

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Magistrale* in

INNOVAZIONE E SERVIZIO SOCIALE



La residenza come meccanismo di esclusione.

Il lavoro del Servizio Sociale Ospedaliero con i casi dei pazienti con
“problematiche amministrative”.

Residency a key mechanism of exclusion

The role of the Hospital Social Service worker in solving
administrative problems for patient care

Relatore: Prof. ANTONINO SCALONE

Laureando: MASSIMO BILATO
matricola N. 1201029

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO I: IL DIRITTO SOCIALE ALLA SALUTE	11
1. L'accesso alle cure per un effettivo esercizio del diritto alla salute	11
2. Il diritto sociale alla salute nella normativa internazionale, sovranazionale e nazionale.....	11
3. I Sistemi di <i>Welfare</i> : lo Stato garante dei diritti sociali.....	13
4. Il Welfare in Italia negli ultimi decenni	14
5. Il modello sociale europeo: il diritto alla salute si realizza nel diritto di accesso sia a prestazioni sanitarie che sociali	17
6. Lo Stato Italiano garante del diritto a cure gratuite per gli indigenti e degli interventi di assistenza sociale	18
7. Alle Regioni e a i Comuni le funzioni in materia di sanità e sociale	19
8. L'integrazione socio sanitaria per una presa in carico globale	21
9. Il Sistema "virtuoso" di Integrazione Socio Sanitaria della Regione Veneto	23
CAPITOLO II: CHI RESTA ESCLUSO	27
1. La residenza come meccanismo di esclusione	27
2. Chi sono gli esclusi.....	29
3. La residenza diritto soggettivo.....	34
4. L'iscrizione alla anagrafe sanitaria	36
CAPITOLO III: L'OSPEDALE CURA LA SALUTE, LA MALATTIA, IL MALATO. IL RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO.....	41
1. L'ospedale luogo di cura della salute	41
2. Il modello "biopsicosociale" e il modello medico " <i>patient centered</i> "	43
3. I progressi nella cura delle malattie	46
4. Il ricovero in ospedale, le cure, la dimissione	47
5. Istituzione ed evoluzione storica e normativa del SSO	53

6. Evoluzione del SSO In Italia	54
7. Il “modello italiano” di SSO nasce a Padova	58
8. Il Servizio Sociale Ospedaliero nel Veneto e a Padova	61
10. Le risorse a disposizione del servizio	68
11. Le tipologie di utenza	69
12. Il SSO nella rete dei servizi e delle realtà territoriali	71
13. Dimensione etica del Servizio Sociale e collocazione istituzionale	72
 CAPITOLO IV: LA RICERCA: L'ANALISI DELLE CARTELLE SOCIALI E I CASI	
STUDIO	75
1. Teoria, ipotesi	75
2. Il disegno della ricerca	76
3. L'analisi delle Cartelle del Servizio Sociale di Azienda Ospedale Università di Padova	77
4. L'analisi dei dati relativi alla popolazione statistica di riferimento	81
5. L'analisi dei dati relativi alla popolazione d'interesse ovvero all'insieme delle unità statistiche oggetto della presente ricerca	86
6. Il caso di Miko	95
7. Il caso di Viko	99
 CAPITOLO V: LE POSSIBILI SOLUZIONI AL PROBLEMA	
1. La vulnerabilità come condizione universale	103
2. Nella “terra di nessuno assistenziale”	105
3. Strutture per l'assistenza post acute dei senza dimora	107
4. Monitorare e limitare la discrezionalità procedurale degli uffici anagrafe e snellimento burocratico	110
5. Potenziare il lavoro di e in rete tra livelli istituzionali, enti, professionisti, e terzo settore	114
6. L'AS riflessivo resiste alla burocrazia e trasforma i problemi sociali in problemi politici	117
7. Le proposte di legge per la modifica dell'art.19 legge 833/1978	119

CONCLUSIONI.....	123
BIBLIOGRAFIA.....	127
SITOGRAFIA.....	130

INTRODUZIONE

«Perché curare le persone per rimandarle alle condizioni che le hanno fatte ammalare» (Sir Michael Marmot, 2016)¹

La problematica oggetto di questa ricerca è emersa nel corso dell'esperienza di Tirocinio da me svolto nei primi sei mesi del 2023, presso il Servizio Sociale di Azienda Ospedale Università di Padova. Una delle situazioni che gli Assistenti Sociali del servizio sono chiamati con una certa frequenza ad affrontare nel loro lavoro quotidiano, riguarda i pazienti ricoverati che al momento delle dimissioni rischiano di essere esclusi dalla pur necessaria presa in carico assistenziale socio sanitaria post ospedaliera, a causa di quelle che vengono inquadrate come "problematiche amministrative" ed in particolare in quanto privi di una residenza anagrafica.

L'accesso alle cure costituisce un aspetto cruciale nel definire l'esigibilità del diritto alla salute per tutti i cittadini, ed in particolare per coloro che sono in situazioni di maggiore difficoltà, persone già ai margini che rischiano di esserne escluse.

Il primo capitolo inizia con il ricostruire come storicamente si sono venuti a definire i diritti sociali e nello specifico i diritti all'assistenza sociale e alla salute. Oggi il diritto alla salute è unanimemente riconosciuto dalla normativa internazionale e sovranazionale così come dalla Costituzione Italiana, come diritto fondamentale, assoluto, incompressibile e universale, ovvero garantito a tutti senza distinzioni. È il diritto per ogni individuo al «raggiungimento del più alto livello possibile di salute», quest'ultima intesa come «stato di totale benessere fisico mentale e sociale» e non semplicemente «assenza di malattie o infermità» così come si ricava dal Preambolo alla Costituzione della Organizzazione Mondiale della Sanità del 1948. Vedremo poi che come

¹ Marmot, M. (2016). *La salute disuguale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

conseguenza di tale unanime riconoscimento si generi un obbligo in carico ai Sistemi Politici Internazionali e Sovranazionali, agli Stati e alle Comunità Locali, obbligo di garantire a tutti gli individui la possibilità di raggiungere il massimo livello possibile di benessere fisico e quindi di poter usufruire di interventi sanitari di prevenzione e di cura dalle malattie, ma anche obbligo di garantire a tutti il massimo livello possibile di benessere psichico e sociale e quindi di avere accesso ad interventi non solo sanitari ma anche di assistenza sociale e di aiuto psicologico, atti a prevenire le cause e a curare ed attenuare le conseguenze della malattia. Proprio per adempiere a tale dovere di cura e assistenza, i Sistemi Politici moderni hanno introdotto programmi pubblici volti a garantire il benessere dei cittadini, sviluppando i c.d. sistemi di *welfare*. A livello globale si sono nel tempo affermati modelli diversi di welfare, ma tutti basati sul principio della solidarietà e dell'aiuto alle persone bisognose che fossero infortunate, malate, invecchiate, fragili, povere o emarginate. In Italia il sistema di welfare storicamente poggia su tre pilastri la sanità, la previdenza e l'assistenza. Il capitolo continua ricordando che il modello sociale europeo prevede il diritto di accesso per tutti i cittadini a prestazioni sanitarie e sociali, e che la legislazione Italiana impegna lo Stato a garantire il diritto alle cure e all'assistenza sociale prevedendo la presa in carico globale dei bisogni assistenziali e quindi l'integrazione socio sanitaria come modello operativo di intervento, a cui sono delegate le Regioni e gli Enti Locali. Infine il capitolo termina presentando, così come si articola, il Sistema di Integrazione Socio Sanitaria della Regione Veneto.

Il secondo capitolo affronta la questione centrale oggetto della ricerca: nonostante le previsioni normative, i doveri dello Stato e i modelli di intervento previsti, ancora oggi in Italia si verifica che la salute, la cura e l'assistenza non vengano garantite a tutto tondo a tutte le persone presenti sul territorio nazionale, ovvero c'è chi resta escluso. Da un lato la messa in discussione del carattere assoluto e dell'universalità del diritto alla salute, ha generato e genera scelte politiche contrastanti, norme ostative e spinte culturali contrarie; dall'altro lato è spesso la carenza delle necessarie risorse economiche e strutturali che influenza negativamente l'attuazione del principio. Se la presa in carico e

l'azione di cura medico sanitaria delle emergenze, delle urgenze e dello stato acuto della malattia è garantita a tutti gli individui presenti sul territorio nazionale, pur se con alcune differenze, al contrario l'accesso alla presa in carico sanitaria, socio-sanitaria, e socio-assistenziale territoriale non viene garantito a tutti, sia in chiave preventiva (medicina di base, prevenzione e profilassi) sia riguardo alla continuità delle cure (strutture di riabilitazione, strutture residenziali e semi residenziali), ovvero non sono considerati sia il prima che il dopo l'evento acuto. Questo avviene anche a causa di una serie di ostacoli posti da norme, regolamenti, ordinanze e prassi amministrative che impediscono o complicano il garantire il diritto alla salute, alle cure e all'assistenza a tutto tondo a quelle persone che per vari motivi non hanno documenti validi, non hanno un permesso di soggiorno, non hanno un lavoro, non hanno un abitazione, non hanno una residenza. Nel capitolo si cercherà di dare conto di chi sono gli esclusi dal diritto soggettivo alla residenza e di conseguenza dal godimento a tutto tondo del diritto alla salute, cercando di quantificarne il loro numero "reale" a livello nazionale, e cercando poi di riassumere quali sono oggi la normativa e le prassi per ottenere l'iscrizione all'anagrafe comunale e all'anagrafe sanitaria.

Nel terzo capitolo la ricerca ricostruisce il ruolo dell'ospedale oggi, istituzione fulcro dell'assistenza sanitaria e principale luogo deputato alla cura della salute e del malato, che però paradossalmente sembra spesso dedicarsi maggiormente alla cura della malattia che non a quella della persona. Questo sembra avvenire a causa della storica propensione della medicina e del medico verso il modello biomedico, che porta alla reificazione del paziente, ad un'attenzione maggiore verso i batteri e i virus, l'organo e l'apparato, e questo nonostante l'affermarsi da qualche decennio di un nuovo approccio cd. *patient centered*, basato sul modello *biopsicosociale*, che tra l'altro ispira la recente definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si è poi dedicato un paragrafo per spiegare come nonostante i progressi della scienza medica nella cura della salute e il conseguente innalzarsi dell'aspettativa di vita in gran parte del pianeta, la lunghezza della vita ovvero la capacità di vita di un

essere umano sia aumentata di molto poco, in maniera del tutto trascurabile, e per affermare che la speranza di vita non valga per tutti così come la speranza di salute e l'incidenza di molte malattie sia correlata alle condizioni di vita delle persone, il che comporta che la divaricazione, la distanza tra le classi sociali tende comunque ad aumentare e non a diminuire. Il capitolo continua con una ricostruzione delle dinamiche che accompagnano il ricovero in ospedale fino alla dimissione del paziente. I bisogni emergenti non sono solo sanitari ma molto spesso emergono necessità di assistenza anche psicosociale, e l'Assistente Sociale Ospedaliero sembra essere la figura per vocazione più portata a comprendere i vari aspetti delle necessità di cura della persona, anche quelli che un approccio più prettamente sanitario, e o influenzato da dinamiche burocratico-organizzative e di gestione manageriale dell'istituzione sanitaria rischia di non cogliere. A questo punto la ricerca si occupa del percorso che porta ad affermare che oggi il SSO è senza dubbio sempre più necessario nella gestione del paziente ricoverato e soprattutto nel suo accompagnamento alla dimissione se possibile con il rientro a domicilio. Ne segue la descrizione delle attività, del lavoro del Servizio Sociale nella realtà di AOUP (Azienda Ospedale Università Padova) oggetto della ricerca, finendo con il parlare della dimensione etica del Servizio Sociale, della sua collocazione istituzionale e nell'ambito della comunità.

Nel quarto capitolo si entra nel dettaglio dei pazienti che rientrano nella fattispecie oggetto della ricerca ovvero quella dei degenti ricoverati con "problematiche amministrative", di cui si occupa il SSO di AOUP su richiesta dei medici curanti. Superata l'emergenza, l'urgenza, il personale sanitario tenuto conto della cronica carenza di posti letto disponibili, ritiene preferibile procedere prima possibile alla dimissione per permettere alla struttura ospedaliera di assolvere alla funzione primaria a cui è chiamata ovvero la cura dello stato acuto della malattia. Qualora per il paziente da dimettere vi sia la valutazione di un bisogno assistenziale post degenza sia di tipo sanitario che sociale, nel caso dei pazienti che presentano problematiche amministrative, si verifica spesso che la necessaria presa in carico territoriale risulti impossibile o estremamente difficile. L'ospedale è il contesto dove nel momento del ricovero emergono

situazioni di precarietà, di emarginazione e di bisogno assistenziale non solo sanitario ma anche psicologico e sociale, sia precedenti che conseguenti all'evento acuto. Il personale sanitario che per vocazione è portato a curare prevalentemente la malattia e meno a farsi carico degli altri aspetti della cura, ove avverte la necessità di interventi di tipo sociale, attiva l'Assistente Sociale Ospedaliero con una richiesta di consulenza. Questi è chiamato a leggere con professionalità le situazioni problematiche e i conseguenti bisogni, e a promuovere la connessione dei servizi ospedalieri, dei degenti e dei loro familiari con i servizi e le realtà territoriali dediti alla presa in carico socio-assistenziale. Compito dell'AS Ospedaliero è quello di riportare i casi al territorio e stimolarne l'attivazione, ma in alcuni casi ciò risulta molto difficile da realizzare a causa delle problematiche escludenti la possibile presa in carico.

I casi specifici oggetto di studio confermano le difficoltà della presa in carico territoriale integrata e possono a pieno titolo definirsi emblematici se non paradigmatici. Si tratta di casi affrontati dal Servizio Sociale Ospedaliero di Azienda Ospedale Università di Padova nel corso del 2023 e il resoconto dell'osservazione e della partecipazione ai lavori su di essi, sono qui di seguito preceduti dall'analisi statistica dei dati contenuti ed estrapolati dalle cartelle sociali dei pazienti seguiti dal Servizio nell'arco dell'anno 2023, analisi che ha permesso di rilevare la numerosità e alcune caratteristiche del fenomeno, e di fare su di esso alcune considerazioni.

Nel quinto ed ultimo capitolo si è cercato di dare un quadro di quelle che sono ad oggi le prospettive per trovare soluzioni al problema. Partendo dal constatare come il rischio di vedere escluse persone già ai margini dal godimento di diritti universalmente riconosciuti sia un problema globale. Attraverso la ricerca documentale sono emerse alcune proposte e azioni portate avanti sia in Italia che in altri paesi, che mirano in alcuni casi per lo meno a ridurre gli effetti negativi, in altri per trovare soluzioni più o meno definitive.

CAPITOLO I: IL DIRITTO SOCIALE ALLA SALUTE

1. L'accesso alle cure per un effettivo esercizio del diritto alla salute

L'accesso alle cure costituisce un aspetto cruciale nel definire l'esigibilità del diritto alla salute per tutti i cittadini, ed in particolare per coloro che sono in situazioni di maggiore difficoltà, persone già ai margini che invece spesso rischiano paradossalmente di esserne escluse per svariati motivi e in particolare nel caso oggetto del presente studio, a causa di quelle che abbiamo definito "problematiche amministrative". Ci sembra utile innanzitutto ricostruire come storicamente si sono venuti a definire i diritti sociali e nello specifico il diritto alla salute, all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

2. Il diritto sociale alla salute nella normativa internazionale, sovranazionale e nazionale

Il diritto alla salute fa parte dei diritti umani fondamentali riconosciuti a livello internazionale. Se ne parla per la prima volta nel 1946 nel Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: «Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità». Una sua definizione è contenuta anche nell'art.25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1948: «Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere». Se ne parla poi nell'art. 11 della Carta Sociale Europea del 1961: «Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute», e all'art. 12 del Patto Internazionale sui Diritti Economici Sociali e Culturali adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 16 dicembre 1966: «Gli Stati

parte del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire».²

Nell'ordinamento sovranazionale della Comunità Europea una protezione dei diritti sociali tra cui rientra il diritto alla salute inizia ad essere effettivamente prevista solo a partire dall'Atto Unico Europeo del 1986.

La Costituzione Italiana dalla sua entrata in vigore nel 1948 prevede da parte dello Stato una garanzia *erga omnes* dei c.d. "diritti sociali" tra i quali rientra il diritto alla salute, insieme a quelli al lavoro, allo studio, alla previdenza e all'assistenza, e a quelli relativi alla famiglia. Una categoria di diritti che è previsto che possano essere limitati solamente in caso di pericolo per l'ordine pubblico, e che devono essere assicurati a tutti per un godimento effettivo, nel rispetto degli artt. 2 e 3 della Costituzione: lo Stato riconosce e «garantisce i diritti inviolabili dell'uomo» (art. 2), e assume il compito di «rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana» (art. 3). I diritti sociali trovano il proprio fondamento allora nel principio personalista, che implica l'invulnerabilità della dignità umana ovvero l'esistenza di una sfera di diritti individuali intoccabili da parte dei pubblici poteri, e nel principio solidarista, per il quale ogni cittadino in conseguenza dei diritti attribuiti ha anche dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale. Alla garanzia dei diritti sociali sono collegati specifici doveri dello Stato, i diritti sociali rappresentano una "pretesa" a una prestazione positiva rivolta al legislatore. Ciò vale ancor più per i così detti diritti sociali "derivati o condizionati", che, a differenza di quelli "originari o incondizionati", presuppongono un'organizzazione erogatrice delle prestazioni e, quindi, un apposito intervento legislativo.

² Costamagna, F. (2009). Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali. In *Enciclopedia Garzanti del Diritto* (pp. 1083-1084). Garzanti Libri.

3. I Sistemi di *Welfare*: lo Stato garante dei diritti sociali

Il *Welfare* è il sistema predisposto allo scopo di garantire ai cittadini in situazione di bisogno, l'effettiva protezione sociale da parte dello Stato così come prevista dai principi di equità e solidarietà sociale, ed enunciata nelle definizioni dei diritti sociali.

L'origine del *Welfare State* (letteralmente "Stato del benessere"), in italiano "Stato Sociale", così come è venuto affermandosi nel XX secolo, è il frutto di un lungo percorso che parte dalla fine del Medio Evo con la nascita dello Stato Moderno, nato proprio allo scopo di garantire pace e sicurezza, la cui genesi prosegue con la trasformazione in Stato Liberale, libertà e uguaglianza (formale) sono i principi fondanti e il principio rappresentativo attraverso il meccanismo dell'autorizzazione attribuisce il potere ad un assemblea che esprime la volontà del popolo in forma di leggi.

Il passaggio allo Stato Sociale moderno avviene quando la carenza di uguaglianza sostanziale, e quindi di legittimazione del sistema rappresentativo con le conseguenti rivendicazioni e lotte sociali, inducono i sistemi statali a fornire beni e servizi allo scopo di compensare tali carenze. Le prime forme di intervento in questi termini sono attuate già a partire dal XIX secolo in Inghilterra mentre nel resto degli Stati europei verranno messe in atto a partire dai primi decenni del '900.³

Il *Welfare* contemporaneo prende corpo solo nel secondo dopoguerra con l'affermarsi dei diritti sociali dell'individuo in quanto cittadino, e il loro inserimento nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, nel Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e nelle Carte Costituzionali dei singoli Stati. I diritti sociali si sono affermati successivamente ai diritti civili e a quelli politici allo scopo di rendere sostanziali i principi di uguaglianza e di libertà. Per essere realizzati tali diritti

³ Luppi, S. A. F., Codini, E., & Fossati, A. (2017). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. G Giappichelli Editore.

richiedono specifiche previsioni legislative e un idoneo apparato che insieme danno vita ad un sistema politico amministrativo, il *Welfare State*.⁴

I pilastri sui cui poggiano generalmente tutti i sistemi di *Welfare* sono tre: la sanità, la previdenza e l'assistenza, e i principali modelli di *Welfare* sviluppatisi sono ancora tre: 1) quello delle politiche universalistiche che parte dall'assunto che potenzialmente chiunque può in una qualche fase della vita trovarsi a non essere in grado di far fronte ai propri bisogni e ad avere bisogno di aiuto e assistenza, 2) quello delle politiche assicurativo-previdenziali legato allo status di lavoratore, 3) quello delle politiche assistenziali che prevedono interventi solo per le situazioni problematiche gravi di invalidità o malattia in carenza di capacità economico-reddituale. Nella pratica i sistemi di *Welfare* si sono tradotti in approcci caratterizzati dalla compresenza dei tre modelli, con una certa prevalenza dell'uno o dell'altro.⁵

4. Il Welfare in Italia negli ultimi decenni

Il modello di *Welfare State* in Italia seppur prevalentemente centrato sulla figura del lavoratore, si è sviluppato con un approccio d'intervento di tipo universalista in ambito sanitario, e con un approccio di tipo residuale in ambito assistenziale, caratterizzato dall'essere un sistema prevalentemente particolaristico e clientelare ossia basato su trasferimenti di reddito piuttosto che prestazioni e servizi, e paternalistico, ovvero centrato sulla figura del *pater familias* lavoratore, unico titolare di diritti che solo per estensione spettano agli altri membri della famiglia. Negli ultimi decenni le cicliche crisi economiche hanno portato il sistema sia a ridurre il carattere universalistico degli interventi, prevedendo spesso forme di selezione all'accesso, che alla riduzione delle garanzie operate dai trasferimenti

⁴ T.H. Marshall, *Cittadinanza e classe sociale*, trad.it. Torino, Utet, 1976

⁵ Luppi, S. A. F., Codini, E., & Fossati, A. (2017). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. G Giappichelli Editore.

previdenziali pubblici, così come al limitare le risorse dedicate alle politiche assistenziali rivolte ai soggetti più bisognosi e ai poveri.⁶

Alle tensioni provocate dalla crisi e dalla contrazione degli interventi e delle prestazioni erogate, si sono aggiunte le trasformazioni demografiche e sociali, l'invecchiamento della popolazione, i flussi migratori e i cambiamenti della struttura familiare, che hanno prodotto all'opposto un aumento della domanda di servizi innescando ulteriori motivi di tensione.

Anche in Italia a partire dagli anni '90 si è iniziato a parlare di un nuovo modello il così detto *Welfare Mix*⁷: lo Stato pur responsabile della protezione sociale dei cittadini, garante e finanziatore degli interventi a tutela dei diritti sociali, non è più il solo erogatore di servizi. Il Mercato entra nel *Welfare* allo scopo di ridurre i costi attraverso il meccanismo della concorrenza, della domanda e dell'offerta, può apportare innovazione e flessibilità, calo della burocrazia e risparmio di spesa, in due parole efficienza ed efficacia. Di pari passo all'affermarsi del modello, negli ultimi decenni sono andati progressivamente aumentando gli interventi statali nella forma di trasferimenti monetari (bonus, assegni), a fronte di una riduzione del finanziamento dei servizi. Una delle forme di *Welfare Mix* è il così detto *Community Welfare*,⁸ modello che prevede oltre alla partecipazione e al coinvolgimento di più soggetti, anche quella delle diverse regole di cui sono portatori, lo Stato regolato dalla burocrazia e il Mercato regolato dalla concorrenza, ma anche la famiglia e la comunità/privato sociale, regolate dalla solidarietà e dall'interesse comune. In questo caso sono le regole che si vanno a mixare e che è possibile poi ritrovare mischiate nell'azione dei diversi soggetti coinvolti.

⁶ Luppi, S. A. F., Codini, E., & Fossati, A. (2017). *Manuale di diritto dei servizi sociali*. G Giappichelli Editore

⁷ Banks, S. (1999). *Etica e valori nel servizio sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix* (Vol. 24). Edizioni Erickson

⁸ Maino, F. (2023). *Agire insieme: Coprogettazione e coprogrammazione per cambiare il welfare: Sesto Rapporto sul secondo welfare*.

Negli ultimi due decenni ad affiancarsi al *Welfare* Tradizionale sono sorte quelle che vengono definite le forme del nuovo o “Secondo *Welfare*”⁹ che rientrano nelle tre macro aree di seguito elencate:

- *il Welfare Aziendale*, che prevede forme di assicurazione e previdenza complementare autofinanziata da lavoratori e imprese, e altre forme di integrazione e sostegno al reddito (fondi, polizze, fringe benefit, nido aziendali),
- *il Welfare Filantropico* che consiste nelle forme di intervento filantropico delle Fondazioni, che «non donano per donare» ma almeno nelle intenzioni, per produrre strategicamente *empowerment* dei beneficiari e *capacity building* delle comunità,
- *il Welfare di Prossimità* che include forme di intervento bottom up, co-definite e co-progettate, e che prevede interventi a progettazione e finanziamento non solo pubblico ma ad opera delle comunità o delle imprese.

Riassumendo la definizione che ne da Andrea Canevaro, Professore emerito dell’Università degli studi di Bologna e autore di studi sull’educazione con e delle persone con disabilità, possiamo dire che il *Welfare* di Prossimità propone un atteggiamento diverso, produttivo nei confronti della crisi economica, che a suo dire è da ritenersi un fatto culturale. È un processo culturale ed economico che crea opportunità inclusiva di partecipazione alla cittadinanza attiva e si basa sul considerare la salute una condizione di vita determinata da un equilibrio biopsicosociale,¹⁰ e sul ritenere che, citando un proverbio africano, «ci vuole un intero villaggio per far crescere un bambino».¹¹

⁹ Maino, F. (2023). Agire insieme: Coprogettazione e coprogrammazione per cambiare il welfare: Sesto Rapporto sul secondo welfare

¹⁰ Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of medicine and philosophy*, 6(2), 101-124 Canevaro, A. (2015). *Nascere fragili: processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna

¹¹ Canevaro, A. (2015). *Nascere fragili: processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna

E ancora Canevaro dice che il *Welfare* di Prossimità: «Attiva la conoscenza e la valorizzazione dei contesti, capitalizza le risorse, valorizza le competenze e i diversi ruoli sociali rendendoli complementari a quelli istituzionali, realizzando una progettazione condivisa». ¹²

Si parla oggi di un nuovo paradigma riferendosi al *Welfare* Generativo, sviluppatosi comunque sulla scia delle idee del *Welfare* di Comunità e del modello del *Welfare* di Prossimità, con l'obiettivo di rompere con il meccanismo di raccolta (fiscalità) e redistribuzione di risorse (monetarie), che porta inevitabilmente solo a consumare risorse senza produrne. Secondo tale paradigma detto anche delle 5 R «un *Welfare* che, oltre a Raccogliere e Redistribuire, Rigenera le risorse facendole Rendere grazie alla Responsabilizzazione legata a un nuovo modo di intendere i diritti e i doveri sociali». ¹³

5. Il modello sociale europeo: il diritto alla salute si realizza nel diritto di accesso sia a prestazioni sanitarie che sociali

Nel 1992 i paesi membri della UE firmano il Trattato di *Maastricht* in cui si sancisce all'art. 152 che debba essere garantito un livello elevato di protezione della salute umana prevedendo specifici compiti di integrazione delle politiche nazionali.

Nella Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano firmata a Oviedo, il 4 aprile 1997 si stabilisce poi che «l'interesse e il bene dell'essere umano devono prevalere sul solo interesse della società e della scienza» e poi parla di «accesso equo a cure della salute e di qualità appropriata», del «consenso e della libera determinazione del paziente».

Nel dicembre del 2000 la Carta di Nizza ovvero la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea stabilisce all'art. 35 che: «Ogni persona

¹² Canevaro, A. (2015). *Nascere fragili: processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna

¹³ Zancan, F. E. (2012). Vincere la povertà con un welfare generativo. *La lotta alla povertà. Rapporto*.

ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche» e all'art. 34 che ha il «diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali» al fine di «lottare contro l'esclusione sociale e la povertà», poiché 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».

Tutto ciò sta a significare che per l'Unione il diritto alla salute si realizza nel diritto sia a prestazioni sanitarie che a prestazioni sociali.

L'importanza di una politica sanitaria europea è ribadita con forza nel dicembre 2007 nel Trattato di Lisbona che modifica l'art 152 del trattato di *Maastricht* in quello che diventerà l'art. 168 TFUE. L'Unione promuove quindi un "modello sociale europeo" che riassumendo, prevede obiettivi comuni da perseguirsi nel rispetto dei principi di equità e solidarietà attraverso il diritto all'accesso universale ai servizi sanitari e ad un livello elevato di prestazioni sanitarie e sociali. L'Unione invita gli Stati membri a migliorare l'accesso per tutti a servizi di assistenza socio sanitaria elevata, prestando particolare attenzione ai soggetti più vulnerabili, valutando modelli innovativi di integrazione tra cure primarie, cure ospedaliere e assistenza sanitaria e sociale.¹⁴

6. Lo Stato Italiano garante del diritto a cure gratuite per gli indigenti e degli interventi di assistenza sociale

L'articolo 32 della Costituzione 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».

¹⁴ Conclusioni del Consiglio d'Europa sulla crisi economica e l'assistenza sanitaria-2014/C 217/02

L'articolo 38 della Costituzione recita: «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale[...]diritto che siano provveduti ed assicurati mezzi adeguati alle esigenze di vita in caso di infortunio, di malattia, invalidità e vecchiaia», in sostanza la Costituzione prevede un vero e proprio sistema di sicurezza sociale caratterizzato dall'obbligatorietà degli interventi e da un diritto soggettivo all'assistenza sociale.

L'originario art. 117 della Costituzione prevedeva la competenza regionale sull'assistenza sanitaria e ospedaliera, interpretata dalla legislazione e dalla giurisprudenza in senso estensivo come insieme delle attività volte a tutelare il diritto alla salute.

Il D.P.R. 616 del 1977 che realizzò il decentramento delle funzioni amministrative, in particolare attribuì ai Comuni le funzioni di organizzazione dei servizi sociali.

La legge 833 del 23 dicembre 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale allarga il campo di azione delle Regioni in materia di sanità e attribuisce i compiti operativi ai Comuni da esercitarsi attraverso le Unità Sanitarie Locali i cui ambiti vengono individuati dalle Regioni.

7. Alle Regioni e a i Comuni le funzioni in materia di sanità e sociale

Il d.lgs 502 del 1992, riforma il SSN trasformando le USL in aziende AULS dotate di personalità giuridica e dell'autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con un Direttore Generale nominato dalla Regione il quale a sua volta nomina il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Coordinatore o Direttore dei Servizi Sociali. Le AUSL possono assumere la gestione dei servizi socio-assistenziali su delega dei Comuni diventando così Aziende Unità Socio Sanitarie Locali (AUSSL) articolate in Distretti, ovvero in strutture tecnico funzionali distribuite sul territorio.

All' art. 3 septies il d.lgs 502 da una definizione di Servizi Socio Sanitari, che sono tutte quelle attività destinate alla soddisfazione dei bisogni di salute attraverso percorsi assistenziali integrati «che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione».

A rafforzare il ruolo di Regioni ed Enti Locali intervengono la cd Legge Bassanini che introduce il principio della sussidiarietà per il quale le decisioni vengono prese dall'organo di governo più vicino ai cittadini, e il d.lgs 112 del 1998 che conferisce ulteriori funzioni in materia di sanità e servizi sociali alle Regioni e ai Comuni. Quest'ultimo definisce i Servizi Sociali come tutte le attività di predisposizione ed erogazione di servizi o «prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario».¹⁵

Un ulteriore riforma del Sistema Socio Sanitario è operata dal d.lgs 229 del 1999 il quale:

- amplia il ruolo dei Comuni, introducendo la Conferenza per la programmazione socio-sanitaria, da istituire con legge regionale e di cui fa parte il Sindaco o i Sindaci;
- fissa un tetto massimo di spesa sanitaria statale per ogni cittadino, integrabile dalle singole Regioni (eventualmente con il ricorso all'imposizione fiscale);
- attribuisce alla Conferenza permanente per lo Stato, le Regioni e le province autonome il compito di autorizzare programmi di sperimentazione proposti dalle Regioni che prevedano forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati anche

¹⁵ Caruso, E. (2022). *L'autonomia differenziata e la sanità: quale idea di redistribuzione. SISTEMA SALUTE*, 66(2), 156-166.

attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.¹⁶

Con la legge 328 del 2000 o Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali si realizza una normativa generale anche in materia assistenziale analogamente alla riforma operata dalla legge 833/1978 in ambito sanitario e con la quale è chiamata ad integrarsi. In molte Regioni verranno istituite le Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (AULSS) chiamate a realizzare i previsti Sistemi di Integrazione Socio-Sanitaria.

Con la Legge 3 del 2001 che revisiona il Titolo V della Costituzione viene riconosciuta alle Regioni l'autonomia legislativa, ovvero la potestà di dettare norme di rango primario, articolata su tre livelli di competenza: esclusiva o piena, concorrente o ripartita, di attuazione delle leggi dello Stato. A quest'ultimo compete solo un potere esclusivo e pieno circoscritto alle materie di cui all'elenco del 2° comma dell'art. 117, ovvero la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; il 3° comma dell'articolo individua i casi di potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni, con riguardo alla tutela della salute. Per tutte le altre materie, non indicate e non rientranti in quelle indicate nei commi 2° e 3° dell'art. 117, le regioni hanno potestà piena.

8. L'integrazione socio sanitaria per una presa in carico globale

L'integrazione socio-sanitaria e la sua gestione è disciplinata dal D.lgs 229/1999 e dalla legge n. 328/2000, nonché dagli atti di indirizzo successivi (D.P.C.M. del 14/02/2001 e D.P.C.M. del 29/11/2001).

Per integrazione si intende la capacità dei servizi di inserirsi nel progetto globale di aiuto alla persona e al suo nucleo familiare. Prevede il

¹⁶ Giorgi, C. (2023). *Politica e salute. La sanità italiana nella crisi del welfare. Studi storici*, 68(2), 345-376.

coordinamento e il potenziamento delle risorse disponibili ad intervenire (servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, terzo settore, comunità), protocolli d'intesa e condivisione di modelli operativi per un lavoro unitario e integrato sui singoli casi. Nello specifico per realizzare l'integrazione sono necessari:

- un rapporto stretto tra prevenzione, cura e riabilitazione;
- continuità assistenziale ospedale e territorio;
- valorizzazione e promozione dei rapporti tra soggetti pubblici e privati, della solidarietà e del valore della comunità.

I livelli di integrazione socio-sanitaria sono individuati e definiti dal D.lgs 229/1999:

- Integrazione Istituzionale tra aziende sanitarie e amministrazioni locali che si pongono comuni obiettivi di salute, utilizzando convenzioni e accordi di programma;
- Integrazione Gestionale, attraverso la struttura operativa dei Distretti e dei servizi che li compongono
- Integrazione Professionale che prevede:
 - la costituzione di unità valutative integrate (UVI);
 - la gestione unitaria della documentazione;
 - la valutazione dell'impatto economico delle decisioni;
 - la definizione delle responsabilità;
 - la continuità terapeutica tra ospedale e distretto;
 - la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali;
 - la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologia d'intervento;
 - l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Con il D.P.C.M. del 14/02/2001 si individuano le caratteristiche che vanno a definire la natura delle prestazioni in:

- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero "le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o

invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale” (art. 3, c.1). La competenza e il carico finanziario è delle AULSS.

- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria ovvero “le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute” (art. 3, c. 2). La competenza è dei Comuni e il carico finanziario degli stessi anche se prevista una compartecipazione finanziaria dei beneficiari.
- Prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria “caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria” riguardano “la fase post-acuta e sono caratterizzate dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza” (art. 3, c. 3). Queste prestazioni rientrano nei livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. del 29/11/2001) e sono a carico del fondo sanitario nazionale. Sono riferite alle seguenti aree: materno infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.¹⁷

9. Il Sistema “virtuoso” di Integrazione Socio Sanitaria della Regione Veneto

L’assunzione della responsabilità regionale in ambito socio-sanitario la ritroviamo già nella legge regionale n. 340 del 1971: «la Regione Veneto esercita i propri poteri...per garantire a tutti i cittadini i servizi sociali, con particolare riguardo all’abitazione, alla scuola, alla tutela della salute», ma è

¹⁷ Vecchiato, T. (2000). L’atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria. *Studi Zancan*, 4, 7-28.

con le due leggi regionali la n. 55 e la n. 56 approvate il 14 settembre 1994 che il Sistema Socio Sanitario Regionale Veneto assume una forma compiuta.

La Legge 55 definisce gli strumenti e le modalità della programmazione e le fonti di finanziamento del Sistema, la Legge 56 contiene l'impianto organizzativo e all'art. 8 dice che:

1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio Sanitarie
2. Persegue altresì l'integrazione delle attività in ambiti territoriali il cui principale strumento di integrazione è rappresentato dai Piani di Zona che vengono elaborati e approvati dal Sindaco.

Nella pubblicazione a cura della Segreteria Regionale per la Sanità della Regione Veneto dal titolo Origini e storia del Sistema Socio Sanitario Regionale, si parla di elementi costituenti il SSSR Veneto ovvero, un orizzonte ideale che corrisponde alla definizione della salute data dall'OMS, un modus operandi per il raggiungimento del maggior livello di salute possibile con il contributo di una pluralità di attori e poi una struttura organizzativa la AULSS in luogo di ASL con la previsione di un Direttore dei Servizi Sociali in ogni Azienda, e ancora si parla di una risposta ai bisogni della popolazione non limitata solo ai problemi di tipo esclusivamente sanitario e per finire dell'assoluta prevalenza di strutture pubbliche.¹⁸

Lo Stato definisce i Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria e Sociale che le Regioni sono tenute ad erogare ma allo stesso tempo stabilisce che le Regioni debbono mantenere l'equilibrio economico finanziario, richiedendo loro efficacia e efficienza.

La Regione Veneto si impegna formalmente a seguire gli indirizzi internazionali, sovranazionali e nazionali in modo virtuoso, assumendo un

¹⁸ Fuolega, F. (2012). Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale. *Disponibile online da:* http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file.

approccio unitario alla persona ed ai suoi bisogni e adottando una pianificazione e programmazione che tende al superamento di una visione ospedale-centrica e in cui la residenzialità ospedaliera ed extra ospedaliera sono elementi di una rete assistenziale e sociale caratterizzata dalla presa in carico e dalla continuità; avendo adottato da tempo un approccio caratterizzato da una forte integrazione socio sanitaria la Regione considera prioritari lo sviluppo dell'assistenza territoriale e delle cure primarie.¹⁹ Dalla lettura del documento emerge come esso più di dieci anni fa preveda per il futuro del Sistema Sanitario la necessità di ragionare oltre che sull'incidenza dei fattori demografico-strutturali (numerosità e composizione della popolazione, flussi migratori, necessità infrastrutturali e di risorse umane) su di uno storico cambio di paradigma, che seguendo le recenti indicazioni dell'OMS comporta il passaggio dal modello Biomedico che identifica la malattia rispetto a precisi parametri biologici, al modello Biopsicosociale di Engel secondo il quale ogni condizione di salute o malattia è conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Tale cambio produrrebbe come effetto il pensare e programmare nuovi modelli organizzativi e formativi per il personale sanitario finalizzati ad acquisire nuove competenze comunicativo relazionali. Il documento individua come principi fondamentali da seguire per i Piani Socio Sanitari regionali, l'universalità e l'equità, l'umanizzazione e l'integrazione delle cure, che spingano alla valorizzazione della coesione, della responsabilizzazione e della partecipazione diffusa della società civile verso una "*partnership* di comunità".²⁰

¹⁹ Fuolega, F. (2012). Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale.*online*]. Disponibile da: http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file.

²⁰ <https://www.secondowelfare.it/terzo-settore/welfare-di-comunita-siamo-pronti/>

CAPITOLO II: CHI RESTA ESCLUSO

1. La residenza come meccanismo di esclusione

Vi sono sempre più persone in una condizione di estrema povertà tale da non potersi permettere di pagare le spese per avere un tetto sopra la testa, costrette per strada o nella migliore delle ipotesi in alloggi di fortuna o precari (ospiti di altri, occupanti di dimore abbandonate). Tali persone sono nella condizione di non poter ottenere il rilascio della residenza o di vedersela cancellata dal Comune per dichiarata irreperibilità.

Come da tempo dimostrato da numerosi studi di igiene e di medicina epidemiologica e sociale, le persone che vivono in condizioni di precarietà economica, sociale e abitativa ovvero di povertà, così come quelle senza o con scarse reti di supporto, hanno un rischio quasi doppio di contrarre gravi malattie. Vivere in una condizione di emarginazione socio economica espone al cronicizzarsi di situazioni patologiche, e d'altro canto a volte è invece proprio l'insorgere di malattie e patologie croniche a condurre ad una progressiva marginalizzazione che può culminare con il ritrovarsi "senza dimora".

L'articolo 19 comma 3 della legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale stabilisce che «gli utenti del SSN sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'Unità Sanitaria Locale nel cui territorio hanno la residenza». Tale norma che prevede la residenza come requisito necessario per poter usufruire dell'assistenza socio-sanitaria territoriale presenta senza dubbio un carattere irragionevole.

La residenza diviene un ingiustificato titolo di preferenza per poter usufruire di un diritto soggettivo e assoluto. La norma prevedendo di limitare le prestazioni sociali al possesso della residenza intacca la sfera essenziale dei diritti e dei bisogni umani.

Anche il possesso e la regolarità del permesso di soggiorno e dei documenti di identità personale risultano presupposto indispensabile per poter

accedere a importanti servizi territoriali e vedersi garantita una presa in carico assistenziale socio sanitaria continuativa in caso di bisogno, e questo in applicazione di norme che operando differenziazioni irragionevoli tra cittadini, minano il diritto ad un pari riconoscimento dei diritti sociali fondamentali tra i quali rientrano il diritto alla salute e il diritto all'assistenza sociale, e quindi il diritto ad usufruire dei servizi del sistema sanitario e del servizio sociale professionale.

Tanto più grave è questa forma di discriminazione operata dalla norma sulla residenza se si considera quanto stabilito dall'art. 3 della legge 8 novembre 2000 n. 328, "Legge Quadro sul Sistema Integrato dei Servizi Sociali e Sociosanitari" secondo la quale il servizio sociale "è destinato primariamente a soggetti economicamente deboli" tra cui rientrano la quasi totalità di coloro che si trovano per qualsiasi motivo privi di residenza anagrafica così come di permesso di soggiorno.

Prevedere una preferenza per i soggetti più deboli non significa mettere in dubbio il carattere universalistico del sistema integrato dei servizi sociali che è "aperto a tutti", e questo perché «può accadere a chiunque in qualunque fase della vita, di venirsi a trovare in una condizione di bisogno permanente o transitorio»²¹

Diversamente invece è possibile prevedere il diversificarne l'accesso basandosi su criteri reddituali in base al principio del così detto "universalismo selettivo".²² La normativa nazionale che stabilisce tale differenziazione nella possibilità di usufruire dei servizi territoriali, trova terreno fertile nella più o meno velata e implicita convinzione che «non tutti meritino di essere premiati»²³, convinzione quindi che non tutti meritino di

²¹ Codini, E., Fossati, A., & Frego Luppi, S. A. (2019). *Manuale di diritto dei servizi sociali* (Vol. 2019, pp. 1-408). Giappichelli Editore

²² Galdani, A. (2007). *I servizi sociali tra universalismo e selettività* (Vol. 8). Giuffrè Editore.

²³ A. Scalone, *La residenza protratta e il fantasma della comunità*, in *Lo Stato* n. 15, 2020

far parte di una data comunità, appartenenza che così diventa un “sistema ad *excludendum*”.²⁴

La residenza è oggi “*conditio sine quam non*”, non solo per l’ottenere l’accesso completo ai servizi del sistema sanitario e a quelli del servizio sociale ma anche ad una serie di diritti e prestazioni sociali che il nostro ordinamento è chiamato a garantire, ovvero la scuola, il lavoro, il voto, l’accesso all’edilizia pubblica e le misure di sostegno al reddito, l’accesso al gratuito patrocinio, all’iscrizione alle liste elettorali se si ha la cittadinanza, così come alle misure di collocamento, al rinnovo del permesso di soggiorno o all’emissione della carta d’identità. L’anagrafe diventa il luogo dove si decide l’accesso a tali diritti, e se tale accesso può risultare difficile per i cittadini italiani lo è ancor di più per quelli stranieri.

2. Chi sono gli esclusi

«I senzatetto sono uno dei problemi più intrattabili e complessi che devono affrontare le città di tutto il mondo» afferma Dr. Jim O’Connell del Boston Health Care for the Homeless Program (BHCHP).²⁵

Le ragioni della presenza e della crescita in tutte le grandi città del mondo di individui che vivono in condizioni di grave emarginazione o a rischio di grave emarginazione, sono da ricondurre alla crescita delle disuguaglianze, delle disparità economiche e sociali, delle differenze nelle opportunità, sono da ricondurre ad un sistema di esclusione, dentro o fuori, tipico dello sviluppo delle società capitalistiche in cui oggi viviamo. Tali ragioni includono innanzi tutto la povertà assoluta ma anche relativa, la crescita dei flussi migratori, la mancanza di opzioni abitative a prezzi accessibili, di politiche abitative pubbliche, il fallimento delle politiche di inserimento ed integrazione dei

²⁴ E. Monticelli, *La giurisprudenza costituzionale italiana in materia di residenza qualificata e accesso al welfare regionale*, in *Osservatorio costituzionale*, n.2/2016,13

²⁵ O’Connell, J. J., Oppenheimer, S. C., Judge, C. M., Taube, R. L., Blanchfield, B. B., Swain, S. E., & Koh, H. K. (2010). *The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework*. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1400-1408.

migranti, degli ex detenuti, delle persone con disagio psichico, delle persone con ridotte capacità lavorative. Ma riguardano anche i profondi cambiamenti della struttura sociale, della famiglia, della comunità, e il progressivo inurbamento e concentrazione spaziale degli individui nei grandi agglomerati urbani.

Le persone senza dimora sono secondo la definizione che ne dà l'ISTAT «coloro che vivono un disagio abitativo dovuto all'impossibilità e/o incapacità di provvedere autonomamente al reperimento e al mantenimento di un'abitazione in senso proprio».²⁶

Facendo riferimento alla tipologia nella definizione rientrano tutte le persone che: vivono in spazi pubblici (strada, baracche, macchine abbandonate, roulotte, capannoni), in un dormitorio notturno, in ostelli per persone senza casa, in alloggi temporanei. Sono escluse invece tutte le persone che vivono in condizione di sovraffollamento, ricevono ospitalità garantita da parenti o amici, vivono in alloggi occupati o in campi strutturati presenti nelle città, ma di fatto anche queste rientrano a pieno titolo in quella categoria di persone che sono in una condizione abitativa che spesso non gli consente di ottenere l'iscrizione anagrafica e che può non essere compatibile con una dimissione a domicilio dopo un ricovero ospedaliero.

I profili dei senzatetto stanno cambiando, bambini, donne, giovani, persone con un background migratorio, lavoratori poveri, adulti con storie di fallimenti familiari e lavorativi, stanno diventando sempre più numerosi tra la popolazione senzatetto.

Questo perché «tutti nasciamo fragili», e spesso le fragilità restano o sono nascoste e riemergono nel corso della vita perché «nessuno è al riparo dalla fragilità», e il passo verso la marginalità e l'emarginazione può essere breve,

²⁶ <https://www.istat.it/it/archivio/263034> (ultimo accesso 08/03/2024)

ed è allora che emergono ancora più forti «bisogni speciali» tra i quali il bisogno di sentirsi sicuri, di appartenenza, di avere dei diritti.²⁷

Se negli Stati Uniti si parla di qualche decina di milioni di senza tetto, numero tra l'altro in costante aumento, anche in Europa i numeri sono sempre più rilevanti, in Germania si è stimata la presenza di 860.000 persone senza fissa dimora nel 2016 di cui circa la metà rifugiati politici, in Grecia di circa 500.000 nel 2015, e in Svezia nel 2017, in una settimana si sono contate circa 33.250 persone senza dimora

In Germania si è registrato un incremento del 150% dal 2014 al 2016, in Inghilterra un +169% dal 2010 al 2016, in Belgio un +96% dal 2008 al 2016.²⁸

Anche in Italia, secondo quanto riportato negli ultimi censimenti delle persone senza dimora, si evidenzia una forte tendenza all'aumento del fenomeno.

Molteplici sono le patologie a cui sono frequentemente soggette queste persone, tra le quali le più diffuse sono la Tuberculosis, l'Epatite C, il Diabete Mellito di tipo 2, la Cirrosi epatica, l'HIV e le patologie oncologiche. Un aspetto costante è inoltre la presenza di co-morbilità e l'altissima diffusione delle varie forme di dipendenza sia da sostanze alcoliche che da sostanze stupefacenti.²⁹

In Veneto la situazione numerica dei senza dimora è riassunta nella tabella seguente e fa riferimento al censimento regionale del 2021.

²⁷ Canevaro, A. (2015). *Nascere fragili: processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna.

²⁸ <https://www.fiopsd.org/focus-poverta-abitativa/> (ultima consultazione 08/03/2024)

²⁹ <https://www.fiopsd.org/focus-poverta-abitativa/> (ultima consultazione 08/03/2024)

Tabella 2.0.1 Popolazione senza tetto o senza fissa dimora o che vive in campi, insediamenti tollerati, spontanei, informali per provincia. Veneto - Anno 2021

	Popolazione senza tetto o senza dimora (valore assoluto)	Popolazione che vive in campi, insediamenti tollerati, spontanei, informali (valore assoluto)	Totale (valore assoluto)	Totale (valore % su 10.000 residenti)
Verona	761	286	1047	11,30
Vicenza	353	342	695	8,20
Belluno	47	3	50	2,50
Treviso	621	76	697	7,90
Venezia	1264	25	1289	15,40
Padova	651	360	1011	10,90
Rovigo	97		97	4,20
Veneto	3794	1092	4886	10,10
Italia	96197	15759	111956	19,00

Fonte: Elaborazione dell'Ufficio Statistico della Regione Veneto su dati ISTAT

La ricerca “2020: vivere senza dimora a Padova” del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università di Padova, ci offre un dato significativo, su un campione di 157 senza dimora che usufruiscono dei servizi del Comune di Padova il 17,3% risulta essere privo di iscrizione ai registri anagrafici.³⁰

È verosimile stimare che il numero di coloro che sono privi della residenza anagrafica tra i senza dimora censiti in Italia, si attesti su una percentuale che non si discosta molto da quella della citata ricerca, e che corrisponde a circa 20.000 individui.

Secondo i dati del Dossier Statistico Immigrazione (IDOS) che è il rapporto socio-statistico ad oggi considerato più attendibile sul fenomeno migratorio in Italia, edito dal 1991 prima da *Caritas-Migrantes* e oggi dall'omonimo Centro Studi e Ricerche, si stima che nel 2022 fossero presenti circa 500.000 immigrati in situazione di irregolarità ovvero o entrati irregolarmente o con permesso di soggiorno scaduto, e quindi non censiti se pur presenti

³⁰ CSV,2020, Vivere senza dimora a Padova. il profilo dell'utenza e il modello di lavoro dei servizi.

sul territorio nazionale poiché senza dimora e senza iscrizione anagrafica. Di questi poco più di 35.000 mila sono stati identificati e destinatari di decreto di espulsione, dei quali a sua volta poco più di 6.000 sono stati sottoposti a detenzione amministrativa e 4.000 rimpatriati.³¹

Tali dati sono confermati dal XXXIII Rapporto sulle Migrazioni fornito dalla fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità (ISMU), ente di ricerca scientifica indipendente sui fenomeni migratori, che stima circa 500.000 migranti irregolari presenti in Italia al 31 gennaio 2022.³²

A questi si aggiungono i migranti considerati regolari che sono però privi di residenza che secondo le stime dell'Alto Commissariato per i Rifugiati delle Nazioni unite (UNHCR) sono nel 2021 circa 52.000 richiedenti asilo e 145.000 rifugiati.³³

Infine bisogna considerare che è stimata la presenza sul territorio nazionale di almeno 300.000 cittadini stranieri comunitari privi del diritto di soggiorno e quindi privi di iscrizione anagrafica, poiché presenti da più di 3 mesi e senza lavoro regolare o non frequentanti corsi di studio certificati³⁴.

È verosimile allora affermare che il numero dei cittadini senza residenza in Italia nel 2022 fosse di almeno 1.000.000 di unità, ovvero riassumendo circa 20.000 dei 110.000 senza tetto censiti, a cui si sommano 500.000 immigrati irregolari, più i 200.000 circa tra rifugiati e richiedenti asilo e i 300.000 stranieri comunitari non residenti. Un numero che appare più vicino alla realtà rispetto a quello che riportano le statistiche ufficiali, e che si avvicina a quello delle rilevazioni effettuate in altre nazioni europee con una popolazione numericamente simile.

³¹ IDOS, 2023, Dossier statistico immigrazione

³² <https://www.ismu.org/> (ultima consultazione 08/03/2024)

³³ <https://www.unhcr.org/it> (ultima consultazione 08/03/2024)

³⁴ <https://noi-italia.istat.it/> (ultima consultazione 08/03/2024)

3. La residenza diritto soggettivo

La residenza è normata dall'art. 43 c.c. che dispone che «Il domicilio di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi. La residenza è nel luogo in cui la persona ha la dimora abituale». Secondo la giurisprudenza si caratterizza per la presenza dell'elemento oggettivo della permanenza e dell'elemento soggettivo dell'intenzione di abitare stabilmente in un dato luogo (Cass. Civ., sez. VI 28/05/2018 n.13241), senza che vi sia la necessità della permanenza per un tempo lungo (Cass. Civ., 6/7/1983 n.4525).

Il diritto di iscrizione alle liste anagrafiche è un diritto soggettivo e dunque considerato non assoggettato a provvedimenti concessori, un obbligo per gli uffici dell'anagrafe, rispetto al quale la P.A. ha solo un potere di accertamento ma non margini di discrezionalità (Cass. Civ., Sent. n. 1081 del 1968). Ma l'iscrizione anagrafica è anche un obbligo, a cui sono tenuti i cittadini italiani, e quelli stranieri soggiornanti per un periodo superiore ai tre mesi. Ai cittadini italiani per procedere all'iscrizione anagrafica sono necessari: una dichiarazione di residenza, documento di identità e codice fiscale in corso di validità oltre alla documentazione dimostrante la disponibilità dell'alloggio.

L'articolo 1 della Legge 24 dicembre 1954, n. 1228, impone ai Comuni di tenere il registro dell'Anagrafe della popolazione residente e in tale elenco è previsto vengano annotate anche le posizioni relative alle persone senza dimora che hanno stabilito nel Comune il proprio domicilio. L'articolo 2, comma 3, della legge citata così come il D.P.R. 223 del 30.05.1989 stabiliscono che «colui che non ha in alcun comune quella dimora abituale che costituisce l'elemento necessario per l'accertamento della residenza, debba considerarsi residente nel Comune ove ha il domicilio, e in mancanza di questo, nel Comune di nascita».

Infine, la Circolare Istat n. 29/1992 prevede che ogni Ufficio Anagrafe istituisca una via fittizia territorialmente non esistente, in cui la persona senza dimora possa stabilire la propria residenza ed indicare il proprio

recapito ai fini della registrazione anagrafica.³⁵ Tale registrazione permette il rilascio della carta di identità, nonché l'accesso a tutti i diritti e le prestazioni normalmente dipendenti dalla residenza, tra cui il diritto alla salute. Purtroppo solo una piccola parte dei Comuni italiani ha predisposto una via fittizia, e anche quelli che la prevedono "faticano" a registrare quei soggetti che alla luce delle loro condizioni di bisogno assistenziale "importante" risulterebbero un'ulteriore importante voce di spesa a carico dell'ente locale. A favorire tale atteggiamento delle anagrafi territoriali ha storicamente contribuito anche il c.d. "Pacchetto sicurezza", L. 15 luglio 2009 n.94, che ha modificato le modalità di iscrizione anagrafica dei senza dimora. Questo prevede che non risulti più essere sufficiente una semplice dichiarazione di domicilio ma che sia richiesta l'indicazione da parte del soggetto di "elementi necessari ad accertare l'effettiva sussistenza del domicilio. Il problema è che quali siano questi elementi non è stato stabilito il che permette interpretazioni e pratiche differenti e divergenti.

Per i cittadini comunitari pur non essendo necessario il possesso di un permesso di soggiorno per ottenere l'iscrizione anagrafica sono necessari una dichiarazione di residenza, documento di identità e codice fiscale in corso di validità, documentazione dimostrante la disponibilità dell'alloggio ed inoltre un titolo di lavoro o di studio, un'assicurazione sanitaria, e la dimostrazione di possedere risorse economiche sufficienti a provvedere all'eventuale pagamento in proprio di eventuali spese di cura e assistenza.

Anche per i cittadini stranieri extracomunitari regolarmente presenti e soggiornanti sul territorio nazionale l'iscrizione anagrafica è un diritto soggettivo incondizionato ed un obbligo, così come per i cittadini italiani e comunitari, è necessario il possesso di documenti di identità (passaporto) e di codice fiscale, della documentazione dimostrante la disponibilità dell'alloggio e di un valido titolo di soggiorno (è sufficiente la ricevuta della richiesta di primo rilascio o rinnovo) per uno dei motivi previsti dalla legislazione vigente. Per i richiedenti asilo e per i titolari di protezione

³⁵ <https://www.istat.it/> (ultimo accesso 08/03/2023)

umanitaria che si presumono essere giustificatamente senza documenti di identità, il rilascio della residenza necessita di un titolo rilasciato dalla questura, ad esempio in questi casi il permesso di soggiorno o la ricevuta della sua richiesta fungono anche da certificazione dell'identità. I cittadini stranieri con permesso di soggiorno da almeno 5 anni possono richiedere il permesso di soggiorno CE riservato ai soggiornanti di lungo periodo³⁶.

È chiaro quale sia il valore dell'iscrizione anagrafica nella vita dei cittadini, come detto trattasi di diritto soggettivo dal quale però dipende l'esercizio di numerosi altri diritti, e allo stesso tempo di un obbligo, dai cui derivano quindi dei doveri. Riveste allora una importanza non trascurabile il procedimento di cancellazione anagrafica della popolazione residente. La cancellazione può avvenire per morte e per emigrazione, ma anche per altre due fattispecie di notevole interesse ai fini della nostra ricerca. La prima è per irreperibilità accertata al censimento generale della popolazione, o irreperibilità accertata attraverso ripetute verifiche che dimostrino che della persona non vi è più traccia. Si tratta di un procedimento d'ufficio finalizzato alla regolare tenuta dell'anagrafe e può essere avviato anche su richiesta di altro ente o di privati cittadini. Il presupposto è che la persona si sia allontanata dal luogo di residenza e che di lui non vi siano più notizie della sua presenza sul territorio nazionale, se invece si ha conoscenza di un indirizzo dove si trovi la persona può essere variata la residenza anche d'ufficio. La seconda fattispecie riguarda la cancellazione per mancato rinnovo della dichiarazione di dimora abituale che il cittadino straniero titolare di permesso di soggiorno è tenuto a presentare entro 60 giorni dal rinnovo o decorsi 180 giorni dalla scadenza dello stesso.³⁷

4. L'iscrizione alla anagrafe sanitaria

Ripetendo il concetto, che se pur le cure sanitarie di primo soccorso, caratterizzate dall'urgenza, e quelle considerate essenziali, vengono

³⁶ <https://www.fiopsd.org/focus-poverta-abitativa/> (ultimo accesso 08/03/2023)

³⁷ <https://www.fiopsd.org/focus-poverta-abitativa/> (ultimo accesso 08/03/2023)

garantite a chiunque, i piani terapeutici ed assistenziali a lungo termine, le prestazioni di prevenzione o di routine, in sostanza la presa in carico assistenziale sanitaria e socio-sanitaria territoriale, richiedono l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e il conseguente possesso di Tessera Sanitaria-Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS). Sinteticamente, ai cittadini italiani per l'iscrizione all'anagrafe sanitaria è richiesto il possesso del documento di identità e del codice fiscale e l'autocertificazione di residenza, quindi non ne ha diritto il cittadino italiano che perde la residenza. Per i cittadini stranieri comunitari se presenti per turismo e fino ai tre mesi, l'assistenza sanitaria è garantita dal possesso della tessera TEAM, Tessera Europea Assicurazione Malattie, se soggiornanti per più di tre mesi questi possono iscriversi al sistema sanitario esibendo o appositi moduli comunitari rilasciati dal paese di provenienza o un contratto di lavoro, o una certificazione di frequenza di corsi di studio, e sempre presentando i documenti di identità e autocertificazione di residenza o dichiarazione di effettiva dimora. Per i cittadini extracomunitari l'iscrizione all'anagrafe sanitaria è obbligatoria ed è necessario esibire oltre ai documenti di identità, un permesso di soggiorno in corso di validità o ricevuta della avvenuta richiesta di rilascio o rinnovo, svolgere una regolare attività di lavoro o aver chiesto il permesso di soggiorno per motivi familiari, asilo, protezione sussidiaria, casi speciali, per protezione speciali, per cure mediche ai sensi dell'art. 19, comma 2, lettera d-bis del decreto legge n.286/1998, ed infine un autocertificazione di residenza o dichiarazione di effettiva dimora. Nel caso di extracomunitari con permesso la tessera sanitaria è rilasciata con scadenza corrispondente alla scadenza del permesso di soggiorno, e va rinnovata al rinnovo di quest'ultimo.³⁸

Tutte i cittadini italiani o stranieri, comunque privi di una residenza, non possono quindi iscriversi all'anagrafe sanitaria e non hanno modo di accedere alle prestazioni sanitarie che non siano essenziali o urgenti, ossia ai c.d. livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), socio-sanitaria e

³⁸ <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/tessera-sanitaria> (ultimo accesso 08/03/2024)

sociale (LIVEAS, LEPS), tra questi l'assistenza medica di base che risulta di cruciale importanza.

I cittadini stranieri extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso o senza il permesso di soggiorno hanno diritto alla emissione di una tessera STP (per Stranieri Temporaneamente Presenti) della validità di sei mesi, che permette di usufruire di prestazioni e cure sanitarie urgenti o essenziali, della tutela della gravidanza, della maternità e dell'infanzia, di vaccinazioni, profilassi e cura delle malattie infettive, di assistenza farmaceutica e protesica. Non prevede l'assistenza sanitaria di base e nessuna assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale né preventiva, né di lungo periodo.

Tutti i cittadini comunitari residenti, ed extracomunitari con permesso di soggiorno, che non possono o non hanno diritto all'iscrizione all'anagrafe sanitaria possono richiedere l'iscrizione volontaria al servizio sanitario pagando una quota annua in proporzione al reddito dichiarato, partendo da un versamento minimo forfettario che è stato portato dalla legge finanziaria 2024 da 387 euro a 2000 euro, fermo restando importi ridotti per persone collocate alla pari o studenti.³⁹

Per le persone che si trovano in situazione di irregolarità sul territorio italiano con gravi problemi di salute ovvero che versano in gravi condizioni psichiche derivanti da gravi patologie, il Testo Unico Immigrazione all'art. 19, comma 2, lett. d-bis prevede la possibilità di richiedere un permesso di soggiorno per cure mediche. La richiesta dev'essere supportata da idonea documentazione medico-sanitaria e può essere accolta solamente laddove il rientro nel Paese di origine o provenienza possa determinare un grave pregiudizio alla persona. Ottenendo il rilascio di questo permesso di soggiorno, la persona è regolare sul territorio e a quel punto può richiedere l'iscrizione anagrafica e l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, con la

³⁹ <https://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/ID0008bvol2.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)

possibilità di usufruire a pieno di ogni tipo di prestazione e di assistenza sanitaria, socio-sanitaria, e sociale.⁴⁰

Possesso di documenti di identità, regolarità del permesso di soggiorno, iscrizione anagrafica e iscrizione all'anagrafe sanitaria, risultano presupposti indispensabili per poter accedere ad importanti servizi territoriali che garantiscono una presa in carico continuativa delle problematiche relative al benessere psicofisico della persona. L'impossibilità o anche l'incapacità di procurarsi questi documenti crea una serie di ostacoli infiniti, la mancanza anche di uno solo può creare un circolo vizioso che come già detto spesso costringe individui già ai margini, già esclusi, ad ulteriore esclusione.

⁴⁰. <https://www.interno.gov.it/it/temi/cittadinanza-e-altri-diritti-civili/cittadinanza> (ultimo accesso 08/03/2024)

CAPITOLO III: L'OSPEDALE CURA LA SALUTE, LA MALATTIA, IL MALATO. IL RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO.

1. L'ospedale luogo di cura della salute

Oggi l'ospedale è il principale luogo deputato al prendersi cura della salute delle persone, ma storicamente non è sempre stato così. I primi luoghi per la cura del corpo umano sorgono nell'antichità come luoghi deputati all'assistenza dei militari feriti, o come luoghi religiosi a cui si rivolgevano malati e infermi per ricevere assistenza.

L'ospedale nel medioevo è un luogo caritatevole, un istituto di beneficenza ecclesiastico, che nasce per ospitare i malati poveri e i poveri tout court, i vagabondi, i disoccupati, gli anziani soli, sostanzialmente tutti i tipi di emarginati non in grado di provvedere a se stessi, svolgendo contemporaneamente una funzione di controllo delle forme di devianza in cui viene compresa la malattia. Di contro il luogo di cura della salute della persona per eccellenza è il luogo in cui questa dimora, la sua casa, qui si recano i medici per le visite e le terapie e qui si riceve l'assistenza dei familiari o della servitù.

Con la rivoluzione industriale alla funzione di strumento di carità e di controllo si aggiunge la funzione di recupero alla attività produttiva dei lavoratori malati e si afferma il potere della corporazione medica, l'ospedale diventa polifunzionale, svolge contemporaneamente funzioni di cura e assistenza, di insegnamento e di ricerca, iniziando così quel percorso che lo porta ad essere oggi una delle organizzazioni complesse tipiche della società moderna.⁴¹

Il sociologo canadese Erving Goffman nel suo celebre saggio *Asylums* afferma che anche l'ospedale può essere considerato una istituzione totale,

⁴¹ <https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2021/06/LA-SANITA-IN-ITALIA-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)

in quanto organizzazione sociale ove si svolge una certa attività, che sancisce la condizione di chi ne fa parte e si impadronisce di parte del loro tempo e dei loro interessi, agisce con un potere inglobante, «questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale e all'uscita verso il mondo esterno, questo tipo sono le istituzioni totali». Goffman prevede cinque tipi tra cui «le istituzioni nate a tutela di incapaci non pericolosi e i luoghi istituiti a tutela di coloro che, incapaci di badare a se stessi, rappresentano un pericolo».⁴²

A questi due tipi citati da Goffman è possibile ricondurre le strutture ospedaliere, luoghi dove possono essere riscontrate le caratteristiche principali delle istituzioni totali individuate dall'autore ovvero: «la rottura delle barriere che abitualmente separano le sfere di vita, tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità, a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate tutte allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose, le diverse fasi delle attività giornaliere sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito, imposto dall'alto da un sistema di regole formali esplicite e da un corpo di addetti alla loro esecuzione, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione» (Goffman, 1968)⁴³

Ma se l'ospedale è l'istituzione fulcro della assistenza sanitaria, il luogo dove convergono principalmente le esigenze di cura della malattia e del malato, il paradosso degli ospedali è che pur essendo i principali luoghi deputati alla cura della salute invece curano le malattie. Il trattamento e le prestazioni erogate sono prettamente medico-infermieristiche, l'integrazione, che come già detto riguarda la capacità di inserirsi nel progetto globale di aiuto a una persona e al suo nucleo familiare resta ancor oggi difficile da realizzare perché la realtà dell'ospedale è di stampo prettamente sanitario. Sono

⁴² Goffman, E. (1968). *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi.

⁴³ Goffman, E. (1968). *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi.

proprio i capisaldi dell'integrazione, ovvero lo stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, la continuità assistenziale ospedale e territorio, e il coinvolgimento e la collaborazione tra diverse professionalità e realtà responsabili della salute dei singoli e della comunità, che faticano a trovare una collocazione e una attuazione all'interno della realtà ospedaliera.

2. Il modello” biopsicosociale” e il modello medico “*patient centered*”

Possiamo affermare che oggi la medicina ha ancora un approccio prevalentemente riduzionista, ovvero tende a ridurre sempre più l'oggetto della sua attenzione. La conferma ci viene ad esempio dal fatto che mira a formare medici sempre più specializzati possibile in merito ad un organo o ad una parte. Un approccio che crea uno squilibrio nella modalità del prendersi cura del paziente, che non si occupa della persona nella sua interezza, nella sua totalità. Giulio Alfredo Maccacaro, medico, biologo e partigiano italiano specializzato in biometria, microbiologia ed eziopatogenesi, nei suoi scritti tratti da Libro “Per una medicina da rinnovare” edito da Feltrinelli nel 1979, diceva: «spesso le diagnosi non sono altro che la tautologia dei sintomi» cioè «la ripetizione di quello che il malato stesso ha detto» ma con parole che appartengono al gergo e alla cultura medica e che magari il paziente fatica a comprendere (Maccacaro, 1979)⁴⁴. Proseguendo l'autore afferma ancora che l'incontro tra il paziente e il medico «diventa quello tra un soggetto (il medico) che oggettiva l'altro (il malato), lo fa diventare cosa» e lo tratta come tale. Ne deriva che la medicina è una «scienza che rifiuta la soggettività del malato» e la dimostrazione sta nel fatto che l'atto medico si riduce sempre più spesso alla ricerca di un segno, all'esame di laboratorio, alla radiografia, all'ecografia, alla TAC, prevale la diagnosi anatomico-funzionale di organo o apparato, mentre quella

⁴⁴ Maccacaro, G. A. (1979). Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976. (No Title).

eziologica viene sempre più messa in disparte. Maccacaro arriva ad affermare che «Il malato diventa qualcosa che appartiene all'ospedale», il quale è più interessato ad identificare la malattia che all'anamnesi ovvero alla storia del malato, e quindi «l'ospedale separa dalla società e quindi dalla vita». (Maccacaro, 1979).⁴⁵

Maccacaro nei suoi scritti ricorda Laura Conti, medico antifascista milanese considerata oggi una delle fondatrici dell'ecologismo in Italia, che affermava: «il medico è come il secondo del pugilatore, che alla fine del round gli cuce rapidamente la spaccatura del sopracciglio, gli massaggia un po' il torace e poi lo butta un'altra volta sul ring perché si faccia picchiare un'altra volta da quell'altro».⁴⁶

Interessante anche la sua analisi di quello che è l'approccio psicologico del medico rispetto al ruolo che ricopre, se da un lato il malato è ridotto ad un oggetto «al medico si concede tutta l'espansione della sua soggettività», cioè si sono creati e diffusi il mito della professionalità, della responsabilità, della missione del medico, della neutralità della scienza, arrivando a «generare nel medico quella che, marxianamente, si chiama una falsa coscienza» per cui egli stesso crede che la sua sia una missione superiore, che legittima la sua autonomia e la sua libertà di azione. (Maccacaro, 1979)⁴⁷

Nonostante sia passato quasi mezzo secolo da queste analisi, ancora oggi l'attenzione della medicina e del medico è troppo spesso alla malattia, al malato come corpo, come oggetto. Non c'è la sufficiente attenzione per le emozioni, per il dolore, per gli aspetti psicologici e socio-relazionali, che il medico ha difficoltà a comprendere, la sua è troppo spesso una medicina del *to cure* (curare) e non del *to care* (prendere in carico).

A livello teorico, conseguentemente alla critica al modello biomedico iniziata da Engel e altri, e al riconoscimento da parte della *WHO* (*World Health*

⁴⁵ Maccacaro, G. A. (1979). Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976. (*No Title*).

⁴⁶ Conti, L. in Maccacaro, G. A. (1979). Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976. (*No Title*).

⁴⁷ Maccacaro, G. A. (1979). Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976. (*No Title*).

Organization) della necessità di un passaggio ad un modello ed a un approccio alla cura della salute di tipo “biopsicosociale”, nelle scuole di medicina da alcuni decenni si parla dell’importanza di un approccio *patient-centred*.⁴⁸

Questo approccio considera gli aspetti psicosociali della persona, il suo ambiente e le sue relazioni, determinanti per la guarigione dalla malattia e per la gestione dei bisogni assistenziali. Propone un modello olistico sia per la cura che per la presa in carico della persona nella sua globalità, che prevede un atteggiamento che sia empatico, ancor meglio exotopico,⁴⁹ che non si limita al “mettersi nei panni” dell’altro, ma lo considera come diverso da se ma allo stesso tempo portatore di istanze e di una prospettiva autonoma degne di considerazione se pur non necessariamente da condividere o approvare ma da accettare come diverse.

Questo modello di cura della salute presuppone che la formazione di tutti gli operatori sanitari sia anche di stampo umanistico, considera fondamentale la collaborazione multi professionale, tra sanitari e altri professionisti quali psicologi, sociologi, assistenti sociali, e una visione policentrica che preveda il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* interessati alla salute della persona, quindi anche della famiglia e della comunità.

A tal fine sarebbe utile promuovere e finanziare studi e ricerche sulla dimensione sociologica della medicina, riguardanti il contributo che le scienze sociali possono dare alle scienze mediche, attraverso l’analisi e la ricerca delle cause sociali delle malattie e dei sistemi organizzativi e relazionali più efficaci per cura, assistenza e riabilitazione.

⁴⁸ <https://rivistedigitali.erickson.it/> (ultimo accesso 08/03/2024)

⁴⁹ Selavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Pearson Italia Spa.

3. I progressi nella cura delle malattie

Secondo i dati forniti dalla WHO, la speranza di vita a livello globale negli ultimi decenni è aumentata significativamente. Se nel 1900 l'aspettativa di vita media era di 32 anni, nel 2020 è arrivata ad essere di 73 anni e ci si aspetta che continui a crescere nei prossimi decenni. Questa misura indica quanto tempo una persona può aspettarsi di vivere in media ma non dice che di certo raggiungerà quell'età come anche che non la supererà.⁵⁰ Esistono però grosse differenze nella speranza di vita tra territori diversi del pianeta e i valori più bassi sono quelli delle zone più povere e sconvolte da conflitti armati. Qualche anno fa mi è capitato di entrare in possesso di un libro che poi si è rivelato molto interessante ed attuale nonostante l'edizione risalga al 1977, si tratta di "Sociologia della Medicina" a cura del Prof. Alberto Martinelli contenente gli scritti del già citato Maccacaro, il quale sosteneva che in realtà, nonostante l'incremento nella speranza di vita o meglio di sopravvivenza, la lunghezza della vita ovvero la capacità di vita di un uomo era aumentata di molto poco, in maniera del tutto trascurabile. Egli affermava che ciò che si è ottenuto e si ottiene con lo sviluppo della scienza medico-farmacologica, non è un'evoluzione della salute bensì una trasformazione della malattia avvenuta grazie al recedere delle patologie acuto-infettive fisiogene, (provocate da cause estrinseche, ovvero microbi e virus) che causavano molte morti. Contemporaneo però è stato l'emergere delle patologie cronico-degenerative antropogene e antropiche, (cardiache, neurologiche, metaboliche, psichiatriche) che pur non causando la morte a breve termine, incidono oggi negativamente sulla qualità della vita delle persone che ne sono colpite.⁵¹

Se pure il modificarsi degli indicatori sociali della perdita della salute (tassi di mortalità infantile, perinatale e in età adulta) permetta a molti più esseri umani di vivere molto più a lungo grazie allo sviluppo medico-scientifico, egli

⁵⁰ <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database> (ultimo accesso 08/03/2024)

⁵¹ Maccacaro, G. A., & Martinelli, A. (Eds.). (1977). *Sociologia della medicina*. Feltrinelli.

sostiene che la divaricazione, la distanza tra le classi sociali tende comunque ad aumentare e non a diminuire.⁵² Ciò appare verosimile anche oggi, basti pensare alla correlazione certa tra le condizioni di vita e lo stato di salute, alla correlazione certa tra classe sociale e incidenza di molte malattie ed in particolare delle patologie croniche legate agli stili di vita, e non ultima alla correlazione tra diverse possibilità di accesso alle cure e all'assistenza e capitale economico, sociale e culturale delle persone.

Per intenderci, se è vero che oggi in Brasile si vive mediamente molto più a lungo di cento anni fa, è anche vero che la speranza di vita media della popolazione che vive nelle favelas è indubbiamente e di gran lunga inferiore a quella dei brasiliani che vivono nei migliori quartieri delle tante metropoli del paese; e ancora se è vero che nel paese muoiono molti meno bambini in tenera età è anche vero che quelli che muoiono ancora oggi in gran parte vivono in quegli enormi contenitori di marginalità e povertà che sono appunto le immense baraccopoli famose in tutto il mondo.

Parimenti significativo è il dato relativo alla speranza di vita negli Stati Uniti che oggi è di circa 80 anni se confrontata a quella dei cittadini statunitensi senza dimora che si abbassa drasticamente ad un'età compresa tra i 42 e i 52 anni.

4. Il ricovero in ospedale, le cure, la dimissione

Allora abbiamo detto che l'ospedale è il luogo principale per la cura della salute, che va affermandosi un nuovo approccio della medicina e dei medici alla cura incentrato sul modello biopsicosociale, e abbiamo detto dell'aumento della speranza di vita che però non significa sempre e per tutti speranza di salute.

Consideriamo allora come in questi ultimi anni in conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione, dell'innalzarsi dell'età media

⁵² Maccacaro, G. A., & Martinelli, A. (Eds.). (1977). *Sociologia della medicina*. Feltrinelli.

e dei progressi delle scienze mediche, siano sempre più i pazienti ricoverati in strutture ospedaliere a seguito di un evento acuto o dell'aggravarsi di una patologia cronica che una volta ricevute tutte le cure mediche necessarie alla guarigione o stabilizzazione, si trovano in una condizione di parziale o totale non autosufficienza.

Parliamo di uno scenario che prevede nei prossimi anni un enorme incremento di importanti necessità di cura e assistenza per un numero sempre maggiore di persone. Scenario che in questo momento storico è oggetto di dibattito ma nella prospettiva del quale non c'è una programmazione che punti alla ricerca di possibili soluzioni, sulle quali invece sarebbe utile iniziare a lavorare sin da subito.

Questo è senza dubbio uno dei più importanti problemi sociali del futuro, lì dove allo sviluppo economico e scientifico si sono accompagnati enormi cambiamenti demografici, culturali, ambientali, spaziali e della struttura sociale.

Un giorno mi è capitato di sentir dire da un medico ospedaliero: «se stai male e non muori prima di arrivare in ospedale, quando sei qui il più delle volte ti salvano, ti curano, in ospedale è difficile morire». Ma l'ospedale oggi è luogo di cura della malattia, della sua fase acuta, al termine della quale sono previste le dimissioni, il ritorno a casa. E allora la dimissione dai reparti ospedalieri, allorquando viste le condizioni del paziente sia ritenuta praticabile dal personale medico curante, pone dei nuovi problemi per il degente e per i suoi familiari.

Il paziente non più in pericolo di vita, curato o stabilizzato, si trova però spesso in una condizione di non completa autosufficienza, o con un bisogno assistenziale importante e tra l'altro nuovo, che diventa un problema per sé e per chi gli è vicino.

La dimissione per la struttura ospedaliera risulta di necessaria attuazione nelle giuste tempistiche, da un lato per permettere all'ospedale di assolvere alla sua funzione primaria, ovvero il primo soccorso e la cura delle acuzie e degli stati di aggravamento, dall'altro per tutelare i degenti stessi spesso

indeboliti ed in una condizione di salute non ottimale e precaria, dal rischio sempre maggiore delle c.d. infezioni ospedaliere da batteri multi resistenti che rischiano di vanificare il lavoro di cura.

A questo punto si pone il problema della corretta dimissione di questi pazienti, che spesso necessitano di un percorso di continuità delle cure e di un'assistenza post degenza, in ragione della loro condizione. A rendere tale problematica importante per il sistema sanitario in senso lato, incide il rischio di riospedalizzazione a breve termine dei pazienti che una volta dimessi si ripresentano in ospedale con il riacutizzarsi della patologia causato spesso proprio da un insufficiente presa in carico assistenziale post degenza.

Tale aspetto è motivo di attenzione crescente da parte delle amministrazioni a tutti i livelli, visto il peso in termini di incremento di costi a carico del Sistema Sanitario. Si consideri che Anaa-Assomed, sindacato dei medici ospedalieri, stima che la spesa minima in carico al Sistema Sanitario per la sola degenza in un ospedale sia all'incirca di 165 euro al giorno per un degente post acuzie,⁵³ cifra che supera di gran lunga la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria a domicilio o per la degenza in una residenza socio-sanitaria. Queste infatti prevedono che solo una parte della spesa sia in carico al Sistema Sanitario e che vi sia la compartecipazione della persona e della famiglia o in ultima istanza degli Enti locali.

La dimissione preferibile è comunque quella a domicilio del paziente ma nella realtà le dimissioni ospedaliere non sempre corrispondono ad un ritorno a casa, per tutta una serie di motivi. Sono molti gli aspetti da tenere presenti per attuare una corretta dimissione che risponda alle esigenze del paziente dimissionario, che sostanzialmente deve poter essere curato ed assistito adeguatamente anche all'uscita dalla struttura ospedaliera, tenuto conto delle sue condizioni di salute ma spesso e volentieri anche della sua situazione di bisogno di assistenza sociale. Se risulta prioritaria la valutazione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del paziente una volta

⁵³ https://www.anaao.it/anaao/public/aaa_4686017_ag_lavorosprechi_15set2016_editok.pdf (ultimo accesso 08/03/2024)

uscito dall'ospedale, si rivela di primaria importanza in questo senso anche una valutazione dei bisogni socio-assistenziali che tenga conto della situazione socio-abitativa, socio-economica e soprattutto socio-relazionale del soggetto.

L'indicazione della *WHO* è quella di «fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, di salute e di funzione»,⁵⁴ spesso però il raggiungimento di questo obiettivo incontra ostacoli oggettivi e soggettivi insormontabili, e le dimissioni avvengono giocoforza in quelli che Canevaro chiama i «non luoghi, posti dove non si capisce più a che latitudine si è».⁵⁵

Questo avviene perché spesso il domicilio non è più il luogo dove poter far ritorno, per la gravità del livello di non autosufficienza, perché si vive soli, perché i conviventi o le persone della rete primaria (famigliari, amici) non sono in grado di prendersi cura del malato, oppure non possono o non vogliono, o infine perché un eventuale assistenza domiciliare pubblica non sarebbe sufficiente e una assistenza privata non è economicamente sostenibile.

E allora quei luoghi di cui parla Canevaro «possono essere dei paradisi ma anche degli inferni, dobbiamo scegliere un'organizzazione della società che crei luoghi, dove i non luoghi non siano il destino dei soggetti deboli».⁵⁶

Se per i pazienti e per le loro famiglie il momento delle dimissioni può risultare particolarmente problematico, per l'istituzione ospedaliera, la dimissione rappresenta un momento cruciale, è alla dimissione del paziente che le Aziende ospedaliere possono presentare il conto al Sistema Sanitario e quindi fare cassa. Ad ogni dimissione corrisponde un'entrata, e per le Aziende Ospedaliere più dimissioni fanno più guadagno, e non vale lo stesso per più giorni di ricovero. Per spiegare meglio il meccanismo, si pensi

⁵⁴ <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali> (ultimo accesso 08/03/2024)

⁵⁵ Canevaro, A. (2015). *Nascere fragili: processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna. .

⁵⁶ Canevaro, A. (2015). *Nascere fragili: processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna. .

che è mediamente più remunerativo ricoverare e dimettere tre pazienti in 10 giorni che tenere lo stesso paziente ricoverato per lo stesso periodo, e questo ad esempio perché tre pazienti magari faranno tre interventi chirurgici, tre esami strumentali, mentre uno ne farà solo uno, e interventi ed esami producono un costo per il sistema ma un guadagno per l'azienda che per quella prestazione riceverà un rimborso.

Se consideriamo allora l'enorme interesse che ha l'ospedale verso la dimissione del paziente può sorgere qualche dubbio sulla costante e assoluta appropriatezza delle stesse.

Comunque sia l'esistenza e il lavoro del Servizio Sociale Professionale negli ospedali è certamente una prova dell'intento del Sistema Sanitario di rafforzare l'integrazione ospedale-territorio, e di favorire un approccio maggiormente incentrato sul "to care" verso il paziente degente dal momento del suo ingresso fino alle sue dimissioni, anche se non sempre sembra corrispondere alla piena consapevolezza istituzionale della necessità di una figura professionale che non sia sanitaria e nemmeno amministrativa e quindi completamente slegata da una visione prettamente incentrata sulla cura della malattia o sulla gestione organizzativa dell'istituzione.

Negli ospedali si sta diffondendo la figura dell'infermiere *Case Manager* introdotta tramite la programmazione nelle Scuole di medicina del Master di 1° livello in *Case Management* rivolto agli infermieri professionali con Laurea triennale.⁵⁷ A queste figure è previsto venga demandata la presa in carico dei pazienti con casi più o meno complessi, per agevolarne il rientro a domicilio o l'inserimento in strutture socio sanitarie, con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale di cui hanno bisogno. Si parla di un ruolo multidisciplinare, con competenze cliniche, manageriali e finanziarie, il cui lavoro è finalizzato a ridurre la durata dei ricoveri, ridurre i casi di rientro in ospedale, verificare l'appropriatezza dell'uso delle risorse, fare educazione

⁵⁷ <https://medicina.elearning.unipd.it/course/index.php?categoryid=381> (ultimo accesso 08/03/2024)

terapeutica. È previsto che promuova un lavoro di equipe sul caso, e di questa equipe è previsto faccia parte anche il Servizio Sociale Professionale.

L'assistente Sociale è la figura professionale competente nel fornire un affiancamento alle persone e alle loro famiglie nel momento in cui manifestano un bisogno assistenziale, e spesso un ricovero ospedaliero può manifestare un bisogno assistenziale non solo sanitario. A partire dall'accesso al Pronto Soccorso ed ai reparti e fino al momento delle dimissioni, il ricovero in un ospedale può essere l'esito di una situazione problematica preesistente o la causa di problemi che invece nascono da questa nuova situazione e che sono spesso inaspettati.

L'assistente sociale per vocazione è guidato da una dimensione etico deontologica, da una *mission* professionale che spesso non coincide con quella dell'istituzione e dei sanitari, e che vede prevalere il suo senso di giustizia sociale. È portato per formazione a mettere in campo competenze di ascolto e comunicative, di valutazione dei problemi ed identificazione dei bisogni, empatiche ed *exotopiche* di comprensione ed accettazione. Studia la situazione e conosce i percorsi possibili e le modalità di azione praticabili, ma soprattutto antepone a tutto un atteggiamento riflessivo, un approccio olistico, una presa in carico globale del paziente, è portato a svolgere un ruolo di *advocacy* indipendente nell'interesse del portatore di bisogno assistenziale e un ruolo socio politico di *policy maker*, è in grado di studiare le caratteristiche e l'incidenza di problematiche sociali vecchie e nuove, e di valutare appropriatezza ed efficacia delle politiche sociali ipotizzando e proponendo gli eventuali correttivi.

Si capisce allora qual è l'importanza della presenza del Servizio Sociale dentro l'ospedale, e quali difficoltà possano incontrare gli assistenti sociali nella quotidiana interazione con un'istituzione che ha una *mission* così complessa come è quella dell'ospedale contemporaneo.

5. Istituzione ed evoluzione storica e normativa del SSO

Il Servizio Sociale Ospedaliero e quindi il lavoro sociale negli ospedali si diffonde inizialmente in Gran Bretagna e negli Stati Uniti allo scopo di trasformare, sia l'azione assistenziale sia l'azione sanitaria associandole per una loro maggiore efficacia e affinché la mentalità sanitaria si apra alle dimensioni sociali.

La nascita dei primi servizi sociali negli ospedali è immediatamente successiva alla nascita delle prime *Charity Organisation Society* (COS)⁵⁸ e quindi della professione di Assistente Sociale. Il servizio nasce dall'esigenza di valutare i bisogni sociali dei pazienti con problemi sanitari, in quanto spesso potevano emergere delle cause comuni. L'assunzione con retribuzione di *Mary Steward* al *Royal Free Hospital* di Londra nel 1895 coincide con la nascita del primo Servizio Sociale Ospedaliero, tra i suoi⁵⁹ compiti quello di inviare alle istituzioni pubbliche quegli ammalati che avevano diritto a esserne presi in carico, e quello di rendere più efficace il trattamento dei poveri grazie alla cooperazione delle istituzioni sociali extra ospedaliere.

Quasi contemporaneamente nei primi anni del '900 in America ha origine la "medicina sociale" per opera di *Richard L. Cabot* (1868-1939),⁶⁰ medico e tenace sostenitore della medicina preventiva e della sua integrazione con altri interventi sociali. Egli sosteneva l'introduzione di un'attività non medica, quale il servizio sociale, all'interno degli ospedali, per risolvere il problema della malattia e della salute legati a fattori sociali. Solo nel 1938 però gli assistenti sociali iniziano ad inserire i dati sociali nelle cartelle sanitarie e qualche anno più tardi prende avvio la prassi di incontri settimanali tra assistenti sociali, medici e infermieri, legittimando così l'importanza degli aspetti sociali della malattia. Nel 1913 negli Stati Uniti viene pubblicato il libro di *Ida Cannon*, "*Social Work in Hospital*" parafrasando ciò che afferma

⁵⁸ Fargion, S. N. (2013). *Il metodo del servizio sociale* (pp. 1-223). Carocci Editore.

⁵⁹ Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero*. Carocci Faber.

⁶⁰ Marcato, S. (2017). I significati del Servizio sociale Ospedaliero: comparazione delle realtà locali in Veneto.

l'autrice se ne deduce che la funzione principale dell'assistente sociale è comprendere l'ammalato e spiegargli ciò che ha bisogno di sapere, egli deve raccogliere delle informazioni, rivolgere l'attenzione al suo stato d'animo, alla sua situazione personale, lavorativa ed economica, ai suoi rapporti sociali nell'ambito familiare, scolastico, lavorativo e religioso, saper consigliare e sostenere l'ammalato, suggerire quali soggetti esterni all'ospedale potranno essergli utili per l'assistenza.⁶¹ Queste sono le funzioni che rientrano nel mandato dell'assistente sociale, dal momento che il significato originale del termine sociale è «ciò che mette relazione o che collega»,⁶² la sua dev'essere un'azione di collegamento, intermediazione.

Sulla scia del dibattito e dell'affermarsi della figura, nel secondo decennio del '900 il Servizio Sociale Ospedaliero fa la sua comparsa anche in altre nazioni d'Europa, in Francia, in Germania, in Olanda e in Austria.⁶³

6. Evoluzione del SSO In Italia

In Italia bisognerà attendere la fine del secondo conflitto mondiale per sentire parlare di un tale servizio all'interno delle strutture ospedaliere. Ci si arriva per gradi, nel 1862 lo stato interviene per la prima volta nella gestione dell'assistenza caritatevole costituendo le Congregazioni di Carità, una per ogni Comune del Regno, attribuendo così ai Comuni l'amministrazione dei beni destinati ai poveri e alle Opere Pie, unica realtà caritatevole organizzata a quel tempo. Nel 1890 la Legge Crispi prevede una disciplina giuridica pubblica degli enti assistenziali e trasforma le Opere Pie in IPAB (Istituti di Pubblica Assistenza e Beneficenza)⁶⁴.

Nel primo dopoguerra l'intervento pubblico si espande ulteriormente con l'istituzione dell'obbligatorietà degli Enti Nazionali di Previdenza e

⁶¹ Bortoli, B. (2006). *I giganti del lavoro sociale: grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare (1526-1939)*. Edizioni Erickson.

⁶² Marcato, S. (2017). I significati del Servizio sociale Ospedaliero: comparazione delle realtà locali in Veneto.

⁶³ Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero*. Carocci Faber.

⁶⁴ Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero*. Carocci Faber.

Assistenza Mutualistica (ENPAM), nasceranno una molteplicità di enti tra cui l'INAM (Istituto Nazionale Malattie) che riconosce e prevede la necessità di interventi sociali là dove i problemi e i disagi non fossero o non avessero solo implicazioni di tipo sanitario.⁶⁵

La prima esperienza di Servizio Sociale Ospedaliero fu quella del Gaslini di Genova nel 1945, ma la realtà degli Ospedali del territorio nazionale rimase ancora per molti anni disomogenea e frammentata almeno fino al decennio '60-'70.⁶⁶ La sensibilità, l'interesse e l'attenzione alla componente sociale della persona ammalata, il recupero della persona e non solo di ciò che si è perduto con l'infortunio, sono sperimentali e localizzate là dove vi è una visione innovativa da parte dell'amministrazione.⁶⁷

La presenza dell'assistente sociale all'interno dell'ospedale viene prevista per la prima volta a livello normativo con la legge n. 132 del 12 Febbraio 1968 che titola: "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera". All'art. 20 si afferma che gli ospedali si differenziavano tra quelli specializzati, per lungodegenti e per convalescenti, e quelli generali, classificati a sua volta in tre categorie: ospedali di zona, ospedali provinciali e ospedali regionali. Per gli ospedali generali provinciali, vi era la possibilità di attivare ulteriori servizi particolari, e tra questi i servizi di assistenza sociale. La presenza dell'assistente sociale nell'ospedale è considerata però solo una possibilità e non un obbligo, riservata perlopiù agli ospedali a più alta complessità e dipendente ancora dalla scelta degli amministratori, nonostante l'art.39 della stessa legge preveda tra il personale sanitario ausiliario, anche la figura dell'assistente sociale, insieme a quella delle ostetriche, delle assistenti sanitarie, degli infermieri professionali, delle vigilatrici dell'infanzia, dei terapisti della riabilitazione, dei dietisti, degli infermieri generici e delle puericultrici.

⁶⁵ Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero*. Carocci Faber.

⁶⁶ Broccolo, S. (2015). IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE OSPEDALIERO Studio comparato sui presidi del Veneto e ricerca partecipata presso l'ospedale civile di Oderzo.

⁶⁷ Rossi, G. (1979). Ruolo dell'assistente sociale e sistema dei servizi sociali. *Studi di sociologia*, 257-272.

Nel 1969 il DPR 128, “Ordinamento Interno dei Servizi Ospedalieri” prevede l’istituzione di servizi di assistenza sociale cui sono addetti assistenti sociali ospedalieri ai quali è attribuito il compito di trattare i problemi psico-sociali degli assistiti.

Nonostante queste prime indicazioni normative, nelle leggi e nei decreti degli anni successivi non è più menzionata la presenza del servizio sociale in ambito ospedaliero, così ad esempio la legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale non ne parla in nessun modo.⁶⁸

Solo con il Decreto del Ministero della Sanità del 13 settembre 1988, “Determinazione degli standard del personale ospedaliero”, si arriva ad una disciplina della presenza dell’assistente sociale negli ospedali, ma la norma indicando le dotazioni organiche minime degli ospedali non quantifica quella degli assistenti sociali, nonostante la figura sia ormai espressamente prevista, il suo numero rimane a discrezione dei singoli amministratori.

Il decreto prevede all’art. 4 che il compito specifico di tale figura, è quello di «favorire le connessioni funzionali con i servizi extra ospedalieri e con i servizi sociali operanti nel territorio, specie per quanto attiene l’assistenza agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai malati di mente, ai tossicodipendenti, e l’assistenza materno-infantile».

L’incertezza sulla rilevanza della presenza dell’assistente sociale nell’ambito ospedaliero ha determinato nel tempo la fragilità del Servizio Sociale Ospedaliero, causando enormi difficoltà nel prevederne ulteriori sviluppi e una continua erosione delle sue funzioni e del conseguente ruolo istituzionale.

Con l’emanazione del Decreto Legislativo 19 settembre 1999, n. 229, “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”, vengono riconsiderate le prestazioni sociosanitarie e sociali. In particolare questa norma fornisce una definizione delle prestazioni sociosanitarie indicandole come «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di

⁶⁸ Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero*. Carocci Faber.

salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione» (art. 3 septies). Tali prestazioni sono differenziate in due categorie, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

La definizione delle prestazioni sociali in ambito sanitario, pertanto, agevola e obbliga il ricorso a personale competente che viene sganciato dall'area sanitaria, per articolarsi in una propria area autonoma. Si genera negli operatori sociali la speranza di vedere finalmente reconsiderati, anche a livello normativo, l'esistenza e l'operato del Servizio Sociale all'interno dei presidi ospedalieri, per un potenziamento auspicabile di questo comparto che opera fortemente sin dalla sua istituzione per la realizzazione effettiva di un'integrazione tra sociale e sanitario.

La legge 8 novembre 2000, n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" all'art. 22 introduce i Livelli Essenziali di Assistenza (LIVEAS) e stabilisce che tra i servizi essenziali che lo Stato è obbligato a garantire ai cittadini, ci sia il Servizio Sociale Professionale. Si riconosce la centralità delle competenze e delle funzioni dell'assistente sociale quale professionista che si prende cura del disagio dell'individuo, della famiglia e della comunità, al fine di contribuire ad assicurare la salute della persona mediante l'individuazione e l'attuazione di azioni tese a prevenire o a limitare i rischi connessi al disagio sociale che possono pregiudicare il pieno successo dei trattamenti sanitari o che favoriscono l'instaurarsi della malattia.

La norma stabilisce che l'erogazione dei servizi e delle prestazioni avviene in seguito alla valutazione multidisciplinare, finalizzata alla realizzazione di un piano di lavoro integrato che deve produrre il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), e nel cui ambito, la rilevazione e la valutazione del bisogno emergente e sotteso, è di stretta competenza dell'assistente sociale che rappresenta la figura professionale titolata a promuovere e garantire

l'esigibilità dei diritti sociali, in grado di effettuare la diagnosi sociale e la valutazione del bisogno.

Nel tempo, in molte realtà ospedaliere, gli assistenti sociali hanno saputo costruire intensi rapporti di collaborazione con il personale sanitario per concorrere allo svolgimento di un'azione di integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali, tra reti formali di cura e informali di servizi e solidarietà, per consentire una connessione tra struttura ospedaliera e territorio, assumendo un ruolo di rilievo nella progettazione delle dimissioni.

7. Il “modello italiano” di SSO nasce a Padova

Nel febbraio 1970, sotto gli auspici del Ministero della Sanità e per iniziativa della Fondazione “E. Zancan” di Padova, un gruppo di studio si propone di definire i presupposti indispensabili per giustificare l'inserimento e l'organizzazione del Servizio Sociale in Ospedale, riassumibili nei seguenti tre punti.

Il primo afferma che il malato deve essere considerato come una persona in senso totale, cioè nel complesso delle sue componenti fisico-psico-sociali, e che l'orientamento della diagnosi e del trattamento medico deve tenere conto di tutti i diversi fattori.

Il secondo parla dell'assistenza ospedaliera che deve essere intesa come un complesso di prestazioni orientate al recupero globale del malato, attraverso l'apporto e l'integrazione della professionalità di diversi specialisti.

Il terzo afferma che l'ospedale non deve fungere da erogatore di cure strettamente sanitarie, ma deve organizzare un insieme di servizi rivolti alla persona nella sua unità e complessità, che rispondano alle esigenze della

comunità e che siano coordinati con i servizi extra ospedalieri che completano l'arco dell'assistenza.⁶⁹

Il documento sottolinea che il Servizio Sociale contribuisce a precisare i bisogni latenti fino allora ignorati dell'organizzazione, portandoli ad un livello di consapevolezza, fornendo così quei dati utili per la potenziale riqualificazione della politica d'intervento.

Il gruppo di lavoro precisa però che questo non sempre succede, in quanto spesso vengono affidate al Servizio Sociale funzioni disperate e generiche di carattere amministrativo- burocratico, ai margini della struttura ospedaliera o in sostituzione dei servizi mancanti o carenti con il rischio che venga considerato ed utilizzato come una specie di servizio burocratico a favore dell'amministrazione dell'ospedale, atto a risolvere problemi più per l'ospedale che per il malato. Si sottolinea allora l'esistenza di una duplice necessità: per il servizio sociale, di qualificarsi sempre di più, e per l'ospedale, di prendere coscienza della necessità di utilizzare correttamente questo nuovo strumento per attuare una nuova politica sociale.

Il documento precisa ancora le funzioni del Servizio Sociale Ospedaliero così riassumibili:

1) trattamento dei casi individuali per problemi psico-sociali connessi con il ricovero ospedaliero e per i problemi di pazienti la cui sintomatologia morbosa ha un'eziologia psico-sociale;

2) trattamento sistematico di alcune categorie di pazienti non autosufficienti da punto di vista psico-sociale (bambini, persone sole, anziani, madri nubili, etc.) che proprio per queste caratteristiche possono trovare maggiore difficoltà all'ambientamento ospedaliero, al loro reinserimento post ospedaliero, all'utilizzazione positiva delle risorse offerte dall'ospedale e dalla comunità;

⁶⁹ Rossi, G. (1979). Ruolo dell'assistente sociale e sistema dei servizi sociali. *Studi di sociologia*, 257-272.

- 3) trattamento di gruppo in reparti a degenza prolungata e in ogni altra occasione in cui possa esserci necessità di tale trattamento;
- 4) consulenza a favore di pazienti e loro familiari, al personale medico e paramedico di reparto, agli altri servizi ospedalieri;
- 5) studi e ricerche sulle componenti psico-sociali della malattia per rilevare, anche in collaborazione con gli altri servizi ospedalieri, i fattori per la promozione della salute, le necessarie trasformazioni dell'attività assistenziale dell'ente, i collegamenti con le diverse situazioni di vita, al fine di ottenere una sempre più idonea programmazione dei servizi da parte dell'ente ospedaliero e di enti esterni;
- 6) promozione di costanti collegamenti con l'esterno per il trattamento integrato di problemi che hanno dimensione extra ospedaliera.

Il documento redatto dal gruppo di lavoro della Fondazione Zancan appare molto innovativo e con una grande visione prospettica, due sono gli aspetti che preme oggi sottolineare:

- a) riconosce la stretta connessione fra contesto sociale e stato di salute-malattia, ovvero che all'origine di uno stato di malattia può esserci il fattore sociale, e auspica che il lavoro del SSO riguardi anche il compiere studi e ricerche in un'ottica di maggiore conoscenza finalizzata alla prevenzione;
- b) sottolinea l'importanza di una comunicazione continua fra servizi sociali esterni e l'ospedale, in quanto molti dei bisogni e dei problemi rilevanti e diagnosticati in ospedale troveranno la loro soluzione al di fuori della struttura ospedaliera.

Inoltre il documento si pronuncia a favore della strutturazione degli assistenti sociali come "servizio" e prevede: «la necessità della presenza di una figura tecnico-amministrativa" che affianchi e sostenga con competenza le attività e di una persona che metta insieme i dati sperimentali raccolti, per operare e di una figura che coordini le attività mettendo in rete sia le attività e gli attori interni all'ente ospedaliero ed ancor più quelli esterni (USSL e Enti Locali,

che «interpreti e rappresenti l'attività del servizio sociale nel suo complesso»⁷⁰

Il documento tratta anche del numero di assistenti sociali da assumere nei singoli ospedali, che però reputa impossibile da definire poiché dipendente da molteplici fattori.

Successivamente solo nel 2010 nel documento “Funzioni del Servizio Sociale Professionale” del Ministero della Salute si riesaminano le problematiche connesse alla realizzazione nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Servizio Sociale Professionale, ma ad oggi non esiste un modello organizzativo unico del Servizio Sociale Ospedaliero, anche in ragione del fatto che singole Aziende in relazione agli obiettivi fissati dalle singole Regioni adottano modelli operativi differenti.⁷¹

Di fatto le approfondite analisi e le previsioni, opera del gruppo di lavoro del 1970 su ciò che si auspicava dovesse diventare il Servizio Sociale Ospedaliero, risultano ad oggi essersi scarsamente tradotte in pratica.

8. Il Servizio Sociale Ospedaliero nel Veneto e a Padova

Nel Veneto il primo Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) viene istituito nel 1954 dall'Azienda Ospedaliera Borgo Trento di Verona, inizialmente rivolto ai soli dipendenti e solo successivamente concepito come servizio per i degenti e le loro famiglie.

Oggi il Servizio Sociale Ospedaliero è presente nei presidi delle province di Padova, Venezia, Verona e Treviso. Negli Ospedali delle province di Belluno e Vicenza non è presente tale servizio ma è prevista la figura dell'assistente sociale. Nella struttura Ospedale “San Martino” di Belluno, nel 1981 era stato istituito un Servizio Sociale Ospedaliero, poi soppresso nel 2006 a seguito della delega delle sue funzioni al Servizio Sociale del Distretto

⁷⁰ Rossi, G. (1979). Ruolo dell'assistente sociale e sistema dei servizi sociali. *Studi di sociologia*, 257-272.

⁷¹ Dotti, M. (2015). *Il servizio sociale ospedaliero*. Carocci Faber

Socio-Sanitario che ha un ufficio all'interno dell'Ospedale e in cui opera un assistente sociale. Nell'Ospedale della provincia di Rovigo non vi è ne un servizio e nemmeno la presenza di un assistente sociale. Di fatto in Veneto non esiste una forma di coordinamento regionale tra i servizi esistenti così come ad esempio avviene in Lombardia. Nessuno dei Servizi presenti prevede la figura di un Assistente Sociale Dirigente, e sono prevalentemente inquadrati alle dipendenze della Direzione Medica di Ospedale (DMO) o dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).⁷²

A Padova il SSO nasce come servizio unificato nel 1968 presso il locale Ospedale Universitario e inizialmente conta di una decina di assistenti sociali, alle dipendenze della Direzione Medica, collocati però nelle diverse aree specialistiche (Ostetricia-Pediatria, Medicine, Ortopedia), nel corso degli anni il loro numero diminuisce a causa del fatto che non vi saranno più nuove assunzioni, inoltre il servizio perderà la sua centralizzazione e quindi la sua unitarietà. Nello stesso periodo anche presso il Centro Traumatologico Ortopedico (CTO), oggi S. Antonio, operano degli assistenti sociali ma alle dipendenze dell'INAIL e dell'INPS in ragione dell'interesse verso i lavoratori infortunati e verso le questioni legate alle invalidità. In quegli anni un assistente sociale opera anche presso l'Ospedale intitolato al Medico partigiano Flavio Busonera, all'epoca centro per il trattamento della TBC e oggi Istituto Oncologico Veneto (IOV).⁷³

Per decenni in Azienda Ospedale Università di Padova (AOUP) non esiste più un Servizio Sociale unitario, la sua riorganizzazione viene formalizzata solo il 07/12/2022 di seguito all'attivazione del progetto avvenuta a

⁷² Marcato, S. (2017). I significati del Servizio sociale Ospedaliero: comparazione delle realtà locali in Veneto.

⁷³ Azienda Ospedale Università Padova, DDG n.2506 del 7 dicembre 2022, Approvazione del progetto "Servizio Sociale Ospedaliero Professionale, una nuova identità, relativo alla riorganizzazione del Servizio.

novembre dello stesso anno con la gestione delle attività interamente posta in capo alla Direzione Medica Ospedaliera.⁷⁴

Fino ad allora nella realtà ospedaliera di Padova operano una serie di assistenti non in rete tra di loro e ciascuno afferente ad un settore organizzativo diverso, così distribuiti:

- due AS sono alle dipendenze dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, e si occupano dell'utenza di tutte le età in tutte le aree ospedaliere;
- uno dal 1992 al 2016 opera nel Centro Regionale per l'Infezione da HIV/AIDS Pediatrico e successivamente in Clinica Pediatrica;
- due in servizio presso il Servizio Continuità delle Cure (Se.C.C.) che si occupano esclusivamente di dimissioni protette di pazienti over 65, lavorando in un'equipe multi professionale composta da un coordinatore infermieristico, alcuni infermieri Case Manager e un medico geriatra;
- uno dipendente di AULSS 6 Euganea, collocato presso l'ospedale "Sant'Antonio di Padova", in organico alla Direzione Medica Ospedaliera, che si occupa di tutte le segnalazioni di qualsiasi reparto.⁷⁵

Oltre ad una frammentazione del servizio ed a una inevitabile difformità nella gestione dei casi e degli interventi, risultava incidere in modo particolarmente negativo sulla qualità del lavoro e sullo stress lavoro correlato l'impossibilità per gli operatori di avere costanti momenti di confronto e condivisione con i colleghi, e la difficile intercambiabilità delle posizioni nei periodi di malattia, infortunio, ferie o maternità.⁷⁶

Attualmente nel SSO di AOUP operano 6 Assistenti Sociali di cui uno con contratto a tempo parziale e gli altri a tempo pieno. Nell'ufficio sede del servizio operano i quattro assistenti che si occupano dell'utenza dell'area

⁷⁴ Azienda Ospedale Università Padova, DDG n.2506 del 7 dicembre 2022, Approvazione del progetto "Servizio Sociale Ospedaliero Professionale, una nuova identità, relativo alla riorganizzazione del Servizio.

⁷⁵ Azienda Ospedale Università Padova, DDG n.2506 del 7 dicembre 2022.

⁷⁶ Azienda Ospedale Università Padova, DDG n.2506 del 7 dicembre 2022.

adulti anziani di tutta l'Azienda, un quinto è rimasto geograficamente dislocato all'Ospedale S. Antonio e segue tutti i casi segnalati da quella struttura, ed il sesto opera presso il polo ostetrico-pediatico, e si occupa dell'area materno-infantile. Il responsabile del servizio è un Dirigente Medico, che si occupa del coordinamento, la programmazione e la gestione delle attività dei sei operatori del servizio.

Il personale del servizio è operativo dal lunedì al venerdì in orario di ufficio, gli assistenti sociali svolgono la loro attività sia nei locali adibiti ad ufficio sia spostandosi quotidianamente nei vari edifici della "città ospedale" dove sono ubicate le varie cliniche e i reparti di ricovero. Proprio per questo motivo sono tutti dotati di telefono cellulare a cui vengono deviate le chiamate che arrivano ai riferimenti telefonici personali, risultando quindi costantemente reperibili in orario di servizio.

Le consulenze ai reparti richiedenti e i colloqui con i pazienti vengono effettuate in presenza presso i reparti di degenza mentre viene dedicato un momento della giornata lavorativa ai colloqui su appuntamento con i familiari degli utenti. Nella gestione quotidiana delle attività a cui sono chiamati gli operatori risulta oggi non esserci un locale predisposto per i colloqui, ed essi avvengono presso i locali del servizio, ovvero per quanto riguarda i 4 operatori collocati al Giustiniano, in uno stanzone *open space* dove sono collocate le quattro scrivanie personali.

9. Attività e prestazioni in carico al Servizio Sociale Ospedaliero

La principale attività quotidiana del SSO, consiste nel raccogliere le segnalazioni che riceve dagli operatori sanitari dei vari reparti ed Unità Operative Aziendali che hanno riscontrato o anche solo percepito una qualche problematicità sociale di un paziente ricoverato. Attorno a questa attività si sviluppa la parte principale del lavoro, la raccolta di informazioni, la valutazione, la presa in carico e l'intervento, a cui si aggiunge un'attività rivolta direttamente al pubblico che accede di sua iniziativa al servizio in cerca di informazioni.

L'attività prende avvio con la segnalazione e la conseguente richiesta di consulenza specialistica effettuata dai sanitari al SSO attraverso il portale informatico del Sistema Sanitario Regionale denominato "Galileo", utilizzato da tutti i reparti dell'Azienda per la richiesta di consulenze specialistiche (cardiologica, infettivologica, ortopedica, ecc) per i pazienti ricoverati. Le problematiche percepite dal personale sanitario vengono in tempi rapidi valutate dagli assistenti sociali, a seconda dell'urgenza segnalata.

L'attivazione degli assistenti è pressoché immediata nel caso di segnalazioni del Pronto Soccorso che spesso riguardano situazioni di violenza o di disorientamento che non sempre richiedono necessariamente un ricovero. Capita infatti che in alcuni di questi casi la problematica sanitaria risulti meno pressante di quella socio-assistenziale, che necessita di un pronto supporto o dell'attivazione rapida di azioni di tutela per l'utente.

Tutto ciò però avviene negli orari di apertura del servizio e non vi è nessun servizio di questo tipo di notte e nei giorni festivi e prefestivi, ossia non esiste ad oggi un servizio di reperibilità.

Le segnalazioni che arrivano dai vari reparti riguardano problematiche socio-assistenziali connesse alla condizione di fragilità attuale e probabilmente futura del soggetto, in previsione di una sua dimissione, una volta superata la fase acuta della malattia ovvero la causa che ha portato al ricovero.

Il bisogno di un intervento sorge là dove si intravede la necessità di mobilitare le risorse necessarie al reinserimento nell'ambiente di vita abituale o ove si ritenga necessario, la collocazione anche temporanea in altro ambiente ritenuto idoneo alle necessità così come emergono durante la degenza a seconda dell'evolvere dello stato di acuzie e del livello di recupero funzionale del soggetto.

L'intervento si traduce in un accompagnamento della persona ricoverata, dei suoi familiari o delle persone a lui vicine, durante il ricovero e fino alla dimissione, una presa in carico temporanea, che si colloca in un momento ben delimitato della vita della persona quale è la degenza ospedaliera, ma che prevede il passaggio del caso da realizzarsi attraverso i nodi della rete

di cui il SSO è parte, ovvero il passaggio ad altri servizi della rete dei servizi sociali territoriali, al fine di realizzare quella continuità assistenziale anche di carattere sociale di cui la persona ha manifestato di aver bisogno. La logica quindi è quella di un recupero del malato nella sua globalità, di un'integrazione tra intervento sanitario, socio-sanitario e sociale.

A livello operativo alla segnalazione, che solitamente offre una breve sintesi della problematica accertata, percepita o ipotizzata del caso, segue una prima parte "*Desk research*" del lavoro dell'assistente sociale il quale si attiva per ottenere tutte le informazioni necessarie per avere un quadro preciso dell'anamnesi del paziente. Contatta telefonicamente o di persona (colloquio) il personale che ha in carico il paziente, ovvero infermieri e medici, e consulta le informazioni diagnostico-terapeutiche contenute nel Fascicolo Sanitario Elettronico o nella cartella di ricovero, attraverso il sistema informatizzato "Galileo". Raccoglie quindi le informazioni anagrafiche del paziente e quelle relative alla sua rete familiare o di prossimità, utilizzando quelle raccolte dal personale al momento dell'accesso e contenute nel frontespizio della cartella di ricovero e consultando il sistema informatizzato territoriale dei servizi socio-sanitari per capire se vi sia o meno qualche altro tipo di segnalazione, richiesta o valutazione precedente, o qualche servizio attivo. Il passaggio successivo è quello di recarsi in reparto e di verificare di persona le condizioni del paziente, e se possibile incontrarlo per un colloquio e per l'ascolto della sua visione del problema e delle sue necessità. Prima del colloquio va assolutamente verificato che il paziente e/o i familiari siano stati informati della segnalazione al servizio sociale da parte dei sanitari, e in caso positivo l'approccio al paziente deve avvenire solo se vi è il consenso informato dello stesso. A questo punto l'operatore, ove ritenga necessario e se non erano presenti durante il colloquio con il paziente, può chiedere sempre con il consenso di quest'ultimo d'incontrare (fissando un appuntamento) o consultare i famigliari e/o le persone della rete. Infine per completare il quadro può decidere di contattare eventuali servizi territoriali di cui ha avuto notizia di un coinvolgimento recente o passato per avere ulteriori

informazioni utili alla valutazione del problema e dei bisogni. Completato il quadro l'AS inizia a pensare al percorso possibile, all'obiettivo raggiungibile o che si può pensare di raggiungere, e alle possibili risorse di cui dispone e che può pensare di attivare per cercare di dare una risposta ai bisogni rilevati.

Il SSO sostanzialmente si orienta verso una serie di prestazioni che rientrano nelle tipologie di seguito elencate:

- Segretariato Sociale, ovvero informazioni sui soggetti (pubblici, del privato sociale o di comunità) a cui rivolgersi, sui servizi erogabili, sulle normative e quindi sui diritti ma anche sui doveri del soggetto e dei familiari, sulle modalità di accesso e di presentazione delle domande.
- Presentazione della domanda di UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) per i casi in cui si ritenga necessaria o per i casi in cui sia d'obbligo per accedere a servizi e graduatorie; assistenza e presentazione da parte della persona e/o dei suoi familiari della domanda per inserimento in graduatoria per l'accesso in strutture residenziali o semiresidenziali.
- Lavoro in qualità di nodo di raccordo nella e della rete con le varie strutture interne all'azienda e con quelle del territorio per la presa in carico globale del caso e per la garanzia di continuità assistenziale.
- Assistenza nella procedura per la nomina di Amministratore di Sostegno, e stesura della relazione sociale ove necessaria.
- Segnalazione al Tribunale e attivazione dei servizi territoriali di tutela per i minori.
- Orientamento ai Servizi Sociosanitari e alla Rete dei Servizi Antiviolenza.⁷⁷

⁷⁷ Azienda Ospedale Università Padova, DDG n.2506 del 7 dicembre 2022.

L'AS individuata la problematica, i bisogni, gli obiettivi e avviato il percorso di intervento, invia al reparto che aveva fatto la richiesta la sua risposta professionale, esprimendo l'esito della sua analisi, dando conto delle azioni e degli interventi fatti e programmati. Questa entra nella cartella di ricovero del paziente e rimane quindi consultabile in futuro, in caso di bisogno. La chiusura del caso avviene solo alle dimissioni del paziente e di conseguenza con l'archiviazione della Cartella cartacea. Quest'ultima si compone di 4 facciate, il frontespizio con i dati anagrafici e di presa in carico, i nominativi dei componenti della rete di supporto primario, i servizi coinvolti, e il tipo di richiesta di intervento, prosegue con la scheda degli interventi e con lo spazio per il diario cronologico degli incontri, degli eventi, degli interventi e delle azioni sviluppate e infine con uno spazio per le annotazioni. L'archiviazione delle cartelle avviene mensilmente, al momento a livello di dati informatizzati viene realizzato un file excel con le informazioni di base del caso, sufficiente comunque a produrre una discreta analisi statistico quantitativa del lavoro svolto.

10. Le risorse a disposizione del servizio

Dal punto di vista delle risorse materiali, il SSO dispone di tutte le risorse strumentali necessarie allo svolgimento efficiente del lavoro, strumenti tecnologici, cancelleria, e quant'altro, se qualcosa in tal senso manca è la possibilità di utilizzare strumenti informatici, software appositamente pensati per la gestione il più possibile informatizzata dei dati e delle informazioni.

Dal punto di vista delle risorse umane al personale in servizio è richiesta una grande professionalità e competenze esperienza probabilmente la più importante delle risorse sono le conoscenze, l'esperienza, le competenze emotive, relazionali sia interne che con l'esterno, dei professionisti del servizio. La Rete dei Servizi Sociali e Socio-assistenziali del territorio costituisce senza dubbio un'altra importantissima risorsa così come la collaborazione tra le molteplici figure professionali presenti all'interno della realtà AOUP. Un ulteriore risorsa è costituita dalla presenza sul territorio di

un gran numero di realtà del privato sociale, del cd Terzo Settore, e del Volontariato, capaci di fornire supporto spesso molto competente e specializzato, e sicuro punto di riferimento la dove alle volte si riscontrano carenze da parte delle Istituzioni. Non ultima risorsa, la rete familiare e di prossimità dei soggetti capace indubbiamente di fornire spesso il miglior sostegno possibile se a sua volta supportata; e il soggetto stesso come risorsa lì dove e quando prende coscienza del problema e del bisogno di cui è portatore anche sulla spinta della condizione di malattia che a volte risulta determinante per fargli accettare di ricevere un aiuto, trasformandolo in soggetto attivo di cambiamento.

11. Le tipologie di utenza

All'atto di ricevimento della richiesta di consulenza gli assistenti del servizio operano una prima suddivisione dei casi per categorie, una classificazione utile ad inquadrare da subito la tipologia di utenza, ai fini della presa in carico ma anche ai fini dell'archiviazione e della conseguente produzione di dati quantitativi da utilizzare per l'analisi statistica, per il monitoraggio del lavoro svolto e per la valutazione di eventuali aspetti o criticità emergenti. I pazienti vengono suddivisi nelle seguenti categorie:

- Età: 1. Minore (0-17) 2. Adulto (18-64) 3. Anziano (65+)
- Cittadinanza: 1. Italiano 2. Straniero Residente 3. Straniero Non Residente
- Stato di Salute: 1. Patologia cronica 2. Patologia acuta 3. Gravidanza/puerperio
- Grado di Autonomia: 1. Autosufficiente 2. Parzialmente autosufficiente 3. Non Autosufficiente
- Tipologia di Problema: 1. Problematiche post ricovero 2. Nomina ADS 3. Inserimento in struttura 4. Assistenza in reparto 5. Assenza di supporto parentale 6. Dimissione protetta o programmata 7. Dipendenza 8. Inadeguatezza genitoriale 9. Maltrattamenti psico-fisici 10. Interruzione volontaria gravidanza 11. Non riconoscimento alla

nascita 12. Problemi relazioni familiari 13. Segretariato Sociale 14.
Problematiche Amministrative

La situazione di malattia e il conseguente ricovero, la necessità di cure mediche e di assistenza sanitaria che accomunano i pazienti ospedalieri, sono la priorità per la struttura sanitaria. L'eventuale presenza di una problematica sociale scatenante o emergente, è per il sistema ospedaliero un accidente, che è costretto a prendere più o meno in considerazione, data l'influenza che può comportare sulla gestione del paziente e in particolare sui tempi e sulle modalità di dimissione. Ciò si traduce anche se non sempre in un coinvolgimento dei servizi per le dimissioni protette (Case Manager), e/o nel coinvolgimento degli assistenti sociali del servizio ospedaliero. Il lavoro di questi ultimi è dunque considerato in partenza un lavoro residuale, e spesso accade che ci sia da parte dei sanitari nei confronti del servizio sociale la pretesa di una pronta soluzione in tempi brevi. La segnalazione avviene spesso all'ultimo momento, quando il paziente è dimissibile e le dimissioni risultano problematiche.

Da dire che nei reparti dove c'è un lavoro di monitoraggio della situazione socio-economico-relazionale del paziente sin dal momento del ricovero, magari ad opera di infermieri Case Manager, di Coordinatori infermieristici di reparto o di medici attenti e cosci delle implicazioni che i casi "sociali" possono comportare, la segnalazione avviene tempestivamente e in questi casi il lavoro dell'assistente sociale è costantemente influenzato dalle condizioni cliniche del paziente e legato ad una situazione di instabilità e variabilità costanti che costringe a modifiche, attese, adattamenti della progettualità messa in campo.

Di certo solo una parte dei casi che potenzialmente potrebbero aver bisogno di assistenza ed affiancamento arrivano all'attenzione del servizio sociale, questo avviene perché l'apparato sanitario è spesso concentrato quasi esclusivamente sul to cure con un'attenzione esasperante alla dimissione tempestiva del paziente che alle volte si traduce in un non vedere le altre

tipologie di problemi che hanno influito sulle condizioni di bisogno di assistenza sanitaria, o nel trascurare l'appropriatezza delle dimissioni.

Succede che pazienti con problematiche sociali che hanno senza dubbio influito pesantemente sul peggioramento dello stato di salute vengano dimessi e rimandati nella medesima situazione (incapaci di badare a se stessi, senza una rete di supporto, in condizioni igieniche precarie, ospiti di un asilo notturno, in un contesto familiare inadeguato, ecc). Casi spesso mai intercettati prima dai servizi territoriali, o sui quali se pur forse noti, non erano mai stati attivati interventi.

Potremmo definirlo il "numero oscuro" della marginalità e del disagio, resta però il dubbio sul fatto che tale numero sia veramente così oscuro oppure se sia che esso è in parte volutamente trascurato.

12. Il SSO nella rete dei servizi e delle realtà territoriali

Alla luce di quanto detto fino ad ora, ammesso che non rientra nella mission dell'istituzione ospedaliera la presa in carico dei "casi sociali", il SSO svolge e potrebbe svolgere ancor di più un ruolo di cerniera tra Ospedale e territorio. Innanzi tutto nell'intercettare e segnalare i casi ai servizi sociali territoriali preposti dei Comuni e ai servizi specialistici delle AULSS, ma anche coinvolgendo la società civile in tutte le sue forme, movimenti, associazioni caritatevoli e di volontariato, terzo settore, la comunità locale tutta ovvero tutti coloro che attivamente si occupano professionalmente o per vocazione di fragilità, emarginazione, disabilità, inserimento sociale, malattia mentale, dipendenze, fine vita, violenza, abuso, tratta, migrazione, accoglienza, senza fissa dimora, irregolarità, abbandono, instabilità, diritti.

Gli operatori del SSO si trovano in "prima linea" e il loro compito dovrebbe essere quello di attivare i soccorsi per coloro che manifestano problematiche e bisogni emergenti ed urgenti, in una situazione di grave crisi personale che si manifesta con o deriva dal ricovero in ospedale, e spesso si adoperano senza risparmio per favorire la seppur minima soluzione dei problemi, il seppur parziale soddisfacimento dei bisogni, la possibilità di

sviluppo dell'*empowerment* dei soggetti e dei gruppi familiari con cui hanno a che fare. Il loro lavoro necessita però di una successiva presa in carico che ripetiamo, spetta ai servizi territoriali.

Il Codice Deontologico, costituisce il riferimento primario per un agire professionale etico, efficace e sempre orientato ai bisogni e ai diritti della persona nella sua unicità, soprattutto in un contesto di prima linea, come è l'ospedale. L'assistente sociale ospedaliero si trova "a margine" di un sistema di grandi dimensioni, invaso da logiche organizzative che spesso non tengono conto dei valori e dei principi cui il servizio sociale si ispira che spesso sono in contraddizione con la natura stessa dell'istituzione sanitaria.

13. Dimensione etica del Servizio Sociale e collocazione istituzionale

La maggiore responsabilità che affrontano gli assistenti sociali è quella di dover intervenire nella vita delle persone in situazione di bisogno, questa genera in loro dilemmi etici causati dalla contrapposizione dei molteplici sistemi di valori con cui si scontrano nel loro agire nelle istituzioni e più in generale nel contesto sociale. *Banks* afferma la necessità della «promozione della riflessione etica per incoraggiarli a formulare i propri giudizi»,⁷⁸ ed Elisabetta Neve mette in guardia sulla "utilità dell'esercizio riflessivo per evitare strumentalizzazioni"⁷⁹.

Come scrive Silvia Fargion la nascita della professione può essere interpretata come reazione funzionale alla disgregazione della società moderna, come tentativo di controllo degli effetti dell'industrializzazione e dell'affermarsi del sistema capitalistico, ed infine come processo culturale di costruzione sociale della realtà. In tutti i casi la professione corre il rischio di essere interpretata come funzionale.⁸⁰ e quindi come strumento di

⁷⁸ Banks, S. (1999). *Etica e valori nel servizio sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix* (Vol. 24). Edizioni Erickson.

⁷⁹ Neve, E. (2000). *Il servizio sociale: fondamenti e cultura di una professione*. Carocci.

⁸⁰ Fargion, S. (2009). *Il servizio sociale: storia, temi e dibattiti*. Bari: Laterza.

riparazione, di controllo, o di costruzione della realtà, perdendo di vista invece quegli aspetti fondativi che ne determinano i riferimenti etici e valoriali: la solidarietà, l'altruismo, l'aiuto, l'autodeterminazione, l'autonomia e la libertà personale, il rispetto della dignità e del valore intrinseco di ogni essere umano, l'accettazione e il non giudizio, la valorizzazione delle risorse personali e del contesto, la responsabilizzazione, la personalizzazione, l'individualizzazione, l'approccio globale, la promozione dell'uguaglianza.

Ad orientare l'azione professionale contribuisce con forza il Codice Deontologico⁸¹ che assieme all'istituzione dell'Ordine Professionale e al riconoscimento del titolo Universitario prima triennale e poi magistrale e quindi del fondamento scientifico dell'azione, costituiscono le solide basi su cui poggia la professione. All'art.5 il codice afferma che «L'assistente sociale deve contribuire a promuovere la cultura della solidarietà[...]la partecipazione, l'assunzione di responsabilità i diritti di tutti i principi di giustizia ed equità sociale» e all'art.37 che il lavoro dell'AS comporta il «dovere di informare le autorità dell'esistenza di disuguaglianze, della mancanza di risorse o della necessità di determinati provvedimenti». Il SSP si colloca come ci ricorda Fabio Folgheraiter contemporaneamente sul livello micro nel lavoro sul caso, «che non può costituire l'unico orizzonte», e su un livello più ampio meso che coinvolge la società (Teoria e metodologia del servizio sociale.,1998).⁸² Ecco allora che pur inserito e parte delle istituzioni, spetta all'AS il compito di produrre *assessment* dei bisogni, dei rischi e delle risorse, non solo individuali, ma anche contestuali e riferiti all'istituzione stessa, di promuovere l'*advocacy* nel campo della salute e dei diritti sociali, e il compito di sforzarsi per produrre *policy* per il cambiamento delle politiche e delle normative in materia socio-sanitaria.

L'art.10 del codice afferma che «L'esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio e sulla scienza e coscienza» è evidente come

⁸¹ Sociali, O. N. A. (2009). Codice deontologico dell'assistente sociale.

⁸² Folgheraiter, F. (1998). *Teoria e metodologia del servizio sociale: la prospettiva di rete* (Vol. 5). Edizioni Erickson.

questi aspetti possano entrare in contrapposizione con la proceduralizzazione e la strutturazione gerarchica dell'istituzione sanitaria. L'art.11 afferma che «a ciascuno debba essere garantita la possibilità di scegliere, senza condizionamenti i modi in cui affrontare le situazioni che si presentano»⁸³ e anche in questo caso appare conflittuale il rapporto dell'AS con l'istituzione ospedaliera, che attua regolarmente interventi sull'utente decise per lui, quasi sempre senza margini di trattativa, l'intervento sanitario senza che venga richiesta alcuna attività partecipativa alle decisioni che riguardano la sua salute. Questo vale ancor più con i soggetti che hanno delle difficoltà a far valere i propri diritti di paziente in una struttura sanitaria, ad esempio l'extracomunitario, l'anziano senza familiari, il senza fissa dimora.

Con la Legge 219/2017 sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento si è affermato in pienezza il diritto all'autodeterminazione dell'individuo già previsto dal legislatore con l'art. 32 della Costituzione: «nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».⁸⁴ Norma che come già detto fatica a trovare realizzazione in un contesto come quello medico-ospedaliero legato a dinamiche spesso ancora di stampo paternalistico, che si perpetuano a causa della chiusura dell'ambiente medico più interessato a prendersi cura della vita che del vivente.

⁸³ Sociali, O. N. A. (2009). Codice deontologico dell'assistente sociale.

⁸⁴ <https://www.salute.gov.it/portale/dat/> (ultimo accesso 08/03/2024)

CAPITOLO IV: LA RICERCA: L'ANALISI DELLE CARTELLE SOCIALI E I CASI STUDIO

1. Teoria, ipotesi

La ricerca, come già detto, trae origine dal constatare come nonostante la normativa costituzionale, sovranazionale e internazionale, preveda che il diritto alla salute è da considerarsi un diritto fondamentale ed assoluto, incompressibile e garantito a tutti senza distinzioni, non riducibile ai soli trattamenti sanitari urgenti ma che deve mirare a garantire il raggiungimento del massimo livello possibile di benessere psico-fisico-sociale dell'individuo, nonostante tutto ciò appunto, in Italia il diritto alla salute non è sempre garantito a tutti e a tutto tondo, e abbiamo visto e vedremo di seguito nel dettaglio che ciò accade a causa degli ostacoli posti da leggi, regolamenti e procedimenti amministrativi; a causa della carenza di risorse economiche, di servizi e strutture; a causa dei problemi di dialogo e collaborazione inter servizi e inter istituzionale; ed in fine a causa di un approccio politico amministrativo sia locale che nazionale tendente ad escludere dal diritto alla salute a tutto tondo quei soggetti ritenuti in un certo senso non meritevoli, soggetti che si preferisce quasi far finta che non esistano, soggetti la cui presa in carico socio assistenziale peserebbe economicamente sulle casse dei Servizi Socio Sanitari Locali e Nazionale, degli Enti Locali, dello Stato.

Nello specifico risulta difficile se non impossibile la presa in carico assistenziale socio-sanitaria alla dimissione dalle strutture ospedaliere dei soggetti con problematiche quali:

- mancanza di iscrizione all'anagrafe dei residenti,
- mancanza di iscrizione all'anagrafe sanitaria,
- mancanza di documenti di identità e di permesso di soggiorno
- mancanza di una dimora stabile

gli ostacoli di cui si è detto producono a loro volta:

- dimissioni inappropriate

- rischio di ri-ospedalizzazione in tempi brevi
- dilatazione della durata dei ricoveri
- ricoveri inappropriati e dilatazione e dei costi

2. Il disegno della ricerca

L'obiettivo generale della ricerca è quello di verificare come la presa in carico assistenziale socio-sanitaria alla dimissione dalle strutture ospedaliere dei soggetti con problematiche amministrative ed in particolare privi di iscrizione all'anagrafe dei residenti risulti spesso problematica e inattuata in contrasto con il principio fondamentale del diritto alla salute per tutti senza distinzioni.

Gli obiettivi specifici sono:

1. La verifica della portata del fenomeno relativamente alla realtà di Azienda Ospedale Università di Padova, attraverso la raccolta e l'analisi dei dati empirici ricavati da quelli contenuti nelle Cartelle Sociali del Servizio Sociale Ospedaliero, con la descrizione delle caratteristiche dei soggetti coinvolti e delle relazioni tra alcune variabili individuate come significative.

Le variabili considerate sono:

- variabile dipendente (il fenomeno/l'effetto che si vuole indagare): l'accesso "a tutto tondo" al diritto alla salute dei pazienti adulti ricoverati in AOUP per i quali è stato richiesto l'intervento del SSO, ottenuta incrociando lo stato di salute alle dimissioni e dove queste avvengono.
 - variabile indipendente (la causa del fenomeno): l'iscrizione o meno all'anagrafe dei residenti
 - variabile indipendente: l'iscrizione o meno all'anagrafe sanitaria.
 - variabile indipendente: lo stato di "Senza Dimora" del paziente.
2. Un resoconto dell'esperienza diretta della presa in carico di alcuni casi di pazienti con tali problematiche.

3. La ricerca documentale sullo “stato dell’arte”, ovvero la ricostruzione di quella che è la situazione a livello nazionale relativamente ai soggetti potenzialmente e effettivamente a rischio di esclusione da una necessaria presa in carico assistenziale post degenza, accompagnata da una panoramica del dibattito sul tema e delle proposte di soluzioni al problema.

In questo capitolo la ricerca si occupa dei primi due obiettivi specifici, mentre nel quinto ed ultimo capitolo si fa conto dello “stato dell’arte” nella individuazione delle possibili soluzioni.

3. L’analisi delle Cartelle del Servizio Sociale di Azienda Ospedale Università di Padova

Come già detto il primo obiettivo specifico della ricerca è in primo luogo quello di valutare l’incidenza in termini numerici del fenomeno rispetto al totale dei casi segnalati dai reparti ospedalieri al Servizio Sociale; ed in secondo luogo quello di analizzare le caratteristiche dei casi che rientrano nella fattispecie ovvero nella popolazione oggetto di interesse.

A tal fine si è deciso di riferirsi ai casi presi in carico in un determinato arco temporale dal Servizio Sociale Ospedaliero di AOUPD che hanno portato alla redazione di una Cartella Sociale. Quest’ultima contiene i dati relativi ad ogni singolo paziente, che se raccolti in modo sistematico e adeguatamente organizzati, consentono di essere elaborati e letti in modo aggregato, offrendo spunti sia per il lavoro futuro del servizio o di altri servizi, che per orientare le valutazioni e le decisioni degli amministratori rispetto alle politiche sociali attivate e attivabili. La cartella inoltre rende fruibili ai terzi che la prendessero in mano successivamente (per esempio colleghi, altri professionisti, amministratori), tutte le informazioni raccolte, il piano delle attività svolte nelle varie fasi del processo di aiuto, le progettualità, gli esiti. La cartella infine raccoglie e contiene la documentazione relativa al procedimento amministrativo che l’assistente sociale in quanto incaricato di

pubblico servizio mette in atto per arrivare ad un qualche tipo di intervento.⁸⁵

Materialmente la cartella sociale attualmente in uso presso il SSO di AOUPD è in forma cartacea ed è costituita da una cartellina di carta in formato A4. Si compone quindi di quattro facciate la prima delle quali, la copertina o frontespizio contiene dei campi precompilati in cui inserire le principali informazioni relative all'utente ma anche altri dati relativi alla gestione della cartella stessa, che nell'ordine sono:

- Il logo e l'intestazione dell'Ente
- La data, la modalità (informatizzata/telefonica), la provenienza (reparto e medico) con i relativi riferimenti (contatti telefonici, numero di letto) della segnalazione
- Il nominativo dell'Assistente Sociale Referente
- La data della refertazione della consulenza su Galileo, la data della chiusura della Cartella che corrisponde alla data delle dimissioni o del decesso (la prima e la seconda non necessariamente coincidono), l'esito/motivo della chiusura (rientro a domicilio, ingresso in altra struttura, decesso)
- Sezione dei dati anagrafici: cognome e nome, data e luogo di nascita, contatto telefonico, residenza (città, via), domicilio, distretto socio-sanitario di appartenenza, medico di medicina generale, invalidità (si/no), indennità di accompagnamento (si/no)
- Persone di riferimento/rete primaria (cognome e nome, tipo di legame, informazioni di contatto)
- Servizi coinvolti precedentemente e/o nel corso dell'intervento, (enti/associazioni, nominativi di riferimento, recapiti)

L'ultima parte della copertina è occupata dalla scheda riassuntiva nella quale i pazienti vengono suddivisi nelle seguenti categorie:

⁸⁵ Ordine degli Assistenti Sociali e Consiglio Regionale della Lombardia, 2018, a cura di Ghezzi.G., Report dei laboratori sulla cartella sociale comunale, socio-sanitaria e informatizzata

- Et : 1. Minore (0-17) 2. Adulto (18-64) 3. Anziano (65+)
- Cittadinanza: 1. Italiano 2. Straniero Residente 3. Straniero Non Residente
- Stato di Salute: 1. Patologia cronica 2. Patologia acuta 3. Gravidanza/puerperio
- Grado di Autonomia: 1. Autosufficiente 2. Parzialmente autosufficiente 3. Non Autosufficiente
- Tipologia di Problema: 1. Problematiche post ricovero 2. Nomina ADS 3. Inserimento in struttura 4. Assistenza in reparto 5. Assenza di supporto parentale 6. Dimissione protetta o programmata 7. Dipendenza 8. Inadeguatezza genitoriale 9. Maltrattamenti psico-fisici 10. Interruzione volontaria gravidanza 11. Non riconoscimento alla nascita 12. Problemi relazioni familiari 13. Segretariato Sociale 14. Problematiche Amministrative

La popolazione statistica di riferimento per la presente ricerca   stata definita nell'insieme che comprende tutti i casi segnalati al servizio Sociale Ospedaliero di AOUPD, area adulti-anziani, che hanno prodotto l'apertura di una Cartella (definizione rispetto al contenuto e allo spazio) che sia stata chiusa nel secondo semestre del 2023, ovvero nel periodo che va da luglio a dicembre compresi (definizione rispetto al tempo).⁸⁶

La popolazione d'interesse ovvero l'insieme delle unit  statistiche che saranno oggetto di analisi (unit  di analisi: "tipo di oggetti di cui si occupa una determinata ricerca")⁸⁷ invece   costituita dal sottoinsieme comprendente tutti i casi di pazienti adulti appartenenti alla popolazione statistica di riferimento, andando a produrre quindi una rilevazione parziale. Si   deciso di verificare la portata del fenomeno escludendo innanzi tutto i rari casi di minori (0-17 anni) presi in carico occasionalmente dal servizio adulti-anziani, che normalmente invece sono presi in carico da un servizio ed un operatore dedicato, cos  come il gran numero di casi di pazienti

⁸⁶ Corbetta P., *La ricerca sociale: metodologie e tecniche II. Le tecniche quantitative*. Il Mulino, 2003 e 2015

⁸⁷ Marradi, A. (1984). *Concetti e metodo per la ricerca sociale*. Giuntina, p. 20

anziani (65 o più anni) che come vedremo, raramente rientrano nella fattispecie della problematica oggetto della presente ricerca, ovvero nei casi dei pazienti privi di residenza anagrafica.

La presente ricerca è di tipo trasversale-sincronico, ovvero svolta in un dato periodo di tempo limitato, ed è la “fotografia” della situazione dei pazienti presi in carico dal SSO al momento del loro ricovero.

I dati (definibili come dati secondari di tipo amministrativo, esaustivi se pur non ufficiali) sono stati raccolti attraverso la consultazione dei data base mensili che gli operatori del servizio producono ormai da qualche anno riportando le modalità e le relative frequenze ricavate dalle categorizzazioni contenute nelle schede riassuntive (sopra riportate nel dettaglio) delle Cartelle Sociali chiuse nel mese di riferimento.

A questi dati se ne sono aggiunti altri, ritenuti di interesse al fine della presente ricerca, non compresi nelle schede e raccolti analizzando una ad una le cartelle archiviate al termine di ogni mese compreso nel periodo delimitato prescelto. Sono state aggiunte le seguenti categorie:

- Residenza: 1. SI 2. NO
- Tessera Sanitaria: 1. SI 2. NO
- Senza Dimora: 1. SI 2. NO
- Nazionalità
- Età
- Genere: 1. Femminile 2. Maschile

Tutti i dati hanno prodotto una matrice costruita utilizzando come strumento un foglio di calcolo, dalla quale è stato poi possibile produrre tabelle e grafici per arrivare a delle analisi sulle variabili di interesse.

4. L'analisi dei dati relativi alla popolazione statistica di riferimento

La popolazione statistica di riferimento comprende come detto tutti i casi dei pazienti presi in carico dal SSO area adulti-anziani di AOUPD la cui Cartella Sociale è stata chiusa e archiviata nel periodo compreso tra luglio e dicembre 2023.

Di seguito la tabella 4.0.1 riporta la numerosità di tali casi per classe di età e mese di archiviazione della Cartella.

Tabella 4.0.1 Pazienti presi in carico dal SSO la cui cartella sociale è stata chiusa nel periodo luglio-dicembre 2023 suddivisi per classi di età (Fonte: rielaborazione dati delle Cartelle del SSO)

	L u gli o	Agosto	Settem bre	Ottobr e	Novem bre	Dicem bre	Totale (val. ass.to)	Totale (val. %)
Minore (0-17 anni)	0	2	1	0	0	1	4	0,72
Adulto (18-65)	21	23	26	26	28	24	148	26,67
Anziano (65 o +anni)	70	70	63	67	66	67	403	72,61
Totale	91	95	90	93	94	92	555	100,00

Dalla precedente tabella 4.0.1 ricaviamo che sono stati 555 i casi presi in carico nel periodo selezionato, con una netta maggioranza di pazienti anziani (72,61%).

La tabella 4.0.2 che segue incrocia i dati delle modalità della variabile classe di età con quelli delle modalità della variabile cittadinanza.

Tabella 4.0.2 Pazienti presi in carico dal SSO la cui cartella sociale è stata chiusa nel periodo luglio-dicembre 2023 suddivisi per classi di età e cittadinanza (Fonte: rielaborazione dati delle Cartelle del SSO)⁸⁸

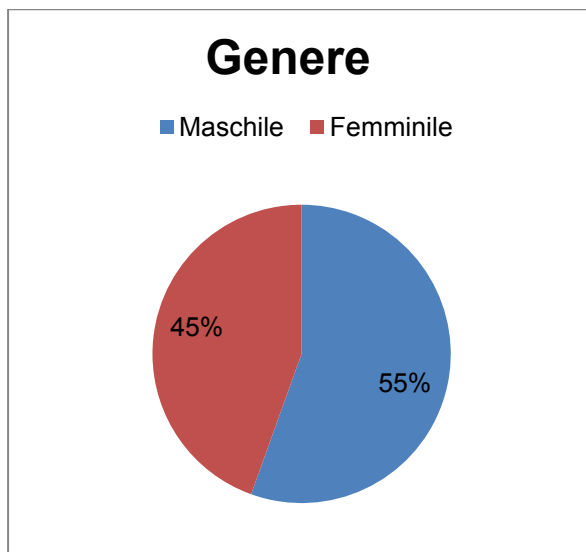
	Cittadinanza Italiana (val. assoluto)	Cittadinanza Italiana (%)	Cittadinanza Altro Stato (valore ass.to)	Cittadinanza Altro Stato (%)	Totale (val. ass.to)
Minore (0-17)	0	0,00	4	0,72	4
Adulto (18-65)	99	17,84	49	8,83	148
Anziano (65+)	392	70,63	11	1,98	403
Totale	491	88,47	64	11,53	555

Dalla tabella 4.0.2 emerge che i pazienti presi in carico sono per la stragrande maggioranza di cittadinanza italiana (oltre l'88%) e che solo poco più di uno su dieci ha una cittadinanza di altro Stato. Da notare però che la numerosità cambia di molto nelle due classi di età su cui si concentrano gli interventi del SSO (da ricordare, come già detto che il servizio si occupa solo incidentalmente dell'area materno-infantile), infatti se per la classe di età "anziano" i cittadini italiani sono quasi il 97% del totale (392 su 403, contro soli 11 stranieri), nella classe di età "adulto" i pazienti con cittadinanza di altro Stato arrivano ad essere oltre il 33% del totale della classe (più di uno su tre degli adulti).

Il grafico sotto riportato in figura 4.0.1 riassume la minima differenza delle frequenze rilevate (valore %) per le due modalità considerate della variabile genere, nei 555 casi facenti parte la popolazione statistica di riferimento.

⁸⁸ SSO,(2023), Rielaborazione dei dati delle Cartelle Sociali chiuse el semestre luglio-dicembre

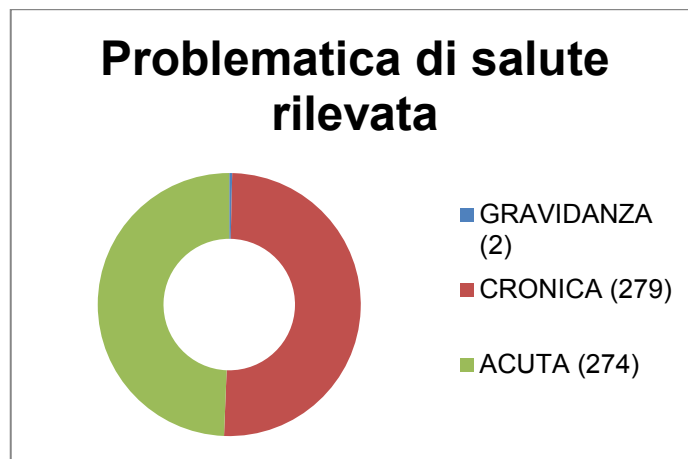
Figura 4.0.1 Pazienti presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento suddivisi per genere
(Fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)



Di seguito andiamo a riassumere con alcune figure grafiche una serie di variabili rilevate utilizzando i dati disponibili nei database mensili prodotti dagli operatori del servizio prima di procedere all'archiviazione delle cartelle.

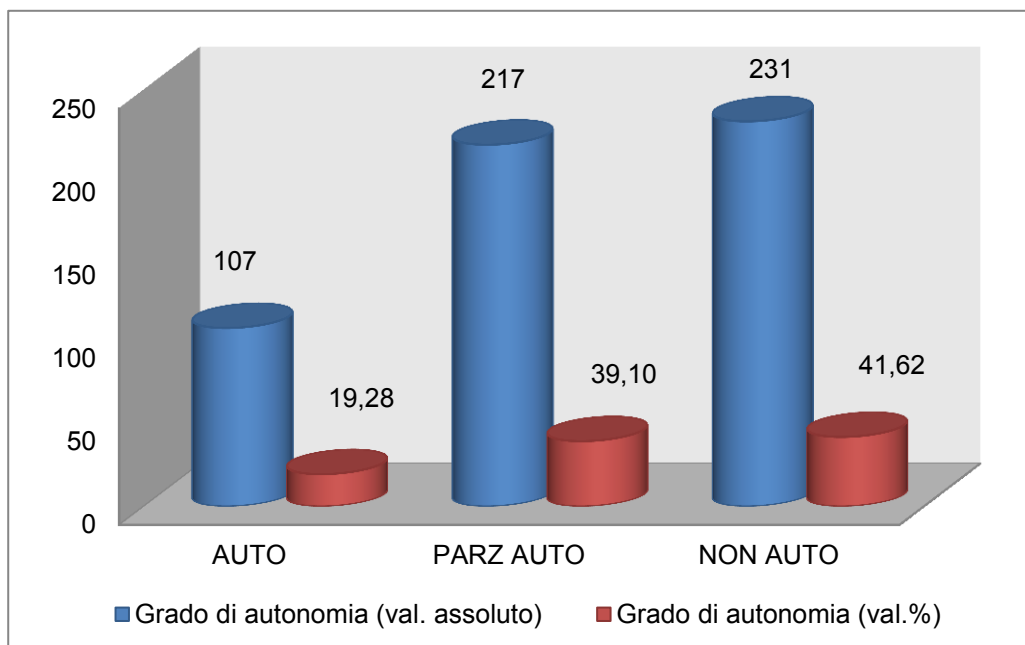
Innanzitutto la problematica di salute rilevata riguarda sostanzialmente le tipologie di patologia cronica ed acuta che si dividono quasi perfettamente il numero totale dei casi (Figura 4.0.2)

Figura 4.0.2 Problematica di salute rilevata tra i casi presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento (fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)



Passiamo poi a rappresentare il grado di autonomia, ovvero la condizione di autonomia, parziale autonomia o non autosufficienza dei pazienti (Figura 4.0.3)

Figura 4.0.3 Grado di autonomia rilevata tra i casi presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento (Fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)



Meno di un paziente su cinque è autosufficiente, oltre il 40% è in una condizione di totale non autosufficienza, oltre il 80% risulta comunque non autosufficiente.

Per concludere la tabella e la figura di seguito esposti risultano molto interessanti in quanto potranno essere utilmente confrontati con quelli prodotti dall'analisi della medesima variabile per la popolazione statistica di interesse.

La tabella 4.0.3 riguarda il tipo di problematica rilevata.

Tabella 4.0.3 Suddivisione dei casi presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento per tipologia di problematica rilevata (Fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)

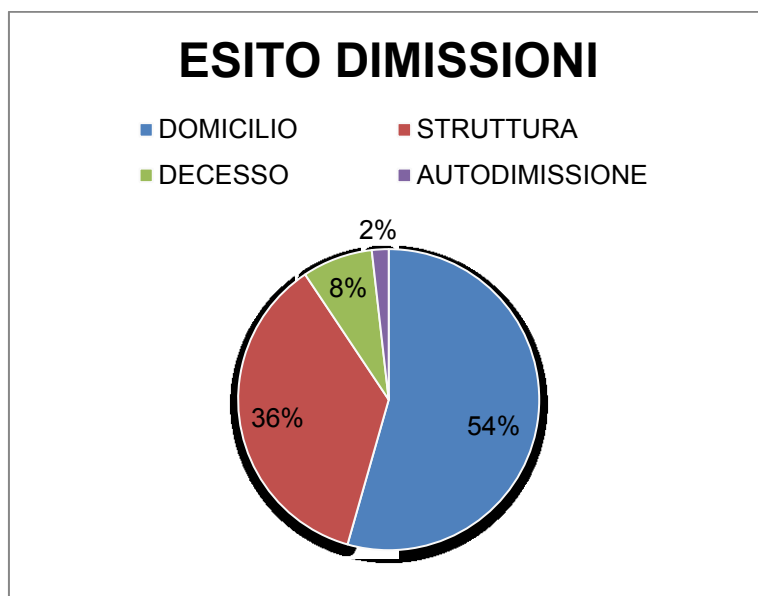
Tipo di problema	Frequenza (valore assoluto)	Frequenza (valore %)
Inserimento RSA	183	32,97
Segretariato sociale	143	25,77
Dimissione protetta	65	11,71
Post ricovero	64	11,53
Alcool-tossico-farmaco-dipendenza	32	5,77
Assenza supporto parentale	26	4,68
Relazioni familiari	16	2,88
AdS	12	2,16
Problematiche amministrative	8	1,44
Maltrattamento psico-fisico	3	0,54
Inadeguatezza genitoriale	2	0,36
Assistenza reparto	1	0,18
Totale	555	100,00

Risulta con evidenza come prevalgano i problemi connessi alla post degenza (Inserimento in RSA con 183 casi, dimissione protetta con 65, problematiche post ricovero con 64 casi), ma emerge anche come un gran numero di casi siano censiti come casi con problematiche che necessitano interventi di segretariato sociale, e come siano solo 8 i casi che sono “formalmente” inquadrati come connessi alle c.d. “problematiche amministrative”.

Il secondo grafico, qui sotto riportato riguarda invece la distribuzione delle modalità della variabile “esito alle dimissioni” ovvero alla chiusura della Cartella Sociale.

Figura 4.0.4 Esito alle dimissioni dei casi presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento

(Fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)



La maggioranza assoluta (54%) dei ricoveri dei casi presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento si è conclusa con l'ingresso diretto dei pazienti in una qualche Struttura sanitaria o socio-sanitaria, sebbene le dimissioni a domicilio con il 36% rappresentino un numero assai consistente, che tenuto conto del dato sui livelli di autonomia sta a significare che verosimilmente numerosi soggetti solo parzialmente autosufficienti o non autosufficienti, e quindi con importanti necessità assistenziali, fanno rientro a domicilio.

5. L'analisi dei dati relativi alla popolazione d'interesse ovvero all'insieme delle unità statistiche oggetto della presente ricerca

Come già detto la popolazione d'interesse è costituita dal sottoinsieme comprendente tutti i casi di pazienti adulti appartenenti alla popolazione

statistica di riferimento. Parliamo quindi di un dato che abbiamo già precedentemente riportato e che ammonta a 148 unità od oggetti statistici, dei quali 49 sono i soggetti con cittadinanza di altro Stato e 99 i cittadini italiani.

La variabile dipendente ovvero il fenomeno che si vuole indagare è l'accesso non sempre "a tutto tondo" al diritto alla salute dei pazienti ricoverati in AOUP per i quali è stato richiesto l'intervento del SSO, e si è deciso di indagare tale effetto in particolare sui pazienti che rientrano nella fascia di età c.d. adulta ovvero quelli tra i 18 e i 65 anni di età. Il motivo della scelta di escludere la consistente fetta di popolazione statistica c.d. anziana è riconducibile ad una serie di considerazioni, a cui si è giunti anche guardando ai numeri che sopra abbiamo riportato.

La classe di popolazione anziana è prevalentemente di nazionalità italiana, è affetta principalmente da patologie croniche, tali condizioni di salute producono nella stragrande maggioranza dei casi una condizione di parziale e più spesso di totale perdita di autonomia, ed è prevalentemente soggetta a problematiche che riguardano l'inserimento in strutture post degenza, alla luce delle importanti necessità assistenziali.

Ma soprattutto sembra che la problematica oggetto del nostro interesse non "colpisca" in maniera significativa gli anziani che raramente sono "stranieri" e altrettanto raramente sono senza dimora e/o privi di un iscrizione all'anagrafe dei residenti e all'anagrafe sanitaria.

Tali considerazioni trovano conferma nei dati raccolti nella tabella 4.0.4 che segue, che mostra la distribuzione di frequenza dei soggetti privi di iscrizione anagrafica incrociate con quelle della variabile cittadinanza e con quelle relative alle classi di età..

Tabella 4.0.4 Pazienti presi in carico dal SSO la cui cartella sociale è stata chiusa nel periodo luglio-dicembre 2023 suddivisi per classi di età, cittadinanza e residenza. (Fonte:rielaborazione dati cartelle SSO)

	Italiano con residenza	Italiano senza residenza	Straniero con residenza	Straniero senza residenza	Totale
Minore	0	0	1	3	4
Adulto	93	6	20	29	148
Anziano	392	0	4	7	403
Totale	485	6	25	39	555

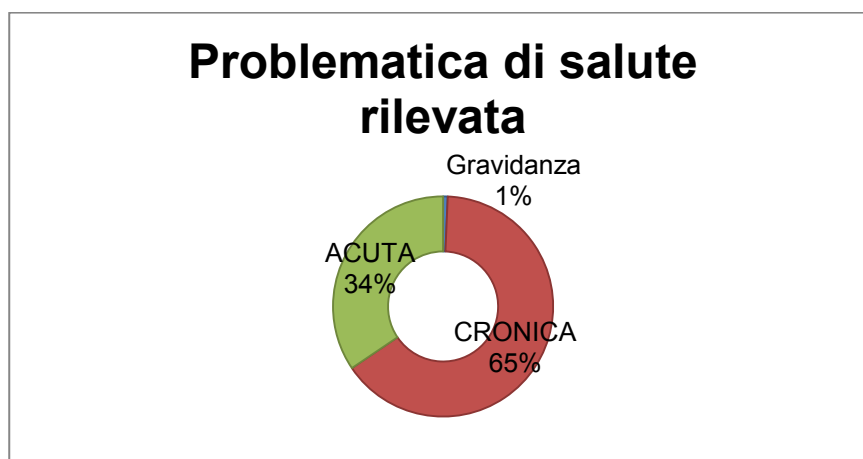
Dalla tabella 4.0.4 si evince che gli anziani presi in carico dal SSO sono nella quasi totalità pazienti italiani (oltre il 97%) e di questi nessuno è risultato privo di un'iscrizione all'anagrafe dei residenti, la quale risulta un problema solo per 7 cittadini stranieri anziani, che rappresentano meno del 2% del totale degli anziani, e poco più del 10% dei cittadini stranieri nel loro complesso.

Dalla tabella ricaviamo per la prima volta il totale dei pazienti che presi in carico dal SSO risultano al momento dell'apertura della Cartella Sociale privi di un'iscrizione all'anagrafe dei residenti, che raggiungono nel loro complesso le 45 unità, di questi 6 sono italiani adulti (il 13,33%), 7 sono stranieri anziani (il 15,55%), 29 sono stranieri adulti (il 64,45%) e 3 sono minori stranieri (il 6,67%).

Le 148 unità statistiche che compongono la popolazione oggetto d'interesse hanno un'età media di 49,62 anni e la variabile genere vede prevalere la modalità maschile con 106 unità (71,62%) contro le 42 (28,38%) unità di genere femminile.

La figura 4.0.5 che segue, permette di visualizzare la distribuzione di frequenza rispetto alla variabile “problematica di salute rilevata”.

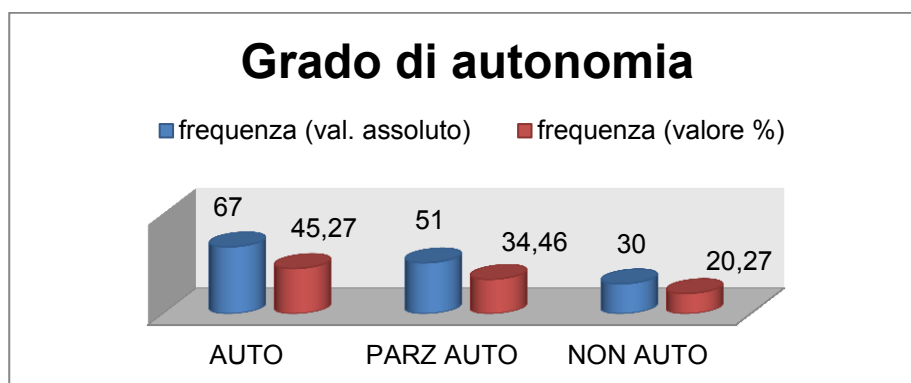
Figura 4.0.5 Problematica di salute rilevata tra i casi di classe di età 18-65 anni presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento (fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)



Per quanto riguarda la variabile relativa alla problematica di salute rilevata notiamo come per la popolazione di interesse prevalga la modalità che identifica una patologia cronica con il 65% dei casi.

Segue la Figura 4.0.6 che rappresenta la distribuzione di frequenza delle modalità della variabile “grado di autonomia”.

Figura 4.0.6 Grado di autonomia rilevata tra i casi presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento (fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)



Per la variabile grado di autonomia a prevalere come distribuzione di frequenza è la modalità che identifica uno stato di autosufficienza con oltre il 45% dei casi.

Vediamo ora in Tabella 4.0.5 quali sono le problematiche rilevate che hanno motivato l'intervento del SSO.

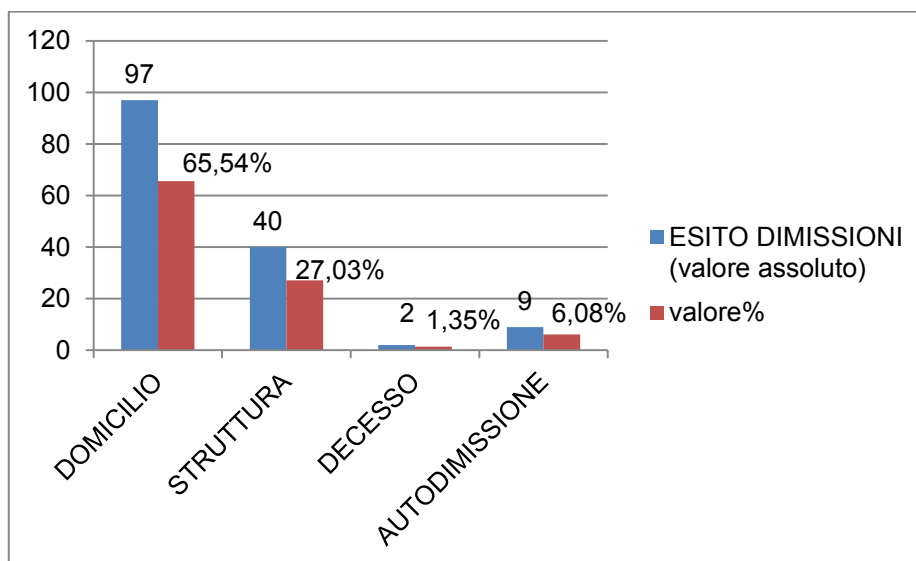
Tabella 4.0.5 casi (18-65 anni) in carico dal SSO nel periodo di riferimento distribuzione di frequenza per tipologia di problematica rilevata (Fonte: rielaborazione dati cartelle SSO)

Tipo di problema	Frequenza (valore assoluto)	Frequenza (valore%)
Segretariato sociale	34	22,97
Alcool-tossico-farmaco- dipendenza	28	18,92
Post ricovero	24	16,22
Dimissione protetta	15	10,14
Inserimento in RSA	15	10,14
Assenza supporto parentale	14	9,46
Relazioni familiari	8	5,41
Problematiche amministrative	7	4,73
Maltrattamento psico-fisico	2	1,35
AdS	1	0,68
Totale	148	100,00

Interessa notare che rispetto ai dati relativi alla popolazione di riferimento, per le unità oggetto di interesse la problematica relativa all'inserimento in una RSA (che solitamente riguarda la popolazione anziana) non è più quella con la maggior frequenza e scende dal 33% al 10% circa dei casi, appaiono molto più frequenti invece le problematiche relative alle dipendenze che passano dal 6% al 19% circa, l'assenza di supporto parentale che passa dal 4,6% al 9,5% e le problematiche di relazione familiare che passano dal 2,9% circa al 5,4%. Le problematiche amministrative che sulla popolazione di riferimento incidavano solo per un 1,4% dei casi, nel sottoinsieme di interesse passano al 5% circa.

Infine la distribuzione delle modalità della variabile “ esito alle dimissioni” ovvero alla chiusura della Cartella Sociale, per le unità oggetto di interesse è descritta dalla Figura 4.0.7 che segue.

Figura 4.0.7 Distribuzione di frequenza dell'esito alle dimissioni dei casi (18-64 anni) presi in carico dal SSO nel periodo di riferimento (Fonte: rielaborazione dati Cartelle del SSO)



Anche in questo caso c'è differenza tra popolazione di riferimento e quella di interesse, aumentano la dimissione a domicilio che passa dal 54% al 65%, e le autodimissioni che passano dal 2% circa al 6%, mentre diminuiscono le dimissioni in RSA e i decessi.

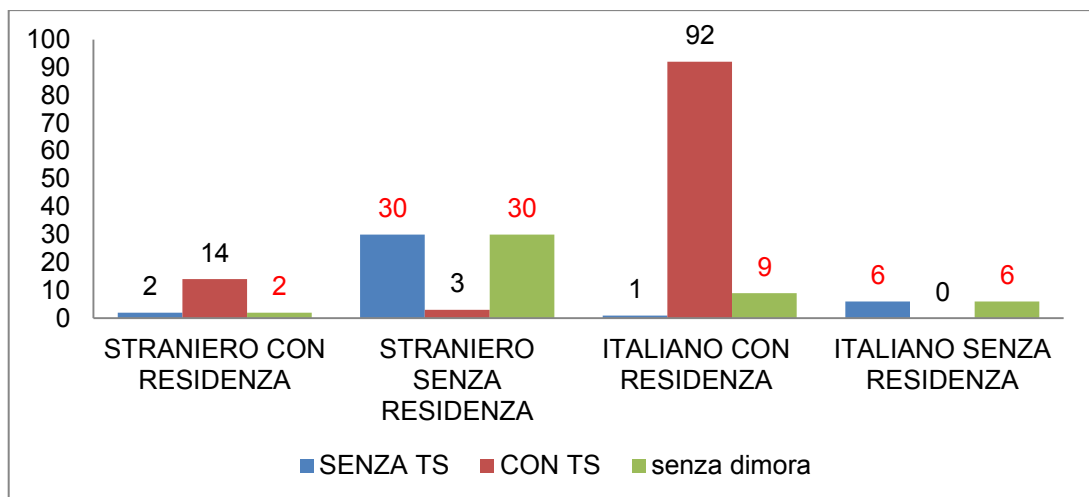
Ora possiamo guardare alle variabili che riteniamo possano influenzare l'accesso alle cure a tutto tondo dei pazienti adulti presi in carico dal SSO, ovvero la mancanza di iscrizione all'anagrafe dei residenti, la mancanza di iscrizione all'anagrafe sanitaria, lo stato di “senza dimora” del soggetto.

Lo stato di senza dimora, di senza residenza e di senza tessera sanitaria, è da riferirsi al momento del ricovero del paziente presso AOUPD, e non al momento delle sue dimissioni, in tal senso la presa in carico di questi casi da parte del SSO ha portato talvolta alla soluzione della problematica già durante il periodo di ricovero, ciò è accaduto spesso per quanto riguarda la

mancanza della Tessera Sanitaria, alle volte per quanto riguarda la residenza, mentre per il problema della mancanza di una dimora nell'impossibilità di risolvere definitivamente il problema si è perlomeno riusciti a favorire, attraverso la segnalazione, una presa in carico territoriale dei casi.

Nella figura 4.0.8 che segue è possibile verificare come si distribuiscono le frequenze nelle modalità "con" e "senza" delle variabili Residenza e Tessera Sanitaria, confrontate con la modalità "senza" della variabile dimora.

Figura 4.0.7 Confronto tra le distribuzioni di frequenza (valori assoluti) nelle modalità con e senza delle variabili Residenza e TS, e la modalità "senza" della variabile dimora.(fonte: rielaborazione dati Cartelle Sociali SSO)



Richiamiamo i "numeri" già visti in precedenza, relativamente ai 148 adulti per i quali la presa in carico da parte del SSO si è conclusa nel semestre luglio-dicembre 2023:

- Sono risultati essere senza residenza al momento del ricovero 6 italiani e 33 stranieri
- Sono risultati essere senza tessera sanitaria al momento del ricovero 7 italiani e 32 stranieri
- Sono risultati essere senza dimora al momento del ricovero 15 italiani e 32 stranieri

Aiutandoci con il grafico in figura 4.0.8 notiamo che i 6 italiani senza residenza sono tutti senza dimora e anche senza tessera sanitaria, dei 33 stranieri senza residenza 30 sono senza dimora e 30 senza tessera sanitaria, mentre 3 risultano avere una tessera STP per Straniero Temporaneamente Presente. Questo è il gruppo di soggetti che sono potenzialmente più a rischio per quanto riguarda la loro possibilità di vedersi garantito il diritto alla salute a tutto tondo, per i motivi ampiamente esposti nei capitoli precedenti.

Per quanto riguarda i pazienti che hanno una residenza possiamo notare come tra di essi vi siano ben 9 italiani e 2 stranieri che risultano senza dimora, e che di conseguenza sono residenti nelle vie fittizie dei Comuni, costoro possono considerarsi tutelati nella loro possibilità teorica di usufruire di una presa in carico socio sanitaria a tutto tondo. Va detto però che il vivere in strada o in alloggi di fortuna (ospiti di amici, di dormitori pubblici, di associazioni di volontariato, case occupate, ecc.) rende difficile l'accesso ai servizi di assistenza e cura post degenza, come ad esempio i servizi domiciliari, che potrebbero risultare necessari in considerazione dello stato di salute.

Infine vi sono 3 pazienti (2 stranieri e 1 italiano) che risultano avere una residenza ma non la tessera sanitaria, per costoro il problema è risolvibile potendo richiedere e ottenere l'iscrizione all'anagrafe sanitaria, e il conseguente accesso a tutte le forme di tutela della salute previste dal nostro ordinamento.

Con la tabella 4.0.6 che segue si arriva a poter valutare la possibilità che la mancanza di iscrizione anagrafica e la condizione di senza dimora siano fattori che influiscono sul pieno godimento del diritto alla salute "erga omnes", e di conseguenza si arriva a verificare l'ipotesi del lavoro di ricerca fin qui esposto.

Tabella 4.0.6 Distribuzione di frequenza della variabile indipendente (stato di salute alle dimissioni e luogo dove avvengono) incrociato con la variabile indipendente (cittadinanza, residenza, dimora) valori assoluti (Fonte: rielaborazione dati cartelle sociali SSO)

	Dimissione a domicilio o auto	Dimissione a domicilio parzialmente auto	Dimissione a domicilio o non auto	Dimissione in struttura auto	Dimissione in struttura parzialmente auto	dimissione in struttura a non auto	totale
straniero senza residenza senza dimora	19	5	2	0	2	2	30
italiano senza residenza senza dimora	4	1	0	0	1	0	6
straniero con residenza senza dimora	1	0	0	0	1	0	2
italiano con residenza senza dimora	3	5	0	0	1	0	9

La tabella 4.0.6 ci restituisce il dato dei pazienti adulti (fascia 18-65 anni) presi in carico dal SSO, che di sicuro non hanno la possibilità di accedere a cure ed assistenza per un godimento pieno dell'universale diritto alla salute, essi sono tutti coloro che al momento delle dimissioni essendo senza residenza e senza dimora versano in una condizione di salute che comporta una parziale o totale non autosufficienza e che sono stati dimessi a domicilio, domicilio che spesso non hanno o che consiste in sistemazioni precarie o di fortuna. Tali soggetti ammontano ad 8 unità, ovvero il 22,22%

dei soggetti che non hanno una residenza. Ad essi si aggiungono 5 soggetti che pur avendo un'iscrizione anagrafica, sono senza dimora, in una condizione di parziale autosufficienza e dimessi a domicilio, che non hanno.

Il totale allora dei pazienti adulti seguiti dal SSO nel periodo di riferimento, che di sicuro non accedono pienamente del diritto alla salute è di 13 unità che costituisce circa il 9% della popolazione di interesse (148 adulti). A questi si aggiungono i soggetti che pur autosufficienti, dimessi a domicilio senza residenza e senza dimora, potenzialmente se ne hanno o avessero bisogno non hanno accesso al godimento del diritto, stante il limite posto da un lato dalla necessaria iscrizione anagrafica, dall'altro dalla oggettiva condizione di precarietà abitativa. Il numero allora cresce e alle 13 unità se ne aggiungono altre 27 per un totale di 40. Parliamo del 27% della popolazione di interesse (148 adulti) e del 7,2% della popolazione di riferimento (555 casi in carico al SSO nel periodo di riferimento).

Per concludere, i casi che risultano essere stati dimessi in una struttura pur privi di residenza e senza fissa dimora e in condizioni di parziale o totale non autosufficienza, sono quelli su i quali il lavoro del SSO è riuscito, se pure con grandi difficoltà, a produrre come effetto il superamento della problematica impedente, e quindi un effettivo accesso all'assistenza e alle cure loro necessarie, per un pieno godimento del diritto alla salute. Di seguito si riporta la cronistoria di due di questi casi.

6. Il caso di Miko

Miko (nome di fantasia, che però identifica un soggetto reale) accede al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Padova il 24 novembre 2021 a seguito del riacutizzarsi di una delle patologie croniche di cui è affetto. Nella Cartella Sociale si fa riferimento ad un paziente maschio di 65 anni noto al servizio sociale ospedaliero, nomade originario dei Balcani, arrivato a Padova qualche decennio fa, negli anni '90 probabilmente profugo di guerra, ma del quale non risultano identificazioni ufficiali, senza dimora,

noto ai servizi territoriali e al volontariato locale che si occupa di senza tetto, con problemi di alcoolismo, con patologie plurime e progressi multipli accessi in ospedale nei mesi precedenti. Risulta essere senza residenza, senza tessera sanitaria e senza documenti di identità.

Dopo 2 settimane il paziente viene definito dai medici del reparto in cui è ricoverato: “non dimissibile in strada e nemmeno nelle strutture comunali per i senza dimora” e a fine dicembre dello stesso anno viene trasferito nell’allora Reparto di Lungodegenza dell’Ospedale S. Antonio, reparto che oggi è identificato come Ospedale di Comunità (OdC). A gennaio i medici del reparto confermano che nonostante la parziale risoluzione dello stato acuto della malattia, il paziente non è dimissibile se non in una struttura idonea (RSA, Casa di riposo). Sempre a gennaio la DMO (Direzione Medica di Ospedale) alle cui dipendenze organizzativo-funzionali opera il SSO, si rivolge ai Servizi del Comune e dell’Aulss 6, inviando una Relazione Medica e una Sociale sul caso e invitandoli ad attivarsi per collaborare a trovare una soluzione. Contestualmente viene inviata una richiesta di UVMD (Unità di valutazione Multidimensionale Distrettuale) al PUAD (Punto Unico di Accoglienza Distrettuale) del Distretto Socio Sanitario competente. Ai primi di marzo il SSO avvia le pratiche presso la Questura di Padova per il rilascio del Permesso di Soggiorno per cure mediche. Dopo un mese la Questura risponde che la richiesta non è accoglibile, chiedendo di fornire ulteriore documentazione medica. Tra maggio e giugno del 2022 continuano le richieste e le comunicazioni informali e formali tra AOUPD e gli altri Enti e Istituzioni che dovrebbero attivarsi e collaborare per la soluzione del caso. Il tempo passa, passano i mesi, ma nessun passo avanti concreto viene fatto, solo una continua richiesta di ulteriori documenti, ulteriori pratiche.

Il problema di fondo è legato alla residenza e alla mancanza di documenti, senza residenza il paziente non può ottenere dei documenti, e senza documenti non può ottenere il permesso di soggiorno.

Si arriva così a novembre 2022, dopo un anno dalla data del ricovero, la DMO invia l'ennesimo aggiornamento della Relazione Medica e di quella Sociale sul paziente (seguono quelle di gennaio e di giugno 2022) denunciando la percezione di una sorta di disinteresse degli altri soggetti coinvolti.

Il Comune di Padova risponde formalmente alle richieste di iscrizione anagrafica del paziente affermando che “non avendo il soggetto titolo valido per soggiornare in Italia, non è possibile procedere con la pratica di assegnazione della residenza” e quindi al rilascio di documenti di identità. Ma senza documenti di identità la questura non può procedere con la pratica di rilascio di permesso di soggiorno. La Questura precisa che in assenza di documenti di identità italiani o del paese di origine, e senza la possibilità da parte loro dichiarata, di poter procedere ad un accertamento dell'identità, l'unica via percorribile è la richiesta di un'attestazione d'identità da parte del Consolato del paese di origine. Siamo ormai arrivati a febbraio del 2023 e per l'ennesima volta la DMO fa formale richiesta di convocazione di un tavolo inter istituzionale per collaborare alla soluzione della situazione, rimanendo però inascoltata, si attende che succeda “miracolosamente” qualche cosa (forse che nel frattempo il paziente muoia?!).

Il SSO, nel mese di marzo entra in possesso della copia di un atto di nascita del paziente (della Repubblica Serba), procurato dal fratellastro, unica persona che in questi mesi si è presentata in ospedale per accertarsi delle sue condizioni di salute, anche lui risulta senza dimora e noto per essere da decenni presente sul territorio di Padova, attualmente ospite di un'associazione che si occupa di senza tetto ed emarginazione. In possesso di tale documento gli operatori decidono di rivolgersi al Consolato Serbo di Trieste per richiedere un'attestazione di identità e ad aprile gli uffici consolari contattano telefonicamente il SSO dando indicazione del possibile percorso per fornire un documento di identità a Miko. Innanzi tutto chiedono ad AOUPD di inviare una foto attuale del paziente così da poterla confrontare con una sua vecchia foto contenuta nell'ultimo documento di

identità rilasciato decenni orsono dal ministero degli interni Serbo. Nel caso di presunta congruenza delle due, il Consolato valuterà l'eventuale invio presso il reparto di ricovero di un loro incaricato per accertare di persona l'identità del soggetto, e accogliere se capace di intendere e volere, la sua personale richiesta di emissione di un nuovo passaporto.

Inviata la foto al Consolato si attende la risposta che arriva qualche settimana dopo, le foto sono ritenute congruenti e il console autorizza un funzionario a recarsi presso il reparto per l'identificazione personale, il tutto si svolge con spese a carico di AOUPD, e ad Agosto arriva via posta il passaporto nuovo di Miko, con il quale si inoltra nuovamente al Comune di Padova la richiesta di iscrizione anagrafica nella via fittizia per i senza fissa dimora.

Gli Uffici Anagrafe per l'ennesima volta rigettano la richiesta, opponendo il fatto che non si può provare la dimora abituale nel territorio comunale e proponendo alla DMO di permettere al paziente di richiedere la residenza presso l'indirizzo dell'Azienda stessa, ove di fatto dimora da più di un anno e mezzo.

Il 21 agosto 2023 è finalmente convocato un tavolo urgente e straordinario cui partecipano i vari professionisti, servizi e uffici coinvolti, del Comune, dell'AULSS 6 e di AOUPD. Durante l'incontro emerge come il caso sia oramai "un caso", e la necessità di arrivare il prima possibile ad una soluzione, a cui si giunge però solo tra ottobre e novembre, grazie al coinvolgimento di un Associazione che si rende disponibile a dichiarare che Miko è domiciliato e dimora abitualmente presso i suoi locali, il che obbliga finalmente l'Ufficio Anagrafe ad accettare la richiesta di residenza in via città di Padova (indirizzo fittizio).

Come conseguenza Miko con l'aiuto del SSO ottiene una regolare iscrizione all'Anagrafe Sanitaria, il Permesso di Soggiorno, l'attribuzione di un Medico di Medicina Generale che predisporrà l'impegnativa di residenzialità per il suo ricovero in una RSA, ha la possibilità di avviare la pratica per il riconoscimento dell'invalidità e dell'eventuale indennità di

accompagnamento, in modo da poter partecipare con il Comune al pagamento della quota sociale o alberghiera della RSA, grazie alle somme erogate dall'INPS.

Tutte le pratiche richiedono un ulteriore periodo di tempo durante il quale continua il suo ricovero in OdC di AOUPD, che termina solo il 27 dicembre 2023 con il trasferimento in RSA ad oltre 2 anni dalla data del ricovero, per una degenza complessiva della durata di 762 giorni.

7. Il caso di Viko

Viko (nome di fantasia) accede al Pronto Soccorso il 18 agosto 2022 in arresto cardiocircolatorio come conseguenza dei colpi subiti nel corso di una rissa, e da qui è poi trasferito in coma nel reparto di Anestesia e Rianimazione, dove dopo qualche giorno viene diagnosticato uno stato di coma vegetativo permanente irreversibile.

Viene chiesto l'intervento del SSO e dopo gli opportuni accertamenti e ricerche, l'AS riferisce trattarsi di paziente di 28 anni di origine africana in coma vegetativo permanente, privo di permesso di soggiorno, di residenza, di Tessera Sanitaria e di documenti in corso di validità (in possesso però di una carta di identità scaduta rilasciata dal comune di Padova), senza familiari e reti di supporto locali. Unico ad essersi presentato in reparto un conoscente appartenente alla Comunità dei connazionali presenti in città, il quale contattata la famiglia nel paese di origine afferma che quest'ultima ha dichiarato di non potersene occupare economicamente. Vista l'impossibilità di un eventuale rimpatrio stante la condizione clinica, l'AS prevede un percorso di presa in carico non a breve termine, e indica la necessità di individuare una persona che si ponga a tutela del paziente, segnalando alla Direzione Sanitaria e all'Ufficio Legale dell'Azienda di avviare le pratiche per la nomina di un Tutore o di un Amministratore di Sostegno, mancando il presupposto per una richiesta dell'interessato o dei familiari.

Ad ottobre del 2022, viste le condizioni cliniche ormai relativamente stabili, il paziente è trasferito presso la Lungodegenza Osa, attuale OdC, e quasi

contestualmente viene richiesta dalla DMO e dal SSO la convocazione di un UVMD straordinaria per la collaborazione inter istituzionale alla ricerca di una soluzione. Stante l'assenza di risposte da parte dei competenti Servizi Territoriali, la richiesta viene rinnovata nel mese di dicembre.

A gennaio viene presentata alla Questura di Padova una richiesta di permesso di soggiorno e al Comune di Padova la richiesta di iscrizione anagrafica come senza fissa dimora. In questo caso il possesso di documenti di identità se pur scaduti permette alla Questura di procedere con la pratica di rilascio del permesso di soggiorno, mentre gli Uffici Anagrafe del Comune precisano che fino alla nomina di un amministratore di sostegno non è possibile procedere, in quanto solo tale figura può sottoscrivere la richiesta a nome e per conto del paziente, e siamo arrivati a febbraio,

A questo punto del caso inizia ad occuparsene un avvocato dell'associazione Avvocati di Strada, e si arriva solo ad aprile alla nomina di un AdS nella figura di un avvocato, che una volta incaricato procede ad una nuova richiesta di iscrizione anagrafica. Anche questa volta la richiesta è rigettata dagli Uffici dell'Anagrafe che confusamente fanno riferimento ad una iscrizione anagrafica del 2018 in un piccolo Comune della Provincia, al quale invitano a rivolgersi per la pratica.

Il rigetto della richiesta viene però prontamente contestato e vengono fornite prove certe del fatto che l'ultima iscrizione anagrafica è quella del Comune di Padova che nel 2020 aveva provveduto alla cancellazione della residenza in conseguenza della scadenza del permesso di soggiorno.

A giugno del 2022 il Comune di Padova provvede gioco forza all'iscrizione all'indirizzo via città di Padova 999, la via fittizia per i senza fissa dimora.

Anche in questo caso però le pratiche per l'iscrizione senza limitazioni all'Anagrafe Sanitaria, per l'attribuzione di un Medico di Medicina Generale, per la richiesta di invalidità e dell'indennità di accompagnamento, si protraggono per alcuni mesi e solo il giorno 8 di agosto del 2022, Viko in condizioni cliniche stabili ma in uno stato di coma vegetativo permanente

irreversibile, viene trasferito presso un Centro Residenziale specializzato, dopo che sono trascorsi dalla data del suo ricovero 355 giorni.

CAPITOLO V: LE POSSIBILI SOLUZIONI AL PROBLEMA

1. La vulnerabilità come condizione universale

Nella società postindustriale e postmoderna assistiamo alla crescita esponenziale dell'esposizione al rischio povertà ed emarginazione per un gruppo sempre più numeroso di persone. Parliamo di milioni di individui che appartengono agli strati intermedi della popolazione, che vivono quotidianamente in una situazione di insicurezza, a rischio povertà, che corrono il rischio di scivolare in una condizione di sofferenza.⁸⁹ La disoccupazione, la mancanza di un alloggio in cui vivere, la non autosufficienza, riguardano sempre più persone e si protraggono nel tempo. La precarietà oggi è diventata una condizione diffusa, normale.

Il concetto di vulnerabilità fa riferimento ad una situazione universale, ontologica, che riflette la condizione di fragilità e finitezza di tutti gli esseri umani,⁹⁰ ma che ha anche una dimensione situazionale, particolare, ovvero influenzata da elementi contestuali, quali soprattutto l'effettiva possibilità di accesso alle risorse materiali, emotive, affettive e relazionali. Il focus esclusivo sulla dimensione particolaristica rischia di alimentare la stigmatizzazione, la creazione di vittime, persone a rischio, da correggere, un atteggiamento paternalistico e patologizzante, che oscura i problemi strutturali della vulnerabilità sociale, riconducibili alla assenza di quella protezione che possono fornire le reti relazionali o le istituzioni nel momento del bisogno o dell'imprevisto.⁹¹

Oggi anche come conseguenza della esperienza vissuta con la recente crisi pandemica SARS-CoV-2, l'individuo ha preso maggiore coscienza della sua vulnerabilità ontologica. Il riconoscersi vulnerabili significa riconoscersi simili,

⁸⁹ M. Sanfelici, La vulnerabilità normale e il SSP, in *La rivista di Servizio Sociale*; LXIII, 1, 2023

⁹⁰ Butler, J. (2004). *Precarious life: The powers of mourning and violence*.

⁹¹ M. Sanfelici, La vulnerabilità normale e il SSP, in *La rivista di Servizio Sociale*; LXIII, 1, 2023

ugualmente fragili e a rischio, ugualmente bisognosi di cure, ugualmente soggetti agli effetti di eventi non controllabili, l'effetto è quello di veder crescere la consapevolezza che la vulnerabilità non è più caratteristica di gruppi speciali, diversi.

Bauman afferma che finché per far fronte alla vulnerabilità, per evitare la minaccia dell'esclusione ci si affida alle abilità e alle risorse individuali di ciascuno, gli individui continueranno ad essere esposti a rischi enormi. Secondo l'autore dev'essere compito della società che vuole elevarsi a livello di comunità il proteggere efficacemente i suoi membri dall'orrore della miseria.⁹²

Nonostante la tendenza ad un aumento della sensibilità sociale nei confronti della vulnerabilità, passata la crisi si fa presto a dimenticare, e resta attuale quanto afferma Butler, ovvero che non possiamo dare per scontato che lo status di soggetti degni di diritti, protezione e libertà, riguardi tutti gli individui indistintamente, vi sono ampie fasce di popolazione che ne sono prive, (lavoratori sfruttati, migranti, anziani, donne e bambini) e tale deprivazione va resa continuamente manifesta. Esistono diversi gradi di riconoscimento per diversi esseri umani, non tutte le vite sono considerate di pari dignità, alcune sono più sacrificabili di altre, meno degne o indegne.⁹³

Così ad esempio, i poveri sono inutili, sono sacrificabili, non c'è più un motivo razionale per continuare a spendere denaro per la loro sussistenza, non consumano e non sono più neanche quell'esercito di riserva che il welfare si curava di sostenere, sono un peso per la società.⁹⁴

Occuparsi della vulnerabilità si traduce il più delle volte in interventi che consistono in trasferimenti monetari (e lo confermano ad esempio le misure del periodo pandemico), ma non sempre questi sono un sostegno sufficiente. Serve anche intervenire per potenziare e affiancare le reti formali ed informali e favorire la diffusione dei concetti di ascolto, solidarietà,

⁹² Bauman, Z. (2012). *Vite che non possiamo permetterci*. Gius. Laterza & Figli Spa.

⁹³ M. Sanfelici, La vulnerabilità normale e il SSP, in *La rivista di Servizio Sociale*; LXIII, 1, 2023

⁹⁴ Bauman, Z. (2012). *Vite che non possiamo permetterci*. Gius. Laterza & Figli Spa.

inclusione e partecipazione. Ed è potenzialmente proprio il lavoro dell'AS che rendendo visibile persone, luoghi e situazioni ai margini può contribuire fattivamente allo sviluppo di approcci che creino e contribuiscano a mantenere una sensibilità diffusa rispetto alla condizione di vulnerabilità e fragilità che potenzialmente un domani può colpire chiunque, portando a superare la stigmatizzazione e l'individualismo che spingono a pensare che la debolezza sia una caratteristica propria solo di alcuni e non di tutti gli esseri umani.

La stessa IFSW (2014)⁹⁵ parla di un servizio sociale che promuova “il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché la liberazione delle persone”, un servizio che sia di iniziativa, che agisca non solo ex post per riparare ma che agisca ex ante per cercare l'affermazione dei principi e il cambiamento sociale, in una società che cambia continuamente e in cui essere portatore di un bisogno non riguarda più una fetta di popolazione ai margini ma rappresenta la normalità che può prima o poi riguardare chiunque. Il perdurare della solidarietà sociale dipende dal mantenimento degli standard etici della società stessa, a cui può contribuire l'AS condividendo e promuovendo il contenuto del bagaglio di valori etico deontologici che ne ispirano la professionalità..

2. Nella “terra di nessuno assistenziale”

La crescente vulnerabilità sociale derivante dall'aumento della precarietà, si colloca in un quadro di progressivo invecchiamento della popolazione che comporta un aumento esponenziale dei soggetti che presto o tardi si troveranno in una condizione di non autosufficienza e che necessiteranno di cure ed assistenza.

Tali necessità emergono quasi sempre in seguito ad un ricovero ospedaliero generando con sempre maggior intensità il problema di una collocazione assistenziale dei pazienti ricoverati che alle dimissioni necessitano di un

⁹⁵ <https://www.ifsw.org/> (ultimo accesso 08/03/2024)

importante livello di assistenza socio-sanitaria in ragione della loro condizione di parziale o totale non autosufficienza (anziani, malati cronici, malati terminali).

Le cure ospedaliere e l'ospedale non sono certamente né il modello né il luogo più adatti ed indicati a gestire la vulnerabilità, a garantire una protezione dai rischi che si corrono quando non si è più in grado di badare a se stessi e ai propri interessi, a garantire la possibilità di vivere dignitosamente anche in situazioni di grave compromissione della propria autonomia.

Sono i servizi socio sanitari territoriali e l'attività di prevenzione che possono agire per l'emersione e la valutazione dei bisogni assistenziali, la progettazione e l'implementazione degli interventi, e su cui i governi a tutti i livelli dovranno decidere di investire sempre più, per essere pronti a rispondere all'inevitabile ed esponenziale incremento delle situazioni di bisogno che come detto saranno in futuro la norma. Gli interventi per la gestione di tali situazioni prevedono oggi modelli basati innanzi tutto e sempre più sul coinvolgimento "forte" delle reti informali di prossimità, ma tali reti spesso o non ci sono o sono insufficienti o incapaci di sostegno. C'è allora bisogno dell'intervento delle reti formali, strutture e istituzioni, e in parallelo o in alternativa sempre più spesso ci si affida al sostegno che possono fornire le reti informali di vicinato o di comunità, di volontariato e di solidarietà più o meno organizzata.

In tal senso è evidente come vi sia sui territori carenza di strutture in grado di accogliere e assistere la fragilità, (RSA, Case di riposo, centri diurni, asili, case famiglia, qualsiasi tipo di struttura di accoglienza, cura e assistenza). Oggi e ancor più in futuro non si potrà prescindere dal pensare all'incremento di tali luoghi e spazi dedicati.

Ma se il problema dell'accessibilità si pone drammaticamente già per chi si vede riconosciuto il diritto di usufruirne, ancor più grave è la situazione di coloro che poiché risultano di fatto "invisibili", sulla carta inesistenti, si vedono negata tale possibilità, pur in presenza di una loro necessità di

accoglienza in una struttura. Per queste persone non è prevista la possibilità di accedervi se non previa una regolarizzazione della loro “situazione amministrativa” (iscrizione anagrafica, possesso di documenti, permesso di soggiorno, iscrizione all’anagrafe sanitaria) che spesso risulta difficile se non impossibile.

3. Strutture per l’assistenza post acute dei senza dimora

In Italia da alcuni anni si sono andati sviluppando dei progetti per la creazione di strutture da dedicare all’accoglienza dei senza dimora che in dimissione dagli ospedali dopo un periodo di ricovero, non sono nelle condizioni di tornare “in strada” e necessitano di un posto dove stare, e dove ricevere le cure ed il sostegno necessari.

A livello internazionale ormai da alcuni decenni esistono progetti che propongono come soluzione al problema delle dimissioni dagli ospedali delle persone senza fissa dimora, la creazione di “centri di sollievo”. Nel caso degli USA da circa 40 anni ha preso avvio in numerose città l’attività di centri medici dedicati al post acute degli homeless attraverso “*the Health Care for the Homless Program*”, finanziato con donazioni e lasciti caritatevoli.⁹⁶

Lo scopo era quello di combattere il fenomeno *dell’Homeless dumping* o patient dumping cioè la pratica degli ospedali americani di dimettere pazienti senza casa sulla strada, quando le necessarie ma costose cure non sarebbero state né pagate dal paziente o da una sua assicurazione sanitaria né rimborsate dal *Medicaid* o dal *Medicare*. Fenomeno che causava anche la morte dei pazienti e che nel 1996 ha portato al varo della legge anti-patient dumping nota come *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*.⁹⁷

⁹⁶ https://nhchc.org/wp-content/uploads/2021/04/HCH-Fact-Sheet_2021.pdf (ultimo accesso 08/03/2024)

⁹⁷ <https://www.cms.gov/medicare/provider-enrollment-and-certification/certificationandcompliance/downloads/emtala.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)

Un centro di sollievo consente alle persone senza fissa dimora di riprendersi dopo l'ospedale in un ambiente più familiare, di ricevere cure di follow-up, sostegno sociale, di essere collegati ai servizi comunitari e di avere la possibilità di essere inseriti in alloggi dedicati.⁹⁸

Tale soluzione è appurato essere molto più economica del costo medio di un letto d'ospedale, e di certo favorisce la non riospedalizzazione in tempi brevi della persona e di conseguenza il calo degli accessi ai Pronto Soccorso. Le valutazioni pubblicate dai centri di sollievo degli Stati Uniti mostrano riduzioni del 24-36% nelle presentazioni dei dipartimenti di emergenza. La riduzione dei giorni di degenza è stata compresa tra il 29% e il 58%. Il ridotto utilizzo dell'assistenza sanitaria equivale a enormi risparmi sui costi.⁹⁹

A Milano dal 2014 è attivo un centro con 20 posti letto aperto grazie alla collaborazione tra le istituzioni, Medici senza Frontiere e Progetto Arca, e nel 2022 ne è stato inaugurato uno a Roma.¹⁰⁰

Anche a Venezia vi è un progetto nato nel 2014 che prevede 4 posti letto dedicati ai pazienti senza dimora dimessi dall'ospedale a cui collaborano il Comune, *Emergency* e la Croce Verde della città.

A Padova è presente un discreto numero di servizi e di realtà che si occupano dei senza dimora, e alcuni più nello specifico di migranti senza una dimora. Proviamo a fare un elenco seppur non esaustivo: dalla storica realtà delle Cucine Popolari alla Caritas Diocesana, poi l'asilo notturno comunale del Torresino, le case di accoglienza della Cooperativa Città Solare (Casa a Colori, Casa Arcella, *progetto housing led*), casetta Borgomagnon, il Centro diurno La Bussola, progetto Rondine e sportello RAR, Associazione Noi sulla Strada, gli Avvocati di Strada, Associazione

⁹⁸ O'Connell, J. J., Oppenheimer, S. C., Judge, C. M., Taube, R. L., Blanchfield, B. B., Swain, S. E., & Koh, H. K. (2010). The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1400-1408.

⁹⁹ McCormick, B., & White, J. (2016). Hospital care and costs for homeless people. *Clinical Medicine*, 16(6), 506.

¹⁰⁰ Lenuta, D. D., Ledonne, G., Zucchetti, A., & Angelini, C. (2020). La continuità delle cure per persone senza dimora. *Italian Journal of Nursing*

Elisabetta D'Ungheria, Comunità di Sant'Egidio, Croce Rossa Italiana, Associazione Medici in strada.

Il Comune di Padova ha predisposto un vademecum "D(i)ritti alla residenza" per orientare gli operatori che si occupano di senza dimora nella richiesta della residenza, ma il percorso nella pratica rimane nonostante ciò irto di ostacoli.¹⁰¹

Molto interessanti sono i risultati della ricerca: "2020: vivere senza dimora a Padova" del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università che espone i dati raccolti attraverso un questionario somministrato a 156 senza dimora la maggior parte intervistati presso il dormitorio. Sono maschi quasi l'80% degli intervistati, hanno un'età media di 50 anni, il 45% è italiano e il 40% di provenienza extra UE; tra gli stranieri il 36% non possiede un permesso di soggiorno.¹⁰²

Del totale il 50% è residente a Padova, un ulteriore 24% è residente nella via fittizia, ma il 17% non ha alcuna residenza. Il 24% è stato ricoverato in ospedale nell'ultimo mese, il 45% delle persone dichiara di avere un disturbo fisico o una qualche disabilità, e oltre il 14% di non avere alcuna copertura sanitaria. La maggior parte dei partecipanti (69,2%) dichiara di non aver alcun sostegno da altre persone.

Inoltre interessa far notare come il gruppo di operatori coinvolto nei focus group previsti dal progetto ha individuato tra le necessità quella di rapportarsi e coinvolgere maggiormente gli operatori pubblici dell'area sanitaria e di prevedere una struttura stabile per la gestione dei problemi sanitari e delle post degenze, a tutt'oggi assente.

Ecco allora che le criticità fino ad ora rilevate, vengono confermate dai dati, vi è un discreto numero di senza dimora che sono senza permesso di soggiorno, senza un'iscrizione anagrafica, senza una copertura sanitaria.

¹⁰¹ <http://caritas.diocesipadova.it/diritti-alla-residenza-conoscerli-e-ri-conoscerli/> (ultimo accesso 08/03/2024)

¹⁰² https://www.padovaevcapital.it/wp-content/uploads/2020/10/foto_ricerca.jpg (ultimo accesso 08/03/2024)

Non è presente sul territorio una struttura del tipo “centro di sollievo” post acute, e se pur ve ne sono in grado di ospitare post degenze queste non sono organizzate per un’assistenza sanitaria professionale continuativa.

Se pur orientata alla risoluzione del problema della necessaria presa in carico assistenziale della persona senza dimora o che viva in condizioni di estrema precarietà abitativa, la soluzione dei centri post acute rimane orientata alla riduzione del danno, una soluzione pro tempore e quindi nell’ottica delle prestazioni sociali di sussistenza e dei servizi a bassa soglia. Non possiamo parlare quindi di una soluzione al problema dell’esclusione dal diritto alla salute.

Oggi l’approccio *Housing First* è probabilmente l’innovazione più importante degli ultimi 30 anni nella strutturazione di servizi per persone senza dimora. Il modello praticato inizialmente a *New York* dallo psicologo *S.Tsemberis*, è risultato molto efficace nel ridurre il fenomeno dell’*homelessness* negli USA, in Canada ed in molti paesi europei.¹⁰³ Per l’*Housing First* l’abitare è il punto di partenza e non di arrivo. Il focus dei progetti è sulla capacità della persona di vivere nella propria casa come membro di una comunità, puntando a migliorarne il livello di salute, di benessere e la rete sociale di supporto. Un approccio totalmente diverso rispetto ai precedenti che puntano a verificare preventivamente alla collocazione abitativa che la persona sia “pronta” a vivere in autonomia. È una casa, un abitazione, una dimora degna, ciò che permette di avere una residenza, è il luogo dove tornare dopo il lavoro, dove vivere con le persone care, il luogo dove curarsi e ricevere cure.

4. Monitorare e limitare la discrezionalità procedurale degli uffici anagrafe e snellimento burocratico.

Nothdurfter parlando di attribuzione di competenze riguardo all’*assessment* dei bisogni e alla programmazione degli interventi afferma che il

¹⁰³ <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/Scheda-Housing-First.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)

decentramento e la sussidiarietà rischiano di avere come effetto quello di scaricare le decisioni e le responsabilità sugli enti locali, «riprivatizzando i rischi sociali», legandoli ad una dimensione locale nella quale la società civile rischia di esprimersi in modo difensivo, particolare e localistico perpetuando stigmatizzazione e processi di esclusione sociale¹⁰⁴

Per spiegare il perché di atteggiamenti escludenti degli enti locali, è sufficiente pensare che l'appartenenza locale è strettamente legata all'esercizio dei diritti, il che comporta un'obbligazione, un dovere di garanzia e di intervento a tutela dei diritti del cittadino da parte degli enti stessi.

Le prassi discrezionali imposte da alcune amministrazioni per l'ottenimento della residenza sono di fatto arbitrarie e violano la legislazione nazionale in materia. Come ricordano con chiarezza gli uffici di fio.PSD (federazione italiana degli organismi delle persone senza dimora) nelle loro indicazioni ai Comuni, gli Uffici Anagrafe rischiano di:

- violare il dovere di solidarietà politica, economica e sociale (art. 2 Cost)
- violare il diritto all'uguaglianza formale e sostanziale (art. 3 Cost)
- violare il diritto al lavoro (no residenza, no iscrizione Cpi, no p.Iva) (art. 4 Cost)
- violare la libertà personale e dell'inviolabilità del domicilio (art. 14 Cost)
- violare la libertà di fissare la propria residenza nel territorio dello Stato (art. 16 Cost)
- violare il diritto alla difesa (no residenza, no accesso al gratuito patrocinio) (art. 24 Cost)
- violare il diritto alla salute (art. 32 Cost)
- violare il diritto all'assistenza e alla previdenza sociale (no residenza, no pensione) (art. 38 Cost)

¹⁰⁴ Nothdurfter, U. (2012). Mutamenti del welfare e servizio sociale professionale: quali sfide per l'assistente sociale e la sua formazione?. *Mutamenti del welfare e servizio sociale professionale: quali sfide per l'assistente sociale e la sua formazione?*, 31-47.

- violare il diritto al voto (no residenza, no circoscrizione elettorale)
(art. 48 Cost)

La fio.PSD collabora con l'Osservatorio europeo sul Diritto all'abitare per monitorare la violazione dei diritti, gli aggiornamenti normativi e le sentenze che promuovono la tutela del diritto¹⁰⁵

Ricordiamo che come già detto nei capitoli precedenti che l'attribuzione della residenza non è assolutamente un atto concessorio e che quindi i Comuni non hanno nessuna possibilità di opporre eccezioni che ostacolino quello che è il godimento di un diritto ma anche l'adempimento di un obbligo.

È previsto che i Comuni istituiscano la così detta via fittizia nella quale collocare la residenza dei senza dimora, a tal proposito fio.PSD sul suo sito pubblica un elenco delle vie fittizie attivate che ad oggi sono presenti in 200 Comuni distribuiti in tutte le Regioni d'Italia.

L'attribuzione della residenza nella via fittizia "territorialmente non esistente ma equivalente in valore giuridico" consente alle persone senza dimora di esistere. Queste se non hanno un recapito o un domicilio vero e proprio vedranno loro attribuito l'indirizzo di residenza su di un numero progressivo dispari della via fittizia.

Nonostante la sentenza del Consiglio di Stato Sez.III, 16/12/2022, n.11044, confermi che «la residenza fittizia non è una residenza minore», che da quindi modo alle persone che vi risiedono di godere di tutti i diritti collegati alla residenza, come ad esempio il diritto al rinnovo del permesso di soggiorno, essa può non essere sufficiente a consentire l'accesso a tali diritti se non è accompagnata dal rendere effettivamente reperibile la persona.¹⁰⁶

La Legge di Bilancio 2022, ha introdotto (Art. 1, commi 159-171) i nuovi LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) consistenti in interventi, servizi, attività e prestazioni integrate assicurate a tutti e quindi con carattere

¹⁰⁵ <https://www.fiopds.org/> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹⁰⁶ <https://www.meltingpot.org/2023/02/la-residenza-nella-via-fittizia-permette-di-chiedere-e-rinnovare-il-permesso-di-soggiorno/> (ultimo accesso 08/04/2024)

di universalità dallo Stato su tutto il territorio «per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità».¹⁰⁷

Nel Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 il capitolo 3 riguarda gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà tra le cui priorità al punto 3.3.3.1 prevede il “LEPS-Accessibilità ai diritti esigibili: la residenza”. Viene individuato come LEPS il garantire in ogni Comune e ad ogni individuo che pur privo di alloggio lì elegga il proprio domicilio, la presenza di servizi che rendano effettivo il diritto all’iscrizione anagrafica, nello specifico un servizio di supporto e accompagnamento alla iscrizione e un servizio di fermo posta, le cd. “stazioni di posta”. Titolare dei servizi è previsto sia il Comune il quale eventualmente coinvolge enti e associazioni territoriali. Proseguendo nel capitolo 3, si prevede l’attuazione di veri e propri centri servizi per il contrasto alla povertà dove saranno collocati i LEPS Accessibilità, il cui finanziamento è previsto a carico del Fondo Povertà e del PNRR, per una cifra considerevole di circa 100 milioni di euro all’anno.¹⁰⁸

Con l’istituzione dell’Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR)¹⁰⁹ e quindi con la digitalizzazione della residenza anagrafica, la trasformazione tecnologica rischia di impattare negativamente sul processo di riconoscimento del diritto alla residenza. La procedura necessita di Identità Digitale-Spid-Cie (carta d’identità elettronica) e Cns (carta nazionale dei servizi) che si possono ottenere solo se in possesso di documenti di identità, che a loro volta necessitano dell’iscrizione anagrafica, nonché il possesso di competenze cognitive ed informatiche.

D’altra parte è anche possibile il prodursi, come effetto positivo, il superamento della discrezionalità, delle prassi burocratiche, della

¹⁰⁷ <http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/ID0016dvol1.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹⁰⁸ <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹⁰⁹ https://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/2014_05_27_anagrafe_nazionale_popolazione_residente.pdf (ultimo accesso 08/04/2024)

frammentazione e della difformità delle procedure, l'informatizzazione introdurrebbe prassi formali che consentirebbero la tracciabilità e il controllo con la possibilità di produrre contestazioni e ricorsi. Si conferma in tal senso la massima importanza di realizzare i Centri Servizi, al fine di creare le condizioni per l'esercizio dei diritti dei senza dimora e dei senza residenza, garantendo loro l'accompagnamento indispensabile.

5. Potenziare il lavoro di e in rete tra livelli istituzionali, enti, professionisti, e terzo settore

Con l'art. 21 del D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà", è stata istituita la Rete della protezione sociale e dell'inclusione per coordinare gli interventi sociali previsti dalla L. 328/2000, da articolarsi in tavoli regionali e a livello di Ambiti Sociali Territoriali, l'articolo 23, indica di adottare «ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro» coincidenti con la suddivisione territoriale dei Distretti e dei Centri per l'impiego.¹¹⁰

Ogni singolo intervento sociale deve partire dall'attenzione alle condizioni personali e mirare a garantire ad ognuno il diritto ad una vita dignitosa, caratteristica di ogni intervento la trasversalità poiché i bisogni possono essere multifattoriali e così le necessarie risposte. È indispensabile superare la frammentazione e la settorializzazione, l'autoreferenzialità, sviluppare collaborazione e integrazione per una presa in carico globale ed un progetto personalizzato. Integrare non significa standardizzare o rinunciare alla sperimentazione e all'innovazione, che possono spesso rivelarsi l'unica via per trovare soluzioni percorribili.

L'ambito dove la collaborazione è la dimensione prioritaria sono i Punti Unici di Accesso (PUA)¹¹¹, qui si realizza la valutazione multidimensionale dei

¹¹⁰ <https://www.fiopds.org/> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹¹¹ <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)

bisogni da parte di équipes multidisciplinari per una presa in carico globale. Qui si deve garantire un approccio integrato, capace di dare le risposte alla persona senza che questa sia inviata ad altri enti o livelli istituzionali.

L'ambito sanitario e quello sociale, uno basato sui LEA e l'altro sui LEPS si integrano costantemente e sono chiamati ad interagire per la presa in carico e la valutazione multidimensionale, manifestando però spesso una certa difficoltà di dialogo, dovuta al sovrapporsi e al divergere dei vari obiettivi cui sono chiamati i due ambiti per citarne solo alcuni ad esempio, la cura della malattia, del virus di contro alla cura della dignità, del rispetto della volontà individuale; le esigenze di budget, finanziarie, di contro alle esigenze di salute e inserimento sociale.

Sarebbe utile un modello organizzativo e di coordinamento che mette in rete l'*assessment* dei bisogni e degli interventi maggiormente in grado di agire sulle situazioni di disagio, che "dimentichi" gli altri obiettivi e mandati, puntando prioritariamente al benessere individuale e collettivo.

Salute, assistenza, lavoro, reddito, casa, sono bisogni la cui mancanza è spessissimo all'origine della situazione di fragilità delle persone, e spesso la mancanza di uno determina la difficoltà nel soddisfare anche gli altri. Obbiettivamente i servizi sociali territoriali non riescono a farsi carico della soluzione immediata di questi bisogni, in particolare là dove gli interventi sociali non sono accompagnati da politiche di inclusione, lavorative e abitative.

Sia il decreto legislativo 147 che il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 prevedono che sia il Punto Unico di Accesso (PUA) ad attuare il cd. "welfare d'accesso", di comunità.¹¹² Qui si "associano" diversi servizi quali il segretariato sociale, lo sportello sociale, la porta unica di accesso. Il termine "unico" non assume il significato di "esclusivo", ma di "unitario", non solo come luogo fisico ma anche come

¹¹² <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)

modalità organizzativa di approccio multi professionale e integrato dei servizi in rete.¹¹³

Le dimissioni protette rappresentano un altro dei LEPS previsti a garanzia della presa in carico globale e individualizzata e si distinguono in dimissioni per utenza che può fare riferimento ad un domicilio e dimissioni per persone che non dispongono di un'abitazione. Comprendono un insieme di azioni per assicurare il passaggio da un setting di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale particolarmente importante per le persone in condizione di grave marginalità e senza dimora.

L'assenza di una soluzione abitativa presuppone l'impossibilità di proseguire la cura con l'assistenza domiciliare, il che comporta l'individuare percorsi e procedure specifiche data la complessità legata al sovrapporsi di fragilità causate dai problemi di salute, dall'assenza di un abitazione e di una rete di sostegno.

Quando si procedesse a dimissioni non programmate e verosimilmente in strada, il rischio è di vanificare il lavoro di presa in carico. In queste situazioni emerge l'assoluta necessità del lavoro in rete tra Enti e servizi del territorio e della collaborazione con il privato sociale ovvero Terzo Settore e Associazioni di volontariato. In particolare va promosso e praticato un lavoro integrato della struttura sanitaria di degenza per mezzo del Servizio Sociale Ospedaliero con gli uffici dell'anagrafe comunale per l'attribuzione della residenza, con i Servizi dei Comuni che in diversi momenti abbiano preso in carico la persona, con i Servizi Socio Sanitari Distrettuali, con i Servizi Sanitari di base (Medici di Medicina Generale) e quelli specialistici (dipendenze; post acute; salute mentale; ecc), con i nascenti Centri Servizi per il contrasto alla povertà, con Strutture di accoglienza (mense, dormitori, ecc) e unità di strada che avendo già agganciato la persona possano

¹¹³ <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)

eventualmente fornire documentazione dell'esistenza di una relazione continuativa con il territorio.

6. L'AS riflessivo resiste alla burocrazia e trasforma i problemi sociali in problemi politici

«Le situazioni che caratterizzano l'esercizio della pratica professionale non sono problemi da risolvere ma situazioni problematiche caratterizzate da incertezza, disordine e indeterminatezza». Per governare l'incertezza l'azione dell'assistente sociale ha bisogno di poggiare sulle solide basi etico deontologiche della professione e di praticare ascolto, valutazione ed agire riflessivi, egli «conosce nell'azione, riflette sull'azione e nel corso dell'azione»,¹¹⁴ ma la riflessività richiede tempo e si scontra con le logiche organizzative e il lavoro emergenziale. Pieroni ci ricorda che «il peggior errore di un AS è quello di non avere dubbi e di lavorare con troppe certezze e poche domande».¹¹⁵

Gli AS colgono gli effetti della crudezza di comportamenti pubblici e privati che toccano le persone senza diritti di cittadinanza, ma portatori di diritti inalienabili. Spesso sono le pratiche burocratiche e autoritarie ad ostacolare un agire deontologicamente coerente, Sara Banks¹¹⁶ a tal proposito sostiene per l'AS l'importanza di resistere a queste dinamiche in alternativa all'opzione di un ritiro difensivo in un atteggiamento prettamente esecutivo.¹¹⁷

Il rischio è quello che il lavoro dell'AS riducendosi alla dimensione burocratico-amministrativa si traduca in un lavoro di “*case management*”, modalità operativa che vede come prioritario il collegare gli utenti alle

¹¹⁴ Schön, D. A. (1993). *Il Professionista riflessivo: per una nuova epistemologia della pratica professionale* (Vol. 152). Edizioni Dedalo.

¹¹⁵ Diomedede Canevini, Milena. *Etica e deontologia del servizio sociale*. Carocci Faber, 2017.

¹¹⁶ Banks, Sarah, et al. *Etica e valori nel servizio sociale : dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix*. Erickson, 1999

¹¹⁷ Diomedede Canevini, Milena. *Etica e deontologia del servizio sociale*. Carocci Faber, 2017.

prestazioni di cui hanno bisogno in conformità alle necessità valutate (*need assesment*), perseguendo però l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dei processi e degli interventi. Un approccio alla persona che se pur sistemico e quindi orientato alla presa in carico globale, non lascia spazio sufficiente alla riflessione, alla critica, e alla *advocacy* che caratterizzano il mandato etico professionale dell'AS.¹¹⁸

Altro rischio ancor peggiore è che il ruolo di *gatekeeper* ovvero di fornitore di strumenti di orientamento nel grande flusso di informazioni dell'attuale *networked society* di cui gli utenti hanno certamente bisogno, e che si può considerare uno degli attuali e futuri ruoli dell'AS, lo trasformi in un consulente d'acquisto, un *influencer*, di quello che è il mercato dei servizi sociali alla persona, già da tempo ampiamente privatizzato e fortemente influenzato dalle politiche caratterizzate dal trasferimento monetario, dai bonus, dagli assegni, dall'esternalizzazione dei servizi, dalla competitività e dalla concorrenza degli operatori. È fortemente dubbio che minori risorse possano produrre maggiori risultati, se pur probabilmente utilizzate in modo più efficace ed efficiente.

Urban Nothdurfter ci ricorda che gli AS sono posizionati sul *frontline* dei processi, sono coinvolti nella *street level experience* che dovrebbe informare bottom up, dal basso, i processi di costruzione delle politiche sociali.¹¹⁹

Ma la loro azione non deve tradursi in una modalità protettiva verso il paziente e in un individualizzazione della responsabilità, ovvero in un farsi carico in prima persona del paziente, lasciando da parte una eventuale sensazione di onnipotenza, l'AS deve avere come obiettivo ritrovare e rafforzare la dimensione della responsabilità politica, trasformare i problemi sociali in problemi politici riportandoli alla dimensione dove è possibile

¹¹⁸ Diomede Canevini, Milena. *Etica e deontologia del servizio sociale*. Carocci Faber, 2017

¹¹⁹ Nothdurfter, U. (2012). Mutamenti del welfare e servizio sociale professionale: quali sfide per l'assistente sociale e la sua formazione?. *Mutamenti del welfare e servizio sociale professionale: quali sfide per l'assistente sociale e la sua formazione?*, 31-47.

pensare ad una progettualità e a interventi che mirino a soluzioni strutturali e normative.¹²⁰

7. Le proposte di legge per la modifica dell'art.19 legge 833/1978

A livello nazionale si sta da qualche anno portando avanti una campagna per la modifica dell'art.19 della legge 833/1978 il quale prevede come requisito per l'iscrizione all'anagrafe sanitaria del territorio di afferenza il possesso della residenza anagrafica.¹²¹

Nel corso del 2023 sono state in discussione alla Commissione Affari sociali della Camera due disegni di legge (A.C. 433 e A-C. 555)¹²² volta a riconoscere, in armonia con la disposizione costituzionale, un diritto alla salute universale (a chiunque è presente sul territorio italiano) e quindi volta a garantire anche ai senza dimora il diritto alla assistenza sanitaria.

I partiti della maggioranza di governo si sono dichiarati contrari ad una previsione di legge che di fatto prevede l'estensione dell'assistenza sanitaria anche agli stranieri non regolarmente residenti sul territorio nazionale e astenendosi hanno bocciato la possibilità di adozione del testo che si compone di 5 articoli, di cui l'articolo 2 prevede la modifica dell'art. 19, terzo comma, della legge n. 833 disponendo che le persone senza dimora, prive della residenza anagrafica nel territorio nazionale, hanno diritto di iscriversi all'anagrafe sanitaria del territorio regionale in cui si trovano.

Consentire l'iscrizione alla anagrafe sanitaria produrrebbe il rendere visibile quella fetta di popolazione difficile da tracciare da un punto di vista statistico, e di dare quindi conto compiutamente della dimensione del fenomeno.

¹²⁰ <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/01/notiziario2-2010.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹²¹ <https://www.avvocatodistrada.it/marginalita-e-diritto-alla-salute-in-italia-chi-resta-escluso/> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹²² <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/15863-diritto-alla-assistenza-sanitaria-dei-senza-fissa-dimora.html> (ultimo accesso 08/04/2024)

Alcune Regioni si sono già occupate fattivamente della questione e l'Emilia Romagna ha fatto da apripista con la L.R. 10/2021,¹²³ che ha normato e garantito l'iscrizione all'anagrafe sanitaria e il medico di base alle persone sprovviste di residenza effettiva o fittizia sul territorio regionale, di cittadinanza italiana. La scelta del medico di medicina generale vale per un anno e può essere rinnovata, a condizione che il beneficiario rimanga sul territorio. Sul sistema informatico dell'anagrafe sanitaria i senza fissa dimora appariranno come "domiciliati esterni a scadenza". Per ottenere il certificato di iscrizione al Servizio Sanitario, la persona senza dimora devono rivolgersi all'anagrafe sanitaria con un modulo attestante la condizione di senza tetto rilasciato dai Servizi Sociali del Comune e un documento di identità o – in mancanza – il codice fiscale o l'estratto di nascita.

La regione Piemonte ha siglato qualche mese dopo un Protocollo di intesa avente ad oggetto un piano integrato di sostegno e assistenza alle persone senza dimora. I firmatari sono la Prefettura di Torino, il Comune di Torino, la Città Metropolitana di Torino, l'Azienda Sanitaria Locale Città di Torino, le Arcidiocesi di Torino, le Circoscrizioni del Comune di Torino e la FIO.psd. Il Protocollo sancisce la volontà di costruire un intervento di cooperazione tra la sfera pubblica e il Terzo settore per rafforzare la rete dei servizi socio-sanitari di modo da fornire una risposta sempre più completa e tempestiva ai problemi legati alla povertà. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e l'accesso alla medicina di base, il Protocollo fornisce le linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie Locali per l'erogazione anche a chi non ha una residenza, le prestazioni sanitarie previste dai LEA (livelli essenziali di assistenza), incentivandone l'iscrizione al SSN e la scelta del medico di medicina generale.¹²⁴

¹²³ <https://www.avvocatodistrada.it/marginalita-e-diritto-alla-salute-in-italia-chi-resta-escluso/> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹²⁴ <http://www.comune.torino.it/cittagora/altre-notizie/emergenza-freddo-il-protocollo-d-intesa-utile-per-cure-ai-senza-tetto.html#> (ultimo accesso 08/04/2024)

La Puglia, l'Abruzzo e la Liguria hanno provveduto a siglare con le Aziende Sanitarie analoghi protocolli di intesa.¹²⁵

Il Consiglio regionale delle Marche ha approvato all'unanimità nel novembre del 2023 la proposta di legge per iscrivere, all'anagrafe sanitaria regionale i senza dimora con cittadinanza italiana che ora potranno avere un medico di base e accedere ai LEA, contribuendo così anche a diminuire gli accessi ai pronto soccorso e impattare quindi meno sulla spesa pubblica. L'iscrizione avverrà su segnalazione dei servizi sociali alle Aziende sanitarie territoriali (Ast). Le Marche sono solo la quinta regione ad approvare una legge in materia.¹²⁶

In Veneto sulla scia della regione Emilia Romagna e delle altre, lo stesso progetto di legge è già stato portato all'attenzione del Consiglio regionale senza però che si sia arrivati alla formalizzazione di una legge regionale in materia.¹²⁷

Le proposte di modifica dell'art.19 della Legge 833/1978 cercano di arrivare ad una soluzione del problema della tutela erga omnes del fondamentale ed universale diritto alla salute, proponendo il superamento dell'esclusione dal godimento di certi fondamentali diritti operato dai meccanismi di attribuzione della residenza anagrafica.

Non lo fanno invece le Leggi e i protocolli regionali fino ad ora approvati che limitano i benefici ai soli senza dimora con cittadinanza italiana, sostenendo quindi una discriminazione nel godimento del diritto legata al requisito della permanenza e dell'appartenenza territoriale.

¹²⁵ <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/16092-il-medico-di-base-per-i-senza-dimora-in-5-regioni.html> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹²⁶ <https://www.rainews.it/tgr/marche/articoli/2023/11> (ultimo accesso 08/04/2024)

¹²⁷ <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/15863-diritto-alla-assistenza-sanitaria-dei-senza-fissa-dimora.html> (ultimo accesso 08/04/2024)

CONCLUSIONI

In conclusione sembra possibile affermare che l'ipotesi che ha ispirato questo lavoro di ricerca viene ad essere confermata dai dati e dalle informazioni raccolte. In particolare la mancanza di iscrizione all'anagrafe dei residenti e la mancanza di una dimora, hanno come effetto per i soggetti che vivono queste situazioni, il contrarsi della possibilità di accesso all'assistenza e alle cure necessarie a garantire loro il diritto alla salute a "tutto tondo".

Ciò emerge con evidenza dalla raccolta e dalla rielaborazione dei dati contenuti nelle Cartelle Sociali del SSO di AOUPD chiuse nel periodo preso in considerazione, in particolare in riferimento alla fascia degli utenti adulti (18-65 anni), scelta come popolazione di interesse dello studio. È anche possibile affermare che tale problema riguardi in modo particolare il sottoinsieme di popolazione costituito da cittadini di altri Stati, migranti regolari, irregolari o in attesa di regolarizzazione, che vivono spesso in una condizione di marginalità e povertà indotta dalle enormi difficoltà che incontrano nel cercare di inserirsi trovando un lavoro ed una casa, di integrarsi.

È possibile affermare inoltre che nel caso specifico dei pazienti ricoverati che per questi motivi non trovano accesso ai servizi di cura post acute di cui necessitano (date le loro condizioni di salute), ciò comporti per coloro che vengono dimessi "in strada" un elevato rischio di ricadute e quindi di continue riospedalizzazioni, e per coloro considerati non dimissibili "a domicilio", un elevato incremento dei costi a carico dei Servizi Sanitari Ospedalieri "costretti" a svolgere più una funzione di assistenza del post acute e della cronicità non autosufficiente, che di cura dell'acuzie, a causa dell'impossibilità di trovare soluzioni più adeguate.

Non sembra accettabile che una fetta numericamente consistente della popolazione presente in un territorio venga tenuta ai margini, nell'invisibilità, senza vedersi riconosciuti diritti universali affermati a livello internazionale,

ed abbiamo visto a quanto possiamo stimare che ammonti tale sottoinsieme a livello nazionale (circa 1 milione di individui è ipotizzabile viva in Italia senza avere una residenza e spesso in condizioni di precarietà, povertà ed emarginazione). Non è accettabile perché, come già detto, la vulnerabilità è una condizione universale che prima o poi può riguardare chiunque, e perché non è possibile privatizzare i rischi sociali, che invece sono un problema di e per tutti. Di seguito ripercorriamo brevemente le possibili soluzioni al problema.

La soluzione di cui si è parlato, che prevede di creare o incrementare strutture per il post acute dedicate a senza dimora, attualmente promosse dal volontariato su base caritatevole, se pure permette di agire per “ridurre il danno”, non sembra essere una soluzione al problema. Serve certamente un incremento delle strutture per il post acute e per la cronicità non autosufficiente, però non strutture “dedicate” ma per tutti, perché altrimenti non è possibile parlare di integrazione. Sembra invece che i progetti e l’idea dell’housing first vadano nella direzione di cercare una soluzione reale al problema per i senza dimora ma non solo, anche per tutti coloro che vogliono provare ad uscire dall’invisibilità, integrarsi, lavorare, avere una residenza, partecipare, e magari anche solo guarire da una qualche forma di malattia o malessere.

Monitorare e limitare la discrezionalità degli Uffici Anagrafe Comunali sembra senza dubbio necessario, per ridurre il rischio che il decentramento e la sussidiarietà scarichino le decisioni e le responsabilità sugli enti locali «riprivatizzando i rischi sociali», e per limitare le derive localiste ed escludenti. L’attribuzione della residenza non è assolutamente un atto concessorio e i Comuni non hanno nessuna possibilità di opporre eccezioni. Ci sembra estremamente importante quanto previsto dal capitolo 3 del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 che riguarda gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà e prevede il “LEPS-Accessibilità ai diritti esigibili: la residenza”, con cui viene individuato come LEPS il garantire in ogni Comune e ad ogni individuo che pur privo di alloggio, lì elegga il proprio domicilio, la presenza di servizi che rendano

effettivo il diritto all'iscrizione anagrafica, nello specifico un servizio di supporto e accompagnamento alla iscrizione e un servizio di fermo posta, le cd. "stazioni di posta".

Sembra indispensabile superare la frammentazione e la settorializzazione, l'autoreferenzialità, sviluppare collaborazione e integrazione per una presa in carico globale ed un progetto personalizzato. Integrare non significa standardizzare o rinunciare alla sperimentazione e all'innovazione, che spesso si rivelano l'unica via per trovare soluzioni percorribili. L'ambito sanitario, quello sociale ma anche quello amministrativo gestionale, sono chiamati ad integrarsi costantemente e ad interagire per la presa in carico e la valutazione multidimensionale, ma manifestano spesso una certa difficoltà di dialogo, dovuta al sovrapporsi e al divergere dei vari obiettivi cui sono chiamati, ad esempio, la cura della malattia e del virus di contro alla cura della dignità e del rispetto della volontà individuale, le esigenze di budget e finanziarie di contro alle esigenze di salute e inserimento sociale.

I servizi Sociali e nel nostro caso il SSO sono chiamati ad essere servizi d'iniziativa, di ricerca, soggetti riflessivi ma anche agenti per il cambiamento, ma tutto ciò richiede tempo e si scontra con le logiche organizzative e il lavoro emergenziale, con il rischio di trasformare il lavoro dell'AS esclusivamente in un lavoro di case management e di need assesment, di gatekeeper o peggio di "influencer". A questo l'AS è chiamato a "resistere", esercitare la critica ed l'advocacy, collocato com'è nella frontline dei processi e coinvolto nella *street level experience* che dovrebbe informare bottom up, dal basso, i processi di costruzione delle politiche sociali.

La proposta di legge per la modifica dell'art.19 della legge 833/1978 ha trovato l'opposizione dei partiti della attuale maggioranza di governo contrari ad una previsione di legge che di fatto prevede l'estensione dell'assistenza sanitaria anche agli stranieri non regolarmente residenti sul territorio nazionale. Alcune Regioni hanno normato e garantito l'iscrizione all'anagrafe sanitaria e il medico di base alle persone sprovviste di

residenza effettiva o fittizia sui territori regionali, ma solo per gli individui di cittadinanza italiana, risolvendo così solo parzialmente il problema.

Per concludere, la ricerca qui presentata come già detto trae ispirazione dalla partecipazione in prima persona al lavoro svolto quotidianamente dagli AS del Servizio Sociale Ospedaliero di Azienda Ospedale Università di Padova, ed è certamente un lavoro limitato, nello spazio, nel e per il tempo, e per la poca esperienza e capacità del “ricercatore”, di carattere esplorativo e parziale. Piace pensare però pensare che possa aiutare ad aprire a possibili sviluppi sulla tematica della ricerca, ma più in generale alla ricerca in tale ambito, e di ricerca e soprattutto dell’investimento di tempo e risorse umane e finanziarie per portarla avanti in un ambito che ad oggi rimane ancorato a logiche prettamente medico sanitarie, sembra essercene molto bisogno. Tanto più se si pensa che nello specifico l’ambiente dell’Ospedale di Padova è ambiente Universitario con alta vocazione per la ricerca, e luogo ideale quindi per produrre ricerca sul tema della salute, ricerca non solo medica ma aperta al contributo delle altre scienze ed in particolare delle scienze sociali.

BIBLIOGRAFIA

- Azienda Ospedale Università Padova, DDG n.2506 del 7 dicembre 2022, Approvazione del progetto “Servizio Sociale Ospedaliero Professionale, una nuova identità, relativo alla riorganizzazione del Servizio.
- Banks, S. (1999). *Etica e valori nel servizio sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix (Vol. 24)*. Edizioni Erickson
- Bauman, Z. (2012). *Vite che non possiamo permetterci*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Bortoli, B. (2006). *I giganti del lavoro sociale: grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare (1526-1939)*. Edizioni Erickson
- Broccolo, S. (2015). *IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE OSPEDALIERO Studio comparato sui presidi del Veneto e ricerca partecipata presso l’ospedale civile di Oderzo*
- Butler, J. (2004). *Precarious life: The powers of mourning and violence*.
- Canevaro, A. (2015). *Nascere fragili: processi educativi e pratiche di cura*. Edizioni Dehoniane Bologna
- Caruso, E. (2022). *L’autonomia differenziata e la sanità: quale idea di redistribuzione*. *SISTEMA SALUTE*, 66(2),
- Codini, E., Fossati, A., & Frego Luppi, S. A. (2019). *Manuale di diritto dei servizi sociali (Vol. 2019, pp. 1-408)*. Giappichelli Editore
- *Conclusioni del Consiglio d’Europa sulla crisi economica e l’assistenza sanitaria-2014/C 217/02*
- Conti, L. in Maccacaro, G. A. (1979). *Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976*. (No Title)
- Corbetta P., *La ricerca sociale: metodologie e tecniche II. Le tecniche quantitative*. Il Mulino, 2003 e 2015
- Costamagna, F. (2009). *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali*. In *Enciclopedia Garzanti del Diritto*. Garzanti Libri

- CSV,2020, Vivere senza dimora a Padova. il profilo dell'utenza e il modello di lavoro dei servizi.
- Diomede Canevini, Milena. Etica e deontologia del servizio sociale. Carocci Faber, 2017.
- Dotti, M. (2015). Il servizio sociale ospedaliero. Carocci Faber.
- E. Monticelli, La giurisprudenza costituzionale italiana in materia di residenza qualificata e accesso al welfare regionale, in Osservatorio costituzionale, n.2/2016,13
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. The Journal of medicine and philosophy, 6(2).
- Fargion, S. (2009). Il servizio sociale: storia, temi e dibattiti. Bari: Laterza
- Fargion, S. N. (2013). Il metodo del servizio sociale (pp. 1-223). Carocci Editore
- Folgheraiter, F. (1998). Teoria e metodologia del servizio sociale: la prospettiva di rete (Vol. 5). Edizioni Erickson.
- Fuolega, F. (2012). Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale. Disponibile online da: http://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file.
- Giorgi, C. (2023). Politica e salute. La sanità italiana nella crisi del welfare. Studi storici, 68(2),
- Goffman, E. (1968). Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Torino: Einaudi.
- Gualdani, A. (2007). I servizi sociali tra universalismo e selettività (Vol. 8). Giuffrè Editore
- IDOS, 2023, Dossier statistico immigrazione
- Lenuta, D. D., Ledonne, G., Zucchetti, A., & Angelini, C. (2020). La continuità delle cure per persone senza dimora. Italian Journal of Nursing
- Luppi, S. A. F., Codini, E., & Fossati, A. (2017). Manuale di diritto dei servizi sociali. G Giappichelli Editore.

- **M. Sanfelici, La vulnerabilità normale e il SSP, in La rivista di Servizio Sociale; LXIII, 1, 2023**
- **Maccacaro, G. A. (1979). Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976.(No Title).**
- **Maccacaro, G. A., & Martinelli, A. (Eds.). (1977). Sociologia della medicina. Feltrinelli.**
- **Maino, F. (2023). Agire insieme: Coprogettazione e coprogrammazione per cambiare il welfare: Sesto Rapporto sul secondo welfare.**
- **Marcato, S. (2017). I significati del Servizio sociale Ospedaliero: comparazione delle realtà locali in Veneto. Marmot, M. (2016). La salute disuguale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.**
- **Marradi, A. (1984). Concetti e metodo per la ricerca sociale. Giuntina**
- **McCormick, B., & White, J. (2016). Hospital care and costs for homeless people. Clinical Medicine, 16(6), 506.**
- **Neve, E. (2000). Il servizio sociale: fondamenti e cultura di una professione. Carocci**
- **Nothdurfter, U. (2012). Mutamenti del welfare e servizio sociale professionale: quali sfide per l'assistente sociale e la sua formazione?**
- **O'Connell, J. J., Oppenheimer, S. C., Judge, C. M., Taube, R. L., Blanchfield, B. B., Swain, S. E., & Koh, H. K. (2010). The Boston Health Care for the Homeless Program: a public health framework. American Journal of Public Health, 100(8), 1400-140**
- **Ordine degli Assistenti Sociali e Consiglio Regionale della Lombardia, 2018, a cura di Ghezzi.G., Report dei laboratori**
- **Rossi, G. (1979). Ruolo dell'assistente sociale e sistema dei servizi sociali. Studi di sociologia.**
- **Scalone, La residenza protratta e il fantasma della comunità, in Lo Stato n. 15, 2020**

- Schön, D. A. (1993). Sclavi, M. (2003). Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte. Pearson Italia Spa152). Edizioni Dedalo.
- Sociali, O. N. A. (2009). Codice deontologico dell'assistente sociale.
- SSO,(2023), Rielaborazione dei dati delle Cartelle Sociali chiuse nel semestre luglio-dicembre
- T.H. Marshall, Cittadinanza e classe sociale, trad.it. Torino, Utet, 1976
- Vecchiato, T. (2000). L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria. Studi Zancan
- Zancan, F. E. (2012). Vincere la povertà con un welfare generativo. La lotta alla povertà. Rapporto

SITOGRAFIA

- <http://caritas.diocesipadova.it/diritti-alla-residenza-conoscerli-e-ri-conoscerli/> (ultimo accesso 08/03/2024)
- <http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/ID0016dvol1.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <http://www.comune.torino.it/cittagora/altre-notizie/emergenza-freddo-il-protocollo-dintesa-utile-per-cure-ai-senza-tetto.html#> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/01/notiziario2-2010.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://documenti.camera.it/leg19/dossier/pdf/ID0008bvol2.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://medicina.elearning.unipd.it/course/index.php?categoryid=381> (ultimo accesso 08/03/2024)
- https://nhchc.org/wp-content/uploads/2021/04/HCH-Fact-Sheet_2021.pdf (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://noi-italia.istat.it/> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://rivistedigitali.erickson.it/> (ultimo accesso 08/04/2024)

- <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/tessera-sanitaria> (ultimo accesso 08/03/2024)
- https://www.anaao.it/anaao/public/aaa_4686017_ag_lavorosprechi_15set2016_editok.pdf (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.avvocatodistrada.it/marginalita-e-diritto-alla-salute-in-italia-chi-resta-escluso/> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/16092-il-medico-di-base-per-i-senza-dimora-in-5-regioni.html> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/15863-diritto-alla-assistenza-sanitaria-dei-senza-fissa-dimora.html> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://www.cms.gov/medicare/provider-enrollment-and-certification/certificationandcompliance/downloads/emtala.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.fiopds.org/> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://www.fiopds.org/focus-poverta-abitativa/> (ultimo accesso 08/03/2023)
- <https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2021/06/LA-SANITA-IN-ITALIA-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.ifsw.org/> (ultimo accesso 08/03/2024) (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.interno.gov.it/it/temi/cittadinanza-e-altri-diritti-civili/cittadinanza> (ultimo accesso 08/03/2024)
- https://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/2014_05_27_anagrafe_nazionale_popolazione_residente.pdf (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://www.ismu.org/> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://www.istat.it/> (ultimo accesso 08/03/2023)
- <https://www.istat.it/it/archivio/263034> (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> (ultimo accesso 08/04/2024)

- <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/Scheda-Housing-First.pdf> (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.meltingpot.org/2023/02/la-residenza-nella-via-fittizia-permette-di-chiedere-e-rinnovare-il-permesso-di-soggiorno/> (ultimo accesso 08/04/2024)
- https://www.padovaevcapital.it/wp-content/uploads/2020/10/foto_ricerca.jpg (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.rainews.it/tgr/marche/articoli/2023/11> (ultimo accesso 08/04/2024)
- <https://www.salute.gov.it/portale/dat/> (ultimo accesso 08/03/2024)
- <https://www.secondowelfare.it/terzo-settore/welfare-di-comunita-siamo-pronti/> (ultima modifica 08/03/2024)
- <https://www.unhcr.org/it> (ultima consultazione 08/03/2024)
- <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database> (ultimo accesso 08/03/2024)