

II PANEL – LA MISERIA E LA SALUTE

Intervento Giustino Trincia – direttore Caritas diocesana di Roma

Desidero, anzitutto, salutare tutti voi e ringraziare l'AMCI di Roma, in particolare il prof. Tonino Cantelmi, per l'invito a confrontarci su un tema così attuale.

1. Il **punto di vista** da cui scaturisce questo contributo, quello della Caritas di Roma, cerca di fare riferimento al Vangelo e alla Dottrina Sociale della Chiesa e si alimenta quotidianamente da una rete di osservatori, di sensori presenti nella nostra città, in alcuni casi da molto tempo. Infatti, è dal 1983 che la Caritas di Roma promuove servizi sanitari di orientamento e di assistenza sanitaria per venire incontro alla domanda di cura e di assistenza che proviene da tante persone, delle più diverse nazionalità e opzioni religiose che sono accumulate dalle loro condizioni di povertà, di fragilità. La cronaca si occupa ogni tanto di loro, soprattutto per rappresentarne la drammaticità delle loro condizioni o addirittura la morte prematura.

La rete a cui mi riferisco comprende lo storico **Poliambulatorio Caritas** presso la stazione Termini, con il **Servizio farmaceutico**; il **Centro Odontoiatrico operante presso la nostra cittadella della carità**; il servizio di assistenza specializzata per profughi, per persone vittime di traumi, reso grazie al Progetto **Ferite Invisibili**; i **servizi dedicati fin dal 1988 ai malati di AIDS**, nel complesso di Villa Glori, complesso dove, dal 2017 è stato aperto anche "**Casa Wanda**", un **centro diurno per malati di Alzheimer**; il **servizio di assistenza domiciliare** che garantisce cura e assistenza socio-sanitaria a tante persone che vivono nelle nostre comunità territoriali; la "**Rete di prossimità per la salute**" in **collaborazione con 32 Parrocchie** e le comunità che si impegnano per la tutela della salute di persone in condizioni di fragilità sociale. E' soprattutto questa la rete di presenze sul territorio che ci consente di avere il polso della situazione dal punto di vista delle persone più fragili¹.

2. Il **contesto** in cui ci troviamo è quello, non nuovo, di **una lunga e progressiva desertificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari, clamorosamente e drammaticamente confermata da questi anni di pandemia da Covid-19** in cui abbiamo assistito ad un allarmante estensione delle fasce di popolazione che vivono in condizioni di povertà, di emarginazione e di disuguaglianza. Il contesto generale affonda le sue radici dalla grande crisi economico e finanziaria globale del 2008/2009, dalla quale in realtà non ci siamo mai usciti completamente.

3. Il **rischio da evitare** è di cadere nella tentazione che il nostro agire sia solo un "fare la carità", rischiando così, da un lato, di "**dare per elemosina ciò che spetta per diritto**" e, dall'altro, di pensare di poter fare da soli quello che, come minimo, spetterebbe ad altri.

Non dobbiamo dimenticarci infatti che il **Servizio Sanitario Nazionale** è una grande conquista da salvaguardare (cfr. interventi di Papa Francesco su questo punto) e che **la salute è un diritto che la nostra Costituzione riconosce e garantisce come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»**. *Art. 32 Costituzione Italiana*

1. *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

¹ In un'indagine condotta nel giugno 2021 in 87 parrocchie aderenti alla Rete è emerso che nel 71% dei casi a motivare il ricorso alla parrocchia è stata la "mancanza di risorse economiche"; nel 48% le persone hanno trovato un "luogo che ispira fiducia e in cui è possibile entrare in relazione"; nel 28% "operatori qualificati per orientarli" verso il Servizio sanitario; nel 20% perché "non hanno altri riferimenti per avere informazioni".

2. *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.*

Mentre cristianamente ci si china verso il prossimo bisognoso di ascolto e cure bisogna **evitare il rischio di sostituirsi alle competenze e alle responsabilità che competono alle istituzioni pubbliche**, allo Stato, nell'erogazione di servizi e di prestazioni sanitarie anche alle fasce più fragili della popolazione. Non possiamo fare da soli; non siamo in grado di aiutare concretamente tutti.

La nostra presenza, il nostro agire in ambito sanitario, può essere, al massimo, il "segno" di una direzione da prendere, di uno stile e di un modo di essere prossimi ai molti "scarti" delle nostre società che dovrebbe essere assunto dalle autorità pubbliche. **Il principio di sussidiarietà orizzontale** (Art. 118 u.c della Costituzione Italiana), **andrebbe esercitato** come realtà ecclesiale, **nell'ottica di affiancare, di cooperare, nella chiara distinzione di ruoli e di responsabilità, con le istituzioni pubbliche** per «*sostenerle in caso di necessità e aiutarle a coordinare la propria azione con quella delle altre componenti sociali, in vista del bene comune*» (Enciclica Centesimus Annus, di Papa Giovanni Paolo II 1991).

4. Chi sono le persone che si rivolgono ai servizi sanitari erogati dalla Caritas di Roma?

E' quella fascia di popolazione socialmente fragile che tanto ha sofferto durante la pandemia e che per motivi diversi non riesce ad avere accesso ai servizi sanitari pubblici.

I dati relativi al 2021 ci parlano di **una popolazione che non riesce ad accedere alle cure perché si trova a vivere una condizione di fragilità e marginalità sociale che si sviluppa spesso su più livelli di povertà contemporaneamente: assenza o forte precarietà lavorativa, disagio abitativo, povertà energetica, povertà educativa e relazionale (solitudine), situazioni di irregolarità amministrativa** che rischiano di innescare un circolo vizioso in cui la condizione di miseria è causa ed effetto anche dei bisogni di tutela e cura sanitaria che queste persone esprimono.

Si tratta per lo più di **uomini nella fascia di età tra i 30 e i 39 anni, in maggioranza di nazionalità extra UE, a volte con posizione giuridica irregolare (25,4%)**. Tra i pazienti dei servizi sanitari Caritas il **37% dichiara di vivere in un appartamento in affitto (il dato non rileva se con o senza contratto)** a fronte di un **19,2% che vive per strada**. Il 18,1% è ospite di un centro di accoglienza (in prevalenza si tratta dei pazienti stranieri), l'1,7% vive in luoghi di fortuna (tende, baracche) e il 3,6% dichiara di vivere in un edificio occupato. Considerata la crisi generata dalla pandemia prima e dalla guerra in Ucraina poi, vista anche la condizione di disagio abitativo in cui versa la maggioranza delle persone che si rivolgono ai servizi sanitari della Caritas di Roma, non stupisce che **il 70,6% dei nuovi pazienti dichiara di essere disoccupato/a. Il livello di scolarità dei pazienti è medio basso: il 31,1% è senza titolo di studio e il 27,7% ha solo un titolo di scuola inferiore**, per un totale di 58,8% (da segnalare tuttavia anche un 10% di laureati).

5. Quali e quante le prestazioni sanitarie erogate dai servizi sanitari della Caritas di Roma?

Nel 2021 sono state erogate direttamente dalla Caritas di Roma ben **24.304 prestazioni sanitarie** (+33,5% rispetto al 2020), **con circa 10.600 interventi di triage Covid e distribuzione di mascherine e prodotti igienizzanti, a oltre 2.400 persone provenienti da 100 nazioni.**

Presso il **Poliambulatorio** Caritas della stazione Termini sono state effettuate complessivamente **circa 8.000 visite mediche** prevalentemente di medicina generale (5.525 visite). Importante sia il dato dei colloqui di Direzione sanitaria (1.638 → +42,4% rispetto al 2020) - necessari a fronteggiare situazioni complicate spesso per i ritardi diagnostici e terapeutici accumulati nel settore pubblico e privato accreditato nel periodo di pandemia - sia il dato degli interventi di mediceria (1.134), di cui 76,4% dedicato a medicazioni complesse. Inoltre, **il numero medio di accessi al servizio per singolo paziente nel 2021 è significativamente aumentato (da 3,4 a 4,0).**

Grazie al Servizio farmaceutico sono state **distribuite 5.000 confezioni di farmaci**. Inoltre, il **Centro Odontoiatrico Caritas** ha erogato **1.930 prestazioni** (+80% rispetto al 2020) in favore di oltre 800 persone, di cui **322 nuovi pazienti** (il 42% sono italiani). A proposito di salute mentale, nel 2021 il progetto **Ferite Invisibili** ha effettuato **473 sedute di psicoterapia**.

Una menzione a parte merita il tema delle **Vaccinazioni anti Sars-Cov-2** in quanto sotto questo aspetto la disuguaglianza di salute è emersa in modo evidente. L'implementazione della campagna ha accumulato un ritardo nei confronti dei più deboli a causa di direttive insufficienti da parte delle istituzioni.

Le prenotazioni, di fatto, sono state per lungo tempo possibili soltanto tramite i medici di medicina generale o tramite i portali regionali con i dati della tessera sanitaria, **escludendo chi non ha la tessera sanitaria e non è iscritto al servizio sanitario regionale**, lasciando indietro un gruppo di persone socialmente, non incluso in una campagna vaccinale di massa e privato della possibilità di tutelare la propria salute. Si è dovuta attendere la metà di giugno 2021 perché la Regione desse disposizione alle ASL di individuare percorsi adeguati all'interno di ogni singola azienda, per una fattiva inclusione nella strategia vaccinale dei soggetti socialmente fragili presenti sul territorio nazionale e che, per ostacoli di carattere amministrativo e per condizioni di marginalità, non erano ancora riusciti ad accedere alla vaccinazione.

6. Perché questi "poveri" si rivolgono ai servizi sanitari della Caritas? Quali le criticità irrisolte che generano una salute diseguale?

Come abbiamo detto sin qui, è nell'esperienza comune constatare che rispetto alla tutela della salute delle persone socialmente fragili, in questo tempo di pandemia **si sono amplificate le disuguaglianze e i problemi di giustizia sociale** e sono emerse molte criticità relative all'accessibilità e alla fruibilità dei servizi sanitari.

Si sono determinate, proprio in relazione alle misure di prevenzione e gestione dell'emergenza, **ulteriori barriere di tipo burocratico e amministrativo** che si sono sommate a quelle già esistenti o che di quelle barriere, mai rimosse, non hanno tenuto conto. Di conseguenza **le persone socialmente più fragili hanno goduto di un diritto alla salute "minore", "incompleto", e l'accesso all'assistenza sanitaria è stato per loro reso difficile da diverse pietre di inciampo e da un vuoto di attenzione istituzionale**.

7. Alcuni grandi vuoti o ritardi nei servizi sanitari già più volte denunciati:

- **La difficoltà di accesso all'assistenza e alle cure sanitarie** non di emergenza per tutti coloro, italiani e stranieri, che sono **senza l'iscrizione anagrafica**, anche solo fittizia, perché senza una dimora adeguata in cui eleggere domicilio/residenza. La mancanza di una residenza inficia la possibilità di iscrizione al SSR e in generale l'accesso a tutti quei servizi pubblici territoriali normativamente legati alla residenza della persona. Le diverse proposte di legge presentate negli anni per porre fine a questa grave disuguaglianza sono ferme da tempo senza che i legislatori, sia a livello nazionale che regionale, gli diano la dovuta attenzione.

Mancanza di residenza, ma non solo: come ricordato a proposito della difficoltà di accesso dei "poveri" alla campagna vaccinale, la tanto agognata rivoluzione digitale che ha condotto ad una sempre maggiore informatizzazione e digitalizzazione dei servizi pubblici (accesso con SPID) esclude tutti coloro che, indipendentemente dall'età, vivono in condizioni di marginalità sociale, che non hanno né accesso ad una connessione internet, né la possibilità di dotarsi degli strumenti informatici necessari o che versano in una condizione di **"analfabetismo digitale"**. Infine ricordiamo **lo scandalo ormai pluridecennale delle liste di attesa che colpisce tutti, ma soprattutto i più indifesi**.

- **La grave carenza di servizi sanitari per i malati mentali** (in crescita!) e i loro familiari. Le criticità sono molteplici e vanno dalla **carenza di personale professionalmente qualificato nei servizi e nelle strutture sanitarie dedicate** (nei DSM delle ASL 1,2 e 3 già nel 2018 la carenza di organico era del **-57,5%!!**); le prestazioni erogate dai CSM/DSM che non sono sempre tutte quelle previste e dovute. C'è anche una **carenza cronica di posti letto dedicati** ai malati mentali: i posti letto previsti dovrebbero essere 295, quelli attivi (dati al 2018) sono 164 (**- 45%**). Registriamo inoltre il **dramma della mancanza di assistenza domiciliare qualificata che possa intervenire a tutela e a supporto delle famiglie quando c'è una situazione acuzie**.

Spesso nelle situazioni in cui la persona malata ha un'acuzie della patologia psichiatrica gli interventi vengono fatti o dal 118 – ma a volte non con personale professionalmente qualificato – o, dal 112 che però ha un approccio in cui spesso prevale l'aspetto securitario che rischia di peggiorare la condizione di acuzie della persona psichiatrica. Un episodio che risale alla metà di settembre 2022 ha visto un intervento della polizia che ha finito con lo sparare sul malato psichiatrico che ora è ricoverato in condizioni gravi (!). Sia chiaro, gli interventi della polizia in generale meritano gratitudine per l'opera di protezione, di sicurezza che viene rivolta alla popolazione ma di fronte a situazioni molto delicate e complesse che si possono verificare in presenza di una persona con una seria patologia psichiatrica, rischiano di essere tutto meno che adeguate

Benché esistano linee guida uniformi, ogni ASL sembra agire in modo diverso non garantendo la ricerca delle prestazioni qualitativamente migliori. Un ultimo tema cruciale è quello relativo all'**uso dei farmaci**: esistono ormai farmaci di nuova generazione che sono molto più efficaci che però hanno un costo elevato. Le ASL invece tendono a prescrivere gli antipsicotici di vecchia generazione che hanno molte controindicazioni: questo accade, soprattutto nei confronti di quei pazienti che hanno una famiglia "ignorante" che non ha gli strumenti di conoscenza per chiedere (pretendere) dalla ASL la prescrizione del farmaco più adatto ed efficace.

- **La totale mancanza di servizi per i malati di ludopatia (azzardo)**: in una regione come il Lazio, nella quale nel 2021 sono stati "spesi" dalle persone circa 12 miliardi di €. solo per "tentare la fortuna", molte famiglie con un malato ludopatico in casa, hanno necessità di sostegno concreto per curare il proprio congiunto. Non esiste una reale rete di servizi sanitari per la cura di quella che è una vera e propria patologia
- **La grave carenza di strutture post acuzie** impone come urgenza la necessità di individuare soluzioni efficaci e durature per le **dimissioni protette** di coloro che dopo il ricovero in ospedale non hanno un alloggio adeguato in cui tornare a vivere. La Caritas di Roma viene continuamente sollecitata dagli ospedali della città a trovare una soluzione alloggiativa per persone sole, senza dimora, spesso con co-morbilità importanti che hanno bisogno di una presa in carico socio-sanitaria post-acuzie. La mancanza di strutture adeguate per eseguire dimissioni protette dei poveri, di chi è solo, di chi ha delle dipendenze (da alcool o droghe) etc. pregiudica il processo di convalescenza e/o guarigione, impedisce la corretta assunzione delle terapie farmacologiche previste creando le condizioni per perpetuare il circolo vizioso che dalla strada porta all'insorgere e all'acuirsi di patologie dovute alle condizioni di povertà e marginalità sociale in cui la persona vive. **In casi estremi questo vuoto di tutela sanitaria porta purtroppo anche al decesso dei pazienti poveri dimessi senza che vi sia una soluzione adeguata post-acuzie. I dati aggiornati al 14 settembre 2022 forniti dalla Fio.PSD (<https://www.fiopsd.org/morti-senza-dimora/>) parlano di 267 morti "di strada" di cui 21 a Roma.**

Vorrei chiarire che anche questa agenda non può ignorare la ormai **cronica carenza di personale medico e infermieristico** che riguarda tutti gli ambiti delle prestazioni sanitarie nel nostro Paese. Una problematica questa molto grave, emersa chiaramente da tempo e senza prospettive di soluzione se non c'è una chiara e rapidissima assunzione di impegni da parte di chi, ai diversi livelli, ha il governo della sanità pubblica, dei percorsi formativi universitari e della spesa pubblica.

Tralascio, per brevità, un altro vecchio tema purtroppo sempre attuale e mai effettivamente risolto che qui cito solamente: quello della **umanizzazione dei servizi e delle strutture sanitarie e sociali** e della conseguente revisione dei percorsi formativi del personale medico, infermieristico e sanitario più in generale.

8. La prospettiva necessaria

E' quella di **un impegno comune**, nella distinzione di ruoli e di responsabilità, che anzitutto coinvolga i singoli cittadini e le famiglie, le comunità locali, gli operatori dei settori sanitari e socio-sanitari, le aziende pubbliche e private del settore, il mondo della formazione e della ricerca, le istituzioni pubbliche ai diversi livelli di competenza. Un impegno comune e che affronti punto per punto, **con molta concretezza e trasparenza**, l'agenda delle priorità che è di fronte agli occhi di tutti, soprattutto alla luce degli ultimi due anni dove abbiamo pagato lo scotto pesantissimo dello smantellamento o proprio dell'inesistenza di una dignitosa rete di servizi di cura e di assistenza sanitaria sul territorio. In questa direzione, vorrei chiarire subito che noi come Caritas diocesana di Roma siamo disponibili a dare il nostro contributo.

Grazie per l'attenzione.
