

Maria Stagnitta

Terre di Confine

LA BASSA SOGLIA COME MODELLO DI INNOVAZIONE DEI SERVIZI

Negli anni Novanta, in seguito all'AIDS, abbiamo assistito a una rivoluzione del paradigma, andare incontro all'utenza anziché attendere la domanda. L'attenzione viene rivolta non più al "tuo sintomo" ma a te e alla tua vita in quel contesto

Con le prime Unità di Strada viene adottato un paradigma di sanità pubblica "la riduzione del danno" ovvero limitare gli effetti negativi dell'uso di droghe sul piano sanitario, sociale, penale ed economico.

Gli interventi di riduzione del danno sviluppatisi in quegli anni in Europa sono stati:

- trattamenti sostitutivi con oppiacei
- programmi di scambio siringhe;
- promozione ad un uso più sicuro delle sostanze,
- programma di screening per le malattie infettive,
- consulenze sulla salute .

Interventi spesso forniti attraverso i servizi di bassa soglia

Con l'espressione "bassa soglia" si definisce oggi una realtà eterogenea di servizi con caratteristiche diverse, che hanno in comune almeno due principali presupposti:

- **rendere al minimo i criteri per l'accesso al servizio** (sia dal punto di vista burocratico: residenza, nazionalità, invio da altri servizi ecc.; sia dal punto di vista della presa in carico: sigla di patti terapeutici, obblighi di intervista, motivazioni al contatto ecc..)
- **attivare una relazione d'aiuto significativa che possa essere mantenuta nel tempo** (attraverso l'accoglienza senza pre-condizioni, l'ascolto e il riconoscimento dei bisogni che la persona avverte come prioritari).

La dimensione temporale della bassa soglia è "breve", nel senso che i frequentatori presentano progetti di vita che puntano su obiettivi concreti, circoscritti e possibilmente fruibili subito. Il rapporto è allora prevalentemente diretto, transitorio e intermittente.

I "servizi di bassa soglia" rappresentano un osservatorio privilegiato sulla realtà del cosiddetto "sommerso", di quelle persone cioè che, per diverse ragioni, non accedono ai servizi tradizionali. Intercettano le contraddizioni, i disagi, diritti negati, emergenze sociali. Sono portatori di istanze critiche di rinnovamento del sistema dei servizi nel suo complesso.

In Italia di fatto, gli interventi di riduzione del danno, si sono sviluppati secondo la logica bottom-up, quindi, non come il frutto di una pianificazione centrale, ma perché promossi spontaneamente e a macchia di leopardo da attori locali, progettati ed implementati a partire dalla capacità di analisi e sensibilità di singoli servizi, salvo rare eccezioni in cui riescono ad assumere la dimensione di un sistema di interventi in grado di integrarsi con il sistema organico dei servizi storici del territorio.

Nonostante l'importante funzione e l'azione innovativa svolta in questi 20 anni i servizi di bassa soglia spesso ricoprono ambiti interstiziali del lavoro sociale e vengono considerati come servizi *residuali*, da utilizzare quando nessun'altra risorsa è attivabile per almeno quattro ordini di motivi, molto intrecciati tra loro:

- il loro 'status': limitato quasi sempre alla dimensione di progetto con finanziamenti precari, inadeguati e discontinui
- assenza e/o scarsa legittimazione da parte del Sistema territoriale dei Servizi;
- scarsa o addirittura assenza di contrattualità da parte delle le persone che a loro si rivolgono considerate "marginali" e "multiproblematiche" (sovente proprio quelle che fanno 'saltare' i servizi tradizionali),
- la metodologia d'intervento. La bassa soglia, infatti, non solo riguarda il funzionamento di un servizio (modalità di accesso) ma indica anche una modalità di pensare e agire il lavoro sociale.

La Bassa soglia e il Sistema dei Servizi

Per quanto riguarda il Sistema dei Servizi attualmente esistente, in questa sede, vale la pena evidenziare alcuni meccanismi di esclusione che i servizi stessi mettono in atto:

- territorialità: i servizi istituzionali hanno competenze per le persone residenti in un determinato territorio; questo che in termini positivi significa maggior legame con la comunità; una maggior conoscenza delle risorse informali; un maggior coinvolgimento della comunità sociale, può tradursi nell'espulsione di coloro che non appartengono ad alcun territorio;
- settorialità degli interventi proposti strutturati per trattare precise categorie di persone con canali di finanziamento diverso, rispondere a bisogni già determinati escludendo le persone con disagio multiplo e bisogni più articolati;

Maria Stagnitta

- metodologia di lavoro che prevede progetti a termine ai quali le persone devono aderire e adeguarsi: è il servizio che valuta la disponibilità, l'affidabilità dell'utente, la sua capacità di utilizzare correttamente nei tempi e nelle modalità previste le risorse che gli sono dedicate.

I servizi di bassa soglia rappresentano quindi, per molti utenti, l'unico accesso al sistema dei servizi.

In particolare, gli immigrati senza permesso di soggiorno che, a seguito dell'introduzione del reato di clandestinità, si vedono negato anche un letto nel dormitorio pubblico. Per loro l'accesso alle cure, dal punto di vista legislativo, è garantito da una Circolare del Ministro della Sanità marzo 2000 in cui si afferma che lo straniero temporaneamente presente senza permesso di soggiorno ha diritto ad un codice sanitario e al relativo tesserino (STP) che gli consente di accedere al Sistema Sanitario Nazionale per cure urgenti essenziali, ancorchè continuative compresi gli interventi previsti dal DPR 309/90. Questo nella forma nella sostanza a seguito dell'introduzione del reato di clandestinità gli unici programma a cui hanno accesso sono i trattamenti sostitutivi in regime ambulatoriale. Altro problema risultano essere i cittadini neocomunitari che per poter accedere ai servizi sanitari devono, attraverso l'esercizio di un'attività lavorativa, essere iscritti al nostro Servizio Sanitario Nazionale, essere in possesso di una polizza assicurativa, dimostrare di avere una copertura assicurativa da parte del proprio Paese di origine in assenza di tali documentazioni le prestazioni sanitarie saranno garantite dietro pagamento alla ASL delle tariffe previste.

Ma anche gli italiani fanno fatica ad ottenere prestazioni di base. L'ostacolo più comune è rappresentato dalle procedure restrittive sulla concessione della residenza anagrafica applicate da molti enti locali. se non si possiede una residenza anagrafica non si "esiste" e pertanto si è preclusi dalle cure. L'essere privo di una residenza anche solo formale impedisce l'esigibilità di alcuni diritti, tra cui il diritto alla cura e all'assistenza oltreché, di fatto, il diritto di voto. Senza un indirizzo di riferimento non c'è il rilascio della carta di identità; senza carta di identità non c'è libretto sanitario e accesso al Sistema Sanitario Nazionale, né all'Assistenza Sociale di territorio, né accedere ai Bandi per gli alloggi popolari, né richiedere il riconoscimento di un'invalità civile. I diversi Comuni d'Italia utilizzano un ampio margine di discrezionalità nella pratica della iscrizione anagrafica nominale. Le Amministrazioni Locali spesso non intendono farsi carico della problematica, sia per

Maria Stagnitta

gli oneri economici conseguenti, sia per timori di divenire polo d'attrazione per i senza dimora e, non applicando gli strumenti legislativi a disposizione, di fatto mettono in atto politiche discriminatorie.

Insieme ad una politica dell'accoglienza e dell'accompagnamento è necessario promuovere una politica di riconoscimento dei diritti, quale base di una tenuta e di un rinnovamento del legame sociale. In questo senso è fondamentale non rimanere nella dimensione astratta del diritto ma diventa sempre più urgente creare le condizioni perché i diritti siano effettivamente praticabili ed esigibili. In particolare ci riferiamo a due diritti che sono profondamente corrosi nelle situazioni di nostro riferimento: quello della residenza e quello della tutela della salute e dell'accesso ai servizi socio-sanitari.