun paziente può corrispondere più di un codice diagnostico. Ogni paziente ha effettuato in media quattro accessi, indipendentemente dalla nazionalità e dal sesso.

Da una osservazione delle diagnosi attribuite nel corso del primo accesso dei pazienti considerati presso il Poliambulatorio (tabella 5), emerge come le patologie che spingono più frequentemente i pazienti stranieri sia

ask it out loud

uomini che donne ad entrare in contatto con la struttura sanitaria siano quelle a carico dell'apparato respiratorio, seguite per le donne da patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico e da patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio e digerente, mentre per gli uomini un'alta prevalenza è da attribuire anche alle patologie muscolo-scheletriche e dermatologiche. Tra i pazienti stranieri, il 13,3% degli uomini e l'11,8% delle donne, presentano sintomi mal definiti al loro primo accesso, cosa che non accade per i pazienti italiani, molto probabilmente favoriti nella spiegazione della sintomatologia nel rapporto con il medico. Nel caso dei pazienti italiani tra le diagnosi più frequenti al primo accesso vi sono le patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio contro percentuali molto più basse delle stesse patologie riscontrate nella popolazione non italiana, situazione che potrebbe essere associata all'età più avanzata dei pazienti senza dimora italiani rispetto ai non italiani. Un peso importante hanno anche le malattie degli apparati osteo-muscolare, digerente e respiratorio. Per le donne un'ampia percentuale delle diagnosi effettuate al primo accesso riguarda patologie a carico dell'apparato respiratorio, patologie infettivo-parassitarie e a carico dell'apparato digerente.

Considerando la totalità dei contatti che ogni paziente ha avuto con il Poliambulatorio, si può notare come tra le patologie più frequenti nella popolazione senza dimora, indipendentemente dalla nazionalità e dal sesso, vi siano patologie a carico dell'apparato respiratorio, seguite per gli italiani da patologie cardio-circolatorie mentre per gli stranieri da patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico. Negli uomini stranieri vi è un'alta prevalenza di malattie dermatologiche, mentre nelle donne straniere hanno un ruolo importante i disturbi psichici, la cui incidenza è maggiore di quella riscontrabile nella popolazione maschile di riferimento; stesso fenomeno si osserva nei pazienti italiani. Sono alte per entrambi le percentuali relative alle visite di controllo (7,8% per gli uomini e 6,7% per le donne). Le donne sia straniere che italiane effettuano molte più visite ed esami specialistici rispetto agli uomini, differenza attribuibile alla presenza della ginecologia tra le visite specialistiche.

Interessante notare l'alta percentuale di visite rinviate (11,2%) nel caso dei pazienti uomini italiani.

Tabella 5: Descrizione delle diagnosi in occasione del primo accesso al Poliambulatorio Caritas della popolazione senza dimora con cittadinanza Italiana e non italiana che ha effettuato la prima visita tra il primo gennaio 2005 e il 31 dicembre 2010 (numeri assoluti e percentuali)

	Pazienti non italiani (diagnosi al primo accesso)				**Pazienti italiani** (diagnosi al primo accesso)			
Diagnosi e Prestazioni Erogate	**Uomini**	**%**	**Donne**	**%**	**Uomini**	**%**	**Donne**	**%**
Traumatismi ed avvelenamenti	74	4.7	16	4.3	-		2	9.1
Tumori	7	0.4	-		2	1.1	-	
Malattie sistema osteo muscolare	211	13.4	45	12.0	26	14.4	1	4.5
Malattie sistema nervoso	93	5.9	9	2.4	8	4.4	-	
Malattie sistema circolatorio	78	5.0	38	10.2	34	18.8	5	22.7
Malattie ghiandole endocrine/sangue	36	2.3	27	7.2	11	6.1	-	
Malattie infettive e parassitarie	126	8.0	9	2.4	10	5.5	2	9.1
Malattie dermatologiche	199	12.6	23	6.1	19	10.5	2	9.1
Malattie apparato respiratorio	294	18.7	57	15.2	23	12.7	5	22.7
Malattie apparato genito-urinario	39	2.5	28	7.5	4	2.2	-	
Malattie apparato digerente	168	10.7	30	8.0	24	13.3	2	9.1
Disturbi psichici	41	2.6	21	5.6	6	3.3	1	4.5
Gravidanza		0.0	27	7.2		0.0	1	4.5
Sintomi aspecifici	209	13.3	44	11.8	14	7.7	1	4.5
Totale	**1.575**	**100%**	**374**	**100%**	**181**	**100%**	**22**	**100%**

ask it out loud

Il progetto La cura del corpo ferito: incontro con "persone in cerca di dimora" a Roma

Il progetto *La cura del corpo ferito: incontro con "persone in cerca di dimora" a Roma*[3] è stato avviato, grazie al finanziamento del Fondo Caritas Italiana otto per mille del 2009, al termine dall'esperienza dei giovani in servizio civile nell'anno 2008-2009 presso l'Area sanitaria della Caritas di Roma, con l'obiettivo di promuovere la salute delle persone senza dimora, che, per i motivi che abbiamo visto nei capitoli precedenti, difficilmente accedono ai servizi sanitari. Ci si rendeva conto, in particolare, che nella maggioranza dei casi l'accesso al Poliambulatorio delle persone senza dimora era mediato da un contatto personale con un volontario, un operatore sociale o, più semplicemente, un cittadino che, entrato in relazione con la persona, si preoccupava di indirizzarla al Poliambulatorio. Anche quando questo avveniva, però, era difficile mantenere il contatto nel tempo perché anche una realtà molto personalizzata e attenta alla relazione come quella del Poliambulatorio non è sempre in grado di rispondere alle esigenze delle persone che vivono in strada. Si avvertì, quindi, la necessità di pensare a delle strategie per avvicinarsi a queste persone e, nel 2010, grazie alla collaborazione a titolo volontario di studenti di medicina e scienze infermieristiche provenienti da diverse università

Tabella 6: Descrizione delle diagnosi e delle prestazioni erogate nel corso del periodo di cura presso il Poliambulatorio Caritas alla popolazione senza dimora con cittadinanza Italiana e non Italiana dal gennaio 2005 al settembre 2011 (numeri assoluti e percentuali)

	Pazienti non italiani (diagnosi sul totale degli accessi)				**Pazienti Italiani** (Diagnosi sul totale degli accessi)			
Diagnosi e Prestazioni Erogate	**Uomini**	**%**	**Donne**	**%**	**Uomini**	**%**	**Donne**	**%**
Traumatismi ed avvelenamenti	152	2,1	25	0,9	13	1,7	5	3,2
Tumori	12	0,2	5	0,2	7	0,9	-	-
Malattie sistema osteo muscolare	487	6,7	142	5,2	49	6,2	8	5,2
Malattie sistema nervoso	212	2,9	64	2,3	16	2,0	2	1,3%
Malattie sistema circolatorio	204	2,8	104	3,8	59	7,5	13	8,4
Malattie ghiandole endocrine/sangue	126	1,7	88	3,2	17	2,2	3	1,9
Malattie infettive e parassitarie	297	4,1	40	1,5	31	3,9	4	2,6
Malattie dermatologiche	494	6,8	103	3,8	48	6,1	9	5,8
Malattie apparato respiratorio	655	9,1	161	5,9	62	7,9	11	7,1
Malattie apparato genito-urinario	98	1,4	107	3,9	9	1,1	2	1,3
Malattie apparato digerente	435	6,0	96	3,5	36	4,6	5	3,2
Disturbi psichici	195	2,7	117	4,3	29	3,7	7	4,5
Gravidanza			39	1,4			-	-
Sintomi aspecifici	527	7,3	147	5,4	32	4,1	9	5,8
Richiesta esami o visite specialistiche	943	13,1	439	16,0	131	16,7	42	27,1
Richiesta di ricovero	89	1,2	26	0,9	16	2,0	3	1,9
Colloquio in direzione/rilascio di certificati medici	642	8,9	214	7,8	38	4,8	-	-
Richiesta esami di laboratorio/radiologico	424	5,9	230	8,4	32	4,1	16	10,3
Visite ed esami specialistici	494	6,8	360	13,1	-	-	7	4,5
Visite rimandate	97	1,3	34	1,2	88	11,2	-	-
Progetto ferite invisibili (psicoterapia)	60	0,8	17	0,6	-	-	-	-
Visita controllo	566	7,8	184	6,7	72	9,2	9	5,8
Missing	12	0,2	-	-	-	-	-	-
Totale	**7221**	**100%**	**2742**	**100%**	**785**	**100%**	**155**	**100%**

ask it out loud

romane, è partito il progetto *La cura del corpo ferito: incontro con "persone in cerca di dimora" a Roma*.

Il progetto si rivolge ai giovani e ha come obiettivi:
- il miglioramento delle competenze relazionali necessarie per l'approccio alla salute su strada;
- la creazione di un'occasione stabile di contatto, di rilevazione dei bisogni di salute e di presa in carico delle persone senza dimora;
- la sensibilizzazione della società civile e, in particolare, dei giovani sulla realtà dell'emarginazione sociale.

Il progetto prevede le seguenti attività:
- attività di studio/ricerca sulla realtà dei senza dimora per migliorare la conoscenza del fenomeno dell'emarginazione grave;
- mappatura dei servizi sanitari pubblici e del privato sociale fruibili per le persone senza dimora nel Comune di Roma;
- uscite su strada per mappare le zone dove si concentrano gli insediamenti spontanei, instaurare una relazione "stabile" con le persone che vivono sulla strada, sviluppare le competenze relazionali dei volontari, rilevare i bisogni di salute delle persone senza dimora e orientarle all'uso dei servizi sanitari;
- analisi delle caratteristiche socio-demografiche e dei bisogni di salute delle persone senza dimora incontrate durante le uscite e presentazione dei dati emersi;
- organizzazione di seminari negli atenei romani per sensibilizzare gli studenti sulla realtà dei senza dimora, con particolare attenzione alla salute, e coinvolgerli nel progetto.

La prima fase del progetto è stata dedicata alla formazione dei volontari, in collaborazione con l'Help Center della Stazione Termini[4] e con l'associazione Medici per i Diritti Umani (MEDU)[5]. L'équipe dei volontari ha affiancato gli operatori dell'Help Center in un monitoraggio settimanale della stazione per entrare in contatto con le persone senza dimora che vi gravitano e imparare, attraverso l'esperienza, strategie per interagire con chi presenta particolari disagi (salute mentale, dipendenze). La collaborazione con MEDU ha previsto la mappatura di alcuni dei luoghi in cui la Comunità di S. Egidio provvede alla distribuzione del cibo, quindi luoghi in cui per necessità si concentrano molte delle persone senza dimora che vivono a Roma. Durante le uscite si è anche iniziato a raccogliere informazioni socio-sanitarie sulle persone incontrate e a dare informazioni sull'uso dei servizi, qualora fosse emerso un bisogno di salute.

Oltre alla rilevazione dei bisogni di salute e all'orientamento sanitario delle persone senza dimora, è soprattutto l'azione pedagogica a rivestire un ruolo prioritario. Quest'azione si concretizza in attività di sensibilizzazione dei giovani in Università, soprattutto di coloro – medici, infermieri e operatori del sociale – che si troveranno a relazionarsi con persone senza dimora. L'obiettivo è contrastare l'ignoranza e i luoghi comuni che circondano la realtà di chi vive sulla strada, spesso alla base di interventi socio-sanitari inefficaci, in quanto incapaci di rispondere alle esigenze di un'utenza così particolare.

Dal 2011 il progetto viene portato avanti anche con la collaborazione dei giovani in servizio civile presso l'Area sanitaria. A una fase di formazione, è seguita una fase operativa di rilevazione dei bisogni di salute e orientamento sanitario. Da febbraio a settembre 2011 le uscite si sono concentrate presso la mensa Caritas di Colle Oppio e la mensa della parrocchia del Santissimo Redentore di Val Melaina. Parallelamente alle uscite è stato avviato un lavoro di ricerca bibliografica e di studio sul tema dei senza dimora, propedeutico alla stesura del presente rapporto. Per quanto riguarda le attività di sensibilizzazione, nel maggio 2011 è stato organizzato un primo seminario dal titolo "Salute in cerca di casa. Emarginazione sociale come determinante di salute: esperienze e percorsi", che ha visto coinvolte le facoltà di Medicina e Chirurgia della Sapienza Università di Roma, dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e dell'Università di Roma Tor Vergata. Durante questo seminario, in cui è stato presentato il progetto, si è cercato di analizzare in una prospettiva multidisciplinare la realtà dell'emarginazione estrema, con un'attenzione particolare alla condizione, sanitaria e non, delle persone senza dimora.

Presentazione dei dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche e ai bisogni di salute delle persone senza dimora raccolti da febbraio a settembre 2011

Metodologia e limiti

Si è scelto di concentrare le uscite presso le mense, luoghi strategici in quanto frequentati da molte persone senza dimora. La decisione di circoscrivere le uscite a due mense ha reso possibile un'azione di monitoraggio più continuativa e puntuale. Rispetto alla prima fase del progetto è stato, infatti, possibile raccogliere i dati in maniera più sistematica.

La maggior parte delle persone che frequenta le mense vive in centri d'accoglienza, case occupate e in-

ask it out loud

sediamenti spontanei. Una minoranza, pur vivendo in case di proprietà o in affitto, si trova in condizioni di povertà economica e relazionale. Molti non hanno, infatti, più contatti con la propria famiglia e non hanno una rete amicale su cui contare. Per queste persone la frequentazione della mensa è anche un'occasione per socializzare. Non esistono dati precisi sulla nazionalità. Se, infatti, alcuni frequentano la mensa da molto tempo e con una certa costanza, la maggior parte - stranieri e comunitari in particolare - fruisce del servizio solo temporaneamente. L'incidenza di persone provenienti da un paese piuttosto che un altro varia a seconda della situazione politica nei paesi di emigrazione. Nella primavera del 2011, ad esempio, è aumentato considerevolmente il numero delle persone immigrate dal Nord Africa, in seguito alle rivoluzioni che hanno interessato il Marocco, la Tunisia, l'Egitto e la Libia. Tra gli italiani, vi sono sia persone nate e residenti a Roma, sia persone immigrate a Roma per motivi di lavoro, soprattutto dal sud, che sono state licenziate e si trovano in difficoltà economiche. Gli stranieri sono più giovani rispetto agli italiani e la presenza degli uomini è nettamente maggiore rispetto a quella delle donne. Questo rispecchia i dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche delle persone senza dimora, come si è visto nel primo capitolo.

Le uscite si sono svolte con una cadenza settimanale il venerdì mattina. In un primo periodo veniva allestito un gazebo con dei cartelli con la scritta "salute" in alcune delle lingue parlate dalle persone che frequentano le mense. Per l'orientamento ci si è serviti di alcuni materiali informativi: una mappa di fruibilità degli ambulatori e degli ospedali, divisi per Municipio, che rilasciano i codici STP/ENI a Roma[6], dei volantini con indirizzi, orari e numeri di telefono dei servizi socio-sanitari territoriali, una mappa di Roma per spiegare alle persone come raggiungere i servizi, fac-simile dei documenti necessari per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale e fac-simile del libretto sanitario. Successivamente, il gazebo è stato sostituito da un tavolino e qualche sedia. Questo cambiamento, nato da una questione di praticità, ha modificato il nostro modo di interagire con le persone. Se il gazebo, sul modello del Poliambulatorio, delimitava uno spazio, creando una sorta di confine tra gli operatori e le persone con cui si parlava, il tavolino e le sedie hanno permesso di superare quel confine e di instaurare una relazione più spontanea. Il tavolino e le sedie trasmettevano, infatti, un'immagine di convivialità ed erano certamente un'alternativa migliore alla sosta sul muretto o sul marciapiede in attesa dell'apertura delle mense. Con il passare delle settimane la presenza è diventata per molte persone l'appuntamento fisso del venerdì mattina. Il cambiamento delle modalità di interazione con le persone ha influito anche sul tipo di orientamento che si rendeva necessario. Usando il gazebo si riusciva ad intercettare un numero maggiore di persone ma le informazioni che si davano erano generiche e superficiali, per lo più relative al motivo della presenza del progetto. Il tavolino, invece, se da un lato ha limitato il numero dei nuovi contatti, dall'altro ha permesso di approfondire quelli già esistenti e far emergere, così, bisogni di salute che difficilmente sarebbero stati esternati ad un primo contatto.

Per raccogliere i dati ci si è serviti di una griglia prestampata, sulla quale venivano annotati il sesso e la nazionalità di ogni nuovo contatto e il tipo di problematica o richiesta alla quale rispondeva. La griglia è stata successivamente integrata con un quaderno su cui si riportavano degli appunti sulle presenze e su alcuni fatti rilevanti della giornata. Al termine di ogni uscita veniva, inoltre, redatto un report per annotare sensazioni e riflessioni. Se è ragionevole pensare che la maggior parte delle persone incontrate sia senza dimora o viva in condizioni di precarietà abitativa o emarginazione, non è stato possibile selezionare il campione a priori sulla base di questi criteri dal momento che sarebbe stato indelicato, specialmente al primo contatto, rivolgere domande troppo personali prima di aver instaurato un rapporto di fiducia. Per lo stesso motivo non è sempre stato possibile annotare la nazionalità delle persone. Non era, inoltre, intenzione degli operatori usare categorie troppo rigide che avrebbero finito per escludere a priori una parte di utenza.

Presentazione dei dati

In sette mesi si sono registrati un totale di 203 contatti, di cui 174 uomini (86,0% del totale) e 29 donne (14,0% del totale). I dati rispecchiano l'utenza della mensa, composta prevalentemente da uomini. Nel campione in esame, 95 sono gli stranieri (46,8% del totale), 72 gli italiani (35,5% del totale) e 26 i comunitari (12,8% del totale). Di 10 persone (4,9% del totale) non si conosce il paese di provenienza[7]. Tra i paesi comunitari il più rappresentato è la Romania (80.7%), mentre tra i paesi non appartenenti all'Unione Europea quello più rappresentato è la Somalia (13.7%), seguito dall'Eritrea (10.5%). Nella tabella 8 sono riportati i paesi di provenienza dei 203 contatti registrati.

I bisogni sanitari rilevati e l'orientamento all'uso dei servizi fatto nel corso delle uscite sono riconducibili a dodici tipologie (tabella 7).

"Informazioni generali". La maggior parte delle richieste rilevate non sono inquadrabili in una categoria precisa e sono state registrate come "informazioni generali". Rientrano in questa categoria le informazioni

ask it out loud

Tabella 7: Dati relativi ai bisogni sanitari e al tipo di orientamento

Tipo di Richiesta	Unità	%
Info generali	71	31,6
Residenza	23	10,2
Dentista	19	8,4
Inviato al Poliambulatorio	17	7,6
Info farmaci	15	6,7
Cambio medico	13	5,8
Indirizzato al Samifo	11	4,9
Orientamento ENI-STP	10	4,4
Inviato in medicheria	7	3,1
Non sa di avere medico di base	5	2,2
Oculista	3	1,3
Altro	31	13,8

riguardanti le procedure per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale, richiedere la tessera sanitaria, richiedere l'invalidità e le informazioni relative ai servizi di guardia medica e consultorio. Sono incluse in questa categoria anche le richieste che non riguardano direttamente la salute, come, ad esempio, dove dormire o dove poter seguire un corso di lingua italiana.

*"Residenza"***.** Come si è visto nel secondo capitolo, la residenza può rappresentare un ostacolo alla fruizione dei servizi sanitari territoriali. Molte delle persone incontrate durante le uscite avevano perso la residenza, oppure risultavano residenti in un comune diverso da Roma. Nel primo caso sono state informate sull'*iter* burocratico per richiedere l'iscrizione anagrafica a Roma o in un altro comune al centro degli interessi della persona. Nel secondo caso sono state seguite nell'*iter* burocratico per spostare la residenza a Roma o in un altro comune al centro degli interessi della persona.

*"Dentista"***.** Come si è visto nel terzo capitolo, i problemi di natura odontoiatrica sono molto diffusi tra i senza dimora a causa delle precarie condizioni igieniche in cui le persone si trovano a vivere. I costi elevati necessari per sostenere gran parte degli interventi odontoiatrici, inoltre, impediscono alle persone senza dimora di accedere ai servizi sanitari. Molte delle cure odontoiatriche non urgenti non rientrano, infine, tra le prestazioni garantite, attraverso i codici STP/ENI, ai cittadini stranieri e comunitari presenti sul territorio nazionale in condizione di irregolarità. A seconda dell'urgenza, si suggeriva alle persone di rivolgersi ad un pronto soccorso odontoiatrico, oppure ai servizi odontoiatrici del privato sociale presenti a Roma.

*"Inviato al Poliambulatorio"***.** Per quelle situazioni più o meno complesse in cui si è ritenuta necessaria una presa in carico diretta (compresi motivi linguistico-relazionali) i cittadini stranieri e comunitari presenti sul territorio in condizione di irregolarità venivano inviati al Poliambulatorio Caritas.

Tabella 8: Dati relativi alla nazionalità

Paese di provenienza	Unità	%
Italia	72	35,5
Romania	21	10,3
Somalia	13	6,4
Eritrea	10	4,9
Perù	9	4,4
Turchia	8	3,9
Afghanistan	7	3,4
Iraq	6	3
Albania	4	2
Egitto	4	2
Polonia	4	2
Etiopia	3	1,5
Ghana	3	1,5
Pakistan	3	1,5
Sierra Leone	3	1,5
USA	3	1,5
Argentina	2	1
Bangladesh	2	1
Cameroun	2	1
Algeria	1	0,5
Bolivia	1	0,5
Bulgaria	1	0,5
Burkina Faso	1	0,5
Colombia	1	0,5
Costa D'Avorio	1	0,5
Equador	1	0,5
Gambia	1	0,5
Guinea	1	0,5
Filippine	1	0,5
Marocco	1	0,5
Nigeria	1	0,5
Sudan	1	0,5
Ucraina	1	0,5
N.D.	10	4,9

ask it out loud

"Info farmaci". Il costo dei farmaci rientra tra le problematiche maggiormente riscontrate nel corso delle uscite. Persone con questo tipo di problema venivano inviate al servizio farmaceutico del Poliambulatorio Caritas.

"Cambio medico". Molti cittadini stranieri e comunitari hanno detto di non trovarsi bene con il proprio medico di base. I motivi erano sia di tipo linguistico, sia dovuti al diverso modo di intendere la salute e la malattia e alle diverse aspettative terapeutiche. Spesso, inoltre, le persone hanno detto di preferire un medico del proprio sesso. A queste persone è stato spiegato l'*iter* burocratico per cambiare medico di base. Per gli italiani la voce "cambio medico" si riferisce prevalentemente al cambio del medico di base vincolato al cambio di residenza.

"Indirizzato al SaMiFo[8]". Molti rifugiati e richiedenti asilo incontrati, pur essendo iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e avendo il medico di base, di fatto non riescono ad orientarsi all'interno dei servizi sanitari territoriali. Altri, seppure in numero inferiore, non risultano iscritti. In entrambi i casi, le persone venivano inviate al SaMiFo.

"Orientamento ENI/STP". I cittadini stranieri e comunitari che necessitavano di cure urgenti ed essenziali venivano indirizzati ad uno degli uffici per stranieri in cui vengono rilasciati i codici STP/ENI a Roma. Per l'orientamento si è utilizzato un pieghevole ("mappa di fruibilità") in cui sono indicate le ASL e gli ospedali di Roma presso cui è aperto un ufficio stranieri che rilascia i codici STP/ENI, con relativo indirizzo, numero di telefono e orari di apertura.

"Inviato medicheria". Alcune delle persone incontrate avevano bisogno di medicazioni, oppure di un posto in cui fare iniezioni, misurare la pressione e la glicemia. Queste persone sono state inviate alla medicheria del Poliambulatorio Caritas.

"Non sa di avere medico di base". Molti, soprattutto stranieri, pur essendo iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e alla lista degli assititi di un medico di base a Roma, di fatto ignoravano le modalità di funzionamento del servizio sanitario. Questo è dovuto a problemi linguistici, alle differenze esistenti tra l'Italia e i paesi di emigrazione, nei quali, nella maggior parte dei casi, non esiste un sistema sanitario pubblico, ma anche al fatto che spesso le procedure di iscrizione vengono svolte in automatico dagli operatori, senza spiegare ai pazienti come usufruire dei servizi. In questo caso si è cercato di spiegare il funzionamento del sistema sanitario in Italia. Inoltre, servendosi di un fac-simile del libretto sanitario e di una mappa di Roma, si è mostrato alle persone il nome e l'indirizzo del medico di base e come raggiungerlo.

"Oculista". Oltre alle richieste di cure odontoiatriche, si sono rilevate anche alcune richieste di cura di natura oftalmologica. In alcuni casi la richiesta era legata alla fornitura di occhiali da vista, in altri dipendeva dal fatto che questo tipo di prestazioni hannotempi di attesa particolarmente lunghi o percorsi complicati. Nella maggior parte dei casi le persone sono state inviate al Poliambulatorio Caritas.

"Altro". In moltissimi casi la salute è stato solo un espediente per veicolare altri tipi di bisogni, spesso anche "solo" un bisogno di tipo relazionale. È capitato spesso, infatti, che le persone si fermassero a parlare del più e del meno o a raccontare parte della propria vita. Altre volte accadeva, invece, che trasformassero l'incontro in un'occasione per sfogarsi su qualsiasi tipo di problematica sociale.

---

1 Rispetto alla condizione abitativa, sono contemplate nove voci: "centro accoglienza", "luogo di lavoro", "casa del datore di lavoro", "appartamento in affitto", "appartamento di proprietà", "edificio occupato", "baracca/roulotte/tenda", "senza fissa dimora" e "altro".

2 International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification

3 La scelta del termine "in cerca di dimora" al posto di "senza dimora", che pure continueremo ad usare per semplicità, vuole sottolineare che questa condizione non è necessariamente ineluttabile e statica.

4 L'Help Center è uno sportello di orientamento ed assistenza sociale, che intercetta e indirizza le persone in stato di marginalità presenti alla Stazione di Roma Termini: persone senza dimora, uomini e donne italiani e stranieri, rifugiati o richiedenti asilo, con problematiche di tossicodipendenza, sofferenza psichica, nuclei familiari in difficoltà e, più in generale, soggetti con particolari difficoltà o fragilità personali, relazionali o sociali. È uno sportello a bassa soglia: per accedere ai servizi basta presentarsi ed effettuare un colloquio di conoscenza. Il centro opera in stretta sinergia con la Sala Operativa Sociale del Dipartimento Promozione dei servizi sociali e della salute Roma Capitale. L'Help Center è anche la sede nazionale dell'ONDS - Osservatorio Nazionale sul Disagio e la Solidarietà nelle Stazioni Italiane, una rete di centri di aiuto presenti in più di dieci scali ferroviari.

5 Medici per i Diritti Umani è un'associazione di solidarietà internazionale con sede a Roma e a Firenze che ha la finalità di portare assistenza sanitaria alle popolazioni più vulnerabili in Italia e nel mondo e di denunciare le violazioni dei diritti umani, in particolare l'esclusione dal diritto alla salute.

6 La mappa di fruibilità è stata realizzata dai giovani in servizio civile presso l'area sanitaria della Caritas di Roma nel 2008-2009.

7 Si è deciso di separare i contatti tra quelli avuti con italiani, comunitari e stranieri perché per ognuna di queste tre categorie ci sono percorsi diversi da seguire nell'orientamento ai servizi.

8 Salute per Migranti Forzati. È un servizio offerto dall'Associazione Centro Astalli alle persone richiedenti asilo o rifugiati, in collaborazione con la Asl Roma A. Il servizio accompagna gli utenti nello svolgimento delle mansioni burocratiche, come l'iscrizione al Serivizio Sanitario Nazionale, e offre assistenza medica presso il Poliambulatorio della Asl di Via Luzzatti 8.

ask it out loud

5. Storie di vita e percorsi di salute su strada

Presentiamo, infine, le storie di Ana e Pawel (i nomi sono di fantasia), due pazienti senza dimora che stiamo seguendo nell'ambito del progetto *La cura del corpo ferito: incontro con "persone in cerca di dimora" a Roma*. Queste storie sono emblematiche, in quanto presentano molti degli elementi di cui si è discusso in questo rapporto.

Ana

Ana è una donna di sessant'anni, proveniente da uno dei paesi dell'ex Unione Sovietica e arrivata in Italia circa dieci anni fa, ottenendo dal nostro paese lo status di rifugiata. Ana vive insieme al figlio in una baracca di lamiera in uno dei tanti insediamenti spontanei che sorgono nell'estrema periferia di Roma. In questo insediamento vivono più di cento persone di diverse nazionalità, in condizioni igienico-sanitarie precarie. Tra queste, un gran numero di ragazzi eritrei, anch'essi, come Ana, con lo status di rifugiati. Il figlio della donna è perennemente alla ricerca di lavoro. Di fatto ha, però, seri problemi di dipendenza dall'alcol che sfociano sovente in violenze verso la madre. La situazione di Ana è stata segnalata al Poliambulatorio Caritas da un amico della donna che ha preso a cuore la sua situazione e cerca di aiutarla nella gestione della salute e delle pratiche burocratiche relative al rinnovo del permesso di soggiorno. È questo suo amico a sollecitare più volte l'intervento del Poliambulatorio, in maniera particolare nel mese di luglio 2011 poichè Ana si è procurata una frattura in seguito ad una caduta e ha difficoltà a raggiungere l'ospedale per i controlli necessari. Quando ci viene sottoposto il caso, grazie all'amico di Ana che ci ha portato tutti i referti degli ospedali, sappiamo diverse cose relative alla salute della donna. La frattura è, purtroppo, solo l'ultimo tassello di un quadro clinico già piuttosto compromesso. Ana ha, infatti, contratto da tempo l'epatite C, che ha dato luogo ad un epatocarcinoma, è diabetica e soffre di ipertensione arteriosa. Sappiamo, inoltre, che un'avvocatessa di uno studio legale sta seguendo la sua situazione per quanto riguarda il rinnovo del permesso di soggiorno e che il suo caso è stato segnalato anche alle assistenti sociali del centro d'ascolto Caritas di Via delle Zoccolette. Quando la direzione sanitaria del Poliambulatorio ci chiede di prenderci carico di questa donna valutiamo che ci sono tutti i presupposti, in linea teorica, per tentare di costruire un intervento. Sebbene la condizione clinica di Ana sia piuttosto preoccupante, infatti, c'è da registrare che è presente una rete di persone che sono coinvolte e che, sebbene in maniera diversa, costituiscono delle importanti risorse sulle quali poter fare affidamento nella presa in carico della donna. Nonostante questo andiamo incontro a diversi scacchi. Da quello che ci viene riferito, Ana ha una gamba ingessata da circa due mesi perché non ha nessuno che possa accompagnarla all'ospedale a rimuovere il gesso. La contattiamo telefonicamente – la donna per fortuna ha un cellulare – ma, a causa delle sue difficoltà con l'italiano, non siamo in grado di fare molto altro oltre a prendere un appuntamento con lei per portarla all'ospedale più vicino. Il giorno dell'accompagnamento ci rendiamo conto che Ana il gesso non lo porta già più. La sua gamba è visibilmente in cattive condizioni: ci sono delle ferite infette ai lati della caviglia e il piede è molto gonfio. Ha con sè dei documenti: sono ulteriori referti dell'ospedale. Finalmente siamo in grado di ricostruire la storia del suo infortunio, che riportiamo qui brevemente perché emblematica dei corto circuiti che si creano tra i servizi sanitari territoriali e questo particolare tipo di utenza. In seguito ad una caduta, avvenuta il 24 aprile 2011, Ana viene condotta in ambulanza al pronto soccorso, dove le viene riscontrata una frattura scomposta bimalleolare. Ana rifiuta il ricovero e l'operazione chirurgica alla quale dovrebbe sottoporsi. Le viene confezionata una doccia gessata,

ask it out loud

prescritta una terapia e fatto divieto di carico sulla gamba destra. Passano circa trenta giorni e Ana accede nuovamente al pronto soccorso dello stesso ospedale. Questa volta, evidentemente, all'ospedale sono più convincenti perchè Ana decide di sottoporsi all'intervento chirurgico e dopo venti giorni viene dimessa. Sulla scheda di dimissione ci sono delle indicazioni precise. La paziente dovrà tornare in reparto per la visita di controllo il 22 giugno 2011, recando con sè l'impegnativa del proprio medico di base. Il 22 giugno Ana salta la visita. Il giorno successivo fa, invece, un nuovo accesso al pronto soccorso, dove le viene confermata la terapia e tolto il gesso. Uno dei problemi, come si evince dai referti, è che Ana continua a sforzare l'arto interessato, nonostante l'assoluto divieto di carico e l'indicazione di usare delle stampelle. Le viene detto di presentarsi per un controllo il 28 giugno seguente, controllo al quale Ana non si presenterà.

Diversi elementi sono interessanti nel caso di Ana. Innanzitutto è da registrare l'assoluta distanza tra la realtà quotidiana della donna e quella dei referti medici che le sono stati rilasciati ad ogni accesso all'ospedale. Buona parte di questa distanza è attribuibile al fatto che i referti di dimissione ospedalieri sono generalmente concepiti più per essere visionati da altri medici che per rappresentare un'informativa realmente fruibile da parte del paziente. Ne è prova il linguaggio utilizzato nei referti, tecnicistico e di difficile decodificazione per le persone comuni, ma anche la strutturazione stessa della documentazione, che riporta le varie fasi della visita medica, dall'anamnesi clinica fino alle prescrizioni terapeutiche. Sono documentazioni altamente standardizzate, nelle quali il paziente non esiste se non come entità oggettivata e spersonalizzata alla quale viene concesso solo lo spazio dove apporre la propria firma, documentazioni centrate sulla patologia, sui suoi effetti visibili e sulle azioni necessarie per porvi rimedio. Il contesto umano e sociale all'interno del quale si inscrive la patologia non viene preso in considerazione. Nel caso di Ana, la raccomandazione a rispettare precisi principi igienico-sanitari riportata sulla cartella appare quasi una gratuita crudeltà, per non parlare del fatto che la donna non può permettersi di stare a riposo dal momento che, considerando la situazione del figlio, non ha una rete valida di supporto sulla quale poter contare per superare il periodo di infermità. Un ulteriore ostacolo è rappresentato dalle difficoltà linguistiche. È, infatti, con estremo sforzo che la donna domina l'italiano parlato. La comprensione dei referti, scritti e per giunta in un linguaggio strettamente settoriale, le è preclusa. Vi sono poi problematiche di altro tipo, come, ad esempio, il fatto che Ana non aveva minimamente contezza del fatto che avrebbe dovuto tornare presso il reparto di ortopedia per il controllo e non al pronto soccorso. Anche in questo caso buona parte del corto circuito è imputabile al problema della lingua, alla sottovalutazione da parte del personale sanitario delle difficoltà di Ana a comprendere le indicazioni che le erano state fornite. Ma vi è anche dell'altro, come ad esempio la questione dell'utilizzo dei servizi sanitari, un tema che riguarda, in realtà, tutta la popolazione dal momento che politiche vere e proprie di educazione all'utilizzo corretto dei servizi, quando presenti, poco o nulla sembrano incidere sui comportamenti dei pazienti. Nel caso di Ana, che per sua negligenza ha dei problemi col rinnovo del permesso di soggiorno e non risulta iscritta al Servizio Sanitario, accedere al pronto soccorso risulta essere l'unico modo per prendersi cura della propria salute, mentre il pronto soccorso dovrebbe rappresentare un servizio di cui usufruire solo nei casi di estrema acuzie ed emergenza. Senza contare che, proprio perchè non iscritta al Servizio Sanitario, Ana non ha un medico di base. Anche se si fosse presentata alla visita di controllo, quindi, non avrebbe potuto fornire l'impegnativa che le era stata richiesta. Accompagnare Ana al pronto soccorso ha assunto da subito un significato particolare. Non si trattava semplicemente di aiutarla negli spostamenti in città, quanto, soprattutto, di mediare tra lei e i servizi sanitari. Da una parte, dunque, motivare la donna a prendersi cura con continuità della propria salute e farlo secondo le procedure standard, dall'altra colmare i tanti deficit della presa in carico ospedaliera, del tutto inadeguata nei casi di pazienti stranieri e che, inoltre, si trovano in condizioni di marginalità.

Dopo una notte e un giorno in pronto soccorso, Ana viene ricoverata per via dell'infezione al piede in una struttura convenzionata, una piccola casa di cura sulla Nomentana. Investiamo molto sulla componente relazionale. Le facciamo visita, la supportiamo e in poco tempo diventiamo per lei delle figure su cui fare affidamento. Allo stesso tempo cerchiamo la collaborazione del personale sanitario della clinica, cerchiamo di rendere medici e infermieri partecipi della situazione della donna e del tipo di intervento che stiamo mettendo in atto con lei. Quando la paziente viene dimessa è con nostro grande stupore che accetta la proposta di essere accolta presso l'ostello Caritas di Via Marsala, nel quale resterà per circa tre settimane, durante le quali frequenterà l'ambulatorio tre volte alla settimana per effettuare le medicazioni. Il

ask it out loud

vicino centro diurno per persone senza dimora "Binario 95" acconsentirà ad accoglierla e a fornirle un ambiente protetto e sereno nel quale trascorrere le giornate. La ferita migliora progressivamente e Ana manifesta la volontà di tornare a casa e di iniziare a lavorare. La convinciamo a restare ancora qualche giorno in ostello, temendo che, una volta tornata alla baracca, Ana ricominci a trascurare la sua caviglia. Una volta tornata alla baracca, però, Ana ci stupisce nuovamente. Nonostante alcune difficoltà la donna continua, infatti, a recarsi al Poliambulatorio per effettuare le medicazioni. Inizia a fidarsi anche delle altre persone che operano nella struttura. Ancora due settimane e la caviglia guarisce completamente. Restano, invece, le altre problematiche di salute, oltre al fatto che la donna è tornata a vivere nella baracca, una soluzione che avremmo voluto scongiurare. Considerando il difficile quadro clinico di Ana, infatti, speravamo di poterla far accogliere in una casa famiglia o in una qualsiasi struttura all'interno della quale potessero seguirla dal punto di vista clinico. Questa soluzione non sembrava, però, essere gradita alla donna. Se Ana è stata sempre molto ricettiva e collaborativa finché si è trattato di curare la caviglia, infatti, tutti gli altri problemi sembrano interessarle meno. Quello che più le premeva era tornare a camminare per poter essere autosufficiente e lavorare. In tutta onestà non siamo ancora in grado di sostenere se Ana abbia davvero compreso la gravità della sua situazione clinica. Ci viene da pensare che semplicemente voglia far finta di niente e andare avanti finchè può. Forse occorreranno dei sintomi precisi perchè si renda conto della situazione, forse semplicemente del tempo. Non dobbiamo sottovalutare, però, i problemi di comprensione, linguistica prima di tutto, che potrebbero aver ostacolato e ostacolare la piena presa di coscienza da parte di Ana del proprio stato di salute. Nel frattempo, la donna ha ripreso in mano la questione del permesso di soggiorno insieme all'avvocatessa che ne sta seguendo il caso. Noi ci occuperemo di recuperare i risultati degli esami che le sono stati fatti in ospedale, specialmente la tac total-body fatta su nostra pressione, curare l'iscrizione al Servizio Sanitario e accompagnarla nella scelta di un medico di base che possa seguirla con costanza e indirizzarla nel percorso di cure specialistiche di cui ha bisogno. Soprattuto, però, dovremo fare in modo che non si perda il legame umano creatosi con Ana, continuare a lavorare affinché la donna prenda coscienza del proprio stato di salute e aspettare che sia proprio lei a mostrarci come vuole essere aiutata.

Pawel

Si è parlato, all'interno di questo lavoro, dell'importanza che fattori o eventi traumatici hanno nel determinare la parabola discendente che porta le persone a finire sulla strada. Occorre sempre tenere presente che le persone senza dimora, per quanto grave sia la condizione di esclusione nella quale si trovano, hanno alle spalle un passato di "normalità", ovvero un passato di inclusione sociale, di affetti regolari, di lavoro, di progettualità di vita. Abbiamo scelto la storia di Pawel, cittadino polacco di sessantuno anni, per illustrare meglio il percorso di impoverimento, convinti del fatto che le storie delle persone possano non solo chiarire ma anche aggiungere qualcosa alle teorie scientifiche. Il caso di Pawel è di particolare interesse per la lucidità con la quale l'uomo stesso riflette sulla propria condizione. Dove possibile abbiamo, per questo motivo, preferito riportare le sue stesse affermazioni.

Pawel ci viene segnalato da un gruppo di Sinti che vivono in un insediamento nell'estrema periferia di Roma. Ci viene descritto come una persona in fin di vita che vive in una roulotte nei pressi dell'insediamento. Contattiamo i servizi sociali e la parrocchia vicina, nella speranza che qualcuno conosca già la sua condizione, ma nessuno sembra sapere chi sia. Decidiamo, quindi, di andare a vedere di persona in che situazione si trova. La sua roulotte è posteggiata appena fuori il perimetro che delimita l'area nella quale vivono i Sinti, davanti a un cancello attraverso il quale si accede a una vastissima area di appezzamenti agricoli. Le condizioni igienico-sanitarie in cui troviamo l'uomo difficilmente potrebbero essere peggiori. Pawel cammina con difficoltà, ha delle ustioni sulle braccia e per giunta è quasi cieco. La roulotte è un cumulo di rifiuti, mosche, topi, escrementi e cartoni di vino. In contrasto a questo quadro notiamo subito che, per quanto debilitato ed alcolista, Pawel è una persona simpatica, serena per certi versi, con dei valori ferrei, a tratti piuttosto brillante e dotato di una certa autoironia. Passiamo qualche ora con lui, lo accompagniamo nella piazza vicina a comprare sigarette e vino. Torniamo alla roulotte, ci congediamo. Iniziamo ad andare a trovarlo con una certa regolarità, gli doniamo un bastone da passeggio. Anche in questo caso, come in quello di Ana, ci rendiamo conto che la necessità di cure mediche può trasformarsi in un'occasione per instaurare una relazione utile a raggiungere anche altri obiettivi, oltre al recupero e alla cura della salute. In realtà, quello che facilmente capiamo passando del tempo con Pawel è che, per quanto urgenti ed essenziali, le cure mediche

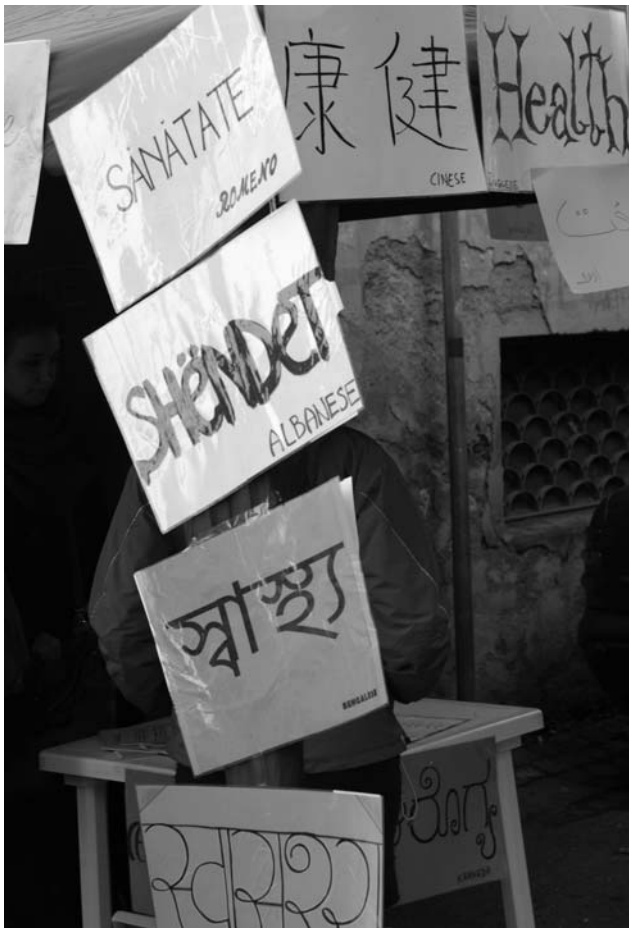
ask it out loud

non sono il problema principale dell'uomo. Una sua affermazione, in particolare, ci aiuta a riconsiderare tutta la sua situazione e i racconti, piuttosto sconnessi a volte, che fa della sua vita passata in Polonia e in Italia. Un giorno, mentre chiacchieriamo del più e del meno, Pawel ci dice: "Siete le uniche persone con cui parlo così". Ci rendiamo conto del fatto che Pawel non può contare su alcuna relazione significativa. Le sue giornate passano tutte identiche, seduto sulla sedia davanti alla roulotte, aspettando che le automobili si avvicinino al cancello che porta ai campi agricoli. Pawel aiuta ad aprire e chiudere il cancello nella speranza che qualcuno, in cambio di questa operazione, gli dia qualche soldo, una sigaretta, del cibo. Con i soldi raccolti compra esclusivamente tabacco e vino. Vive in un eterno presente, senza alcun tipo di progettualità o attività che non sia finalizzata al reperimento di beni materiali, in condizioni igieniche personali piuttosto gravi. Eppure, parlando con Pawel, a poco a poco escono fuori altre storie. Pawel è nato a Lublino nel 1951, ha un'istruzione superiore e ha interrotto gli studi a pochi esami dalla laurea in ingegneria meccanica. Ha fatto l'operaio per molti anni, poi il poliziotto e, infine, la guardia giurata. Ad un certo punto il matrimonio con la moglie si rompe a causa, a quanto sostiene lui, del tradimento di lei. Pawel si occupa dei figli per alcuni anni, poi anche i figli, uno dopo l'altro, raggiungono la madre e il nuovo compagno, lasciando Pawel solo. Sono gli anni novanta, la Polonia si sta affrancando dal regime comunista e molti Polacchi cercano fortuna nei paesi europei del cosiddetto blocco atlantico. Pawel racconta di come da più persone gli arrivassero incoraggiamenti a lasciare il paese e avventurarsi in Italia. Si lascia convincere. Prende un autobus e arriva a Roma. Raggiunge Ladispoli perchè sa che lì vivono diversi connazionali. Inizia a dormire dove capita e a lavorare alla giornata. Racconta che tutte le mattine capannelli di persone si facevano trovare nella piazza principale aspettando di essere caricate da camion alla ricerca di manodopera a basso costo. In questo periodo Pawel fa i lavori più disparati finchè, un giorno, viene contattato da alcuni Sinti giostrai che gli propongono un lavoro ben retribuito. Inizia a lavorare. Fa il manutentore, aiuta a montare le macchine, fa anche il fantasma nella casa degli orrori. È questa evidentemente una fase felice e serena della sua vita. Ci racconta di come i Sinti gli avessero procurato una roulotte, di come fosse ben attrezzata per cucinare, dei mille lavoretti che, grazie alla sua esperienza, riusciva a fare e di come fosse, proprio per queste sue capacità, un punto di riferimento per tutti i Sinti del campo. Poi, purtroppo, questo equilibrio si è rotto a causa di un incidente sul lavoro. Pawel evidentemente non riesce a recuperare e si lascia andare. Ma è, soprattutto, il suo risentimento verso i Sinti quello che colpisce. Pawel non si capacita del fatto che, secondo lui, lo abbiano abbandonato dopo tanti anni di lavoro. Non è, dunque, tanto l'episodio dell'incidente che ricorre nei racconti di Pawel, quanto piuttosto i piccoli episodi che hanno evidentemente minato la sua fiducia negli altri. Il furto del trapano, quello degli oggetti "da campo" che utilizzava nella roulotte per cucinare, sono questi gli episodi sui quali torna con maggiore frequenza. Piccole delusioni che, inevitabilmente, a lungo andare hanno creato un continuum nella memoria dell'uomo insieme al tradimento della moglie, all'abbandono dei figli che – sostiene – in questi anni non lo hanno mai cercato e ai tanti lavori che ha fatto e che non gli sono stati corrisposti. Non è un casuale, allora, che quando chiediamo a Pawel di raccontarci gli anni novanta in Italia lui scelga un altro piccolo episodio negativo dal quale partire, il furto del portafogli avvenuto non appena arrivato alla Stazione Termini. A distanza di vent'anni ancora si meraviglia di quanto fosse ingenuo a credere che in Italia certe cose come i furti non avvenissero. "Mi verrebbe voglia di… ma quando vedo certa gente mi cascano le braccia". È così che Pawel commenta la sua situazione, il suo accettare passivamente gli eventi senza fare nulla per porvi rimedio. Anche l'alcol viene giustificato in questo modo, come l'unico diversivo alla noia di giornate che trascorrono tutte uguali, senza nemmeno, come in passato, il piacere di poter leggere un quotidiano. Se Pawel da una parte non sembra avvertire più la precarietà delle sue condizioni abitative, dall'altra, fortunatamente, è cosciente del suo stato di salute. In particolare, sembra spaventato dall'eventualità di perdere del tutto la vista. La richiesta di cure mediche spesso facilita il compito di costruire un intervento con le persone senza dimora, benchè spesso sia necessario lavorare molto solo per far emergere una richiesta di aiuto da parte della persona che, nei casi più estremi, è, purtroppo, abituata a considerare la cura del proprio corpo e della propria persona come secondaria rispetto ad altre tipologie di bisogni. La salute rappresenta un'occasione per creare un legame con la persona, per proporre insieme ad essa dei percorsi terapeutici e abituarla a riprendere coscienza della propria corporeità, a muoversi nel territorio e a relazionarsi con altre figure, anche solo per rompere la routine che per molte delle persone senza dimora rappresenta una vera e propria condanna. Quest'ultima motivazione era effettivamente preponderante nel caso di Pawel. Dovevamo trovare il modo per cominciare a scalfire quel suo equilibrio. Lo abbiamo fatto

ask it out loud

accompagnandolo a fare delle docce. In questo caso il senso della doccia non risiedeva tanto nell'atto del lavarsi, dal momento che, una volta riportato alla roulotte, Pawel sarebbe rimasto pulito per ben poco tempo. La doccia, per giunta assistita a causa della difficoltà di Pawel a stare in piedi, aveva più che altro un valore simbolico. Abbiamo trovato solidarietà nella vicina parrocchia che ci ha messo a disposizione alcuni locali dove effettuare le docce. Ogni volta era necessario reperire abiti nuovi e buttare quelli vecchi. Dopo una doccia in parrocchia Pawel ha chiesto al parroco se vi fosse la possibilità di recarsi anche da solo a lavarsi. Ovviamente non è ancora in grado di farlo da solo, ma registriamo che il fatto di aver avanzato una richiesta del genere è senza dubbio un elemento positivo: è bastato poco per riattivare in lui il senso della cura della propria persona. Parallelamente ci siamo attivati per curare le ustioni sulle braccia, che sono guarite in poco tempo. Purtroppo, nel frattempo Pawel si è sentito male senza che noi potessimo saperne nulla, dal momento che non possiede un cellulare. I Sinti hanno chiamato l'ambulanza e Pawel ha trascorso due giorni presso un vicino ospedale, che lo ha dimesso senza praticamente aver fatto nulla e con un'anemia piuttosto preoccupante in corso. La cirrosi epatica di Pawel ci porta a sospettare dei sanguinamenti esofagei in atto. Si è, quindi, optato per una domanda di ricovero che è stata accolta al pronto soccorso di un altro ospedale. Attualmente Pawel è ricoverato in una clinica. Sta bene, è stato visitato anche da un oculista ed è in lista per un'operazione chirurgica perché i problemi agli occhi sono stati valutati reversibili. Da due settimane non fa uso di alcolici, ma è certamente presto per valutare la portata della sua dipendenza dall'alcol. Pawel ci ha ripetuto più volte che non vuole tornare alla roulotte. Noi ci stiamo adoperando per trovargli una sistemazione alternativa. Stiamo anche valutando se ci siano le possibilità per un suo riavvicinamento con i familiari in Polonia, con i quali non è in contatto da almeno tre anni.

Il caso di Pawel suggerisce quanto sia stretto il legame tra la salute e la dimensione psico-sociale ed è emblematico del fatto che nessun intervento sanitario può essere davvero efficace se non è accompagnato anche da un intervento di tipo sociale. Se Pawel dovesse tornare a vivere nella roulotte, infatti, con molta probabilità ricadrebbe in poco tempo nel totale abbandono a se stesso, vanificando il percorso fatto finora. Una possibilità, questa, che possiamo solo sperare sia la più remota possibile.



ask it out loud

Bibliografia

Caritas Italiana – Fondazione Zancan, *Rapporto 2011 su povertà ed esclusione sociale*, Il Mulino, Bologna 2011

Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale social: une chronique du salariat*, Fayard, Paris 1995

Commissione di indagine sull'esclusione sociale (a cura di C. Saraceno), *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale*, Carocci, Roma 2002

Commissione di indagine sulla povertà, *Terzo rapporto sulla povertà in Italia*, Poligrafico dello Stato, Roma 1993

Comunità di Sant'Egidio, *Rapporto sulla povertà a Roma e nel Lazio 2011*, Leonardo Internationa, Roma, 2011

FEANTSA, *The right to health is a human right: ensuring access to health for people who are homeless*, Annual European Report 2006

Gnocchi R. (a cura di), *Homelessness e dialogo multidisciplinare. Analisi e confronto tra modelli diversi*, Carocci, Roma 2009b

Gnocchi R., "Persone senza dimora e diritto alla salute", *TRA*, 16:1, 2004

Gnocchi R., *Persone senza dimora. La dimensione multipla del fenomeno*, Carocci, Roma 2009a

Gui L., *L'utente che non c'è. Emarginazione grave, persone senza dimora e servizi sociali*, Franco Angeli, Roma 1995

Janzen, J., "Therapy management: Concept, reality, process", *Medical Anthropology Quarterly*, 1:1, 1987

Kleinman, A. – Eisenberg, L. – Good, B.J., "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *Annals of Internal Medicine*, 88, 1978

Kleinman, A., "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems", *Social Science & Medicine*, 12, 1978

Kleinman, A., *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley 1980

Morrone A. – Latini O., "Le persone senza dimora: salute e povertà", in: Gnocchi R., *Homelessness e dialogo interdisciplinare*, Carocci, Roma 2009b

Tosi-Cambrini S., *Gente di sentimento. Per un'antropologia delle persone che vivono in strada*, CISU, Roma 2004

Uccella I. et al., "Gli stranieri senza dimora: studio delle condizioni predisponenti ad alto rischio di marginalità", in: *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie. Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM – Palermo, 19-21 maggio 2011*, Lombar Key, Bologna 2011

Valtolina G., *Fuori dai margini. Esclusione sociale e disagio psichico*, Franco Angeli, Milano 2003

Siti utili

www.feantsa.org
www.fiopsd.org
www.caritasroma.it
www.simmweb.it
www.caritasitaliana.it

ask it out loud

Allegato 1

ETHOS - Classificazione europea sulla grave esclusione abitativa e la condizione di persona senza dimora

L'esistenza delle persone in condizione di grave esclusione abitativa e senza dimora è uno dei principali problemi sociali affrontati dalla Strategia dell'Unione Europea di Protezione e Inclusione Sociale.

La prevenzione di questa pesante forma di disagio sociale e gli interventi per ridare un alloggio alle persone senza dimora richiedono una conoscenza chiara dei percorsi e dei processi che conducono a questa condizione di vita; inoltre, è necessario possedere una prospettiva allargata per comprendere i tanti significati insiti nell'essere in condizione di grave esclusione abitativa o addirittura senza dimora.

FEANTSA (Federazione Europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora) ha sviluppato una classificazione sulle persone senza dimora, attraverso una griglia di indicatori che fanno riferimento alla grave esclusione abitativa; il nome di questa classificazione è ETHOS.

ETHOS parte dalla comprensione di alcuni concetti: esistono tre aree che vanno a costituire l'abitare, in assenza delle quali è possibile identificare un problema abitativo importante fino ad arrivare alla esclusione abitativa totale vissuta dalle persone senza dimora. Quindi per definire una condizione di piena abitabilità è necessario che siano soddisfatte alcune caratteristiche: avere uno spazio abitativo (o appartamento) adeguato sul quale una persona e la sua famiglia possano esercitare un diritto di esclusività *(area fisica)*; avere la possibilità di mantenere in quello spazio relazioni soddisfacenti e riservate *(area sociale)*; avere un titolo legale riconosciuto che ne permetta il pieno godimento *(area giuridica)*.

L'assenza di queste condizioni permette di individuare quattro categorie di grave esclusione abitativa:

- persone senza tetto
- persone prive di una casa
- persone che vivono in condizioni di insicurezza abitativa
- persone che vivono in condizioni abitative inadeguate.

Tutte le quattro categorie stanno comunque ad indicare *l'assenza di una (vera) abitazione*.

ETHOS perciò classifica le persone senza dimora e in grave marginalità in riferimento alla loro condizione abitativa. Queste categorie concettuali sono divise in 13 categorie operative utili per diverse prospettive politiche: dal creare una mappa del fenomeno delle persone senza dimora a sviluppare, monitorare e verificare politiche adeguate alla soluzione del problema.

		Categorie operative		Situazione abitativa		Definizione Generica
Categorie concettuali	SENZA TETTO	1	Persone che vivono in strada o in sistemazioni di fortuna	1.1	Strada o sistemazioni di fortuna	Vivere per strada o in sistemazioni di fortuna senza un riparo che possa essere definito come una soluzione abitativa
		2	Persone che ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna	2.1	Dormitori o strutture di accoglienza notturna	Persone senza abitazione fissa che si spostano frequentemente tra vari tipi di dormitori o strutture di accoglienza
	SENZA CASA	3	Ospiti in strutture per persone senza dimora	3.1	Centri di accoglienza per persone senza dimora	In cui il periodo di soggiorno è di breve durata
				3.2	Alloggi temporanei	
				3.3	Alloggi temporanei con un servizio di assistenza	
		4	Ospiti in dormitori e centri di accoglienza per donne	4.1	Dormitori o centri di accoglienza per donne	Donne ospitate a causa di esperienze di violenza domestica, in cui il periodo di soggiorno è di breve durata
		5	Ospiti in strutture per immigrati, richiedenti asilo, rifugiati	5.1	Alloggi temporanei/centri di accoglienza	Immigrati in centri di accoglienza ospiti per un breve periodo a causa della loro condizione di immigrati
				5.2	Alloggi per lavoratori immigrati	
		6	Persone in attesa di essere dimesse da istituzioni	6.1	Istituzioni penali (carceri)	Non sono disponibili soluzioni abitative prima del rilascio
				6.2	Comunità terapeutiche, ospedali e istituti di cura	Soggiorno che diviene più lungo del necessario a causa della mancanza di soluzioni abitative al termine del percorso terapeutico
				6.3	Istituti, case famiglia e comunità per minori	Mancanza di una soluzione abitativa autonoma (ad esempio al compimento del 18° anno di età)
		7	Persone che ricevono interventi di sostegno di lunga durata in quanto senza dimora	7.1	Strutture residenziali assistite per persone senza dimora anziane	Sistemazioni di lunga durata con cure per persone precedentemente senza dimora (normalmente più di un anno) anche per mancanza di sbocchi abitativi più adeguati
				7.2	Alloggi o sistemazioni transitorie con accompagnamento sociale (per persone precedentemente senza dimora)	
	SISTEMAZIONI INSICURE	8	Persone che vivono in sistemazioni non garantite	8.1	Coabitazione temporanea con famiglia o amici	La persona utilizza un alloggio diverso per indisponibilità del proprio alloggio abituale o di altre soluzioni abitative adeguate nel Comune di residenza
				8.2	Mancanza di un contratto d'affitto	Nessun (sub)affitto legale, Occupazione abusiva/illegale
				8.3	Occupazione illegale di alloggio o edificio o terreno	Occupazione abusiva di suolo/terreno
		9	Persone che vivono a rischio di perdita dell'alloggio	9.1	Sotto sfratto esecutivo	Dove gli ordini di sfratto sono operativi
				9.2	Sotto ingiunzione di ripresa di possesso da parte della società di credito	Dove il creditore ha titolo legale per riprendere possesso dell'alloggio
		10	Persone che vivono a rischio di violenza domestica	10.1	Esistenza di rapporti di polizia relativi a fatti violenti	Dove l'azione della polizia è atta ad assicurare luoghi di sicurezza per le vittime di violenza domestica
	SISTEMAZIONI INADEGUATE	11	Persone che vivono in strutture temporanee/non rispondenti agli standard abitativi comuni	11.1	Roulotte	Nel caso non sia l'abituale luogo di residenza per una persona
				11.2	Edifici non corrispondenti alle norme edilizie	Ricovero di ripiego, capanna o baracca
				11.3	Strutture temporanee	Capanna con struttura semi-permanente o cabina (ad es. marina)
		12	Persone che vivono in alloggi impropri	12.1	Occupazione di un luogo dichiarato inadatto per uso abitativo	Definito come inadatto per uso abitativo dalla legislazione nazionale o dalle regolamentazioni sull'edilizia
		13	Persone che vivono in situazioni di estremo affollamento	13.1	Più alto del tasso nazionale di sovraffollamento	Definito come più alto del tasso nazionale di sovraffollamento

Allegato 2

Fac-simile cartella clinica

Codice STP/ENI _____ Numero identificativo della scheda_____

Cognome_____ **Nome**_____

N° Carta Caritas_____ **Recapito Telefonico** (facoltativo)_____

Data di nascita ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (gg mm aa) **Sesso** ☐ **M** ☐ **F** **Nazione di nascita** _____

Cittadinanza _____ **Livello di istruzione** (in anni di scolarità) ☐☐ **Data del primo arrivo in Italia** ☐☐ (mm) ☐☐☐☐ (aa)

Permesso di soggiorno (riportare la motivazione del permesso attuale)

- ☐ mai avuto
- ☐ scaduto e non rinnovato
- ☐ in attesa di rinnovo
- ☐ lavoro
- ☐ motivi familiari
- ☐ richiedente protezione internazionale
- ☐ motivi umanitari e protezione sussidiaria
- ☐ rifugiato
- ☐ motivi religiosi
- ☐ studio
- ☐ cure mediche
- ☐ cittadino UE
- ☐ cittadino italiano
- ☐ altro

Principale occupazione attuale (non applicabile ai minori 15 anni)

- ☐ nessuna occupazione
- ☐ badante/baby-sitter
- ☐ colf
- ☐ addetto alla ristorazione
- ☐ lavoratore autonomo (commerciante, artigiano, ecc.)
- ☐ operaio edile
- ☐ operaio industria
- ☐ impiegato(ruolo esecutivo)
- ☐ operatore sanitario
- ☐ agricoltore
- ☐ ambulante
- ☐ studente
- ☐ casalinga
- ☐ altro

Attualmente vive

- ☐ centro accoglienza
- ☐ luogo di lavoro
- ☐ casa del datore di lavoro
- ☐ appartamento in affitto
- ☐ appartamento di proprietà
- ☐ edificio occupato
- ☐ baracca/roulotte/tenda
- ☐ senza fissa dimora
- ☐ altro

Con chi vive

- ☐ da solo
- ☐ con la propria famiglia
- ☐ con altri connazionali
- ☐ altro

Stato Civile

- ☐ coniugato/a
- ☐ celibe/nubile
- ☐ vedovo/a
- ☐ separato/a-divorziato/a

Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ☐ SI ☐ NO

se NO, perché :

- ☐ non avente diritto
- ☐ in corso d'iscrizione
- ☐ difficoltà amministrativo-burocratiche
- ☐ difficoltà linguistico-culturali
- ☐ mancanza informazioni
- ☐ altro

Conoscenza della lingua italiana

- ☐ nessuna
- ☐ scarsa
- ☐ buona
- ☐ lingua madre (italiano)

Ha avuto precedenti contatti per motivi di salute dopo l'arrivo in Italia? ☐ **SI** ☐ **NO** **Se SI, quando?** ☐☐ (mm) ☐☐☐☐ (aa)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto: _____ rilascio con la firma della presente cartella il consenso per il trattamento dei miei dati personali per i fini di diagnosi, terapia, e per eventuali finalità scientifiche (in questo caso il dato sarà aggregato e comunque trasmesso in forma anonima).
Sono consapevole dei diritti di cui al DIgs. 196/2003 e successive modificazioni dei quali sono stato informato dagli operatori/volontari dell'Area Sanitaria Caritas Roma.
Titolare del trattamento dei dati è la Cooperativa Roma Solidarietà (CRS).

Data_____ Firma_____

Numero identificativo della scheda_____

DATI SANITARI:

(Alla 1° visita, prima dell'esame medico, scrivere la data e poi fare una breve anamnesi del paziente; successivamente indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico; indicare eventuali accertamenti e la terapia. Quindi firmare in modo leggibile.)

Report a cura dell'Area sanitaria Caritas di Roma
nell'ambito del progetto *La cura del corpo ferito: incontro con "persone in cerca di dimora" a Roma*
finanziato dal Fondo CEI Otto per mille – Caritas italiana – anno 2009

Grafica, impaginazione e stampa: Inprinting srl - Roma - Stampato nel novembre 2011