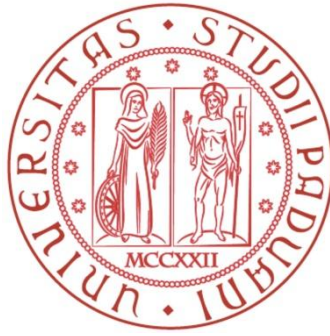




UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Dipartimento di Medicina Molecolare

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

L'INFLUENZA DEL DISAGIO ECONOMICO SULLA SALUTE:

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DESCRITTIVA

Relatore: Dott. Lorenzo Simonato

Laureanda: Michela Michelin

ANNO ACCADEMICO: 2014-2015

INDICE

ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1: PRESENTAZIONE DEL FENOMENO	7
1.1 DEFINIZIONE DEL FENOMENO	7
1.2 CONTESTO: SITUAZIONE E NUMERI.....	8
1.3 QUADRO SANITARIO DEL FENOMENO	11
1.4 OBIETTIVO DELLO STUDIO	13
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	15
2.1 CAMPIONE.....	15
2.2 STRUMENTO PER LA RACCOLTA DATI	15
2.3 ANALISI STATISTICA.....	16
CAPITOLO 3: RISULTATI	17
3.1 DATI SOCIO-ANAGRAFICI.....	17
3.2 PATOLOGIE E AUTOGESTIONE	18
3.3 STILE DI VITA.....	19
3.4 FAMIGLIA	22
3.5 SANITÀ.....	23
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	25

CONCLUSIONI	33
BIBLIOGRAFIA	35
ALLEGATO A.....	37
ALLEGATO B.....	39
RINGRAZIAMENTI	41

ABSTRACT

Il presente lavoro indaga quanto il disagio economico rischia di influenzare lo stile di vita e la salute delle persone senza dimora e in grave stato di emarginazione sociale al fine di riconoscere i maggiori fattori di rischio e le principali problematiche su cui il mondo sanitario può e deve lavorare, con particolare attenzione alla figura infermieristica.

Il campione in esame comprende 50 utenti del Centro Diurno “La Bussola”, una piccola realtà di Padova. Ai soggetti sono stati posti quesiti riguardanti stato socio-anagrafico, stile di vita, eventuali patologie presenti e rapporto con la sanità mediante intervista strutturata.

I risultati principali mettono in luce un elevato tasso di comorbilità per la maggior parte degli intervistati. In linea con la letteratura le problematiche fisiche principali sono disturbi cardiovascolari, respiratori e rachialgia ed è presente una buona percentuale di disturbi di salute mentale. Il fattore di rischio più importante è il tabagismo, seguito dalla scarsa igiene dentale. In contrasto con le evidenze scientifiche attuali, l'uso di alcool e/o sostanze psicotrope non appaiono essere preoccupanti. Lo stress contribuisce a influenzare negativamente la vita dei senza dimora. La mancanza di una rete familiare porta ad un forte bisogno di ascolto e di nuovi legami, ma simultaneamente ad una perdita di fiducia verso il prossimo.

Tali risultati elencano una serie di bisogni che possono e devono essere accolti e sostenuti da un approccio infermieristico che miri alla promozione della salute di ogni individuo. La letteratura ci fornisce esempi a tale riguardo, tra cui lo StreetMed. Tale progetto comprende una squadra gestita da infermieri che associa competenze infermieristiche e obiettivi delle persone senza dimora per colmare il divario delle prestazioni sanitarie e ridurre la disuguaglianza.

INTRODUZIONE

L'economia influisce sul vivere quotidiano della maggior parte delle persone; quando ci si trova in una situazione di disagio vi è il rischio che l'influsso sia negativo su molti aspetti della vita, primo fra tutti quello della salute.

L'idea dello studio non è nata da un percorso di tirocinio infermieristico bensì entrando a contatto con un mondo spesso abbandonato a se stesso: il mondo degli homeless, delle persone che vivono in un contesto di povertà, spesso stigmatizzato ed emarginato. L'incontro è avvenuto la sera di Capodanno, trascorsa in una delle sedi della Caritas di Vicenza con l'obiettivo di "stare" con loro in una serata particolare e diversa dalle altre.

In questo ambiente ho cominciato a rendermi conto che l'aspetto sanitario viene spesso trascurato; le priorità diventano il tentativo di tenere la casa, la ricerca di un posto dove dormire, di un piccolo lavoro che permetta almeno di comprare il pane. Questa nuova vita mette a dura prova la salute: il passare tanto tempo in piedi in giro per la città, il freddo dell'inverno e le intemperie quando non si ha la possibilità di coprirsi, l'impossibilità di farsi una doccia o di lavarsi i denti tutti i giorni sono fattori che possono realmente fare la differenza.

Lo scopo del mio studio, svolto nel Centro Diurno "La Bussola" per persone in grave condizione di emarginazione, si pone l'obiettivo di indagare quanto il disagio economico influenza lo stile di vita e la salute, portando alla luce i fattori di rischio e gli aspetti su cui il mondo sanitario deve lavorare e valutando come può e deve comportarsi la figura infermieristica.

La tesi è composta da quattro capitoli: un primo capitolo di introduzione del fenomeno, con una descrizione della situazione odierna nel mondo, in Italia, nel Veneto ed una revisione di letteratura riguardo aspetti prettamente sanitari; un secondo in cui si delinea il percorso che ha portato alla formulazione delle domande dell'intervista, strumento usato per la raccolta dati; un terzo in cui vengono elencati i risultati ottenuti a cui segue la discussione dei risultati principali e della loro implicazione nella pratica infermieristica.

La salute, "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", di ogni individuo è un bene fondamentale della persona e un interesse dell'intera collettività, pertanto deve essere sempre protetta e valorizzata.

CAPITOLO 1: PRESENTAZIONE DEL FENOMENO

1.1 DEFINIZIONE DEL FENOMENO

Protagonisti dell'indagine presentata in questo elaborato sono le persone che vivono una condizione di disagio economico, persone senza fissa dimora o a rischio di tale situazione. Non é facile dare una definizione chiara e completa del fenomeno, poiché tante sono le variabili in gioco e, allo stesso tempo, pochi e recenti gli studi fatti: il primo lavoro in letteratura ad affrontare il tema delle persone senza dimora è il volume di Nels Anderson, "The Hobo" nel 1923; anche in Italia questa tematica si inizia ad esaminare con la sociologia e sono identificabili due tipi di ricerche: quella quantitativa con le ricerche Labos a Roma negli anni '90 e quella qualitativa con i lavori con conseguente elaborazione di Gui, Bergamaschi, Pieretti, Meo e il frutto di una ricerca antropologica di Tosi Cambini (2004) [1]. Il primo rapporto sulla povertà in Italia è datato 1992 e documenta l'esistenza di un'area di marginalità estrema nella quale si trovano persone con una serie di mancanze come la salute, la famiglia e il reddito.

Una persona è considerata homeless (senza fissa dimora) se è in uno stato di materiale e immateriale povertà, associata alla privazione di un'abitazione e all'impossibilità e/o incapacità di trovare e mantenere una casa in modo indipendente. Con riferimento alla classificazione ETHOS (Classificazione Europea sulla grave esclusione abitativa e la condizione di persona senza dimora) come stabilito da FEANTSA (Federazione Europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora) la definizione copre tutte le persone che vivono in spazi pubblici (su strada, baracche, veicoli abbandonati, caravan, magazzini), asili notturni e/o sono costretti a passare molto tempo durante il giorno all'aperto, rifugi per senza tetto/alloggi temporanei, alloggi forniti in loro sostegno in specifiche situazioni sociali (single, coppie o gruppi senza una fissa dimora). Viene incluso chiunque viva in situazioni di estremo affollamento, riceva ospitalità garantita da amici o parenti o viva in alloggi impropri o centri di accoglienza presenti in città. Nell'allegato A è presente una tabella esemplificativa delle varie categorie di homeless esistenti, sopra citate [2].

La Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora (Fio.PSD), aderente al network europeo FEANTSA, che si occupa della comprensione del fenomeno della grave emarginazione adulta, dello studio e della promozione di metodologie di

intervento e di strategie politiche dirette al contrasto della stessa e della sensibilizzazione sul fenomeno dell'opinione pubblica, da una definizione ancora più completa ponendo al centro la persona e considerando tutti i suoi aspetti, non solo la condizione abitativa: "un soggetto in stato di povertà materiale e immateriale portatrice di un disagio complesso, dinamico e multiforme che non si esaurisce alla sola sfera dei bisogni primari, ma che investe l'intera sfera delle necessità e delle aspettative della persona, specie sotto il profilo relazionale, emotivo ed affettivo" (Art. 2) [3].

Parlare dunque di persone senza dimora significa complessità di disagi non riconducibili ad un unico fattore. Indipendentemente dalle cause, tale condizione produce nel tempo stati di deprivazione cronica, d'incapacità relazionali e comunicative, che a loro volta riducono le capacità degli individui di esercitare i propri diritti di cittadinanza utilizzando le risorse offerte dai servizi sociali. Sono persone che possiedono problematiche legate a diverse forme di emarginazione, vi sono nomadi, immigrati, tossicodipendenti e alcolisti, malati di mente, ex carcerati, giocatori d'azzardo, ecc. la cui condizione non è statica, ma assume nel tempo forme e connotazioni diverse.

Le persone senza dimora sono soggetti soli, senza casa e soprattutto senza uno spazio per se stessi all'interno della società (spazio che nel tempo è stato perduto oppure non è mai stato trovato), esse sono un esempio di persone povere che non inoltrano richieste d'aiuto. Non si sentono di appartenere a una società e sono prive di un contesto relazionale significativo, indispensabile allo sviluppo e alla crescita di un individuo, per la strutturazione di una sua identità e per una corretta progettazione della sua esistenza.

Il termine più recente per definire tali individui è "dis-affiliate" che identifica coloro che non si riconoscono nel sistema sociale in cui vivono e che non riescono a trasformare il proprio "capitale" (fisico, umano e sociale) in possibilità di vita [4].

1.2 CONTESTO: SITUAZIONE E NUMERI

Nel Dossier della FIDES (Servizio di informazione internazionale a cura del Pontificio Consiglio per la Missione nel Mondo e la Propagazione della Fede) pubblicato nel 2008 viene ricordato che dalla fine della seconda guerra mondiale, il numero dei senza dimora in Europa occidentale ha raggiunto più alti livelli, con una stima di 3 milioni di persone, mentre negli Stati Uniti si parla di 3.5 milioni, di cui 1.4 milioni di ragazzi. La crescita maggiore si è riscontrata in Africa, Asia e America Latina, dove circa il 30%

della popolazione vive in insediamenti illegali, carenti di infrastrutture e servizi o in abitazioni sovraffollate e deteriorate. Oltre ai numeri anche le cause preminenti che portano ad una tale condizione registrano una differenza tra paesi ricchi e paesi poveri. Per questi ultimi un ruolo prevalente gioca la povertà, non necessariamente prodotta dalla perdita del posto di lavoro, ma dalla cronica impossibilità di accedere ad esso, spesso all'origine di migrazioni che possono portare alla condizione degli homeless; mentre la delusione affettiva, la malattia mentale, l'uso di alcool e droghe, il mancato reinserimento dopo l'uscita dal carcere o altri istituti sono fra le cause prioritarie nelle società più ricche.

Purtroppo a livello europeo si trovano poche statistiche ufficiali sul numero di senza dimora che, peraltro, sono difficilmente comparabili per i diversi paesi europei. Per questo motivo, nel 2005 la DG (Direzione Generale) Occupazione e Affari Sociali della Commissione Europea ha commissionato la realizzazione di un'ampia ricerca volta a identificare le metodologie e le pratiche adottate nei diversi paesi europei per misurare l'estensione e la natura del fenomeno. Nel gennaio 2007 è stato pubblicato il rapporto "Measurement of Homelessness at European Union Level", che deve servire nelle intenzioni da supporto informativo nella misurazione del problema degli homeless [5].

Restringendo il cerchio all'Italia troviamo una dettagliata indagine relativa alle condizioni di persone che vivono in estrema povertà nel nostro paese, realizzata dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali in collaborazione con ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), Fiopds e Caritas Italiana. Lo studio, realizzato in Novembre e Dicembre 2011, ha stimato che circa 48mila homeless hanno usato una mensa o un dormitorio almeno una volta nei 158 comuni italiani dove è stata condotta la ricerca. Ovviamente, il numero è sottostimato poiché non tutte le persone appartenenti a questa parte di popolazione utilizzano tali servizi e, di conseguenza, il campione non si può definire totale. La quota di homeless si è dimostrata maggiore nel Nord-ovest, circa il 0.35% della popolazione residente seguito dal Nord-Est con 0.27%, il Centro con 0.20%, le isole con 0.21% e il sud con 0.10% [6].

Circa la metà dimostra di avere dipendenze da droghe, alcool o disturbi mentali, anche se non è chiaro se questi fattori possono essere considerati causa o conseguenza del fenomeno dei senza dimora. Tra le maggiori cause vi sono la mancanza di adeguate risorse finanziarie, la perdita del lavoro, la mancanza di uno stipendio adeguato, la crisi

economica e l'accumulo di debiti; elementi collegabili alla crisi economica che stiamo vivendo in questo momento in Italia, la quale sta portando ad un progressivo peggioramento delle condizioni di vita dei cittadini. È possibile inoltre fare una divisione tra persone tradizionalmente a rischio come i pensionati e una nuova categoria composta da lavoratori con uno stipendio non sufficiente a mantenere la propria casa e soprattutto la propria indipendenza [7].

Infine prendendo in esame la nostra regione nel Report concernente l'anno 2014 realizzato dalla Caritas [8], la quota di popolazione a rischio di povertà o esclusione sociale in Veneto sfiora il 16%, pari a 782mila persone; si tratta di un dato molto più basso della media italiana (30%) e inferiore anche alla media europea (28,4%) ma che sta lentamente crescendo. I segmenti di popolazione più a rischio sono le famiglie il cui principale percettore è disoccupato o con un unico percettore, le famiglie numerose con tre o più figli minori a carico, i pensionati o in altra condizione d'inattività (studenti, casalinghe, inabili al lavoro). Tutto questo si ripercuote sul vivere quotidiano, determinando un disagio sociale diffuso e un senso di precarietà crescente, con il rischio di un aumento della vulnerabilità e di una sua cronicizzazione. Le nuove forme di povertà finiscono per innescare crescenti tensioni familiari che possono giungere a separazioni e rotture affettive, condizioni che alimentano a loro volta nuove forme di debolezza e nuove situazioni di accentuata marginalità sociale.

Dallo studio svolto dalla Caritas emergono alcune indicazioni importanti e interessanti, che ci aiutano ad avere un quadro più chiaro di questi nuovi poveri e che ci permettono di capire verso che direzione è opportuno agire:

- Alle motivazioni legate ai bisogni materiali classici, si accompagnano e s'intrecciano situazioni di fragilità psichica e di disagio interiore, motivati dalla perdita del lavoro o dalla sua precarietà, ma anche da traumi familiari: separazioni dal coniuge, rottura con il contesto familiare, condizioni di solitudine. In particolare le separazioni incidono non solo sul versante economico ma soprattutto su quello psicologico.
- Gli italiani, rispetto agli stranieri, faticano maggiormente a rivolgersi ai servizi, a causa di un sentimento di vergogna e ritrosia. Le persone hanno paura di essere stigmatizzate, soprattutto nelle piccole comunità e hanno il timore che i servizi

sociali possano portar via i figli. In diverse realtà chi ha figli piccoli vive come un fallimento e con un senso di degrado la propria situazione di bisogno.

- Vi è una componente, anche se minoritaria, di cronicità e di marginalità sociale, riferite in particolare a tossicodipendenti, alcolisti, giocatori, persone con problemi psichici e disabilità. In molti casi si registra un progressivo distacco da parte della famiglia di origine, in alcune circostanze è la crisi economica a spingere le persone verso forme di dipendenza.
- Oggi i nuovi poveri si sentono smarriti e isolati, tendono a vivere la loro inedita condizione come un sostanziale fallimento, umano prima ancora che economico. Questo porta molti di loro a chiedere aiuto quando sono giunti all'estremo limite.
- La tipologia di chi ha bisogno di aiuto è varia: padri di famiglia, donne separate con figli, vedove, presenza in casa di figli con problemi psichici, trattamenti di pensione inadeguati. Altrettanto variegata sono le motivazioni: perdita di lavoro, reddito insufficiente, esaurimento dei risparmi, situazione di solitudine, rottura con la famiglia di origine.
- Emerge negli individui un forte bisogno di ascolto, che quando viene esaudito ha ricadute ampiamente positive. Affiora la necessità di parlare, di raccontare e di raccontarsi, di avere persone con le quali confrontarsi in una società che sta diventando sempre più povera di relazioni.

1.3 QUADRO SANITARIO DEL FENOMENO

Il disagio economico ricade sulle altre sfere della vita della persona. La casa è fondamentale per un essere umano, di conseguenza, alla mancanza di essa si associano problemi di igiene, di un'alimentazione sana e costante, l'assenza di un sonno ristoratore, una lunga esposizione al freddo durante l'inverno ed altre numerose difficoltà. Questo porta le persone ad ammalarsi più facilmente e spesso in modo cronico, ad avere più comportamenti a rischio. Lo stato di salute è veramente scadente se paragonato a quello della popolazione generale, una combinazione di malnutrizione, abuso di sostanze, malattie infettive e altri problemi connessi allo stile di vita che sfociano in malattie cardiovascolari, incidenti, ipotermia. A peggiorare la loro condizione vi sono alti livelli di stress, connessi inoltre allo stigma e ai tanti pregiudizi che ruotano attorno a questa porzione di popolazione [9].

A dimostrazione di quanto detto riguardo la salute precaria dei soggetti in questione, in più di 2500 homeless presi in esame in uno studio condotto a Londra nel 2014, il 73% ha un problema di salute fisica, di cui il 41% caratterizzato da un bisogno a lungo termine, mentre l'80% soffre di disturbi psichici. Altro problema che emerge è la dipendenza, con alti livelli di abuso di alcool. Inoltre più di un terzo delle persone senza dimora usano una o più sostanze che creano assuefazione. L'indagine condotta offre un ulteriore spunto di riflessione affermando che spesso questa quota di popolazione viene gestita in modo inadeguato nelle cure primarie (prevenzione primaria) rendendo più costosi gli interventi di prevenzione secondaria. Un semplice esempio è la tossicodipendenza che ha un elevato rischio di sfociare in cirrosi epatica e danni renali: meglio prevenire il danno e aiutare ad uscire dal tunnel dell'alcool e della droga o curare una cirrosi e porre in trattamento dialitico la persona? [10].

Uno studio ancor più recente (2015) condotto a Dublino conferma che si tratta di un gruppo particolarmente vulnerabile. Il 97% della popolazione in esame (105 tra homeless e persone a rischio) registra almeno un problema di salute fisica o mentale, l'84% soffre di più problemi contemporaneamente (comorbidità). I problemi fisici più comuni includono problemi dentali, di visione, dolore alle articolazioni e asma a cui si associano le patologie a carico del sangue, di cui la più comune l'epatite C. Tra i disturbi mentali prevalgono la depressione, gli stati d'ansia, la schizofrenia. Un terzo della popolazione ha un problema di dipendenza da droghe, alcool e/o gioco. Inoltre in quest'indagine è presente anche una piccola percentuale di soggetti che riportano pensieri suicidari e/o che hanno un tentato suicidio alle spalle [11].

In una ricerca condotta dall'università del Cincinnati su 110 homeless, tra i problemi di salute fisica le principali diagnosi oltre all'asma, collegata all'altissima percentuale di fumatori, vi sono l'artrite, l'ipertensione e il dolore alla schiena [12].

I risultati di questi studi portano a capire che le persone senza dimora, con disagio economico non formano un gruppo omogeneo, bensì eterogeneo e le differenze individuali non possono essere ignorate. Bisogna dunque ricercare gli specifici bisogni cui seguono specifiche necessità proprie di ogni persona.

La promozione della salute in questo strato di popolazione deve tener conto della loro gerarchia di bisogni e dell'ambiente in cui vivono: l'educazione all'igiene dentale può risultare inutile se la persona non ha uno spazzolino, la possibilità di utilizzare le

corrette pratiche igieniche non é sempre possibile. Gli interventi dovrebbero essere educativi ma al tempo stesso pratici e immediati, includendo ad esempio aiuti concreti come cappelli, calzini puliti, facilitazioni per le docce associati a informazioni utili per proteggersi dai colpi di calore e dall'ipotermia, per una corretta pratica igienica.

Gli interventi sanitari trovati in letteratura non sono molti, essendo tale realtà ancora poco esaminata, ma la maggior parte focalizzati sulla prevenzione primaria; essa mira a evitare che la malattia insorga (incrementando le difese dell'organismo, eliminando i fattori causali delle malattie e selezionando e trattando gli stati di rischio), per esempio con il ricorso a programmi di vaccinazione, screening clinici mobili, distribuzione di preservativi. I risultati ottenuti dimostrano che questa è la corretta strada da proseguire seppur le variabili da considerare siano tante e diverse.

Poiché l'infermiere deve occuparsi anche di prevenzione primaria, come afferma il codice deontologico: "L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione." (Art.6) le iniziative volte alla tutela della salute e alla promozione di stili di vita sani vede la nostra professione partecipe in prima linea insieme alle altre figure professionali quali medici, educatori, assistenti sociali, operatorie sociali, sostenendo gli individui "secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona". (Art. 4) [13].

1.4 OBIETTIVO DELLO STUDIO

La letteratura presente attualmente pone in gioco numerose variabili all'interno di una realtà che purtroppo è ancora poco studiata e presa in considerazione. L'obiettivo del mio progetto di tesi mira a conoscere quanto il disagio economico influenza lo stile di vita e la salute delle persone in una tale situazione al fine di capire i maggiori fattori di rischio e le principali patologie da affrontare. Lo strumento usato è un'intervista strutturata con quesiti relativi a dati socio-anagrafici, lo stile di vita, la presenza della famiglia, le patologie presenti e il rapporto con la sanità. Pur prendendo in esame una realtà relativamente piccola, il Centro Diurno "La Bussola" che accoglie mediamente 35/40 persone al giorno in stato di grave emarginazione sociale, lo studio intende

conoscere variabili presenti nel nostro territorio su cui la professione infermieristica può e deve lavorare in materia di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 CAMPIONE

L'indagine è stata condotta presso il centro diurno "La Bussola", struttura che offre un servizio di prima accoglienza a persone in condizione di grave emarginazione, in particolare senza dimora. Oltre a fornire risposte ai bisogni più urgenti (pasti, igiene personale, lavanderia) promuove attività per sviluppare relazioni e reti sociali all'interno di percorsi miranti l'autonomia e il reinserimento sociale e lavorativo. La struttura rientra nella Cooperativa Gruppo R che si occupa di persone in stato di disagio sociale, ed è gestita in collaborazione con il Comune di Padova, l'Istituto dei Padri Rogazionisti e la Caritas Diocesana [14].

I soggetti coinvolti nello studio sono gli utenti che hanno frequentato il centro diurno nei mesi di Luglio, Agosto, Settembre 2015; si tratta di persone in situazioni di disagio economico e sociale inviate dai seguenti servizi: UPP (Ufficio di Prevenzione e Protezione), CST (Centro Servizi Territoriali), Caritas, CSM (Centro di Salute Mentale), SerT (Servizio per le Tossicodipendenze), Pane dei poveri.

Agli utenti del centro diurno è stato proposto di partecipare allo studio, spiegandone gli obiettivi, i metodi e il totale rispetto della privacy e dell'anonimato, infine è stata data loro la possibilità di scegliere liberamente se essere coinvolti o meno nel progetto.

2.2 STRUMENTO PER LA RACCOLTA DATI

La raccolta dati è stata effettuata mediante utilizzo di un'intervista strutturata, composta da domande prefissate che è possibile esaminare nell'Allegato B. Le domande sono state costruite in seguito ad un'attenta revisione della letteratura, avente lo scopo di comprendere quali sono i principali fattori di rischio, le patologie e i bisogni che finora sono stati studiati relativi alle persone in stato di emarginazione. La ricerca è stata realizzata sfruttando principalmente il motore di ricerca "PubMed" mediante utilizzo di parole chiavi quali: Health Promotion"[Mesh] OR "Primary Prevention"[Mesh] AND "Homeless Persons"[Mesh] AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "nursing"[Subheading]). Le domande mirano a conoscere i dati anagrafici (età, sesso, nazionalità), da quanto vivono in una situazione di disagio economico, le abitudini

legate al loro stile di vita, la presenza di aiuto familiare, le patologie presenti ed il loro rapporto con la sanità, la presenza o assenza di un punto di riferimento in questo settore. È stata scelta come modalità l'intervista poiché le variabili in gioco sono davvero molte ed avrebbero reso difficile la stesura di un questionario completo, oltre al fatto che il campione è troppo piccolo per tale strumento. Inoltre l'utilizzo delle interviste ha permesso di conoscere le persone e il fenomeno da un'angolazione più ampia.

Il servizio di volontariato svolto durante i mesi di Luglio, Agosto e Settembre all'interno della struttura ha permesso agli utenti di conoscere lo studente. Il primo passo per la creazione di una legame, è la fase più delicata, è necessario non pronunciare parole che potrebbero disturbare o infastidire la persona. Tassello importante al fine della nascita di una relazione di fiducia è stato l'essere presente come volontaria; distribuire il cibo, fornire indicazioni utili e dare un aiuto per fare la lavatrice, la doccia, chiacchierare del più e del meno al bancone, ha reso possibile la creazione di una relazione nel rispetto dei tempi di ciascuno. Questo ha permesso l'acquisizione del consenso all'intervista della maggior parte degli utenti, chi fin da subito chi dopo un periodo più lungo. Il luogo per l'intervista, la mensa o il cortile esterno, è stato scelto dall'utente affinché potesse sentirsi pienamente a suo agio.

2.3 ANALISI STATISTICA

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il programma Microsoft Excel, la significatività dei risultati è stata calcolata mediante il test non parametrico di Wilcoxon e il test del chi quadro di Pearson.

CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 DATI SOCIO-ANAGRAFICI

Il campione preso in esame è composto da 50 soggetti. La maggior parte di questi sono maschi (84%), le donne sono solo il 16%. Le donne sono mediamente più giovani degli uomini di circa 10 anni, l'età media oscilla intorno i 56 anni con picchi di 78 (maschio) e di 22 (donna). Un quarto della popolazione è straniera (26%), le persone provengono dall'Africa (Camerun, Nigeria, Marocco) e dall'Europa Orientale (Russia, Romania, Moldavia, Serbia, Macedonia, Estonia); la maggior parte vive in Italia da più di vent'anni.

Il livello di istruzione è vario, i soggetti che hanno solo la licenza elementare (10%) sono gli utenti italiani più anziani, mediamente gli stranieri hanno un livello di istruzione alto (medie superiori e università).

Il periodo da cui vivono una condizione di disagio economico è un dato soggettivo molto variabile, legato alle singole situazioni. La maggioranza degli intervistati ha cominciato a frequentare il Centro Diurno “La Bussola” nel 2015, di cui 6 sono entrati ad Agosto a dimostrazione del costante incremento di queste problematiche. Vedi tabella 1.

	F	M	Combine d	P-value
	N = 8	N = 42	N = 50	
Età	44 46 54	49 56 62	48 56 61	0.08 ¹
Provenienza				0.12 ²
Italiana	5 (62%)	32 (76%)	37 (74%)	
Africa	-	5 (11%)	5 (10%)	
Europa Orientale	3 (37%)	5 (10%)	8 (16%)	
Tempo permanenza in Italia (anni)				0.19 ²
<1	-	1 (10%)	1 (8%)	
>10	-	5 (50%)	5 (38%)	

>20	3 (100%)	4 (40%)	7 (54%)	
Livello di istruzione				0.84 ²
Primarie	1 (12%)	4 (10%)	5 (10%)	
Medie Inferiori	2 (25%)	13 (31%)	15 (30%)	
Medie superiori	5 (62%)	22 (52%)	27 (54%)	
Università	-	3 (7%)	3 (6%)	
Tempo disagio economico (anni)				0.013 ²
<1	2 (25%)	1 (2%)	3 (6%)	
>1	1 (12%)	10 (24%)	11 (22%)	
>3	-	12 (29%)	12 (24%)	
>5	5 (62%)	11 (26%)	16 (32%)	
>10	-	8 (19%)	8 (16%)	

Tabella 1 dati socio-anagrafici: a b c rappresentano rispettivamente il quantile inferiore, la mediana, il quantile superiore per variabile continua. Le percentuali sono frequenze. F femmine, M maschi. Test usati: 1 Wilcoxon, 2 Pearson.

3.2 PATOLOGIE E AUTOGESTIONE

Dei 50 soggetti l'80% presenta una o più patologie, con il 67% di comorbilità. Il 26% degli intervistati presenta un disturbo di salute mentale. Tra le problematiche fisiche troviamo soprattutto disturbi cardiovascolari (32%), rachialgia (20%) e dolori di altra natura, problemi respiratori (12%), disturbi gastro-intestinali (10%), diabete e malattie infettive.

Il 64% é soggetto a terapia farmacologia e/o controlli per il proprio stato di salute, di questi solo il 25% dichiara di non essere in grado di gestirsi autonomamente la cura farmacologica e di fare uso dei servizi disponibili. Vedi tabella 2.

	F	M	Combined	P-Value
Presenza di patologie				0.56
No	1 (12%)	9 (21%)	10 (20%)	
Si	7 (88%)	33 (79%)	40 (80%)	
Disturbi psichici	2 (25%)	11 (26%)	13 (26%)	0.94
Problemi respiratori	2 (25%)	4 (10%)	6 (12%)	0.22
Problemi cardiovascolari	2 (25%)	14 (33%)	16 (32%)	0.64
Rachialgia	1 (12%)	9 (21%)	10 (20%)	0.56
Dolori di altra natura	1 (12%)	6 (14%)	7 (14%)	0.89
Problemi Gastrointestinali	2 (25%)	3 (7%)	5 (10%)	0.12
Diabete	-	3 (7%)	3 (6%)	0.44
Malattie infettive	2 (25%)	1 (2%)	3 (6%)	0.014
Altro	3 (38%)	17 (40%)	20 (40%)	0.88
Terapia e Controlli				0.92
No	3 (38%)	15 (36%)	18 (36%)	
Si	5 (62%)	27 (64%)	32 (64%)	
Autogestione terapia e controlli				0.4
No	2 (40%)	6 (22%)	8 (25%)	
Si	3 (60%)	21 (78%)	24 (75%)	

Tabella 2 presenza di patologie e autogestione della terapia. Le percentuali sono frequenze. F femmine, M maschi. Test usato: Pearson.

3.3 STILE DI VITA

Frequentando il centro diurno tutti i soggetti fanno almeno un pranzo al giorno, il 48% la sera mangia solo un panino e non cena. Il 46% dichiara di non bere mai, il restante ne fa un uso occasionale (una volta a settimana, quando è possibile), moderato (un

bicchieri di vino o birra a cena), tendente all'abuso (più di tre bicchieri di vino o birra al giorno, a cui si aggiunge l'uso di superalcolici in alcuni casi); solo un utente è soggetto a dipendenza. L'86% afferma di non fare mai uso di sostanze psicotrope, tra i restanti solo due soffrono di dipendenza. Il fenomeno del tabagismo, fattore di rischio più importante, è del 76%, di cui la maggioranza fuma tra le 20 e le 30 sigarette al giorno. Per quanto riguarda la cura di sé, il 62% dichiara di farsi la doccia tutti i giorni, tra i soggetti che si lavano un numero limitato di volte durante la settimana ci sono gli utenti che dormono in strada o in case abbandonate e senza acqua corrente. L'igiene dentale non è molto considerata, il 42% non si cura dei propri denti ed il 14% possiede una protesi dentaria che qualcuno cura qualcuno no. Il 56% ha rapporti sessuali, di cui il 46% non fa alcun uso di protezioni (utilizzo del preservativo). L'ultimo tassello dello stile di vita comprende il ciclo Sonno/Veglia: del 66% di utenti che ha un sonno regolare, nove soggetti prendono terapia ipnoinducente; il rimanente 34% non dorme in modo regolare a causa di problemi di induzione e mantenimento. La tabella 3 illustra l'analisi dei dati raccolti sullo stile di vita, includendo la sede dove gli utenti dormono: strada, alloggio improprio, dormitorio, stanza della cooperativa Gruppo R, casa (in quest'ultima variabile sono comprese: casa data dal comune, casa ospitante, casa propria).

	F	M	Combined	P-value
Numero Pasti/die				0.62
1	4 (50%)	17 (40%)	21 (42%)	
2	4 (50%)	25 (60%)	29 (58%)	
Consumo alcool/die				0.94
Mai	3 (38%)	20 (48%)	23 (46%)	
Occasionale	3 (38%)	10 (23%)	13 (26%)	
Moderato	1 (12%)	5 (12%)	6 (12%)	
Tendente all'abuso	1 (12%)	6 (14%)	7 (14%)	
Dipendenza	-	1 (2%)	1 (2%)	

Consumo sigarette/die				0.89
0	1 (12%)	11 (26%)	12 (24%)	
0-10	2 (25%)	7 (17%)	9 (18%)	
10-20	2 (25%)	8 (19%)	10 (20%)	
20-30	3 (38%)	15 (36%)	18 (36%)	
>30	-	1 (2%)	1 (2%)	
Igiene dentale				0.76
Mai	3 (38%)	18 (43%)	21 (42%)	
Regolare	5 (62%)	22 (52%)	27 (54%)	
Talvolta	-	2 (5%)	2 (4%)	
Consumo di sostanze				0.44
Dipendenza	1 (12%)	1 (2%)	2 (4%)	
Mai	7 (88%)	36 (86%)	43 (86%)	
Moderato	-	4 (10%)	4 (8%)	
Tendente all'abuso	-	1 (2%)	1 (2%)	
Rapporti sessuali				0.25
No	5 (62%)	17 (40%)	22 (44%)	
Si	3 (38%)	25 (60%)	28 (56%)	
Utilizzo di protezioni				0.18
Mai	1 (33%)	12 (48%)	13 (46%)	
Sempre	1 (33%)	12 (48%)	13 (46%)	
Talvolta	1 (33%)	1 (4%)	2 (7%)	
Ciclo S/V regolare				0.82

No	3 (38%)	14 (33%)	17 (34%)	
Si	5 (62%)	28 (67%)	33 (66%)	
Uso di terapia ipnoinducente				0.66
No	7 (88%)	34 (81%)	41 (82%)	
Si	1 (12%)	8 (19%)	9 (18%)	
Problemi del sonno				0.90
Induzione	2 (67%)	7 (50%)	9 (53%)	
Induzione e Mantenimento	-	2 (14%)	2 (12%)	
Mantenimento	1 (33%)	5 (36%)	6 (35%)	
Luogo dove dormono				0.62
Strada	1 (12%)	4 (10%)	5 (10%)	
Alloggio improprio	-	2 (5%)	2 (4%)	
Dormitorio	3 (38%)	8 (19%)	11 (22%)	
Stanza cooperativa	2 (25%)	7 (17%)	9 (18%)	
Casa	2 (25%)	21 (50%)	23 (46%)	

Tabella 3. Stile di vita. Le percentuali sono frequenze. F femmine, M maschi. Test usato: Pearson.

3.4 FAMIGLIA

Il 68% non ha rapporti con la famiglia, non ricevendo da essa né aiuto né sostegno. Il 34% vive in una situazione di divorzio, di cui il 59% ha chiuso totalmente ogni legame, mentre il 41% mantiene i rapporti con la famiglia di origine. Vedi Tabella 4.

	F	M	Combined	P-value
Presenza famiglia				0.64
No	6 (75%)	28 (67%)	34 (68%)	
Si	2 (25%)	14 (33%)	16 (32%)	

Persone divorziate				0.82
No	5 (62%)	28 (67%)	33 (66%)	
Si	3 (38%)	14 (33%)	17 (34%)	

Tabella 4. Presenza della famiglia. Le percentuali sono frequenze. F femmine, M maschi. Test usato: Pearson.

3.5 SANITÀ

L'84% ha un punto di riferimento in ambito sanitario: Medico di Medicina Generale, Ospedale, SerT. Il 16% ha un atteggiamento negativo verso questi servizi. Dei 50 soggetti una buona parte ha esenzioni per reddito o per invalidità, solo il 22% non percepisce nessun aiuto. Vedi tabella 5.

	F	M	Combined	P-value
Punto di riferimento sanitario				0.5
MMG	6 (75%)	31 (74%)	37 (74%)	
Ospedale	-	3 (7%)	3 (6%)	
SerT	1 (12%)	1 (2%)	2 (4%)	
Altro	1 (12%)	7 (17%)	8 (16%)	
Tipologia di esenzione				0.17
Invalidità	2 (25%)	13 (10%)	15 (12%)	
Reddito	62% (5)	13 (31%)	18 (36%)	
Reddito e Invalidità	-	6 (14%)	6 (12%)	
Nessuna	1 (12%)	10 (24%)	11 (22%)	

Tabella 5. Dati sanitari. Le percentuali sono frequenze. F femmine, M maschi. Test usato: Pearson.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

Un aspetto che emerge e colpisce in modo molto positivo é la partecipazione delle persone: la maggior parte degli utenti che frequentano il Centro Diurno ha accettato di rispondere ai quesiti dell'intervista. Ponendo l'attenzione sulla popolazione presa in esame e sulla condizione di emarginazione in cui versa, sarebbe stato facile pensare che solo poche persone si sarebbero prestate a questo studio; contrariamente ai timori iniziali i senza dimora intervistati si sono dimostrati disponibili e interessati al progetto di tesi. Grazie a questa efficace adesione è stato possibile ottenere una significativa analisi della realtà "La Bussola".

Analizzando i risultati dello studio, per molti aspetti emerge una buona corrispondenza con i dati della letteratura.

Tra l'80% dei soggetti che presentano problemi di salute, la maggioranza (67.5%) soffre di due o più comorbilità, un tasso di poco inferiore rispetto alla percentuale dello studio di Dublino (84%) [11]. Ciò è la prova delle numerose variabili che possono agire all'interno di una realtà così lontana da noi. La vita passata per molte ore al giorno in strada, porta all'affiorare e/o all'esasperarsi di dolori tra i quali spicca la rachialgia, presente nel 20% degli intervistati, che emerge anche in letteratura come uno dei disturbi più diffusi al pari dell'asma [12]. Le patologie respiratorie sono da ricondurre all'inverno, la maggior parte dei soggetti durante la scorsa stagione ha avuto l'influenza, in alcuni casi sfociata in bronchite e broncopolmonite con ricorso alle cure ospedaliere; la causa preponderante rimane tuttavia il tabagismo, di cui discuteremo più avanti. Altra conseguenza della strada sono i problemi cardiovascolari, soprattutto ipertensione arteriosa (IPA) e disturbi legati alla circolazione con conseguente insufficienza venosa, episodi di ulcere o trombosi venosa profonda, che possono mettere a serio rischio la vita della persona; nello studio emerge che il 32% soffre di tali problemi, possiamo notare una corrispondenza con il progetto svolto a Cincinnati dove il 28.7% soffre di IPA [12]. Tra i disturbi gastro-intestinale sono presenti due casi di colite spastica ed uno di gastrite nervosa, patologie acute da una forte componente nervosa, psicosomatica e anche il dolore allo stomaco causato da ingestione di cibo intero data la mancanza di denti. Tali problemi sono il risultato della situazione di questi individui, i quali

sperimentano un ambiente fortemente stressante ed impegnativo sia da un punto di vista fisico sia da un punto di vista psico-sociale: "La casa è fondamentale per un essere umano! Problemi di igiene, di salute alla fine diventano psicologici, perché non hai spazio per poterti riposare, organizzare, non hai più uno spazio tuo. Purtroppo la strada, che diventa poi la tua vita, ti investe!". Questo il motivo per cui il contesto in cui vivono rischia di slatentizzare disturbi psichici e di alimentare quelli pre-esistenti; nello studio emerge che il 26% soffre di problemi di salute mentale tra cui depressione, per la maggior parte, ma anche schizofrenia, disturbi di personalità e relazione, stati d'ansia e attacchi di panico. Tale aspetto viene riportato anche in letteratura, dove le diverse patologie si sovrappongono ma le percentuali sono nettamente più alte, a Dublino i risultati parlano del 75%, a Londra dell'80% [11,10]. È interessante notare che durante le interviste sono emersi due casi di tentato suicidio, dato che trova corrispondenza con lo studio di Dublino, dove dei 105 soggetti presi in esami il 9% ammette di aver provato lo stesso gesto e il 18% sostiene di aver fatto pensieri suicidari negli ultimi 6 mesi [11].

Il principale fattore di rischio per i soggetti intervistati è senza dubbio il tabagismo. Come accennato precedentemente la percentuale di fumatori è molto alta, il 76%. Netta correlazione vi è con lo studio svolto a Dublino dove il tasso di tabagisti è del 84%, di cui la maggioranza fuma al giorno tra le 10 e le 20 sigarette, dato più basso rispetto agli utenti del centro, la maggior parte dei quali ne consuma tra le 20 e le 30. Tutti ammettono che il nervosismo e le preoccupazioni aumentano il loro bisogno di fumare, un utente arriva a superare mediamente le 30 sigarette nell'arco delle ventiquattro ore. Dalle interviste è emerso che molti si rendono conto essere un comportamento sbagliato e nocivo per la salute, ma è un vizio che in pochi sono disposti ad abbandonare [11].

Nonostante la percentuale di soggetti che non si lava regolarmente sia bassa, è importante soffermarsi su questo punto poiché in una tale situazione l'igiene è prioritaria al fine di evitare infezioni e patologie importanti. Mentre per le docce il problema complessivamente è quasi inesistente, in quanto gli utenti che non possono usufruire di acqua corrente altrove approfittano dei servizi offerti dal centro, l'igiene dentale non è altrettanto valorizzata. Il 42% non si occupa dei propri denti, motivo per cui sei soggetti ne sono privi, persone queste con un'età superiore ai 61 anni e con un

passato di vita di strada. Tali risultati sono in linea con lo studio svolto a Dublino, dove la percentuale é addirittura leggermente più alta [11]. La scarsa cura é un fattore importante soprattutto se collegato ad un'alimentazione che quasi mai la persona può scegliere: mela, carne, pasta, sono esempi di cibi che devono per forza essere masticati per una corretta digestione al fine di non causare ulteriori problemi.

In letteratura emergono come fattori di rischio importanti anche l'uso e abuso di alcool e sostanze [10, 11, 12], al contrario nella realtà del centro diurno il 46% di soggetti dichiara di non far uso di alcool, il 24% di farne un uso occasionale. La motivazione é semplice, "Non ho soldi per cui anche volendo non posso farne uso" é una frase che risuona in molte interviste. Anche per quanto riguarda l'uso di sostanze la situazione sembra alquanto positiva, l'86% dichiara di non farne uso; una persona però racconta di aver provato per la prima volta "a fumare una canna" durante questa situazione di difficoltà.

La vita di queste persone si traduce spesso in stanchezza e nervosismo, fattori maggiormente amplificati da poche ore di sonno e da un contesto di riposo che non si può definire adeguato. Il 34% dei soggetti dichiara di avere un sonno irregolare, accusando problemi di induzione e di mantenimento, una buona parte riconduce questa difficoltà ai numerosi pensieri e preoccupazioni che li attanagliano. Questo spiega perché, tra coloro che non dormono regolarmente, solo 5 soggetti dormono in asilo notturno o per strada. Il dormitorio, dalla maggior parte degli utenti che vi riposano, é considerato un simbolo del degrado ambientale, un posto sporco e pericoloso; tuttavia le persone non colpevolizzano gli operatori che vi lavorano bensì i soggetti che lo frequentano, in buona parte affetti da forme di dipendenza e con un comportamento aggressivo e violento, "non é un posto che ti aiuta, ma che ti peggiora". Ciò sottolinea l'importanza di attuare degli interventi specifici e individuali prima che le persone non siano più in grado di reinserirsi nella società.

Trovando corrispondenza con lo studio di Dublino la maggior parte degli utenti fa uso dei servizi sanitari, quali il Medico di Medicina Generale, l'Ospedale, il SerT [11]. Pur affermando che solo il 16% non ha un punto di riferimento sanitario, é interessante riflettere sulla loro motivazione. Si percepisce una mancanza di fiducia verso i servizi

sanitari e le persone che se ne occupano, preferendo il "fai da te" e le autodiagnosi, spesso senza piena consapevolezza della gravità dei sintomi. Questo ultimo tassello si collega all'alterata percezione della realtà della propria salute visibile durante le interviste e che spesso porta a sottovalutare condizioni e situazioni che dovrebbero essere invece indagate precocemente.

La mancanza di fiducia, spesso non è solo rivolta al settore sanitario ma anche agli enti che lavorano intorno e per il soggetto come i servizi sociali; in un momento di sfogo un uomo ha esclamato "a disagio sommano ulteriore disagio" ed un altro "se hai un disagio rimani solo nel tuo disagio, nessuno cerca di venirti incontro".

Anche se è una triste verità, va sottolineato che il 68% degli intervistati non riceve nessun tipo di aiuto da parte della famiglia, di cui solo il 9% può usare la giustificazione della famiglia lontana, in quanto persone straniere. Questo aiuta a comprendere la scarsa o assente fiducia verso il prossimo e l'isolamento in cui tali soggetti trovano rifugio. È interessante notare che, contro le previsioni dell'indagine svolta dall'Istat la quale classifica tra i fattori che concorrono alla graduale esclusione sociale le separazioni e i divorzi (59.5%), dei 17 soggetti divorziati sette individui sono ancora sostenuti e aiutati dalla famiglia di origine mentre solo i restanti 10 hanno chiuso totalmente con essa e non hanno più contatti [6].

La mancanza di una rete familiare appropriata induce la persona a cercare e costruire relazioni all'interno di questa stessa realtà, "Subentrano meccanismi di solidarietà tra esseri umani che trovi solo nei contesti estremi". Un'utente alla domanda "Mantieni i contatti con la tua famiglia?" risponde "la mia famiglia è formata da amici, persone incontrate per strada. In strada si incontrano persone di tutti i tipi, tra cui anche tanta brava gente".

Le persone sentono l'esigenza di potersi raccontare e sfogare, ma in questo contesto non è sempre semplice: "non trovi tanta gente che ti ascolta, trovi altra gente in difficoltà e allora ti accolli anche i loro problemi ma accollandoti anche i loro fai un gran casino, dovresti trovare una persona equilibrata". Nelle relazioni vi sono meccanismi manipolatori da parte delle persone senza dimora, le quali fortemente destrutturate affettivamente e relazionalmente imparano ad usarli come stile comunicativo efficace per ottenere qualcosa, ossia compiacendo o suscitando sensi di colpa nell'altro. Il rischio

é quindi di manipolare, senza accorgersene pienamente e di essere manipolato, pericolo sia tra i soggetti sia nei confronti degli operatori [4].

La figura infermieristica ha un ruolo di vitale importanza nel ripristino della salute e dell'autosufficienza delle persone senza dimora. É importante arrivare a stabilire dati sanitari certi al fine di dare un aiuto concreto e professionale a questa parte di popolazione. In letteratura ci sono alcuni esempi di lavoro infermieristico a tale riguardo. Nello studio svolto in Cincinnati (2006) si discute dell'esistenza delle cliniche infermieristiche, le quali includono servizi di counselling, educazione, promozione e protezione della salute e cure primarie. Queste cliniche devono essere vicine o all'interno di rifugi o mense, poiché tali sono le aree che permettono di conoscere la popolazione e che consentono ai senza dimora di conoscere la clinica in un contesto familiare e, già di per sé, di aiuto e protezione. Lo sviluppo di queste cliniche può portare alla crescita degli accessi alle cure per persone che non cercano attivamente assistenza sanitaria, dando loro la possibilità di ripristinare un legame di fiducia con i servizi sanitari [12]. Lo StreetMed, partito nel 2014 a Londra, é un innovativo progetto comprendente una squadra gestita da infermieri che associa competenze infermieristiche e obiettivi delle persone senza dimora per colmare il divario delle prestazioni sanitarie. Lo scopo principale é migliorare l'accesso alle cure, risultante in migliori outcomes e in una riduzione della disuguaglianza. L'incontro con il soggetto non avviene solo in ospedale, bensì anche in strada, negli ostelli, negli alloggi temporanei per poter allargare il più possibile il raggio d'azione e identificare bisogni fisici, mentali e psicosociali considerando l'ambiente e le sue influenze. Inoltre questo lavoro contribuisce alla ricerca di una sistemazione poiché “senza un tetto sopra la testa” una buona salute é impossibile da raggiungere [10].

Una cura culturalmente competente e sicura é considerata un obiettivo per tutti gli individui, una chiave di lettura di tale concetto é la diversità. I senza dimora non sono un gruppo omogeneo e le differenze individuali non devono essere ignorate. Lavorare in diversi setting permette alla figura infermieristica di identificare le maggiori preoccupazioni degli homeless, di comprendere la loro cultura, il loro linguaggio, i loro sforzi e comportamenti e, cosa fondamentale, permette di imparare a non invadere il loro spazio ed a rispettare i loro tempi [15].

La letteratura inoltre fornisce vari progetti di prevenzione primaria legati soprattutto alla sfera delle malattie infettive: campagne di vaccinazioni per epatite A e B, programmi per la promozione della salute e l'educazione sui comportamenti a rischio per l'HIV.

I risultati ottenuti dallo studio possono essere la base di partenza per progetti inerenti la realtà di Padova. Molti sono gli spunti da cui si potrebbe realizzare qualcosa: ad esempio un programma di educazione sui rischi del fumo, sull'importanza dell'igiene dentale, attività di counselling e di ascolto, attività miranti a una maggior consapevolezza e conoscenza del concetto di salute e di comportamento a rischio. Uscendo dall'ospedale e andando verso il mondo dei senza dimora, dimostrandosi privi di giudizi e rispettosi della loro dignità e del loro ambiente, sarebbe possibile anche compensare alla mancanza di fiducia presente tra gli intervistati.

L'indagine svolta è legata ad un numero ristretto di partecipanti, $n=50$, arruolati tutti all'interno della realtà "La Bussola". Poiché il campione proviene da un unico sito, i risultati non possono essere generalizzati a persone che non frequentano il centro, tuttavia lo studio ci fornisce una buona base di partenza per future ricerche avendo la possibilità di coinvolgere più contesti ed ampliare il numero di partecipanti. Questo ostacolo è presente in diversi studi, come le indagini condotte a Dublino e a Cincinnati [11, 12], complice la natura del fenomeno, un mondo in cui l'incontro e l'interazione non è ancora facile ed in cui le variabili di cui tenere conto sono molte e diverse tra loro. Un ulteriore limite legato alla tipologia degli utenti è il genere, la netta maggioranza di maschi non permette di svolgere un'analisi efficace della situazione delle donne presenti (solo 8 sono state intervistate).

Il periodo di volontariato svolto presso il Centro Diurno ha permesso la nascita di una relazione di fiducia e di reciproco scambio tra studente e utenti, questo è sicuramente un punto di forza dell'indagine. Gli utenti hanno avuto il tempo per conoscere lo studente e per sentirsi a proprio agio in sua presenza, inoltre il servizio svolto ha fatto in modo che anche persone all'inizio ostili e diffidenti si convincessero dell'assoluta buona fede e, grazie anche all'influenza degli altri, capissero che l'intervista non avrebbe recato loro alcuno scompenso emozionale e che ogni informazione sarebbe stata invece di grande utilità per il risultato finale. La possibilità di scegliere il luogo dell'intervista ha sicuramente aiutato a mantenere un clima informale e disteso.

Inoltre lo “stare” con loro durante le ore del pranzo ha permesso di entrare maggiormente nella quotidianità delle persone, aiutando a comprendere e conoscere la loro realtà e le loro difficoltà.

Questi aspetti positivi si scontrano con un limite importante: la fedeltà delle risposte. L'intervistato può fornire una risposta che non rispecchia lo stato effettivo sulla proprietà oggetto di studio perché non ha compreso il testo della domanda, per timore di un'opinione o giudizio da parte dell'intervistatore o per una distorta visione del mondo che lo circonda [16].

Una barriera, che condiziona ulteriormente la veridicità delle risposte, è data dalla percezione dello stigma che la propria condizione richiama. Il percepirsi giudicato e soprattutto fautore di determinati comportamenti e atteggiamenti può portare l'individuo stigmatizzato ad isolarsi e chiudersi in se stesso, sentendosi violato o negato come persona. Lo stigma, ossia l'insieme di credenze ed atteggiamenti deleteri che la società sviluppa nei confronti di gruppi considerati in qualche modo devianti è attualmente ancora molto presente [17].

Il progetto di tesi è riuscito a coinvolgere quasi pienamente gli utenti che frequentano il Centro Diurno. Tuttavia sarebbe opportuno rivolgersi ad un campione maggiore, includendo i diversi luoghi di ritrovo per i senza dimora, come le cucine popolari, l'asilo notturno, le sedi della Caritas. In questo modo si potrà avere una fotografia di Padova più ampia e dettagliata, potendo giungere quindi a risultati maggiormente generalizzabili. Sarebbe importante riuscire ad avere un numero equivalente di soggetti maschili e femminili, al fine di confrontare eventuali differenze di vita e di comportamenti a rischio a cui i due generi vanno incontro.

Sarebbe inoltre produttivo seguire per più tempo questi ambienti; le persone che li frequentano possono essere talvolta incostanti nella loro presenza motivo per cui un periodo più lungo significherebbe un numero più alto di individui da intervistare.

Molto interessante sarebbe avere la possibilità di indagare quanto rischia di essere distorta la percezione di salute, e di conseguenza dei disturbi patologici e dei comportamenti a rischio, degli homeless. Purtroppo non è stato possibile fare un confronto accurato tra i dati riferiti dai soggetti e i dati riferiti dai responsabili del centro

diurno, ciò nonostante é stato riscontrato che alcuni utenti hanno una visione dei loro problemi e del loro inadeguato stile di vita non del tutto equivalente alla realtà.

CONCLUSIONI

In conclusione l'indagine svolta ha permesso di far luce su alcuni aspetti importanti di questa realtà. Trattandosi di uno studio descrittivo inerente ad un modesto campione i risultati non possono essere generalizzabili, ma sono comunque una buona base di partenza. A conferma di quanto dimostra la letteratura, la percentuale di persone con problematiche fisiche e/o mentali è alta e, altrettanto elevata, è la presenza di comorbidità. Tra i disturbi fisici i principali sono: problemi cardiovascolari, rachialgia e dolori di altra natura (cervicalgia, dolore alle articolazioni), problemi respiratori; mentre un buon numero di persone ha problemi di salute mentale tra cui depressione, schizofrenia, ansia e attacchi di panico. Inoltre il forte stress che le persone vivono viene somatizzato tramite problemi gastrointestinali come la colite spastica. Il fattore di rischio maggiore è l'uso di tabacco, a cui segue la carente igiene dentale. Mentre, in contrasto con le evidenze scientifiche, l'uso di alcool e di sostanza non sembra essere un dato preoccupante. Altro risultato importante di cui tener conto è la mancanza di aiuto e sostegno familiare nella maggioranza dei casi a cui segue un forte bisogno di relazionarsi e di creare nuovi legami. Quasi tutti gli utenti hanno un punto di riferimento sanitario, chi non ne ha riconduce la motivazione ad una mancanza di fiducia che spesso viene generalizzata anche alle altre figure che ruotano attorno a loro.

I risultati raccolti dimostrano che i bisogni di salute delle persone senza dimora possono, in molti casi, essere soddisfatti da una clinica gestita da infermieri e sostenuti da un approccio infermieristico che si basa sulla promozione della salute e sulla protezione di questa quota di popolazione.

Sarebbe utile e vantaggioso ampliare il campione dello studio entrando in ambienti diversi, al fine di avere un quadro più chiaro della situazione Padovana e poter lavorare con basi più solide. Sarebbe interessante indagare la percezione che tali persone hanno della loro salute, non sempre equivalente con la realtà.

Le difficoltà ci sono state, soprattutto all'inizio. Non è stato facile trovare un luogo dove svolgere tale progetto per mancanza di conoscenze e di strumenti, a dimostrazione del fatto che questa realtà si cerca di tenerla ancora nascosta, in un angolo della società. Credo per lo stesso motivo, anche la revisione della letteratura non è stata semplice;

rispetto ad altri argomenti anche nel resto del mondo il fenomeno è ancora poco indagato, soprattutto per ciò che riguarda l'ambito sanitario.

Questo progetto di tesi è stato per me molto interessante. Ho sperimentato una realtà nuova imparando ad avvicinarmi con rispetto alle persone e alle loro storie. É stato stimolante avvicinarmi a persone che tendono ad isolarsi e che, tuttavia, hanno accettato di aprirsi e contribuire alla realizzazione del mio lavoro. É stato bello sentirsi, in alcuni casi, al posto giusto nel momento giusto, favorendo il bisogno di ascolto, di parlare, di raccontare e di raccontarsi di queste persone vedendo poi la gratitudine e la gioia nei loro occhi.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Tosi Cambini S. Gente di sentimento. Per un'antropologia delle persone che vivono in strada. Roma: Cisu; 2004.
- (2) Edgar B, Meert H, Doherty J. Third review of Statistics on Homelessness in Europe. Developing an Operational Definition of Homelessness. 2004 (Feantsa).
- (3) Statuto. 2012; Available at: <http://www.fiopsd.org/>. Accessed 09/10, 2015 (fio.PSD)
- (4) De Luise F editor. San Marcellino: operare con le persone senza dimora. Milano: Franco Angeli; 2005.
- (5) Gli Homeless: un'umanità da salvare. Dossier FIDES 2008.
- (6) Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, fio.PSD, Caritas Italiana, ISTAT. The homeless. 2012 09/10/2012
- (7) Girardi L, Nicoletto P, Stoffie V,. Social exclusion of homeless people in Italy. 2012.
- (8) Chi è il mio prossimo? Osservatorio Caritas della povertà e delle risorse. 2014 2015;2.
- (9) Power R, French R, Connelly J, George S, Hawes D, Hinton T, et al. Health, health promotion and homelessness. 1999 27 febbraio.
- (10) Lamb V, Joels C. Improving access to health care for homeless people. Nurs Stand 2014 Oct 13; 29(6):45-51.
- (11) Keogh C, O'Brien KK, Hoban A, O'Carroll A, Fahey T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. BMC Health Serv Res 2015 Feb 12; 15:58-015-0716-4.
- (12) Savage CL, Lindsell CJ, Gillespie GL, Dempsey A, Lee RJ, Corbin A. Health care needs of homeless adults at a nurse-managed clinic. J Community Health Nursing 2006 Winter;23(4):225-234.
- (13) IPASVI. Codice deontologico. 2009; Available at: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>. Accessed 08/10, 20015.
- (14) La bussola. 2015; Available at: <http://www.gruppopolis.it/>. Accessed 08/18, 2015.

- (15) Law K, John W. Homelessness as culture: How transcultural nursing theory can assist caring for the homeless. *Nurse Education in Practice* 2012 Nov;12(6):371-374.
- (16) Lo biondo Wood G, Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica. quinta ed. Milano: MC Graw Hill; 2004
- (17) Kring M, Davison GC, Neale JM, Johnson SL. Psicologia clinica. 3rd ed. Bologna: Zanichelli; 2008.

ALLEGATO A

ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion

Categorie Concettuali		Categorie operative
SENZA TETTO (ROOFLESS)	1	Vivono in strada o in sistemazioni di fortuna
	2	Ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna
SENZA CASA (HOUSELESS)	3	Ospiti in strutture (centri di accoglienza o alloggi temporanei) per <i>homeless</i>
	4	Ospiti in dormitori e centri di accoglienza per donne
	5	Ospiti in strutture (centri di accoglienza o alloggi temporanei) per immigrati, richiedenti asilo, rifugiati
	6	Persone in attesa di essere dimesse da istituzioni (carcerarie, di cura)
	7	Ricevono sostegno in quanto senza casa: strutture residenziali assistite, alloggi o sistemazioni temporanee con accompagnamento sociale
SISTEMAZIONI INSICURE	8	Sistemazioni non garantite: coabitazione temporanea con famiglia o amici; mancanza di contratto di affitto; occupazione illegale di alloggio o edificio o terreno
	9	Rischio di perdita dell'alloggio: sotto sfratto esecutivo; sotto ingiunzione di ripresa di possesso da parte della società di credito
	10	Persone a rischio di violenza
SISTEMAZIONI INADEGUATE	11	Strutture temporanee/non-standard: roulotte; edifici non corrispondenti alle norme edilizie; strutture temporanee
	12	Alloggi impropri
	13	Situazioni di estremo sovraffollamento

ALLEGATO B

Quesiti posti tramite intervista

Dati socio-anagrafici

- Quanti anni ha?
- È maschio o donna?
- Di che nazione è?
- (Se straniero) Da che paese proviene e da quanto tempo vive in Italia?
- Da quanto tempo si trova in uno stato di disagio economico?
- In che data ha cominciato a frequentare il Centro Diurno?

Stile di vita

- Quanti pasti consuma al giorno? Si alimenta regolarmente?
- Lei fuma? Quante sigarette fuma una al giorno?
- Consuma alcolici? (Se ne consuma) Quante spesso ne consuma in una settimana? (Dipendenza-tendente all'abuso-moderato-occasionale-mai)
- Fa uso di sostanze? (Se ne fa uso) Quanto spesso ne fa uso in una settimana? (Dipendenza-tendente all'abuso-moderato-mai)
- Igiene e cura di sé: quante docce riesce a fare in una settimana?
- Igiene dentale: quante volte si lava i denti in una settimana? In modo regolare, talvolta o mai?
- Ha rapporti sessuali? Con quale frequenza utilizza sistemi di protezione: sempre, talvolta o mai?
- Ha un sonno regolare? Se ha un sonno irregolare, soffre di problemi di induzione o mantenimento?
- In che luogo dorme?

Patologie e gestione

- Soffre di qualche patologia attualmente? Quali?
- Deve prendere qualche terapia e/o effettuare controlli? Riesce a gestire autonomamente la terapia e le visite/controlli?

- Ha sofferto di patologie pregresse influenti? Quali?

Famiglia

- Mantiene i rapporti con la famiglia? La famiglia le dare il sostegno necessario in questo momento di disagio?

Sanità

- Possiede un punto di riferimento in ambito sanitario? Quale?
- Ha delle esenzioni per il reddito o legati all'invalidità di cui soffre (se soffre di patologia importanti)?

Un Grazie Particolare a....

*I miei genitori che mi hanno permesso di arrivare fino a questo traguardo,
sostenendomi e appoggiandomi sempre*

Elena e Luca, perché non poteva capitarmi una sorella e un fratello migliore

*Chiara, per aver condiviso con me ogni momento anche in questi tre anni di università
parallele*

Giulia, per questi due anni intensi, per la nostra Amicizia

Sara e Silvana, la mia Famiglia Padovana

*Alessia, Lisa, Francesca, Beatrice, Davide, Silvia, Nicole perché siete doni meravigliosi
che questa università mi ha regalato*

*Anna e il Gruppo Polis per avermi dato la possibilità di concretizzare la mia idea di
tesi*

*Gli utenti della Bussola, per avermi concesso di entrare nelle loro vite, ogni parola e
ogni gesto hanno lasciato il segno, non solo su questi fogli*

*Ogni Persona che ha scelto di regalarmi un pezzo della Sua preziosa Vita,
contribuendo a farmi diventare così come sono ora!*