



LA DOMANDA DI SALUTE DELLE PERSONE VULNERABILI

Gaia Jacchetti e Marzia Ravazzini
Fondazione Casa della carità

XIV Congresso Nazionale SIMM
Torino, 11-14 maggio 2016



Fondazione
CASA
della
CARITÀ
Angelo Abriani

LO STUDIO

OBIETTIVO

descrivere accesso ai servizi sanitari
della popolazione vulnerabile
che abita la città di Milano (modalità e motivazioni)

“la visuale del paziente”



VULNERABILITA'

Indice di povertà multidimensionale (MPI) sviluppato nel 2010 dall'Oxford Poverty and Poverty and Human Development Initiative

for the 20th Anniversary edition of the United Nations Development Programme's flagship Human Development Report
Multidimensional Poverty Index , Sabina Alkire and Maria Emma Santos, July 2010

Indicatori di Laeken: nel dicembre del 2001, il Comitato per la Protezione Sociale (CPS) della Commissione Europea, in accordo con gli Stati membri, ha proposto al Consiglio di Leaken 18 indicatori

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee, "Parere del Comitato economico e sociale sul tema Gli indicatori sociali", C 221/54 del 17.9.2002

Indice di risorse-disagio: l'Osservatorio sulla povertà urbana di Milano (2003, 2005)

F.Zajczyk (a cura di), *La povertà a Milano. Distribuzione territoriale, servizi sociali e problema abitativo*, FrancoAngeli, Milano, 2003, pp.19-52

Povertà di funzionamenti : gruppo CAPP di Modena

M.Baldini-P.Silvestri, *La povertà e le sue dimensioni*, in M.Baldini, P.Bosi, P.Silvestri (a cura di), *La ricchezza dell'equità. Distribuzione del reddito e condizioni di vita in un'area ad elevato benessere*, Il Mulino, Bologna, 2004, pp.207-236

Misura del benessere basata sui funzionamenti

A.Balestrino-N.Sciclone, *Should We Use Functionings instead of Income to Measure Well-being? Theory and Some Evidence from Italy*, *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 2000

Povertà come mancanza di capitale sociale proposta dalla World Bank

VULNERABILITA'

1. **Istruzione:** essere analfabeti
2. **Casa:** essere senza casa propria o in affitto
3. **Lavoro:** essere senza lavoro/income
4. **Paese d'origine:** stranieri provenienti da Pfp

POPOLAZIONE IN STUDIO

- × persone di età ≥ 18 anni
- × persone consecutive che accedono al servizio nei giorni di apertura
- × pazienti che presentano almeno due indicatori di vulnerabilità su quattro (senza casa, senza lavoro, analfabeti, stranieri provenienti da pfp)

Pronto soccorso

- × pazienti che si autopresentano
- × pazienti con problemi di tipo medico o chirurgico non traumatico
- × pazienti ai quali viene assegnato un codice bianco o verde (accessi a bassa priorità)

METODO

» metodo misto quanti e qualitativo

» strumenti:

- > questionario (intervista diretta)
- > trascrizione etnografica di narrative attraverso il metodo dell'osservazione partecipante – interattiva e negoziata

articolato in cinque sezioni:

1.dati socio-demografici

2.conoscenze, capacità e comportamenti:

3.visita e dimensione di cura

4.accesso alla cura:

modalità e nodi incontrati dall'utente nell'accedere ai servizi sanitari (dimensione temporale passata e futura: uso dei servizi nell'ultimo aa e intenzioni future espresse dal pz)

+ *healthability*



HEALTHABILITY

1. Quanto ritieni importante la salute per stare bene? dai un voto da 1 a 5, dove 1 è per niente importante e 5 molto importante
2. Se consideriamo la salute un concetto ampio dello stare bene, quindi non solo come sta il tuo corpo, ma proprio tu con i tuoi pensieri, la tua vita... ci sono ostacoli al tuo stare bene in questo momento?
3. Se ne avessi la possibilità, che cosa cambieresti per migliorare la tua salute?...hai dei sogni, desideri che vorresti realizzare? (rinforzo utilizzato: se avessi per es. la “bacchetta magica”?)

«... capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive cui la vita inevitabilmente espone»

Unità Operativa (U.O.) di
Medicina e Chirurgia
d'Accettazione e d'Urgenza
dell'A.O. L Sacco

SETTING

dalla periferia al centro,
attraverso
il pubblico e il privato sociale

Fondazione Casa della
carità – A.Abriani

Assistenza Sanitaria
San Fedele

contesto urbano:
volutamente scelto in
un' accezione sistemica di
città



RISULTATI

× Persone incluse: N 387 (M 55%)

febbraio- marzo 2013

Casa della carità (Cdc): N 105

febbraio – aprile 2014

Pronto soccorso (PS): N 49

maggio – giugno 2014

San Fedele (SF): N 233

14% delle persone incluse (344):
fascia diurna 13%
fascia notturna 17%

× Età mediana: 40aa

× Persone accettano intervista: 90%



DATI SOCIO-DEMOGRAFICI/1

R
i
s
u
l
t
a
t
i

		N	%
luogo di nascita	Africa	204	53
	Europa (UE)	58	15
	America Sud	44	11
	Asia	38	10
	Italia	26	7
	Europaa (non UE)	17	4
t in Italia	<1aa	24	7
	1-3aa	40	11
	3 - 10aa	140	39
	> 10aa	157	43
permesso di soggiorno/ iscrizione anagrafica	sì	251	70
	no	106	29
	in attesa di rinnovo	4	1

SF
Egitto+Marocco
47%

Cdc
Romania 33%

➤ > 80%

PS
42%

SF
81%



DATI SOCIO-DEMOGRAFICI/2

Risultati

		N	%
istruzione	analfabeti	63	16
	primaria	148	38
	secondaria/laurea	176	45
dove vivono	abit. propria (affitto/proprietà)	132	34
	abit. provvisoria (Cdc, PL)	168	43
	dormitorio	45	12
	strada/case occupate/campo	42	11
	sì	21	5
lavoro	no	338	87
	saltuariamente	28	7

PS
33%

PS
22%

Cdc
1%



CRITERI VULNERABILITA'

PESO DEI SINGOLI INDICATORI (%)

R

i

s

u

l

t

a

t

i

120

100

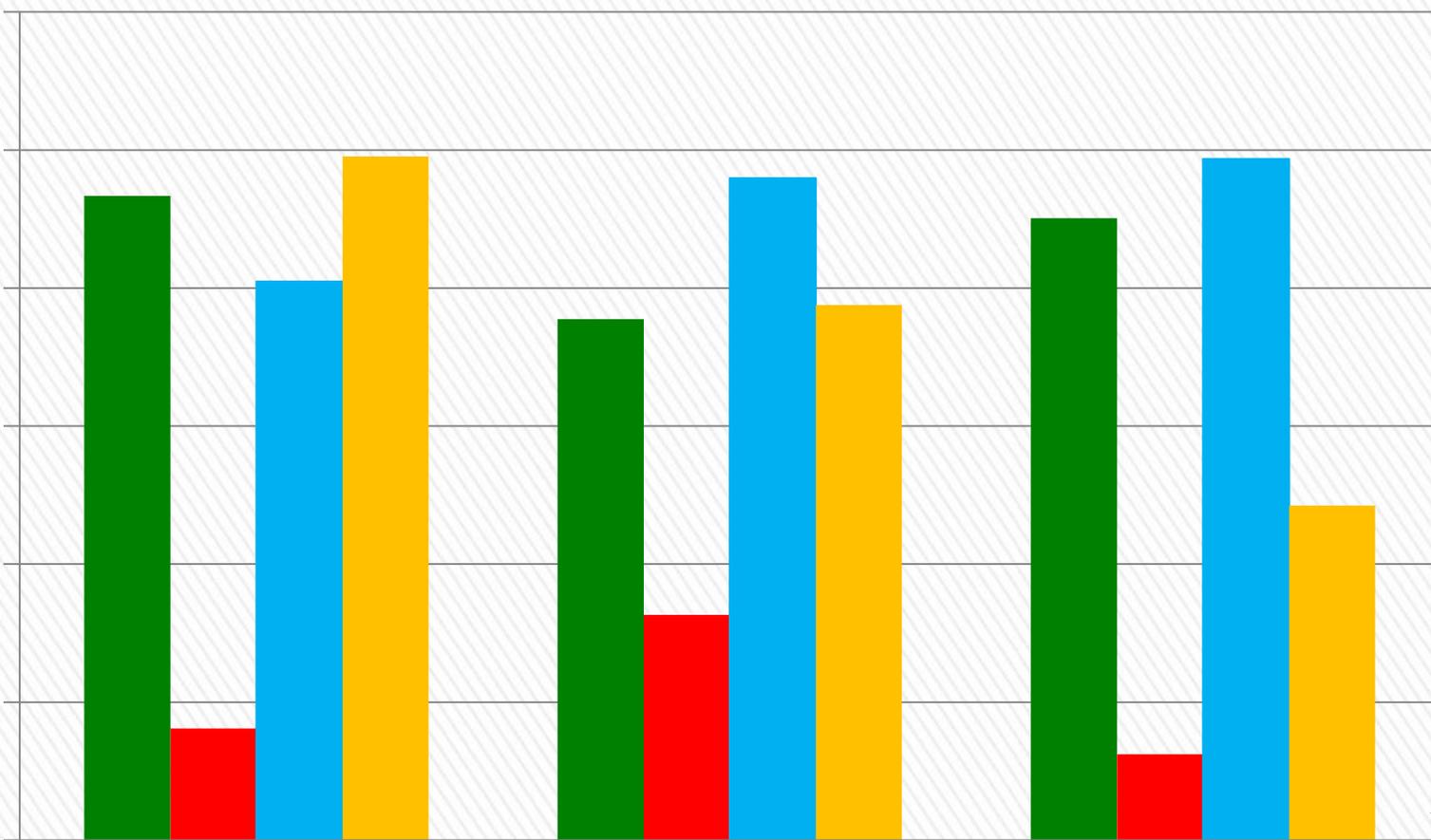
80

60

40

20

0



Cdc

PS

SF

■ stranieri da paesi a fpm

■ analfabeti

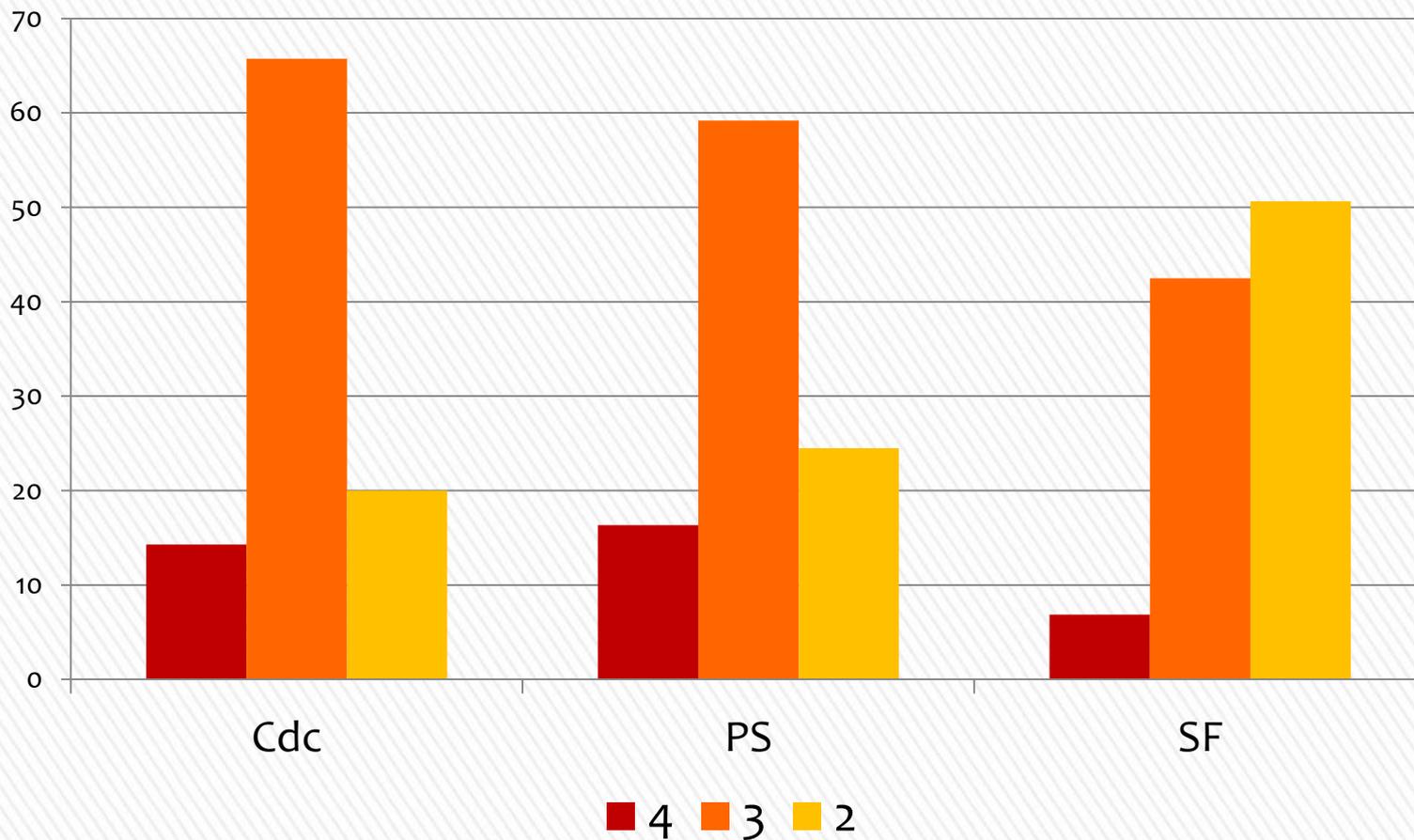
■ senza lavoro

■ senza casa



CRITERI VULNERABILITA'

NUMERO DI INDICATORI (%)



60% aveva almeno 3 criteri di vulnerabilità (10% 4)



ACCESSO ALLA CURA

R
i
s
u
l
t
a
t
i

medico ultimo aa	N	%	> 3 volte
sì	289	83	
MMG	182	63	75
PS	166	57	34
amb STP	79	27	
specialista	74	26	
specialista privato	12	4	
consultori fam	7	2	
CPS	16	6	
ricovero	41	14	
altro	14	5	



CONOSCENZA, CAPACITA',COMPORAMENTI

R
i
s
u
l
t
a
t
i

dato qualitativo rispetto alle tre dimensioni ci mostra un quadro ampio e diversificato, che in entrambi gli studi presenta tre indicazioni preponderanti rispetto all'uso del MMG:

linearità: 9%

strumentalità: 25%

dipendenza/accudimento: 66%

“ ... ti dico, è un problema di cultura; è che anche se ho tutto, e sto bene, in regola, per noi è abitudine accumulare tutto le cose, e poi andare dal medico per ogni tipo di problema: mal di testa, tosse, schiena... non per grandi cose, ma perché abbiamo bisogno di essere rassicurati..ci vado se perdo i capelli, per gli occhi che bruciano... e mi piace perchè ascolta, fa una vera visita ed è attento a me e alla mia famiglia”

F. Egitto, 1993

HEALTHABILITY/1

R
i
s
u
l
t
a
t
i

*“La salute è primordiale,
se non hai la salute è come non avere niente”.*

M., Senegal, 1975

		N	%
1. quanto ritieni importante la salute per stare bene. Dai un voto da 1 a 5, dove 1 è per niente importante e 5 molto importante.	5	158	71
	4	14	6
	3	39	17
	2	3	1
	1	6	3
	non comprende	4	2



HEALTHABILITY/2

Mi manca il lavoro, con il lavoro so gestire anche il dolore, perché penso ad altro e mi dà forza... io per stare bene, devo lavorare”.

A., Eritrea, 1966

		N	%
<i>2. se consideriamo la salute un concetto ampio dello stare bene, quindi non solo come sta il tuo corpo, ma proprio tu con i tuoi pensieri, la tua vita... ci sono ostacoli al tuo stare bene in questo momento?</i>	socio-sanitario	48	21
	affetti/famiglia	38	17
	sanitario	14	6
	lavoro	76	34
	casa	31	14
	nessun pb	18	8



HEALTHABILITY/3

	N	%	
3. se ne avessi la possibilità, che cosa cambieresti per migliorare la tua salute?	lavoro	51	22
	casa	18	8
	lavoro e salute	5	2
	lavoro,salute,famiglia,casa	51	22
	lavoro e casa	4	2
	affetti vicini/famiglia	43	19
	salute	16	7
	rientro al paese	17	7
	affidarsi a Dio	5	2
	nessun sogno	4	2
	non so	15	7

I miei sogni sono sempre gli stessi: non stare da solo e una casa, con un lavoro...
G, Italia 1970



CONSIDERAZIONI FINALI

Di cosa hanno bisogno?

esprimono domanda sanitaria
ma hanno bisogno di salute

- » chi coglie questo bisogno?
- » chi se ne fa carico?



CONSIDERAZIONI FINALI

*Resta in piedi sulla porta M., sandali di cuoio nero e unghie impolverate.
Il suo viso è scuro, i capelli arricciati e le braccia gonfie...*

E' in Italia dal 1990...

*“... non sto bene, infatti. Mi manca mia famiglia, e mio lavoro. Non so mai
cosa fare... ogni settimana o 10 giorni vado dal mio medico;*

Sono solo, e vado da lui".

M. Egitto, 1950.



SALUTE BENE COMUNE

MANIFESTO PER UNA AUTENTICA CASA DELLA SALUTE

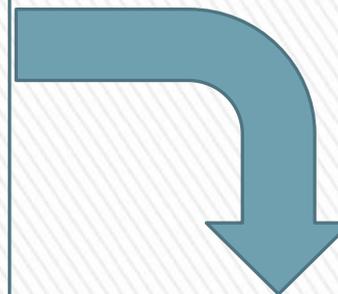
Il sistema sanitario del nostro Paese prevede lo sviluppo sul territorio nazionale delle "Case della salute".

A parte il cronico ritardo nella loro effettiva realizzazione - segno, ancora una volta, di una ampia assenza nelle istituzioni di una cultura della salute intesa nel suo significato autentico - laddove si stanno concretizzando presentano le caratteristiche di esperienze di esclusiva riorganizzazione dei soli servizi sanitari.

Per questa ragione e per l'importanza che la questione riveste, le persone, le Istituzioni, le Associazioni che sottoscrivono il presente MANIFESTO, concordano su quanto segue:

1. La salute è un diritto umano fondamentale ed è un bene comune essenziale per lo sviluppo sociale ed economico della comunità.
2. La salute è creata e vissuta negli ambienti dove le persone vivono tutti i giorni: dove imparano, lavorano, giocano ed amano (OMS 1986); superare l'accezione meramente sanitaria del significato di salute significa dare valore ai determinanti sociali che incidono nelle esistenze delle persone e ad una visione unitaria che permetta di superare il tradizionale concetto di bisogno sviluppando, innanzitutto, l'esercizio della responsabilità individuale e collettiva.
3. La salute è un bene da perseguire come comunità, in tutte le sue articolazioni di benessere fisico, psichico, affettivo, relazionale, spirituale. Deriva da un mandato costituzionale e implica l'inclusione sociale, giustizia ed equità, il rispetto di sé e della dignità di ogni persona, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa, la partecipazione.
4. La salute non è una merce alla stregua di ogni altro oggetto, prodotto e offerto da un mercato nel quale le persone, espropriate di saperi fondamentali, diventano consumatori passivi di prestazioni che le singole istituzioni producono.
5. Il miglioramento della salute e del benessere costituisce il fine ultimo delle scelte di sviluppo economico e sociale di una comunità e coincide con l'idea autentica di welfare. Occorre quindi un programma di governo - nelle diverse articolazioni, nazionale, regionale e locale - che abbia come "filo rosso" di tutte le politiche la salute delle persone e delle comunità.
6. La salute oggi può rappresentare il luogo di una nuova identità comunitaria, in una società contraddistinta dalla diversità e dalla pluralità e può rappresentare il volano per un recupero della coesione sociale e per l'affermarsi delle relazioni di reciprocità che qualificano e sostengono il vivere stesso nella comunità.
7. La comunità è il luogo naturale della cultura e della produzione di salute, a partire dalle risorse e dai saperi in essa presenti: un capitale sociale che va valorizzato e sostenuto per contribuire al superamento delle disuguaglianze e per produrre innovazione e benessere. *Le Istituzioni sociali (scuola, presidi sanitari e assistenziali, organismi culturali e di gestione del territorio, imprese, organi della giustizia) devono configurarsi quali componenti di un disegno unitario e interconnesso nella direzione della salute intesa come bene comune*
8. "Il patto sociale per la salute" è lo strumento che - partendo da una adeguata conoscenza della comunità, delle sue risorse e dei suoi problemi - promuove cittadinanza e rafforza il nesso tra comunità, servizi e istituzioni, **contro ogni logica settoriale e prestazionistica.**
9. La casa della salute si propone perciò come luogo in cui:
 - si realizza una nuova identità comunitaria nel segno di un welfare efficace e partecipato;
 - prendono corpo i diritti di cittadinanza, quelli riconosciuti e quelli negati;
 - i cittadini esprimono, attraverso la partecipazione, la consapevolezza dei doveri di solidarietà;
 - le risorse del territorio, comprese quelle istituzionali, si integrano nella costruzione e nel sostegno di azioni condivise per la salute;
 - le persone si sentono accolte, soprattutto le più deboli, riconoscendo il valore delle differenze.
10. La casa della salute, così intesa, è un banco di prova per un rinnovato e autentico esercizio della politica, affinché operi avendo il bene comune come primario riferimento della propria azione, partendo dai diritti dei più vulnerabili senza distinzioni di etnia, censo, genere, livello di istruzione.

CASE DELLA SALUTE



1. Casa della salute di Borgo Reno - **Bologna**
2. Casa della salute di Chiaravalle - **Catanzaro**
3. Casa della salute di Copparo- **Ferrara**
4. Fondazione Casa della carità - **Milano**
5. AUSL - **Parma**
6. Unione Comuni Matildici - **ReggioEmilia**



Le autrici ringraziano

Maurizio Bonati (Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Istituto Mario Negri, Milano),
Padre Giacomo Costa (Centro San Fedele, Milano),
Stefano Guzzetti (Dipartimento Emergenza e Urgenza, dell'A.O. L Sacco di Milano),
Paolo Inghilleri (Università degli Studi di Milano)
Tommaso De Filippo e Andrea Vicenzi, per aver creduto nella possibile realizzazione della
ricerca e per l'indispensabile assistenza pragmatica sul campo.

Casa della carità “tutta” e in particolare Don Virgino Colmegna , Benedetto Saraceno e Silvia
Landra che hanno sostenuto l'indagine.

Grazie per l'attenzione!

