

Danci Dorina Lenuta

Infermiere, AZ Zeno, Graaf Jansdijk 162 – 8300 Knokke-Heist, Belgio

RN, Nurse, AZ Zeno, Graaf Jansdijk 162 – 8300 Knokke-Heist, België



Giuseppina Ledonne

Direttore Didattico corso di laurea in Infermieristica, docente MED/45. Università degli studi, Milano, Sezione ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Milano

RN, MSc. Director of undergraduate nursing course, adjunct professor, university of Milan, ASST Fatebenefratelli Sacco Section, Luigi Sacco Hospital, Milan



Agnese Zucchetti

Coordinatore Infermieristico Post acute For Homeless, Fondazione Progetto Arca Onlus. Assistente di Tirocinio, Università degli Studi, Milano, Sezione ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.

RN, Head Nurse Post Acute For Homeless, Progetto Arca Foundation, Milan. Internship assistant Milan University, ASST Fatebenefratelli Sacco Section, Milan.



Cristina Angelini

Tutor corso di laurea in Infermieristica, docente MED/45. Università degli studi, Milano, Sezione ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Milano

RN, MSc. Tutor of undergraduate nursing course, adjunct professor, university of Milan, ASST Fatebenefratelli Sacco Section, Luigi Sacco Hospital, Milan
cristina.angelini@unimi.it

La continuità delle cure per persone senza dimora

Continuity of care for homeless



RIASSUNTO

Introduzione. La gestione dello stato malattia nelle persone senza fissa dimora ci mette di fronte ad una grande sfida fatta di importanti peculiarità. Le peculiarità iniziano dall'educazione sanitaria rispetto alle attività di vita quotidiana (l'igiene e le conseguenze della sua carenza, l'educazione alimentare), le tematiche riguardanti la sfera sociale o culturale (l'aspetto linguistico e culturale, la gestione della dimissione), lo stadio della malattia avanzato in persone giovani rispetto alla popolazione che non ha problemi di dimora e non ultima la gestione delle dipendenze da sostanze. A Milano esiste un'associazione che ha messo a disposizione una struttura dedicata esclusivamente a persone senza dimora che vengono accolte per proseguire le cure. Tuttavia, non sono ancora state pubblicate esperienze finalizzate a descrivere le modalità di continuità delle cure per persone senza fissa dimora. **Obiettivo.** Descrivere la modalità di continuità delle cure per persone senza fissa dimora e la loro aderenza alle cure. **Metodo.** Partendo da uno studio

di tipo retrospettivo dei dati riguardanti gli ospiti di una struttura milanese di post acuzie per persone senza fissa dimora nell'anno 2017, si sono somministrati due questionari creati ad hoc: uno agli ospiti della struttura e l'altro agli infermieri che lavorano nel servizio. I questionari sono costituiti da due parti, la prima riguarda i dati anagrafici; la seconda indaga l'assistenza e le strategie organizzative, per il questionario infermieri, mentre per gli ospiti indaga la condizione alloggiativa, la conoscenza di altre strutture per persone senza dimora, le patologie, l'aderenza ad un piano terapeutico. I questionari sono stati somministrati 2 volte (test/retest) per valutarne l'affidabilità. **Risultati.** Dall'analisi retrospettiva è emerso che il servizio post acute ha accolto nell'anno 2017 un totale di 140 ospiti, che sono stati assistiti dal punto di vista sanitario e sociale. Al termine del percorso gli ospiti hanno avuto diverse allocazioni a partire da dormitori (n=39 persone), ricovero in ospedale in urgenza (n=29 persone), ricovero in ospedale programmato (n=24 persone), strutture di accoglienza per stranieri (n=13 persone).

I questionari somministrati sono stati: 8 a tutti gli infermieri della struttura e 12 agli ospiti, compilati a tempo 0 e a distanza di 15 giorni. Il primo test dei questionari ha portato alla luce aspetti legati al punto di vista delle persone senza fissa dimora rispetto alla malattia, nonché quello degli infermieri che li assistono giornalmente. Il retest eseguito 15 giorni dopo ha confermato l'affidabilità del questionario mostrando un'elevata correlazione intraclassa tra le due misurazioni. **Conclusioni.** Il supporto offerto alle persone senza dimora nella struttura presa in esame, nella struttura di post acuzie, dopo il ricovero in ospedale, permette loro di continuare le cure in un contesto protetto e di stabilizzare la condizione di salute, al contempo cercare di offrire loro una sistemazione alloggiativa e un reinserimento sociale. Sono auspicabili futuri studi su scala più ampia. **Parole chiave.** Continuità assistenziale, Persone senza dimora, Homeless, Post Acute per Homeless.

ABSTRACT

Introduction. The management of the homeless people disease presents us with a great challenge made up of important peculiarities. The peculiarities start from health education with respect to daily life activities (hygiene and the consequences of its deficiency, food education), issues concerning the social or cultural sphere (linguistic and cultural aspects, discharge management), the advanced stage of the disease in young people compared to the population that has no home problems and not least the management of substance addictions. In Milan there is an association that has made available a facility dedicated exclusively to homeless people who are accommodated to continue treatment. However, experience has not yet been published with a view to describing how care for homeless people can continue. **Objectives.** describe the continuity of care for Homeless and the medical care adherence. **Methods.** Starting from a retrospective study of the data concerning the patients of a Milanese structure of Post-acute for homeless people in the year 2017, two questionnaires were created and submitted: the survey was submitted to patients and to the nurses who work in the service using two different questionnaires. The questionnaires consisted of two parts, the first concerning personal data; the second was specific for nurses and for homeless. As per nurses, the questionnaire investigated caring and organizational strategies; considering homeless, the questionnaire investigated the housing condition, knowledge of other facilities for homeless people, pathologies, adherence to a therapeutic plan. The questionnaires were administered twice (test/retest) to assess their reliability. **Principal findings.** The retrospective analysis showed that the post-acute service received a total of 140 patients in 2017, who were assisted from a health and social point of view. At the end of the journey the patients have had different allocations starting from dormitories (n=39 people), emergency hospitalization (n=29 people), scheduled hospitalization (n=24 people), reception facilities for foreigners (n=13 people). The submitted questionnaires were: 8 to all nurses in the facility and 12 to guests, filled in 0-time and 15 days apart. The first test of the questionnaires revealed aspects related of the homeless to point of view in

relation to the disease, as well as that of the nurses who assist them on a daily basis. The retest carried out 15 days later confirmed the reliability of the questionnaire by showing a high intra-class correlation between the two measurements. **Conclusions.** The support offered to homeless people in the structure under consideration, in the post-acute care facility, after hospitalization, allows them to continue treatment in a protected context and to stabilize the health condition, at the same time trying to offer them an accommodation and social reintegration. Future studies on a larger scale are desirable. **Keywords.** Care continuity, homeless people, homeless, post-acute for homeless.

INTRODUZIONE

Le persone senza fissa dimora sono "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" (Istat, 2015). Facendo riferimento alla tipologia ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), così come elaborata "dall'Osservatorio europeo sull'homelessness", nella definizione rientrano tutte le persone che: vivono in spazi pubblici (strada, baracche, macchine abbandonate, roulotte, capannoni), vivono in un dormitorio notturno e/o sono costretti a trascorrere molte ore della giornata in uno spazio pubblico (aperto), vivono in ostelli per persone senza casa/sistemazioni alloggiative temporanee, vivono in alloggi per interventi di supporto sociale specifici (per persone senza dimora singole, coppie e gruppi). Sono escluse 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 (Istat, 2015).

Il numero esatto delle persone senza dimora in Europa è ad oggi sconosciuto. L'ultimo rapporto redatto dalla FEANTSA (Federazione Europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora) a Marzo 2018 sconta una serie di limiti, primo fra tutti la mancanza di un rigoroso monitoraggio quantitativo e qualitativo sul fenomeno "homelessness". L'unica cosa evidente è che le persone che vivono il più grave del disagio abitativo sono presenti nei 18 paesi membri trattati nel Rapporto tra cui anche l'Italia. (Spinnewijn et al., 2018a). Ogni paese "conta" ed agisce sul fenomeno in maniera diversa al punto che i dati non sono comparabili tra loro, né possono far parlare di una "homelessness" europea. Ci sono paesi che contano in una notte le persone in accoglienza, così la Francia, la Finlandia, il Belgio, l'Ungheria, Lussemburgo, dove la stima oscilla tra i 3.000 e i 10.000 persone che dormono in strada per notte fino ai 78.170 in un mese dell'Inghilterra; e ci sono i paesi dove le rilevazioni includono tutte (o quasi) le tipologie della grave esclusione abitativa (ETHOS) come la Germania (stima 860.000 di persone senza fissa dimora nel 2016 di cui la metà rifugiati politici), la Grecia (circa 500.000 nel 2015), e la Svezia (che, nel 2017, in una settimana ha contato circa 33.250 persone senza dimora) (Spinnewijn et al., 2018a). E poi ci sono paesi come l'Italia dove il governo e la statistica ufficiale hanno stabilito dei criteri per osservare il fenomeno senza tetto e senza casa stimate a circa 50.724 (Spinnewijn et al., 2018b).

L'elemento comune è l'aumento esponenziale delle persone senza dimora negli ultimi anni in maniera significativa anche in paesi con politiche di welfare forti come la Germania (+150% dal 2014 al 2016), l'Inghilterra (+169% dal 2010), il Belgio (+96% dal 2008 al 2016). Solo la Finlandia (-18% dal 2009 al 2016) e la Norvegia dimostrano di aver ridotto il numero di persone senza dimora adottando una strategia integrata basata sostanzialmente sull'approccio Housing First (Spinnewijn et al., 2018d). Housing First è probabilmente l'innovazione più importante degli ultimi 30 anni nella strutturazione di servizi per persone senza dimora. Sviluppato dal Dr. Sam Tsemberis a New York, questo modello si è rivelato di successo nel porre fine all'homelessness di persone con disagio multifattoriale negli USA, in Canada ed in molti paesi europei. L'Housing First utilizza l'abitare come punto di partenza e non di arrivo. Un progetto Housing First si concentra immediatamente sulla capacità della persona di vivere nella propria casa come membro di una comunità; si concentra anche sul migliorare il livello di salute, di benessere e il network sociale di supporto delle persone che accoglie. È molto diverso dai servizi per persone senza dimora che cercano di fare in modo che la persona sia "pronta" ad entrare in casa prima di avere una casa. Alcuni modelli di servizio esistenti richiedono alle persone di dimostrare una certa "sobrietà", di mantenere il coinvolgimento individuale in programmi di trattamento sanitario o portare avanti una formazione al "vivere indipendenti" prima che gli sia fornito un alloggio. In questa tipologia di servizi per le persone senza fissa dimora la casa arriva per ultima (Pleace et al., 2016). I profili dei senzatetto stanno cambiando, i bambini diventano il più grande gruppo di persone in rifugi di emergenza a seguito di un deterioramento nelle condizioni di vita di famiglie estremamente vulnerabili; oltre a questi, donne, giovani, persone con un background migratorio, lavoratori poveri, stanno diventando sempre più numerosi tra la popolazione senzatetto (Spinnewijn et al., 2018b). In Italia, l'ultimo censimento delle persone senza dimora del 10 dicembre 2015 evidenzia una tendenza in aumento di questo fenomeno, da 47.648 nel 2011 a 50.724 nel 2014 (Istat, 2015). A Milano il 3° censimento pubblicato il 9 aprile 2018 dichiara un totale di 2.608 persone senza dimora di cui 587 in strada e 2021 in strutture di accoglienza notturna. I senza dimora a Milano rappresentano lo 0.2% della popolazione (2 persone ogni 1000 abitanti). Le caratteristiche demografiche indicano che le donne rappresentano il 23% (6% rilevate in strada e 17% nelle strutture di accoglienza notturna), un 1/3 di queste ha, in media, meno di 35 anni (Monti et al., 2018). Le patologie frequentemente incontrate nella popolazione di persone senza fissa dimora sono: Tuberculosis, Epatite C, Diabete Mellito di tipo 2, Cirrosi epatica, HIV e patologie oncologiche. Inoltre un aspetto peculiare da tenere in considerazione è la presenza di co-morbilità e dipendenze da sostanze alcoliche e sostanze stupefacenti. (De Maio, 2014). I dati relativi alle patologie ed il loro impatto sulla popolazione di persone senza fissa dimora disponibili in letteratura indagano prevalentemente paesi esteri, in particolar modo inglesi e americani. È da tener presente che il sistema sanitario (cioè l'erogazione di prestazioni sanitarie, la modalità di accesso ai servizi, i costi ecc.) di questi paesi è differen-

te da quello italiano, quindi i valori riportati non coincidono con il fenomeno italiano. Clinicamente le persone senza dimora tendono ad avere le stesse condizioni di salute della popolazione generale, anche se rispetto a quest'ultima presentano un rischio maggiore di 3 - 4 volte di morte, in particolare di morte prematura; ma il rischio di mortalità aumenta di otto volte, rispetto alla popolazione generale, in presenza di fattori quali congelamento/ipotermia, piede da trincea (o da immersione) o lunga esposizione ad eccessivo calore. La speranza di vita media negli Stati Uniti è di circa 80 anni, ma quella delle persone senza dimora si abbassa drasticamente tra i 42 e i 52 anni; infatti, gli adulti senza dimora intorno ai 40-50 anni di età, incominciano a soffrire di problemi di salute e limitazioni funzionali tipiche della popolazione generale con più di 65 anni di età. La vita media della popolazione senza dimora (PSD) è passata dai 30 anni negli anni 80 del novecento ai 40 anni nel 2013. La bassa percentuale di PSD con più di 62 anni, dimostra la prematura mortalità del gruppo. L'alto tasso di mortalità ad una relativa bassa età è dovuto al fatto che essi sperimentano esposizioni a lungo termine ad agenti di malattia, al sovraffollamento, alle condizioni igieniche scarse, alla cattiva alimentazione, alla privazione del sonno o al cambiamento del ritmo sonno/veglia, alla violenza fisica ed emotiva, agli abusi sessuali e alle condizioni atmosferiche più estreme (Zrouki et al., 2017). La descrizione delle modalità di continuità delle cure per persone senza fissa dimora potrebbe essere strategica per comprendere meglio il fenomeno e porre in essere azioni migliorative.

SCOPO

Attraverso questo studio si vuole descrivere la modalità di continuità delle cure per persone senza fissa dimora e la loro aderenza alle cure attraverso la somministrazione di un questionario. Come obiettivo secondario si vuole descrivere l'affidabilità del questionario per sostenere con maggiore robustezza i risultati descrittivi e limitare il bias di misurazione.

METODI E STRUMENTI

Disegno dello studio

Studio retrospettivo; validazione di contenuto dello strumento ideato.

Contesto di indagine

L'indagine si è svolta presso la struttura, di Post Acute for Homeless di Fondazione Progetto Arca sita in Milano, che nasce nel 2014. Essa vede come attori principali della cura un'equipe composta da medici, infermieri ed altre figure professionali socio-sanitarie (De Maio, 2014). Attualmente la struttura dispone di nr 20 posti letti. L'assistenza è fornita dai seguenti professionisti: 2 medici, 8 infermieri, 5 OSS, 1 assistente sociale, che garantiscono la seguente presenza:

- medico, direttore sanitario, assistente sociale presenti dal lunedì al venerdì, con modalità differenti;
- infermiere e OSS presenti sulle 24 ore;
- coordinatore infermieristico presente dal lunedì al venerdì.

Campione e setting

Il campione, di tipo non probabilistico, è stato limitato a infermieri e persone senza dimora, di qualsiasi nazionalità, presenti nella struttura Post – Acuti della Fondazione Progetto Arca nel mese di settembre - ottobre 2018. È stata richiesta ed ottenuta l'autorizzazione alla Fondazione Arca, per effettuare l'indagine e la sperimentazione dei questionari, ed è stata eseguita un'analisi di tipo retrospettivo dei dati riguardanti gli ospiti che hanno avuto accesso presso la struttura durante l'anno 2017. I soggetti coinvolti nell'indagine sono stati selezionati sulla base del fatto che gli ospiti fossero persone senza fissa dimora e, per quanto riguarda gli infermieri, che avessero competenza ed esperienza per il fenomeno sociale di studio. L'indagine è stata eseguita a tempo 0 (18.09.2018) somministrando i questionari agli infermieri e agli ospiti. Al termine della compilazione di ogni singolo questionario, lo stesso è stato codificato e correlato alla persona che lo ha compilato (utilizzando un database excel). A distanza di 15 giorni, a tempo 1, è stato eseguito il retest somministrando i medesimi questionari alle stesse persone, ed un secondo questionario "check list valutazione questionario" con lo scopo di valutare la validità di contenuto.

Al termine della compilazione di ogni singolo questionario è stata utilizzata la stessa codifica e correlata alla prima indagine mentre il secondo questionario (check list valutazione questionario) è stato codificato e riportato in un file excel a parte.

I criteri di inclusione per gli infermieri sono stati:

- Infermieri che esercitano presso il servizio Post – Acuti
- Appartenenti a qualsiasi etnia senza distinzione di genere

I criteri di inclusione per le persone senza fissa dimora sono stati i seguenti:

- Persone senza dimora che erano ricoverate presso il servizio Post – acuti
- Maggiore età
- Appartenenti a qualsiasi etnia senza distinzione di genere
- Che siano a conoscenza della lingua italiana o inglese oppure rumeno
- Che fosse prevista la permanenza presso Post - Acuti superiore a 15 giorni

Per le persone che non parlano italiano, il questionario è stato tradotto da chi scrive in lingua inglese e rumena. All'indagine hanno partecipato tutti gli 8 infermieri e i 12 ospiti (di 20 ospiti presenti nella struttura).

Sono stati esclusi dal campione 8 ospiti per i seguenti motivi:

- due ospiti avevano problemi legati a tossicodipendenza attiva con irrequietezza psicomotoria tale da rendere impossibile la somministrazione del questionario
- due ospiti presentavano problematiche legate alla barriera linguistica (provenienti da diverse località della Cina, in assenza di un mediatore linguistico)
- tre ospiti in dimissione dalla struttura prima dei quindici giorni
- un ospite ha rifiutato di essere incluso nell'indagine

Strumento di indagine

Dai temi emersi da un precedente lavoro di Asiya Zrouki: "L'aderenza al trattamento di patologie croniche nelle persone senza dimora" sono stati costruiti due questionari: uno per gli ospiti senza fissa dimora ed un secondo per gli infermieri. I questionari sono stati somministrati con un duplice scopo: il primo di indagare i temi emersi dal lavoro di Zrouki, il secondo la validazione di contenuto dei questionari stessi. Entrambi i questionari, anonimi, sono costituiti da una parte anagrafica e una che indaga i temi rispetto alla salute e all'assistenza sanitaria alle persone senza dimora. La parte anagrafica dei questionari destinati agli infermieri è composta da età, anzianità di servizio e di servizio con le persone senza dimora, mentre la parte anagrafica dei questionari destinati agli ospiti indaga: sesso, età, provenienza, tempo nella condizione di senza dimora. La seconda parte dei questionari destinati agli infermieri indaga le difficoltà incontrate nell'assistere questa popolazione, i BAI (bisogni di assistenza infermieristica) più frequenti, le patologie che si incontrano più frequentemente, le strategie organizzative e assistenziali adottate all'interno dell'organizzazione. La seconda parte dei questionari destinati agli ospiti indaga la condizione alloggiativa delle persone precedente al ricovero, la conoscenza di altre strutture che supportano le persone senza dimora, la presenza di una patologia cronica, l'aderenza ad un piano terapeutico, le difficoltà o le motivazioni che portano la persona senza dimora ad aderire o no al piano terapeutico. Il terzo questionario è costituito da una check list che indaga la validità di contenuto, anch'essa in forma anonima.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati retrospettivi riguardanti gli ospiti che hanno avuto accesso presso la struttura nell'anno 2017 emerge che:

Il servizio ha registrato un totale di 140 ingressi; di cui la parte più ampia era formata da uomini 91% (n. 128) mentre le donne rappresentavano il 9% (n. 12). La fascia di età maggiormente rappresentata era quella dei 45-54 anni 31% (43 persone) seguita poi dalla fascia di età 18 – 34 che rappresentava il 26% (36 persone). Si osserva inoltre che la maggior parte delle persone provengono da una degenza ospedaliera del territorio di Milano 87% (122 persone) mentre il 12% (17 persone) proveniva da un'unità di emergenza, inoltre la percentuale di ricoveri presso Post-Acuti con durata oltre la soglia limite (prefissata in 20 giorni) era del 77% (108 persone). Il protrarsi del ricovero oltre il limite soglia è legato a problematiche di carattere socio-sanitario con peculiarità individuali per singolo ospite; i motivi più comunemente rilevati sono: la complessità clinica, terapeutica e assistenziale, un quadro clinico complesso in attesa di un nuovo ricovero ospedaliero, co-morbidità complesse, prolungata necessità di stabilizzazione del quadro clinico prima di altra destinazione. Per il 28% (39 persone) il percorso di cura presso le Post-Acuti si è concluso con la dimissione presso i Dormitori Progetto Arca, il 21% (29 persone) sono state ricoverate in regime di urgenza e il 17% (24 persone) sono state ricoverate presso struttura ospedaliera in regime di elezione; per le restanti persone sono state trovate altre tipologie di soluzioni; il 6% (9 persone) è torna-

to ad essere senza fissa dimora. L'area demografica di provenienza degli ospiti maggiormente rappresentata appartiene al continente Africano (41%), di cui la maggior parte è di nazionalità marocchina (14 ospiti) seguita da ospiti di nazionalità egiziana (8 ospiti) eritrea, senegalese (rispettivamente 6 ospiti) Gambia, Somalia (rispettivamente 4 ospiti), una percentuale del 26% è di nazionalità italiana ed il 16% degli ospiti provengono dall'Europa dell'Est (Romania, 7 ospiti). La percentuale di ospiti provenienti dal continente asiatico è del 13% maggiormente rappresentato dal Bangladesh (7 ospiti). Le patologie maggiormente rappresentate come diagnosi primaria all'ingresso sono Malattie infettive e parassitarie (23%) seguito da problematiche relative a traumatismi e avvelenamenti con (18%) ed il 12% è rappresentato da problematiche legate all'apparato respiratorio mentre il 10% hanno avuto problematiche legate all'apparato digerente inoltre si evidenzia che 79% sono affette da due o più patologie. I BAI (bisogni di assistenza infermieristica) presenti all'ingresso: procedure terapeutiche per il 99% delle persone (139 ospiti) che assumono terapia orale; interazione nella comunicazione 96% (134 persone); alimentarsi ed idratarsi evidenzia nel 43% (60 persone) la presenza di un problema rispetto al perso corporeo, un 41% (58 persone) che presentano importanti problemi stomatologici. Il 31% degli ospiti (44 persone) presenta necessità di avere medicazioni di varia complessità. I dati rilevano inoltre che il 46% (65 ospiti) presentava dolore all'ingresso; ed infine il 98% (137 ospiti) hanno avuto uno o più colloqui con l'assistente sociale durante la permanenza presso la struttura. Durante l'anno 2017 si sono verificati 21 casi di persone che hanno avuto più di un accesso presso la struttura. Gli intervistati sono n.12 ospiti e n.8 infermieri; la durata della condizione di persone senza fissa dimora è illustrata nel grafico 1. L'età anagrafica del campione indagato, n.12 persone, è così distribuita: il 17% ha un'età compresa tra i 20 e 30 anni; l'8% tra i 31 e 40; il restante gruppo vede le 3 successive classi equamente distribuite con un 25% l'una nelle seguenti: 41-50 anni; 51-60 anni; 61-70 anni. (Grafico 1)

Rispetto alla totalità del campione, l'83% degli ospiti (10 persone) hanno avuto accesso presso la struttura Post – acuti per la prima volta mentre il restante 16% (2 ospiti) erano già stati ricoverati in passato. La situazione alloggiativa prima del ricovero, si evidenzia nel (Grafico 2).

Osserviamo la presenza della voce "altro" rappresentata dall'11% che corrisponde a: dormire in macchina (1 persona) ed aver avuto accesso all'housing (1 persona). Dei 12 ospiti che hanno partecipato all'indagine solo il 33% (4 ospiti) conoscevano la presenza sul territorio di altre strutture che offrivano servizi alle persone senza dimora (conosciute tramite pubblicità, amici e tramite volontari in strada) il restante 67% del campione (8 ospiti) non aveva informazioni rispetto alle strutture sul territorio. Tra coloro che erano a conoscenza di altre strutture (4 ospiti) tre riferiscono di non aver avuto difficoltà ad accedervi, mentre un ospite ha riscontrato difficoltà. Tutte le persone che hanno partecipato all'indagine erano affette da patologie croniche. Come da grafico 3. La percentuale del 18% rappresentata dalla voce "altro" corrisponde a cardiopatie, arteriopatia ed ipotiroidismo. (Grafico 3)

L'intero campione riferisce di aderire al piano terapeutico in programma per una o più motivazioni. La principale che è stata riportata da 11 persone su 12: la volontà di migliorare la condizione clinica; altre motivazioni riguardano il desiderio di migliorare la condizione sociale, riferito da 3 ospiti, e altrettanti riferiscono "mi voglio bene, voglio provare a me stesso che posso farcela". Tutti loro traggono speranza ed ottimismo nell'aver a disposizione le cure di cui necessitano per migliorare la loro condizione. Questo concetto viene rafforzato dalle risposte aperte indagate con gli ultimi 2 quesiti del questionario, dove le persone valutano in modo del tutto positivo avere a disposizione una struttura come la Post – Acuti. Coloro che conoscono altre realtà evidenziano la necessità di avere più strutture sul territorio che offrano un servizio di questo tipo. Le cure che gli ospiti ricevono sono state valutate come adeguate, personalizzate per singolo ospite. Essi riferiscono, inoltre, di percepirlo come motivo di rinascita ("riescono a creare un nuovo inizio a partire dalla salute") e spinta al cambiamento in quanto si sentono parte di un progetto più grande che permette loro di provare a ritornare o iniziare ad avere delle buone abitudini. Per quanto riguarda il campione degli infermieri, composto da 8 persone, sette di loro hanno conseguito la laurea in infermieristica, uno invece ha conseguito il diploma. Il campione è composto per il 75% da donne (6 infermiere) e 25% uomini (2 infermieri). Le età degli infermieri coinvolti nell'indagine variano da 18 – 25 anni, 6 hanno tra i 26 – 35 e solo uno > 46 anni di età.

Grafico 1. Durata condizione di homeless, campione indagato (n.12)

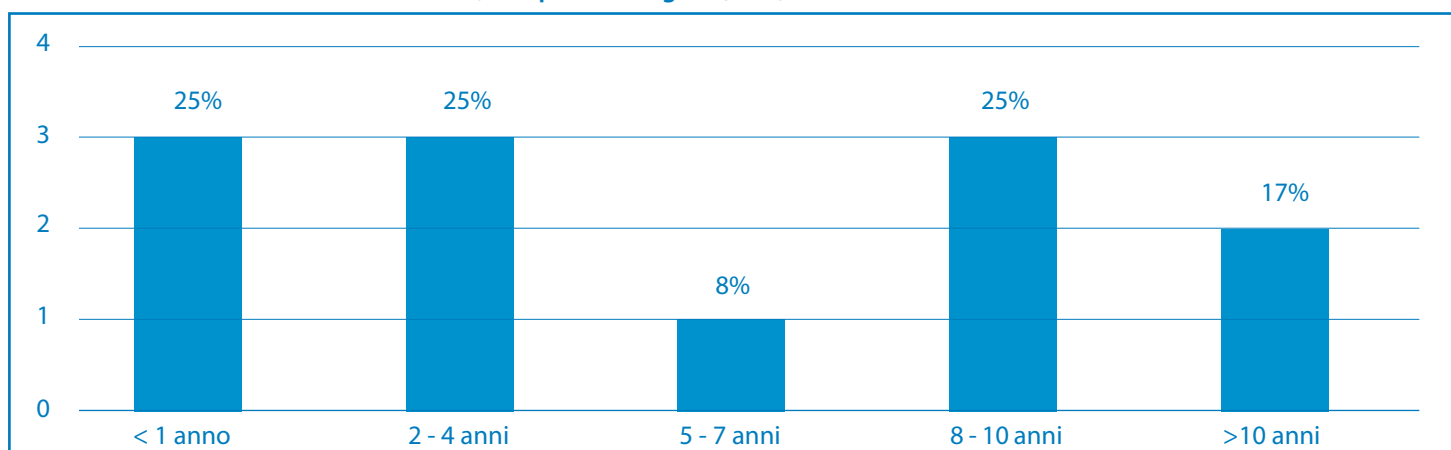
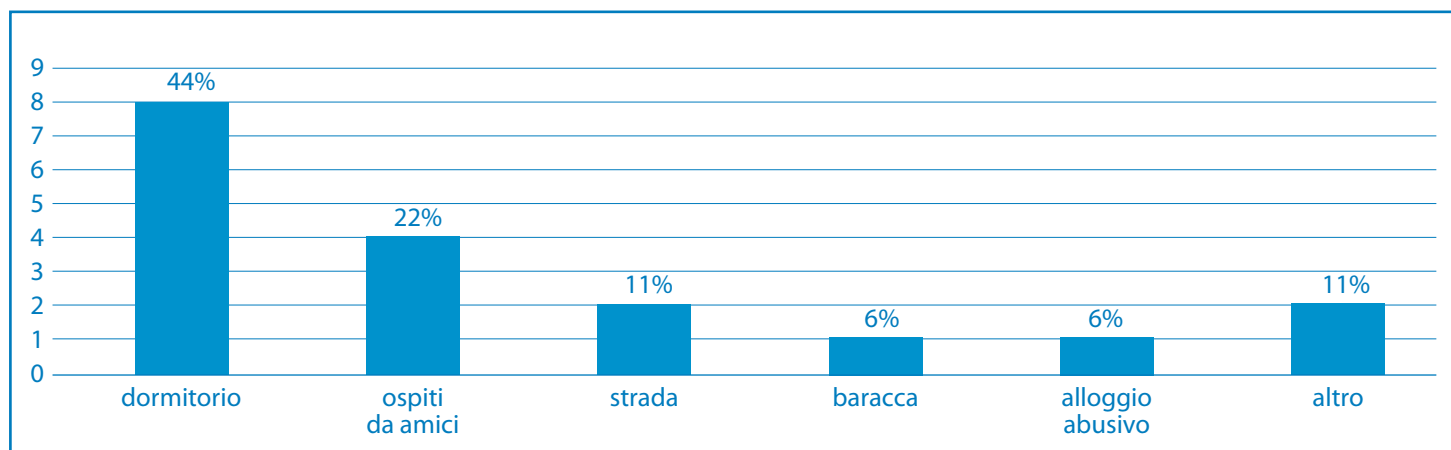


Grafico 2. Situazione alloggiativa Homeless



Per quanto riguarda gli anni di lavoro come professionista infermiere, 4 persone svolgono la professione da 1 – 3 anni, 2 da 4 - 7 anni, 1 da 9 – 12 anni e altrettanti da più di 12 anni; per quanto riguarda l'assistenza diretta alle PSD, 5 intervistati la svolgono da 1 – 3 anni, 3 da 4 – 7 anni. Il quesito che indagava la motivazione che ha spinto gli infermieri a lavorare con le persone senza dimora, porta alla luce con una percentuale del 42% l'accrescimento professionale, seguito dal 33% rappresentato da appagamento personale ed infine per il 25% dall'entusiasmo. Gli stessi infermieri riportano inoltre le difficoltà riscontrate più frequentemente come Frustrazione da mancata adesione delle persone senza dimora al trattamento, Impedimento per le persone senza dimora nell'accedere ai servizi, seguire prescrizioni mediche o alimentari, Barriera linguistica, Stile di vita e condizione sociali delle persone senza dimora, Presenza di disturbo psichiatrico, Barriera culturale. I BAI maggiormente riscontrati sono, come allegato nel grafico 4, ambiente sicuro, igiene, procedure diagnostiche e terapeutiche, interazione nella comunicazione, funzione cardiocircolatoria, igiene, sonno e riposo, alimentarsi. (Grafico 4)

Le strategie assistenziali più utilizzate all'interno della struttura e ritenute dagli stessi infermieri le più efficaci sono: l'ascolto attivo e l'empatia (segnalata da 8 infermieri), la forma mentale non giudicante (7 infermieri) seguite dal rapporto di fiducia (4 infermieri) ed un adeguata formazione infermieristica (3 infermieri). Secondo gli infermieri che hanno partecipato all'indagine le principali cause che impediscono l'adesione al trattamento sono: condizione sociale (segnalata da 8 infermieri), difficoltà ad accedere ai servizi (6 infermieri), disturbo psichiatrico, barriera linguistica e stigma della persona senza dimora (segnalate allo stesso modo da 4 infermieri). Nel grafico 5 sono riportate le strategie organizzative ritenute più adeguate al fine di garantire l'adesione alle cure. Tutti gli infermieri convergono sull'approccio di tipo "case management", che è adottato all'interno della struttura, pur essendo in fase di sperimentazione e dovendo dunque gestire quotidianamente peculiarità legate a difficoltà di avere a disposizione risorse, difficoltà di avere una rete territoriale efficace ed accessi facilitati alle cure. (Grafico 5) Le strategie ottimali per garantire una continuità assistenziale sono

Grafico 3. Patologie croniche homeless

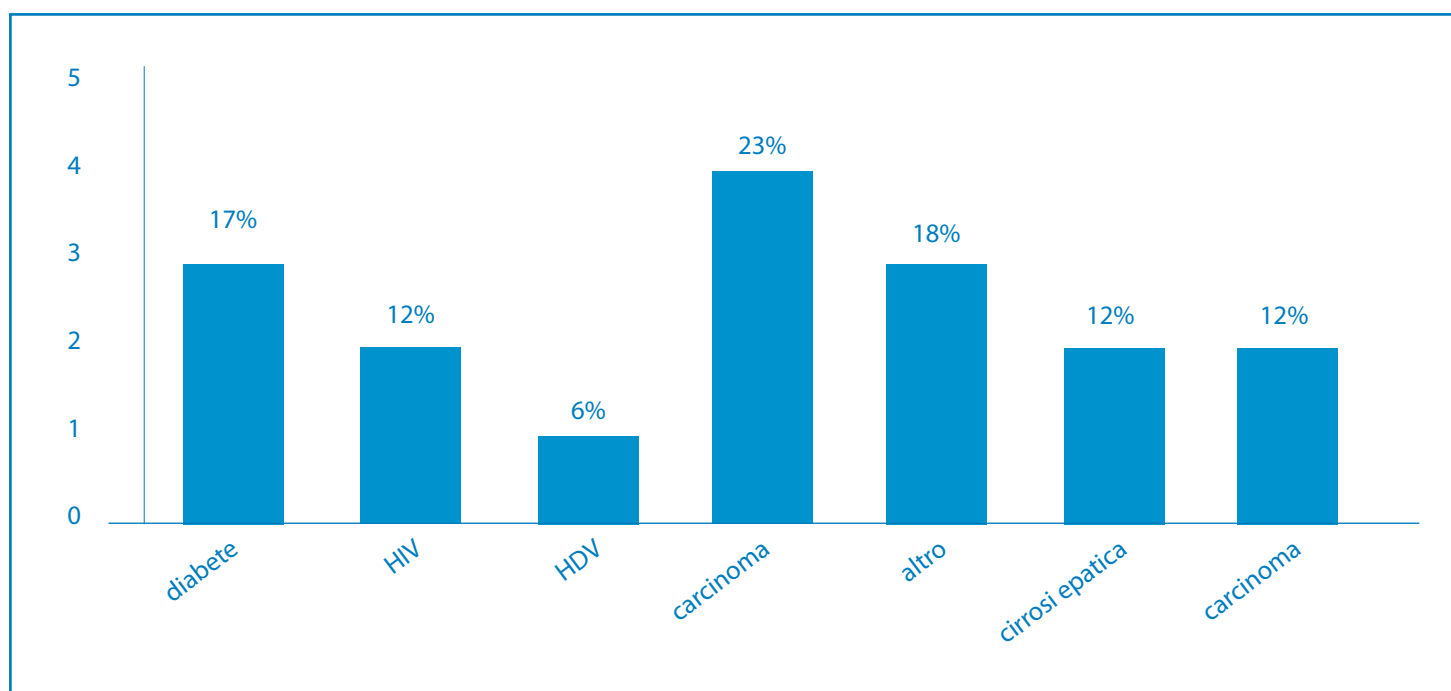
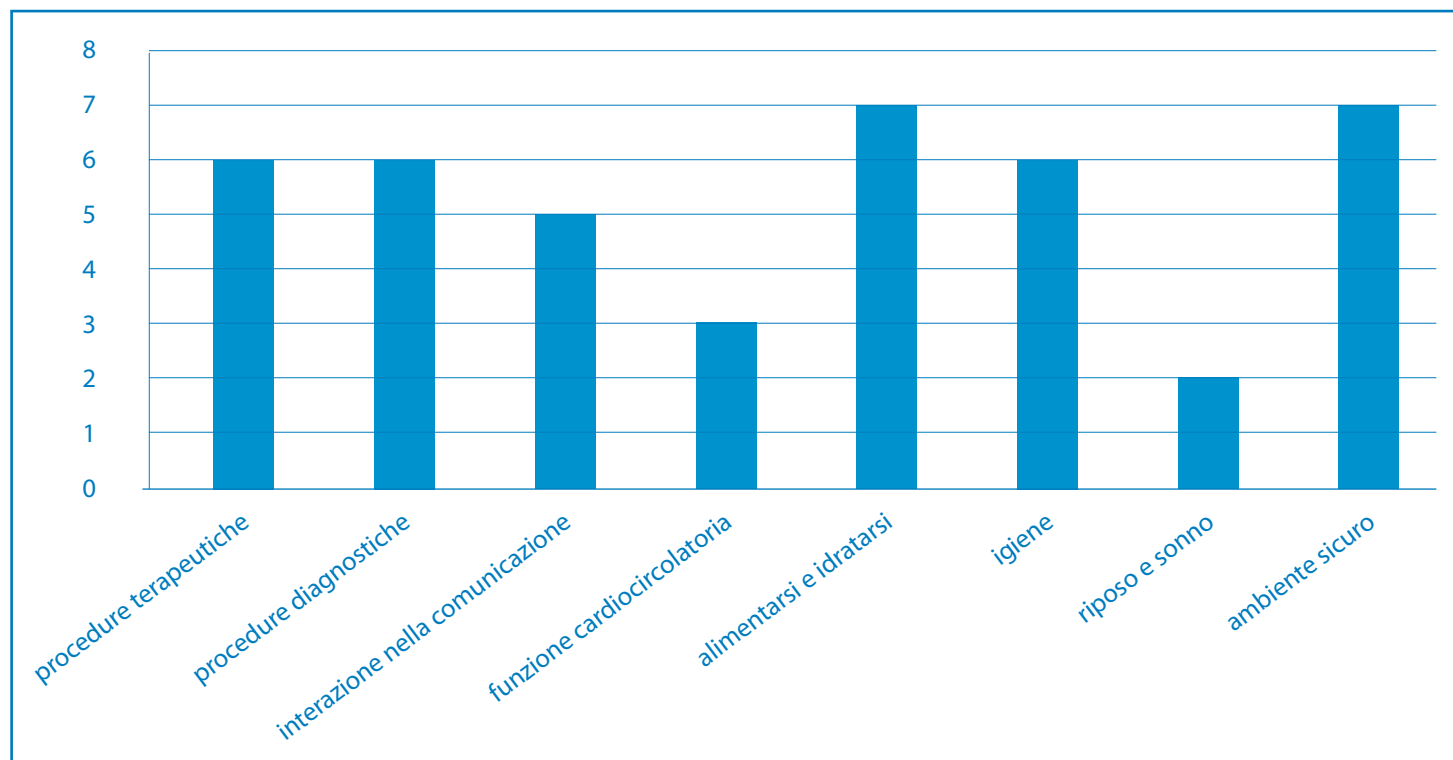


Grafico 4. BAI maggiormente riscontrati



rappresentate in primis dalla reale comprensione dei bisogni di salute e sociali seguito da un monitoraggio del percorso della persona senza dimora, educazione sanitaria ad inoltre l'aumento di strutture protette per la popolazione di persone senza fissa dimora.

VALUTAZIONE DEL QUESTIONARIO - ANALISI DELL'AFFIDABILITÀ DEI QUESTIONARI

Entrambi i questionari sono rimasti stabili nel tempo. La maggior parte del campione a distanza di due settimane ha risposto alle domande in modo identico, salvo per alcuni items i quali sono stati analizzati valutandone l'affidabilità con il contributo di un esperto in ricerca infermieristica. Nella tabella 9 sono stati riportati i risultati emersi dall'analisi. L'analisi evidenzia un p – value rimasto al di sotto del valore 0.05 (0.0001 a 0.011), l'intervallo di confidenza può essere considerato ampio da 0,2 a 0,9 influenzato senz'altro dal campione

molto piccolo. Tuttavia il coefficiente di correlazione intraclasse riporta per tutte le variabili analizzate un valore intorno al valore 0.8. (Tabella 1) Rispetto all'analisi della validità del contenuto del questionario "check list valutativa" è stato rilevato un risultato valido, come si può osservare dalla tabella 2 tutti gli items ad eccezione dell'item 6, hanno avuto una valutazione positiva, il 100% del campione ha espresso parere positivo. I numeri riportati nelle colonne "Sì" e "No" sono riferiti ai partecipanti. L'item n. 6 è stato analizzato nella tabella 3 dove 5 persone hanno indicato alcuni aspetti da aggiungere all'interno dei questionari. (Tabella 2)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'indagine evidenzia che le persone senza fissa dimora, ospiti presso questa struttura, provengono da tutte le parti del mondo, ma ciò che risalta è un'importante percentuale costituita dalla popo-

Grafico 5. Strategie organizzative suggerite dagli infermieri

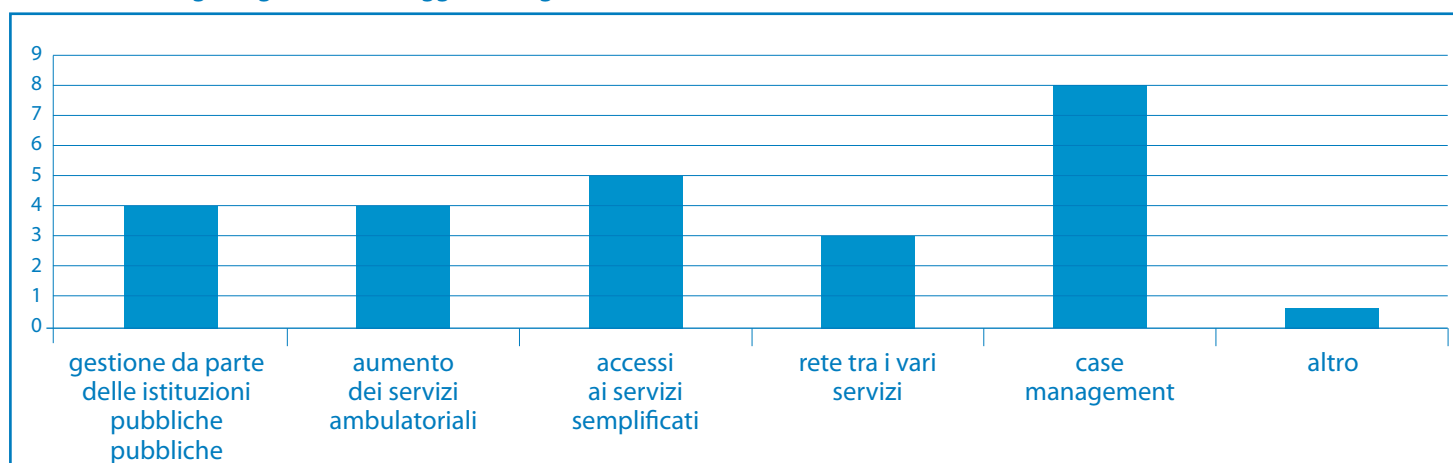


Tabella 1 – Analisi affidabilità discrepanze test – retest

Items analizzati		Variabile	ICC (Coefficiente di correlazione intraclasse)	Limite inferiore	Limite superiore	P value
Ospiti	6) Dove alloggiava prima di essere ricoverato presso la struttura Arca?	A	0,897	0,643	0,970	0,0001
	13) Quali sono le motivazioni che la portano a seguire tutte le cure con attenzione?	D	0,808	0,332	0,945	0,005
	5) Quale delle seguenti motivazioni l'hanno spinto a lavorare con PSD?	A	0,873	0,364	0,975	0,007
D		0,851	0,256	0,970	0,011	
Infermieri	6) Quali sono le difficoltà più frequenti nell'assistere persone senza dimora?	D	0,873	0,364	0,975	0,007
	7) Quali sono i BAI maggiormente riscontrati nelle PSD?	C	0,851	0,256	0,970	0,011
		E	0,851	0,256	0,970	0,011
	14) Quali sono le difficoltà delle persone PSD che impediscono la corretta adesione al trattamento della patologia cronica?	a	0,873	0,364	0,975	0,007
		D	0,873	0,364	0,975	0,007
		G	0,873	0,364	0,975	0,007

Tabella 2 - Check list valutazione questionario

Domanda	sì	no
Ha trovato qualche domanda del questionario di ambigua interpretazione o difficile da rispondere?		20
Il questionario le sembra ripetitivo?		20
Il questionario le sembra troppo lungo?		20
È secondo lei esaustivo?	20	
Ci sono delle domande nel testo o nel formato del questionario che possono creare disagio?		20
Ci sono degli aspetti mancanti o che andrebbero aggiunti?	5	15

lazione italiana. Dal campione preso in esame il giorno 18/09/18, attraverso la distribuzione di questionari, erano presenti n.4 ospiti italiani su 12 persone coinvolte (33%); anche dall'analisi retrospettiva dei dati rilevati dalla struttura durante l'anno 2017 riporta una percentuale del 26% costituita da 37 persone italiane su 140 ricoveri. L'83% del campione preso in esame era costituito da uomini e solo una piccola parte da donne 17%, anche l'analisi retrospettiva dell'anno 2017 presenta un quadro simile 91% uomini - 128/140 ospiti. Questo dato, che gli uomini senz'altro sono in numero maggiore rispetto alle donne, viene riscontrato anche in letteratura (Zrouki et al., 2017). Dai risultati emerge che la presenza di perso-

ne senza fissa dimora di giovane età. Il campione era costituito dal 17% (2/12 ospiti) di persone con età inferiore a 30 anni, osservando inoltre l'analisi retrospettiva (anno 2017) presso la stessa struttura il 26% (36 persone) degli ospiti che avevano un'età inferiore a 34 anni. Questo dato viene segnalato anche in letteratura; il Third overview of housing exclusion in Europe 2018 porta alla luce che i bambini e le persone giovani sono il più grande gruppo in rifugi di emergenza a seguito di un deterioramento delle condizioni di vita delle famiglie estremamente vulnerabili. Oltre a questi anche donne, lavoratori poveri e persone con un background migratorio stanno diventando sempre più numerosi tra la popolazione sen-

Tabella 3 – Aspetti segnalati da integrare nel questionario

Item 6	Ci sono degli aspetti mancanti che andrebbero aggiunti?	3 ospiti hanno indicato: "l'aspetto sociale dal punto di vista economico"
		2 infermieri: "una domanda aperta dove il professionista può descrivere la sua esperienza"
Altro	Eventuali ulteriori commenti	3 infermieri hanno indicato: "piacerebbe indagare il modello di assistenza infermieristico a cui far riferimento in una realtà di questo tipo"

zattoo (Spinnewijn et al., 2018b). Nonostante l'ampia fascia d'età che il campione presentava, dai 20 ai 70 anni, tutti erano affetti da almeno una patologia cronica e stavano seguendo una cura presso la Post acuti. Questo dato lo osserviamo anche nell'analisi retrospettiva, 79% (111/140 ospiti) delle persone ricoverate durante l'anno 2017 presentava da due a sei patologie. Le patologie maggiormente riscontrate nella popolazione di persone senza fissa dimora come la tubercolosi, cirrosi epatica, HCV, HIV creano maggior attenzione e apprensione per la frequenza di morte (2 – 5 volte più alta rispetto alla popolazione generale) poiché non adeguatamente curate per carenza di servizi e gli stessi senza dimora sono incostanti nell'aderenza alle terapie; si riscontrano inoltre anche quelle patologie tipiche dell'invecchiamento come ipertensione arteriosa, diabete, lesioni cutanee inguaribili, problemi cognitivi/psichici o cardiaci che si manifestano almeno 15 anni prima rispetto agli standard fisiologici (Zrouki et al., 2017) Il 56% delle persone coinvolte nel campione indagato ha avuto un alloggio di varia natura e solo il 44% aveva la possibilità di dormire in un dormitorio che gli permettesse un riparo costante durante la notte, emerge dunque la necessità di una maggior disposizione di strutture per questa popolazione: dato evidenziato anche dagli infermieri coinvolti nell'indagine. L'informazione rispetto alla conoscenza di altre strutture sanitarie risulta essere carente in quanto solamente il 33% del campione ne conosceva altre presenti sul territorio. Tale fenomeno evidenzia la difficoltà di accedere a cure o all'approvvigionamento di farmaci in forma gratuita. Dalla ricerca eseguita da Asiya Zrouki (2017) svolta presso diverse strutture del territorio milanese, su un campione di 22 persone senza fissa dimora l'84% era a conoscenza di altri servizi per senza dimora. Invece, dal campione esaminato con il mio elaborato di tesi si può evincere che bisognerebbe indagare ulteriormente prendendo in considerazione un campione più ampio in diverse realtà. Tra le strategie organizzative evidenziate, dagli infermieri del campione, quella maggiormente indicata è il case management seguita da accessi ai servizi semplificati, gestione da parte di istituzioni pubbliche, creare una rete tra i servizi. Il servizio Post acuti adopera prevalentemente un approccio di tipo case management con alcune difficoltà che vertono su scarsità di risorse, difficoltà di avere una rete al di fuori della struttura che operi in maniera efficace. La complessità nella gestione del fenomeno delle persone senza fissa dimora dal punto di vista sociale e sanitario richiede un'organizzazione articolata, infatti l'indicazione rispetto ad una possibile soluzione, suggerita dagli infermieri che hanno preso parte all'indagine di Zrouki a dimostrazione dell'importanza

di fornire tutti i tipi di supporto tra cui quello sociale, emotivo, strumentale, informativo e valutativo da parte dell'infermiere, è la gestione attraverso il processo di case management. Questo tipo di approccio potrebbe essere efficace perché permette di seguire la persona individualmente, garantendo un'assistenza personalizzata e un follow up continuo (Zrouki et al., 2017). La complessità assistenziale è evidenziata anche dall'analisi retrospettiva, che dimostra che i giorni di ricovero previsti presso la struttura Post Acuti (20 giorni) venivano largamente superati (77% delle persone ricoverate durante l'anno 2017 superavano i giorni previsti; questo indica che l'assistenza alle persone senza fissa dimora è articolata e richiede un'organizzazione complessa, soprattutto se si vuole lavorare sia sull'aspetto clinico che sociale con tempistiche efficienti. Nonostante i numerosi servizi presenti sul territorio di Milano notiamo che vi è ancora molta strada da fare per supportare queste persone. Per ciò che riguarda la validazione dei questionari adoperati per la raccolta dati, tenendo in considerazione che il campione preso in esame era esiguo (6 infermieri, 12 ospiti), si conferma la validità e l'affidabilità dei questionari somministrati. Un limite dell'indagine è stato di aver preso in esame una sola struttura ed un campione esiguo, tuttavia questo elaborato è un lavoro iniziale che lascia spazio a studi futuri per la ricerca su un campione più elevato nella città di Milano o Lombardia oppure Italia.

BIBLIOGRAFIA

- De Maio G. (2014) Dossier sullo sviluppo ed organizzazione del servizio di degenza post acuta per homeless in via Mambretti 33, 1-30.
- Istat (2015). Le persone senza dimora. Roma: Istat, 1-23. Disponibile a: https://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf?title=Le+persone+senza+dimora++10%2Fdic%2F2015++Testo+integrale.pdf (consultato: 3 maggio 2019).
- Monti P. (2018) raccontami2018. In: Braga M., Pietrabissa G., Tomaselli G., Guizzardi E. fondazione Rodolfo Benedetti. [online] Milano. Disponibile a: http://www.frdb.org/be/file/_scheda/files/racCONTAMI2018_risultati_conteggio.pdf (consultato: 5 maggio 2019).
- Pleace N., (2016) Cos'è l'Housing First? In: Owen R., Aldanas M., Iazzolino M., Bernad R., Duarte T. Guida all'Housing First Europa [online] Disponibile a: http://housingfirsteurope.eu/assets/files/2017/03/HFG_IT.pdf (consultato: 5 maggio 2019).
- Spinnewijn F., Robert C. (2018a) Is strategic litigation against austerity measures a solution? In: Serme-Morin C., Coupechoux S., Hayes E., Horan T. Third overview of housing exclusion in Europe 2018 [online] Bruxelles - Paris: Abbé Pierre Foundation – Feantsa Editore. Disponibile a: <https://www.feantsa.org/download/full-report-en1029873431323901915.pdf> (consultato: 10 maggio 2019).
- Spinnewijn F., Robert C. (2018b) Itlay In: Serme-Morin C., Coupechoux S., Hayes E., Horan T. Third overview of housing exclusion in Europe 2018 [online] Bruxelles - Paris: Abbé Pierre Foundation – Feantsa Editore. Disponibile a: <https://www.feantsa.org/download/full-report-en1029873431323901915.pdf> (consultato: 10 maggio 2018).
- Spinnewijn F., Robert C. (2018d) 2016 Statistics on Housing Exclusion in Europe In: Serme-Morin C., Coupechoux S., Hayes E., Horan T. Third overview of housing exclusion in Europe 2018 [online] Bruxelles - Paris: Abbé Pierre Foundation – Feantsa Editore. Disponibile a: <https://www.feantsa.org/download/full-report-en1029873431323901915.pdf> (consultato: 10 maggio 2019).
- Zrouki A., Pacciani A., Ledonne G. (2017). "Domande e risposte di cura L'adesione ai trattamenti terapeutici della patologia cronica negli homeless: indagine qualitativa nella realtà milanese". Il pensiero scientifico, 33(5), 198-214.