



**Università degli Studi di Torino**

*Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica*

**I problemi di intervento sugli adulti senza fissa dimora  
affetti da disturbi mentali: un confronto tra Italia e  
Paesi occidentali**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Relatore**

Pirfo Elvezio

**Correlatore**

Freilone Franco

**Candidata**

**Bonera Alice**

Matricola 931087

Anno Accademico 2023/2024



## Indice

|                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUZIONE .....</b>                                                                                                                  | <b>3</b>  |
| <b>CAPITOLO 1- IL FENOMENO DELLA <i>HOMELESSNESS</i> NEL MONDO OCCIDENTALE .....</b>                                                       | <b>7</b>  |
| 1.1 Dalla definizione alle caratteristiche psicologiche e demografiche .....                                                               | 7         |
| 1.2 Nord America.....                                                                                                                      | 11        |
| 1.2.1 California .....                                                                                                                     | 14        |
| 1.3 Norvegia.....                                                                                                                          | 15        |
| 1.4 Francia.....                                                                                                                           | 17        |
| 1.5 Housing First.....                                                                                                                     | 21        |
| 1.5.1 I limiti di Housing First.....                                                                                                       | 25        |
| <b>CAPITOLO 2- LA POPOLAZIONE DEGLI <i>HOMELESS</i> CON DISTURBI MENTALI E/O CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE NEL MONDO OCCIDENTALE .....</b> | <b>27</b> |
| 2.1 Le condizioni di salute dei senza fissa dimora con disturbi psichiatrici .....                                                         | 27        |
| 2.2 La prevalenza di disturbi psichiatrici nei senza fissa dimora nel mondo occidentale .....                                              | 32        |
| 2.3 Il programma PRISM a Montreal, Canada .....                                                                                            | 35        |
| 2.4 Alcuni approcci promettenti testati nel mondo occidentale .....                                                                        | 38        |
| <b>CAPITOLO 3- GLI <i>HOMELESS</i> CON DISTURBI PSICHICI E/O CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE IN ITALIA .....</b>                             | <b>43</b> |
| 3.1 I dati sugli <i>homeless</i> in Italia.....                                                                                            | 43        |

|                                                                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2 Torino.....                                                                                                                    | 50        |
| 3.2.1 Un esempio positivo dalla città di Torino: Camminare Insieme.....                                                            | 52        |
| 3.3 Modena.....                                                                                                                    | 55        |
| <b>CAPITOLO 4- IL RUOLO DELLO PSICOLOGO E LE CRITICITÀ<br/>NELL'INTERVENTO SUGLI <i>HOMELESS</i> CON DISTURBI MENTALI</b><br>..... | <b>57</b> |
| 4.1 Una premessa .....                                                                                                             | 60        |
| 4.2 L'organizzazione e la presa in carico dei servizi .....                                                                        | 62        |
| 4.3 Distinzione tra le modalità di intervento con <i>homeless</i> italiani e con <i>homeless</i><br>stranieri.....                 | 63        |
| 4.4 Altri aspetti del fenomeno da considerare.....                                                                                 | 68        |
| 4.5 Una riflessione sulla necessità dell'intervento psicologico- psichiatrico.....                                                 | 69        |
| <b>CONCLUSIONI .....</b>                                                                                                           | <b>71</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>                                                                                                           | <b>75</b> |
| <b>SITOGRAFIA.....</b>                                                                                                             | <b>76</b> |

## INTRODUZIONE

Ciò che questo elaborato si propone è stimolare ragionamenti e far sorgere riflessioni sul ruolo dell'operatore della salute mentale, in particolare gli psicologi, nell'assistenza delle persone senza fissa dimora o senza tetto (*homeless*) con problemi psichiatrici e/o di dipendenze. L'analisi del fenomeno si sviluppa partendo dallo studio delle pratiche e politiche, rivolte alla popolazione delle persone *homeless* in generale, attive e applicate nel mondo occidentale, con specifico riferimento alla California, Norvegia, Francia e Italia, e confrontando quanto emerso con le politiche rivolte agli individui che riscontrano anche patologie psichiatriche o disturbi correlati all'utilizzo di alcol o sostanze, partendo dall'approfondimento di quanto è già in atto nelle realtà di alcune città e realtà anche attente ai bisogno di questo gruppo di persone più fragili.

Non sarà mai possibile comprendere fino in fondo le sofferenze, le ragioni e l'annichilimento che comporta la vita in strada. Come scritto da Gnocchi (2009), il non avere una dimora fissa comporta una condizione di sospensione nella quale ogni oggetto, e anche se stessi, assumono un valore relativo e marginale ad una dinamica sociale tesa a massimizzare il profitto in quel momento. Non si verrà meno nel sottolineare l'ampia zona grigia comune alla vita in strada e alla psicopatologia, convergenza che rende, da una parte, immediatamente necessario e auspicabile l'intervento con tali soggetti, ma che, dall'altra parte, può far tendere alla sovrapatologizzazione.

Sarà un'analisi che si concentra sulle cause strutturali di tale disagio, sugli aspetti che limitano l'efficacia e la sistematicità dell'intervento e dell'assistenza rivolta a determinate categorie sociali: si vuole lasciare spazio ad un approccio integrato in cui la persona riesca a ritrovare se stessa nonostante il processo di annullamento sociale ed ontologico, che appare irreversibile fino quel momento.

Il macrogruppo analizzato, infatti, è la popolazione degli *homeless* in generale, e con particolare attenzione verranno messe in luce le condizioni in cui si trovano a vivere le persone senza fissa dimora con disturbi psichiatrici e/o di dipendenze, ancor più isolate rispetto alla grande maggioranza, spesso ignorate nei tanto citati censimenti, e dunque ancora più invisibili, che al contrario della categoria dei “senzatetto sani”, per i quali le politiche si spendono nell’assistenza e nella riabilitazione nella società, risultano trascurati e ancor più spesso ignorati, non visti, non assistiti. Basti pensare che nei dati pubblicati in Italia dall’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) per il 2021 sono riportate le statistiche distinguendo solamente tra il genere e l’età dei soggetti, senza menzionare l’eventuale presenza di disturbi psichiatrici e/o di dipendenze, né qualsiasi altra variabile che può aver contribuito a tale condizione.

Il presupposto di base da tener presente è che il compito affidato agli psicologi è quello di supporto e tutela al benessere psico-fisico individuale e l’aiuto nella comprensione di dinamiche interne che causano disagi o che si manifestano in agiti disturbanti: semplificando, possiamo dire che è un ruolo da facilitatore per accedere ad uno stato di benessere coerente con le aspettative sociali a cui ognuno è sottoposto, pur senza disconoscere i limiti fino a cui l’intervento psicologico può arrivare. Emerge così chiaramente anche il mandato sociale della psicologia, fondamentale da tener presente nella cura di ogni individuo. Inoltre, svolgere la funzione che si è chiamati ad assolvere senza tener conto delle caratteristiche individuali e contestuali del soggetto è pressoché impraticabile, e anzi è fondamentale adattare le strategie e il lavoro al paziente che ci si trova davanti, annullando il più possibile gli impedimenti e le barriere che lo separano dal suo potenziale massimo sviluppo. Accogliere la persona senza fissa dimora in tutta la sua fragilità e in quanto “mascherata” è un imperativo terapeutico per far sì che venga recuperata la fiducia in se stessi e negli altri e solo in questo modo sarà possibile un nuovo percorso di benessere.

La struttura della presente trattazione consta di quattro capitoli che vanno ad analizzare sempre più nello specifico la condizione degli *homeless*.

Nel primo capitolo verrà fornita una panoramica generale sul concetto e la definizione di *homelessness* e su come i governi di alcuni paesi occidentali, in particolare il Nord America, con un riferimento specifico alla California, la Norvegia e la Francia, gestiscono le diverse manifestazioni e come si è arrivati a determinate situazioni. Infine si conclude con la presentazione di un approccio innovativo e promettente nella riduzione della quantità di *homeless*, sviluppatosi negli ultimi anni per iniziativa di Sam Tsemberis: l'Housing First. Tuttavia, tale intervento non è privo di limiti, i quali verranno messi in luce nella parte finale del capitolo.

Nel secondo capitolo si entrerà nell'analisi più dettagliata della parte di popolazione di *homeless* con disturbi psichiatrici e/o associati all'utilizzo di sostanze, evidenziando gli approcci incoraggianti già attivi e studiati. Riportando lo studio condotto da Fazel et al. (2008), verrà descritta la prevalenza dei disturbi psicopatologici nella popolazione di riferimento. Inoltre, verrà posta l'attenzione sulla quantità di dati esistenti che inquadrano tale gruppo, pur non di piccole dimensioni ma ben più invisibile e sottostimato dai censimenti e dalle indagini. Infine, verranno descritti ed inquadrati alcuni degli approcci che sono stati messi in campo nell'assistenza agli *homeless* con disturbi psichici e che si sono rivelati efficaci.

Si approfondirà poi nel terzo capitolo la situazione che questi soggetti vivono sul territorio italiano: verranno delineate le caratteristiche della popolazione senza fissa dimora in generale, per poi entrare nell'analisi della preziosa esperienza della città di Torino che vanta da anni un efficiente sistema assistenziale alle persone senza fissa dimora, soffermandosi sull'analisi del prezioso contributo fornito a livello locale dall'associazione di volontariato Camminare Insieme.

Verrà poi riportata anche la realtà della città di Modena, citata nel report di FEANTSA nel 2023 come esempio da seguire ed imitare.

Nel quarto capitolo, infine, partendo dalle testimonianze fornite da tre psichiatri e una psicologa psicoterapeuta che lavorano nei servizi del settore pubblico che offrono assistenza agli adulti senza fissa dimora, si svilupperà una riflessione sul ruolo che lo psicologo si può, e deve ritagliare, in questo quadro multi-trattamentale, senza indurre nel sottolineati i limiti e i punti deboli di questi interventi.

Nella sezione conclusiva, saranno riportate riflessioni personali sul ruolo e spazio d'azione che lo psicologo ha in tale scenario multi-trattamentale.

## **CAPITOLO 1- IL FENOMENO DELLA *HOMELESSNESS* NEL MONDO OCCIDENTALE**

La vita delle persone senza dimora è sotto gli occhi di tutti quotidianamente, ma spesso è una questione ignorata dai più, poiché essi poco si conformano alla società globalizzata del giorno d'oggi in cui chi non produce ricchezza conta poco o niente.

Questo primo capitolo si apre con la descrizione delle caratteristiche della popolazione degli *homeless* nei paesi occidentali attingendo ai dati ottenuti tramite rilevazioni nazionali e a livello europeo. Si passeranno poi in rassegna le politiche che hanno portato ad un incremento, o decremento, del fenomeno da un punto di vista storico e legislativo in tre paesi occidentali diversi per avere un'idea più precisa della complessità che si deve fronteggiare per risolvere la situazione: Nord America, Norvegia e Francia. Infine, nell'ultima parte del capitolo, verrà descritto l'approccio dell'Housing First, che postula come diritto fondamentale e vincolato a nessun prerequisito l'accesso ad una casa soddisfacente, con le sue potenzialità e i suoi limiti.

### 1.1 Dalla definizione alle caratteristiche psicologiche e demografiche

La parola inglese *homelessness*, tradotta in italiano come “senzadimoricità”, “essere senza tetto”, non gode di una definizione universalmente accettata, ma al contrario tale definizione è da sempre culturalmente, storicamente e geograficamente declinata: pertanto, risulta difficile capire chi rientra in tale categoria e chi no. Attenendosi infatti esclusivamente alla dimensione abitativa rientrerebbero in tale categoria anche coloro che scelgono di vivere in camper o

in un albergo, ma non necessariamente è così. Inoltre, la mancanza di definizioni universali si traduce anche nella mancanza di neutralità nell'utilizzo della terminologia usata per far riferimento al fenomeno: basti pensare al costante uso di termini di deprivazione come “senza” che stigmatizzano e rimarcano ulteriormente il carattere deprivativo di tale condizione.

Per provare a sciogliere tale ambiguità nel 2005 la *Federation Européenne d'Associations Nationales Traivallant avec les Sans-Abri* ha raggruppato in diverse categorie le condizioni vissute dalle persone senza fissa dimora e da chi vive qualche forma di esclusione abitativa a seconda delle diverse manifestazioni di tale deprivazione: è stata creata una classificazione concettuale chiamata *European Typology of Homelessness and housing exclusion* (ETHOS), la quale va oltre la dicotomica distinzione tra con e senza dimora e si sviluppa partendo dall'assenza di uno o più domini che costituiscono una dimora: dominio fisico, dominio sociale e dominio legale. Il risultato di questa classificazione sono quattro categorie concettuali: senza tetto, senza casa, sistemazioni insicure e sistemazioni inadeguate. Pur non risolvendo il problema della mancanza di universalità nella definizione di *homelessness*, la classificazione ETHOS si concentra solamente sui fattori legati al concetto di casa e di deprivazione abitativa, escludendo le altre variabili significative, che spesso entrano in gioco e concorrono alle deprivazioni multiple implicate nella *homelessness*. Tuttavia, data l'eterogeneità della popolazione in questione, non emergono le differenze culturali e contestuali.

In questa trattazione si terrà come riferimento la proposta della fio.PSD (Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Fissa Dimora), la quale “persegue finalità di solidarietà sociale nell'ambito della grave emarginazione adulta e delle persone senza dimora”. Tale definizione afferma che è senza fissa dimora ogni “soggetto in stato di povertà materiale e immateriale, portatore di un disagio complesso, dinamico e multiforme, che non si esaurisce

alla sola sfera dei bisogni primari ma che investe l'intera sfera delle necessità e delle aspettative della persona, specie sotto il profilo relazionale, emotivo ed affettivo". Si evince così la complessa natura del fenomeno, che non riguarda la mera carenza materiale, ma bensì la più profonda assenza di un luogo privilegiato per lo sviluppo di relazioni interpersonali, di progetti e di interessi, e la mancanza di un luogo dove prendersi cura di sé. Data dunque la complessità della vita in strada, è fondamentale adottare un approccio interdisciplinare.

Infatti, per inquadrare meglio l'esistenza vissuta da persone senza dimora, è bene ribadire che la dimensione abitativa e materiale non è l'unica sfera della vita privata ad essere intaccata: vengono meno un'ambiente di vita, di relazioni affettive, intime, punti di riferimento, un ruolo attivo nella società e spesso anche la fiducia in sé e negli altri. Si viene a creare come una patina di malessere quotidiano che si traduce in deterioramento fisico e anche psicologico, tant'è che si parla di sé frammentato, e tutto ciò è ulteriormente aggravato dagli sguardi disinteressati, o peggio di disgusto, a cui è sottoposto tutti i giorni chi vive in strada.

Le cause da ricondurre a questo fenomeno sono divisibili in due macrocategorie, le quali interagiscono dinamicamente e si influenzano: fattori strutturali e fattori individuali (Neale, 1997). Nella prima rientrano le fattori sociali ed economici, tipicamente la povertà, un mercato occupazionale saturo, insufficienti servizi sociali, restrizioni al welfare nazionale e soprattutto inaccessibilità a causa dei prezzi elevati al mercato abitativo. Tra i fattori individuali sono annoverate, invece, le caratteristiche personali e comportamentali.

In Italia, similmente ai paesi occidentali in analisi, la popolazione senza dimora registra per il 6,1% del totale la diagnosi di patologie psichiatriche, per il 5,7% tossicodipendenza e per il 4,4% alcolismo, a cui si aggiungono frequentemente patologie non psichiatriche come problemi all'apparato digerente, malattie

infettive, dermatologiche, del sistema genito-urinario, respiratorie e dell'apparato cardiocircolatorio, oltre che traumatismi dovuti ad atti di violenza di cui sono spesso vittime (Gnocchi, 2009). A lungo andare tale condizione affievolisce ogni possibilità di ritorno ad una vita sociale ed indipendente, attivando un circolo vizioso che cronicizza la vita da escluso ed emarginato del soggetto.

Secondo fio.PSD, che attinge ai dati forniti da FEANSTA e Fondazione Abbè Pierre (Housing Exclusion in Europe), nella sola Unione Europea sono stimate vivere senza fissa dimora più di 700,000 persone, con un aumento del 70% negli ultimi dieci anni. In Italia, ne sono state stimate circa 50,724 con l'ultimo censimento del 2014. Le stime cambierebbero radicalmente se tenessimo in considerazione tutta la popolazione mondiale. Anche all'interno della stessa Unione Europea vigono politiche e strutture sociali diversificate, e questo contribuisce a rendere ancora più disomogenea la rappresentazione del fenomeno.

L'idea stereotipica che la maggior parte della popolazione ha su un individuo senza fissa dimora è quello generalmente di un uomo di circa 30 anni, solo, con problemi di dipendenza da alcol o altre sostanze, che vive in una condizione di estrema povertà. Questo corrisponde solo in parte alla reale immagine di un *homeless*: esiste una crescente fetta di popolazione femminile e di minori, anche se queste due categorie di persone hanno un accesso privilegiato ai servizi di supporto. Infatti, a donne e bambini sono dedicati servizi che prevedono un più rapido inserimento in programmi di housing rispetto ai servizi dedicati agli uomini adulti.

Chi vive una condizione di *homelessness* ha un'aspettativa di vita minore rispetto a chi vive in una abitazione stabile: in alcuni stati si stima diminuisca di 30 anni (Davies et al., 2018). Aumenta invece la probabilità di soffrire di malattie respiratorie e croniche, così come quella di sviluppare dipendenze da alcol,

sostanze illegali e farmaci, in quanto l'automedicazione è una pratica molto diffusa. La co-occorrenza di malattie mentali e dipendenze è osservata in numerosi studi in soggetti senza fissa dimora.

La gestione di queste persone senza dimora è una questione che tutte le amministrazioni nelle città devono gestire: negli ultimi anni, i dati provenienti da molti paesi occidentali mostrano un generale aumento delle persone che vivono in strada.

La popolazione mondiale degli *homeless* è accomunata da alcune caratteristiche come esclusione sociale, stigmatizzazione, povertà e impossibilità ad accedere ai servizi, ognuna delle quali è declinata nei diversi paesi di provenienza. Nonostante dunque i numerosi tratti in comune, le politiche che ogni paese ha messo in campo si differenziano per cultura ed efficacia.

Si prosegue ad analizzare gli interventi attuati da alcuni paesi occidentali, passando in rassegna il background storico che ha portato alla situazione attuale e come viene gestita al giorno d'oggi.

## 1.2 Nord America

Situazioni di disuguaglianza e insicurezza portano più facilmente un numero sempre maggiore di persone a vivere in strada o in auto, e questo fenomeno fu particolarmente vissuto dalla popolazione americana durante la Grande Depressione del 1929 e successivamente negli anni Ottanta. Questi furono dei momenti salienti nella storia americana che segnarono profondamente ogni aspetto della vita delle persone, dall'economia alle abitudini fino alla conformazione delle metropoli e aumentarono esponenzialmente le persone *homeless*.

Infatti, soprattutto nel secondo dopoguerra, con il concentrarsi delle attività lavorative nelle vicinanze delle città, si vennero a popolare sempre di più le periferie di famiglie della classe lavoratrice, ma già dopo pochi decenni queste zone subirono il fenomeno della gentrificazione e il conseguente aumento dei prezzi. Questo rincaro portò sempre più famiglie del ceto medio-basso a non potersi più permettere l'affitto della casa e le costrinse a trasferirsi nei quartieri a basso reddito della città: l'ovvia conseguenza fu un aumento delle persone povere in condizioni di emergenza abitativa che si concentrarono tutte in precise zone creando così una sorta di "concentrazione di situazioni svantaggiate" (Sampson, Raudenbush, Earls, 1997). L'economia americana si riprese lentamente negli anni successivi ma il danno ormai era stato fatto e chi si trovava in una condizione di bisogno si dovette mettere in coda ad una lunga lista d'attesa per accedere ai servizi di housing sociale e reinserimento abitativo.

Contemporaneamente a tutto ciò la popolazione afroamericana viveva in una situazione ancora più drastica a causa degli episodi di discriminazione e segregazione subiti: la costante esclusione di cui era fatta vittima questa parte della popolazione si manifestava, per esempio, nella assegnazione di case popolari in determinate zone della città per evitare mescolanze con la popolazione bianca. La vita già sufficientemente miserabile condotta da persone senza fissa dimora era ulteriormente esacerbata dal colore della pelle "sbagliato": infatti un *homeless* nero era visto con ancora più distacco e avversione.

La prima politica sociale volta alla promozione dello sviluppo abitativo e comunitario fu messa in atto nel 1937 dall'amministrazione Roosevelt con il New Deal Public Works Administration e il Wagne-Stegall Housing Act, con il quale il Governo Federale americano si impegnava a costruire e assegnare case "per vivere decentemente e in modo consono" a prezzi accessibili alle famiglie americane che ne necessitavano. Già dopo qualche anno iniziarono a sorgere gli alti palazzi tipici delle grandi città americane. Grazie a queste politiche milioni

di americani riuscirono ad accedere ad un'abitazione stabile: il governo federale si impegnava ad affiancare le famiglie in difficoltà nel pagamento dell'affitto.

Tuttavia con il cambio di Governo e l'ascesa dell'influenza del Presidente Nixon, tra gli anni Settanta e Ottanta le politiche sociali e le spese pubbliche destinate ai servizi pubblici, ai sussidi per la casa e alla sanità pubblica vennero fortemente ridimensionate e ridotte: si passò dal supporto delle abitazioni pubbliche all'incoraggiamento alla proprietà privata, e fu immediato il peggioramento di vita di tutte quelle persone e famiglie già in difficoltà e a rischio *homelessness*, fino ad arrivare alla situazione attuale.

Infatti, citando i dati forniti dalla National Alliance to End Homelessness, organizzazione non governativa impegnata nella prevenzione e nel porre fine alla *homelessness* negli Stati Uniti, il numero da record di 653.104 persone hanno vissuto senza fissa dimora nel 2023: questo dato è aumentato del 12,1% rispetto all'anno precedente analizzato. In particolare nell'intervallo di tempo che va dal 2019 al 2023 il numero di persone che hanno fatto l'accesso a dormitori d'emergenza per la prima volta in vita loro è aumentato del 23%: ciò significa che mai così tante persone stanno vivendo senza una abitazione stabile e di riferimento per la prima volta. Del numero totale di senza fissa dimora, ben il 39,3% non è mai entrato in contatto con servizi notturni, come dormitori, e ha dormito in strada in rifugi di fortuna.

Tra le principali cause da ricondurre all'origine di tale fenomeno vi è l'aumento enorme del costo delle abitazioni in affitto disponibili: più della metà dello stipendio di un americano medio è dedicato al pagamento della casa che affitta, e anzi questo 50% è destinato a crescere, secondo la National Alliance to End Homelessness. Inoltre, gli Stati Uniti non hanno mai incluso esplicitamente il diritto ad avere una casa nella Costituzione: il Governo americano non tutela in alcun modo chiunque perda o non si possa permettere una abitazione, ma al

contrario garantisce maggiori diritti a chi ha le facoltà economiche di autosostenersi. L'impatto più negativo è registrato tra le persone native del Pacifico o hawaiane, nere, ispaniche, asiatiche o appartenenti a "qualche altra etnia".

Le condizioni più tragiche sono vissute dagli abitanti della California, paese emblematico del funzionamento americano in generale: questo è infatti lo stato più popoloso degli Stati Uniti e uno dei più ricchi del mondo, e non per questo privo di contraddizioni al suo interno. Infatti, pur investendo miliardi di dollari ogni anno per risolvere il problema degli *homeless*, è stato raggiunto il più alto numero di senza tetto tra il 2020 e il 2021, registrando addirittura un aumento del 31%, in contrapposizione alla diminuzione del 18% verificatasi nel resto degli Stati Uniti. Seguono per numero di *homeless* lo stato di New York, Washington, Florida, Texas e Oregon, tutti stati con grandi aree urbane.

### 1.2.1 California

In California, lo stato più popoloso del Nord America, che raccoglie il 12% della popolazione totale, 47 persone ogni 10,000 sono *homeless*, circa un quarto della popolazione *homeless* totale americana. In particolare a Los Angeles solamente il 5% delle persone senza dimora trascorrono le notti in ricoveri notturni, mentre nello stato di New York sono circa il 72% ad avervi accesso.

I fondi pubblici investiti negli anni dalle diverse amministrazioni si sono rivelati inefficaci e, anziché creare centri di assistenza e ricoveri notturni, come ha fatto lo stato di New York, la gestione di tali situazioni si traduce nella tolleranza della presenza di persone che dormono e costruiscono rifugi improvvisati e di fortuna ai lati della strada, cercando di spingerli il più possibile in determinate zone della città in modo da non averli nel proprio raggio visivo con un processo di

ghettizzazione. È così che si sono venute a creare realtà come Skid Row a Los Angeles o Tenderloin a San Francisco, vere e proprie baraccopoli piene di accampamenti e maleodoranti. Nemmeno il progetto Housing First ha registrato particolari miglioramenti.

Negli ultimi anni, si stima che 171,000 persone residenti in California siano senzatetto. Di questi il 78% soffre di alcolismo o tossicodipendenza e l'84% di problemi di salute fisica e psicologica.

### 1.3 Norvegia

La condizione che vivono le persone senza fissa dimora in Norvegia è, ovviamente, profondamente diversa da quella che vivono gli *homeless* in America, o in qualsiasi altro paese del mondo: per esempio, il reddito medio di un norvegese, stando ai dati del 2022, si aggira intorno a poco più di 100mila dollari all'anno, in contrapposizione a quello medio californiano che si ferma a poco più di 75mila. Anche le condizioni climatiche ed ambientali sono molto più ostili e poco favorevoli al dormire, e sopravvivere, in strada nel nord Europa.

Le politiche attive sul territorio norvegese nei confronti delle persone *homeless* prevedono l'obbligo da parte del comune di fornire abitazioni temporanee a tali individui: il target principale di ogni agevolazione per accedere ad un'abitazione sono proprio le persone senza fissa dimora. È importante sottolineare che l'avere un tetto per vivere in Norvegia non è un diritto, ma il Governo è obbligato ad assistere i cittadini in difficoltà nel trovare una casa. Inoltre, l'avere di proprietà l'immobile in cui si abita è molto diffuso tra la popolazione.

Nella capitale del paese, Oslo, e nelle grandi città, sono attive realtà che offrono servizi notturni a chi ne ha bisogno, come dormitori o ostelli, e i servizi sociali

fanno affidamento a privati che affittano case o stanze singole. In generale la gestione e la registrazione di persone senza tetto sono affidate a servizi di salute mentale, ospedali statali, centri di cure specialistiche, istituti detentivi, organizzazioni non governative, e altri enti privati, mentre il Governo fornisce un quadro legislativo, incentivi economici come prestiti e borse di studio erogate dall'Housing Bank, e infrastrutture adatte allo sviluppo edile. È questo uno dei punti vincenti di tale approccio: la condivisione di responsabilità fa sì che l'onere della gestione degli homeless non ricada solo su un settore o un ente, anche perché raramente i problemi di persone senza fissa dimora si risolvono con l'accesso ad un solo servizio.

Un'altra caratteristica fondamentale è stato il costruire politiche che funzionassero efficacemente sul lungo periodo: per ridurre l'*homelessness* cronica, si scelse un piano e dei modelli da applicare in ogni comune, come il programma Housing First. Soprattutto negli ultimi anni si è passato da un modello universalista incentrato sul fornire una casa in generale ad un approccio più mirato e attento ai bisogni del singolo e del gruppo: è stato previsto, infatti, con il *Act of Patient and User Right* il diritto ad avere un piano individuale e personalizzato in caso il cittadino abbia "la necessità di accedere a servizi di cura e sociali per un lungo periodo". In questa casistica rientra la maggior parte delle persone *homeless*, soprattutto quelli con disturbi psichiatrici e/o di dipendenze; tuttavia solamente il 5% della popolazione totale senza fissa dimora ha veramente un piano individuale. Tale percentuale ha registrato una diminuzione rispetto ai sondaggi del 2016 e 2012.

In generale, l'unione di un approccio collaborativo portato avanti a livello nazionale e il privilegiare politiche di inserimento abitativo ha dato i suoi frutti: la rilevazione del 2020 ha riportato una diminuzione nel numero di *homeless* con 3325 individui su un totale di abitanti sul territorio norvegese di circa 5,400,000. Dunque solo 0.62 ogni 1000 abitanti.

Il profilo dell'*homeless* tipicamente rappresentato fino a qualche anno fa, cioè un uomo nato in Norvegia, di circa 30 anni, con problemi da abuso di alcol e/o di sostanze, e un passato di vita in strada, si è modificato leggermente con l'ultima rilevazione. Per esempio, è diminuita la quantità di bambini che vivono in famiglie homeless (142 nel 2020 rispetto ai 679 nel 2012), è aumentata la percentuale di individui nati fuori dal territorio norvegese (da 10% a 33%), il totale di persone sotto i 35 è diminuita, mentre è aumentato il totale di persone oltre i 65 anni.

Nelle rilevazioni viene menzionato brevemente il fatto che una quantità significativa di *homeless* abbia problemi che non possono essere risolti con l'accesso ad un solo servizio. Dai sondaggi emerge che nel 2020 una persona ogni due aveva un disturbo da abuso di sostanze, uno ogni tre un disturbo psichiatrico, e uno ogni quattro sia un problema da abuso di sostanze sia un disturbo psichiatrico. Tuttavia, tale dato è in calo rispetto agli anni precedenti.

#### 1.4 Francia

La Francia sta vivendo dagli anni Novanta, con un peggioramento recente, una grave crisi abitativa. Questo ha portato ad un aumento di persone senza fissa dimora del 50% tra il 2001 e il 2012. Tuttavia, in base al decimo e undicesimo paragrafo del Preambolo alla Costituzione del 1946, avere un'abitazione decorosa per vivere è riconosciuto come un diritto sociale; inoltre, nel 2007 il Governo francese si è reso il garante di tale diritto, in particolare nei confronti di coloro che sono impossibilitati ad accedere in autonomia ad una dimora. Nonostante le carte prevedano tutto ciò, la situazione in Francia è critica ed in declino. Nel 2022 sono state registrate 4 milioni di persone che vivono senza una casa o in abitazioni in condizioni di estrema difficoltà. La composizione di tale

gruppo è cambiata e si è estesa, vedendo aumentati i giovani, le donne, sia sole sia con figli, e gli immigrati, ma anche la quantità di persone che hanno superato i 50 anni di età.

Infatti l'assetto della popolazione *homeless* può risultare sorprendente e atipica: il senza tetto medio in Francia non è più una persona povera, senza lavoro, con disturbi psichiatrici e/o di dipendenze, ma spesso sono partecipanti attivi alla vita sociale della città, che ricoprono lavori a basso reddito come muratore, custode, badante, personale della sicurezza. Si parla infatti di lavoratori vulnerabili e messi in difficoltà dal mercato immobiliare discriminatorio.

Un altro aspetto da considerare per inquadrare il problema dell'esclusione abitativa è l'immigrazione: dopo la grande ondata migratoria verso le città francesi iniziata nel secondo dopoguerra, la domanda rivolta ai servizi dedicati all'assistenza ai migranti si è moltiplicata e ha reso impossibile l'intervento puntuale con ogni soggetto in difficoltà, portando così le persone escluse ad affidarsi a servizi per il reinserimento abitativo o costringendole a vivere in strada o in rifugi di fortuna.

Nel caso in cui una persona si dovesse trovare in seria difficoltà abitativa, per esempio per impossibilità ad assolvere all'obbligo contrattuale di pagamento del canone o a seguito di uno sfratto, è attivo su tutto il territorio francese il numero di emergenza (115) per ottenere una soluzione temporanea: tuttavia, anche tale servizio è saturato dalle numerose richieste, e la situazione si è esacerbata a seguito della pandemia da Covid-19.

Inoltre, il Governo francese ha provato a mettere in atto politiche innovative come l'Housing First, riscontrano scarsi successi, complici la mancanza di coordinazione tra servizi, la saturazione della offerta abitativa e l'aumento spropositato dei costi. Solamente nell'area metropolitana di Parigi, tra il 2000 e il 2013 il prezzo medio per l'affitto di una casa è aumentato del 55%, obbligando

così le famiglie più modeste a dedicarvi approssimativamente il 33% del reddito, mentre i nuclei più facoltosi vi dedicano il 10%. Il settore dell'edilizia sociale ha costruito 140,400 abitazioni dedicate a famiglie e adulti in difficoltà, il 39% in più rispetto al 2012: tuttavia questi dati non riescono a soddisfare la richiesta, nonostante nel 2017 un totale di 260,000 persone hanno ottenuto l'accesso ad abitazioni temporanee di emergenza. La gran parte del lavoro di assistenza è svolto da organizzazioni non governative, con nette differenze tra le aree del paese.

Per riuscire ad accedere ad un'abitazione assegnata in modo permanente, ogni persona che ne fa richiesta deve rispettare una gerarchia di supporto e avanzare progressivamente, come su scala, al cui gradino più alto c'è appunto l'assegnazione di una casa.

Un primo accesso ai servizi di assistenza è il già citato numero di emergenza da chiamare nel caso in cui ci si trovi a non avere più un tetto: questo svolge una funzione di monitoraggio sociale.

Al livello più basso della scala sono posti i cosiddetti supporti a bassa soglia erogati incondizionatamente: tra questi si annoverano dormitori notturni, centri diurni, centri d'emergenza comunitari o hotel notturni. Questi servizi offrono riparo per non più di una o due notti, dunque la loro utilità è limitata nel tempo, così come non rendono possibile lo sviluppo di relazioni interpersonali più durature, né forniscono il supporto sociale né sistemazioni particolarmente confortevoli dal momento che numerose persone sono riunite in poco spazio e sono obbligate a condividere stanze e bagni. È facile che in tali condizioni si vengano a creare tensioni tra gruppi di persone fino ad arrivare ad aggressioni fisiche e verbali.

Al livello intermedio di questa scala ci sono i Centri di Stabilizzazione e di Reintegrazione Sociale che permettono ai beneficiari di passare la giornata, avere

pasti caldi e vestiti puliti, dunque un servizio molto più duraturo e affidabile. Al livello più alto ancora ci sono le residenze sociali, create nel 1994, e le pensioni, istituite nel 1997 ma trasformate in vere e proprie dimore di transizione verso la stabilità abitativa nel 2002. Il livello più alto di questa gerarchia è occupato dalle case private e case in comune con altri (pochi) individui.

Il funzionamento di questa scala si poggia sulla convinzione che è necessario fare esperienze di sistemazioni temporanee e di emergenza, un periodo di stabilizzazione e di re-integrazione prima di accedere ad una dimora propria e indipendente. Tuttavia, ognuno delle strutture descritte, costituisce più una proposta specializzata nell'accoglienza di certe categorie di persone: per esempio, i Centri di Stabilizzazione e Reintegrazione Sociale sono specializzati nell'assistenza a donne sole, persone tossicodipendenti, famiglie, giovani e individui con animali. Questa distinzione tra i beneficiari dei servizi, per quanto non precluda l'accesso agli individui che non rientrano nell'elenco sopracitato, complica ulteriormente le opportunità di intervento sociale, differenziando persone che in realtà vivono le stesse difficoltà economiche e sociali.

A queste politiche, per certi aspetti fallimentari, per porre fine all'*homelessness* in Francia, il Governo negli ultimi anni ha affiancato delle azioni repressive nei confronti di coloro che vivono senza una casa e dormono in strada e che rifiutano ogni tipo di assistenza: ad esempio, nell'area extra metropolitana di Parigi questi soggetti sono stati forzati ad accettare una abitazione seppur insoddisfacente e non richiesta. Si sono verificate, negli ultimi anni, anche demolizioni di baraccopoli e accampamenti di fortuna, la rimozione di bagni pubblici in alcune zone delle città, la costruzione di infrastrutture anti-accattonaggio come le panchine che impediscono di sdraiarsi e l'utilizzo di repellenti olfattivi, come è successo nel 2007 nella città di Argenteuil: questo testimonia l'interesse del Governo a mantenere nascosto il fenomeno crescente dell'*homelessness*, ma

l'ovvia conseguenza di tali azioni è lo sviluppo di sistemazioni illegali e al contempo durature.

Le alternative fornite a persone già indebolite e in difficoltà dunque sono una scalata gerarchia per ottenere quello che, sulla carta, è un diritto, oppure misure repressive.

### 1.5 Housing First

Si prende ora in esame uno degli approcci nella gestione e assistenza delle persone *homeless* più promettenti, se applicato secondo la sua teorizzazione originale: l'Housing First.

Si tratta di un approccio innovativo, partito negli anni Novanta da New York, negli Stati Uniti, volto alla gestione delle persone senza fissa dimora. Questo complesso intervento clinico e di housing sociale, così definito dall'ideatore in persona Sam Tsemberis, si basa su tre principi fondanti: il punto di partenza è sempre la libera scelta del consumatore, sulla quale si basano la filosofia e i valori a cui si ispirano le azioni quotidiane; i servizi sono adattabili e si basano sul coinvolgimento della comunità locale; non esiste limite di durata all'offerta abitativa e gli appartamenti possono essere dislocati su tutto il territorio. La possibilità di abitare una casa viene affiancata da adeguati servizi di supporto. L'idea imprescindibile alla base di tale filosofia è che ogni individuo ha il diritto ad avere garantita una abitazione stabile e sicura, sia essa indipendente o appartamento condiviso, e che la restituzione di una dignità in quanto esseri umani non possa essere subordinata al raggiungimento di risultati imposti dal operatori esterni.

Si distingue nettamente dai tradizionali approcci, i quali subordinano l'accesso ad una casa stabile al raggiungimento di step intermedi, in quanto, come rivela il nome stesso, la casa viene prima di tutto e deve essere garantita ad ogni individuo che ne fa richiesta, senza che venga avanzato il bisogno di sottoporsi a trattamenti psichiatrici o di disintossicazione da alcol o da sostanze: sono nettamente distinti infatti l'accesso alla abitazione sicura e stabile e l'accesso al supporto, sia psichiatrico sia per le tossicodipendenze, e sempre su base volontaria, messo a disposizione dal servizio.

Tra i principi cardine dell'Housing First, vi è quello della riduzione del danno, cercando di stabilizzare o ridurre gli effetti negativi associati alla malattia mentale o alle dipendenze. Un importante obiettivo è ovviamente il recupero delle persone, incoraggiandole ad abbandonare i comportamenti che fino a quel momento hanno messo in atto e che li hanno portati nella situazione attuale, senza però rendere vincolante questo aspetto.

Si distinguono tre diversi tipi di declinazione di servizi che seguono la filosofia dell'Housing First, i quali differiscono per la popolazione di senza fissa dimora target: Pathways Housing First (PHF), Communal Housing First (CHF) e Housing Forst "Light" (HFL). Tutti e tre hanno l'obiettivo di fornire, nel minor tempo possibile, al soggetto un'abitazione sicura e stabile e reindirizzano, se richiesto dal cliente, ai servizi di supporto, come servizi di psichiatria, di disintossicazione, medici o di lavoro sociale. Per il mantenimento della casa non è necessaria l'adesione ai servizi, pur vigendo il modello della riduzione del danno.

Il Pathways Housing First si rivolge a individui "cronicamente senza fissa dimora" con problemi psichiatrici o con problemi dovuti all'utilizzo di sostanze o alcol: il governo federale americano definisce "cronicamente senza fissa dimora" tutti quegli "individui soli in condizioni disabilitanti che hanno fatto

esperienza di *homelessness* per un anno o più, oppure quegli individui soli in condizioni disabilitanti che negli ultimi tre anni hanno avuto almeno quattro episodi di *homelessness*”.

Il target del Communal Housing First è la popolazione dei senza fissa dimora cronici, ai quali vengono offerti case in condivisione con altri utenti del servizio.

Infine l’Housing First “Light” eroga servizi di affitto presso privati o di case in condivisione per conto di soggetti a rischio homelessness: rivolgendosi a persone che non hanno mai vissuto senza fissa dimora svolge una funzione preventiva. Si può rivolgere anche a famiglie intere a rischio o a giovani individui. Questo tipo di servizio, a differenza degli altri, non fornisce assistenza medica, psichiatrica o per le tossicodipendenze.

Vi è un’estesa letteratura in America la quale conferma l’utilità del servizio di Pathways Housing First rivolto a persone cronicamente senza fissa dimora e con marcato bisogno di assistenza. Tuttavia sull’efficacia del Communal Housing First e dell’Housing First “Light” le ricerche sono ancora limitate. Diverse ricerche hanno dimostrato che l’efficacia dell’approccio Housing First è nettamente superiore nel lavoro con *homeless* cronici rispetto ai tradizionali metodi, chiamati metaforicamente “a gradini”, i quali prevedono un percorso lineare tale per cui gli utenti devono superare diversi step per arrivare all’obiettivo finale, cioè l’assegnazione di una casa. Questi approcci preferiscono imporre piuttosto che incoraggiare. Inoltre, il dover attraversare diversi passaggi obbligatori aumenta la possibile fossilizzazione e stagnazione nel processo di persone vulnerabili, o favorisce l’allontanamento dal servizio da parte di persone in estrema difficoltà, che preferibilmente decidono di tornare in strada e cavarsela da soli.

L’Housing First venne sviluppato per la prima volta dall’organizzazione Pathways a New York, per poi diffondersi velocemente nel resto degli Stati Uniti

e presto anche in Europa, per esempio in Finlandia, Norvegia, Danimarca, Irlanda, Francia, Ungheria, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito e Austria.

L'inquadramento storico del periodo che vive New York nel quale viene a svilupparsi l'Housing First aiuta a comprendere meglio il motivo sottostante alla natura così attenta alla libertà e autoaffermazione del consumatore. Il progetto vede la luce per la prima volta nel 1992 a New York grazie a Sam Tsemberis che avviò il primo progetto denominato Pathways Housing First, nonostante la sua teorizzazione era già iniziata tra gli anni Cinquanta e Sessanta del '900. Sono questi anni di grandi movimenti sociali partiti dai più giovani, i quali criticavano lo status quo e l'ideologia dominante del tempo e rivendicavano più diritti individuali, più diritti per le donne e gli afroamericani. È in questo movimento per i diritti umani e attenzione ai più deboli che trova una sua legittimazione la necessità di rispettare la scelta del consumatore. Inoltre alla fine degli anni Settanta viene siglato l'Assertive Community Treatment (ACT) con il quale viene ridotta la necessità di ospedalizzare individui con patologie psichiatriche non debilitanti e che sono in grado di vivere in una comunità: una persona con disturbi psichiatrici che fa esperienza di normalità rispetto alla sfera abitativa è considerata una prima versione di quello che sarà poi il Pathways Housing First, anzitempo.

L'altro grande punto cardine dell'Housing First è la riduzione del danno che trae le sue origini sempre negli Stati Uniti nel periodo della diffusione di HIV/AIDS: attraverso la distribuzione di aghi sterili e la promozione di pratiche sessuali protette si cercò di minimizzare il danno provocato, e questo risultò ben più efficace piuttosto che proibire o cancellare determinati comportamenti.

Infine, importante è citare l'attività sinergica di dialogo portata avanti da staff, consumatori e ricercatori: il costante scambio di idee permise di formare gli operatori del servizio sulla base di approcci clinici centrati sul beneficiario.

Questo primo programma solidale prese il nome di Choices: è proprio in questo luogo che venne ideato il programma Pathways Housing First, e fu un luogo di costanti scambi e conversazioni tra operatori per migliorare il servizio, in cui sfumarono le differenze tra i membri dell'equipe e i beneficiari.

Lo spirito collaborativo e l'orientamento partecipante-centrico, che aveva caratterizzato Pathways Housing First fin dalle sue origini, venne mantenuto nel tempo e per garantire ciò i beneficiari del servizio potevano prendere parte al comitato che si riuniva per discutere di punti di forza e di debolezza, i dirigenti mantenevano un ascolto attivo e attento verso i consumatori e alcuni operatori pari venivano eletti e inclusi nella dirigenza.

#### 1.5.1 I limiti di Housing First

Nonostante il grande entusiasmo riscontrato negli ultimi anni per l'approccio di Housing First, la sua efficacia non è stata dimostrata universale e in tutte le casistiche.

Da una parte abbiamo l'inattaccabile successo del sottrarre alla vita in strada i partecipanti al progetto, grazie all'assenza di alcuna condizione per accedere ad un appartamento privato; dall'altra abbiamo fragili risultati per quanto riguarda il recupero di persone con problemi psichiatrici, di dipendenze da sostanze o alcol, la promozione della salute mentale e del reinserimento sociale.

Uno studio condotto da Cherner et al. (2017) ad Ottawa in Canada su 89 *homeless* tossicodipendenti ricollocati in altrettanti appartamenti grazie al programma Housing First, ha rilevato per due anni le condizioni di vita e di salute comparandole a quelle di altrettante 89 persone rimaste in strada. Alla fine della indagine, nelle persone rimaste in strada si è registrato una diminuzione del

consumo di sostanze e un miglioramento nella salute mentale; inoltre, confrontando i due gruppi, non erano state rintracciate grandi differenze nella qualità delle interazioni sociali e nella disponibilità economica. La conclusione riportata dallo studio e successivamente anche dal National Academy of Sciences è che “non esistono prove che questo approccio migliori le condizioni di salute delle persone senza tetto o riduca i costi sanitari”.

Infatti un grande limite dell'Housing First è, innanzitutto, la non distinzione dei motivi che hanno portato le persone a vivere in strada, che possono variare dalla crisi immobiliare alla salute mentale. Un progetto con l'obiettivo ambizioso, ma comunque limitato, di mettere un tetto sulla testa di chi non ce l'ha dovrebbe anche considerare questi aspetti per aiutare in modo più incisivo.

Nel 2020, l'American Journal of Public Health, prestigiosa rivista scientifica sulla salute pubblica mondiale, ha riconosciuto a favore dell'approccio Housing First “solide prove” riguardo all'efficacia per il trattamento della stabilità residenziale, “moderate prove” riguardo alla diminuzione di ricoveri d'emergenza in ospedale e “deboli prove” a favore del miglioramento delle condizioni psicofisiche di persone con disturbi mentali e/o di tossicodipendenza. È risultato fortemente benefico nel trattamento di persone che hanno contratto HIV/AIDS. Una minore efficacia è stata registrata nel miglioramento della condotta di chi ha commesso crimini.

Insomma, Housing First è un approccio promettente che rimette un tetto sulla testa a coloro che non ne hanno uno, ma non può essere considerato l'approccio risolutivo di tutto il problema, dal momento che non considera tutte le sfere intaccate dalla vita in strada. Le problematiche che la popolazione senza dimora affronta sono numerose e l'accesso ad una casa ne risolve una parte solamente.

## **CAPITOLO 2- LA POPOLAZIONE DEGLI *HOMELESS* CON DISTURBI MENTALI E/O CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE NEL MONDO OCCIDENTALE**

In questo capitolo si intende approfondire l'esistenza di disturbi psichici e legati alle dipendenze in concomitanza con la vita in strada. Infatti, coloro che vivono senza fissa dimora sono costretti ad affrontare una realtà ulteriormente aggravata dalle problematiche psicologiche e dalle dipendenze, le quali rendono ancora più necessario, ma allo stesso tempo delicato, il recupero, l'assistenza e la reintegrazione nella società.

Verranno descritte le principali criticità che gli *homeless* nel mondo occidentale devono affrontare, riprendendo gli studi e le statistiche condotti negli anni, con particolare interesse verso la prevalenza di disturbi psichici e di dipendenze in questa popolazione. Successivamente, sarà presentata l'esperienza del programma PRISM a Montreal, in Canada, il quale si inserisce in un lacunoso panorama di assistenza e supporto alle persone più fragili e in difficoltà che vivono in strada.

In conclusione del presente capitolo, verranno presentati alcuni approcci esistenti e verificati da studi americani, che uniscono l'assistenza medico-psichiatrica ad un affiancamento sociale e volto al reinserimento abitativo.

### **2.1 Le condizioni di salute dei senza fissa dimora con disturbi psichiatrici**

Il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) concepisce i disturbi mentali come “una sindrome che comporta un significativo disturbo cognitivo e nella regolazione di comportamenti ed emozioni, dovuti a disfunzioni

di processi biologici, psicologici e/o di sviluppo” e sono “associati a significativo disagio e compromissione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti attività”. Si viene a delineare così una condizione di sofferenza e incompatibilità con il funzionamento normotipico del soggetto nella società e cultura in cui è inserito. Inoltre, è spesso associato ad un incremento della possibilità di non avere un’occupazione, dunque ad uno status socio-economico più basso, al peggioramento della salute fisica e ad un incremento della vulnerabilità individuale. Questo spesso porta con sé conseguenze negative: oltre ad un impoverimento delle risorse, sia fisiche sia sociali, a cui far ricorso, le persone con un disturbo psichiatrico possono vivere, a causa della natura intrinsecamente persistente e pervasiva della psicopatologia, una condizione di stigmatizzazione, che può anche arrivare alla marginalizzazione. Se questi soggetti si trovano a vivere senza punti di riferimento, come possono essere una casa e tutto ciò che da questa deriva dal punto di vista relazionale e di stabilità, facilmente incorrono in un circuito vizioso patologizzante e patogeno che si autoalimenta, portando ad esacerbare il disagio, lo stigma, la necessità di essere aiutati.

Dunque le due condizioni si influenzano bidirezionalmente: chi soffre di problemi psichiatrici incorre più facilmente in fattori di rischio individuali, come esclusione dal mercato abitativo e lavorativo e discriminazione, e tali condizioni più facilmente indirizzano l’individuo verso l’*homelessness*, ed è nella concatenazione di questi fattori, partendo da una base già fragile, che si verifica lo scivolamento verso un disagio estremo.

L’intrecciarsi di queste due condizioni di vita si verifica spesso: secondo i dati raccolti da INMP (Istituto Nazionale salute, Migrazione e Povertà) in Italia nel periodo tra il 2007 e il 2014, su 5,000 persone senza dimora il 21% hanno ricevuto una diagnosi di disturbo psichiatrico, per un totale di 1,048 persone. Appare dunque chiaro che la salute mentale sia uno degli aspetti chiave da trattare per

fornire assistenza alle persone senza dimora. Anche Raffaele Gnocchi (in *Homelessness e dialogo interdisciplinare*, 2009), responsabile dell'Area Grave Emarginazione Adulta e Persone Senza Dimora della Fondazione Caritas Ambrosiana di Milano e collaboratore per le attività della fio.PSD, nonché grande esperto in Italia in materia di povertà ed emarginazione, identifica i disturbi psichiatrici e l'abuso di sostanze come le patologie più frequentemente riscontrate, insieme alle patologie somatiche. Come già sottolineato, lo spettro dei bisogni di cui necessitano gli *homeless* non si esaurisce con la assistenza fisica e materiale, ma va oltre fino a richiedere supporto sociale: questo vale ancor di più per le persone che vivono in strada e che hanno una diagnosi di patologia mentale.

Oltre a malattie psichiatriche, sono riscontrate in tutta la popolazione *homeless* anche malattie dermatologiche, gastrointestinali, podologiche, dentali, malattie infettive e contagiose, come epatite B e C, HIV e diabete, dovute al mancato accesso ai servizi sanitari e alle cattive condizioni igieniche di vita.

L'intervento psicologico con tali soggetti è tutt'altro che facile, in primis per la mancanza di adesione da parte dei potenziali utenti. Infatti gli psicologici clinici che vi entrano maggiormente in contatto sono inseriti in contesti di servizi sanitari e si occupano di dipendenze e di salute mentale. Anche la rigorosa applicazione di una diagnosi risulta particolarmente complicata e l'operatore della salute mentale deve tenere sempre di riferimento un'ottica sistemica, indispensabile mezzo per leggere la marginalizzazione degli adulti in strada e impostare un progetto personalizzato ed eterogeneo nei punti da toccare.

Le emozioni più frequentemente dominanti nella vita in strada sono paura, vergogna, rabbia, senso di inutilità, senso di colpa, il tutto esacerbato dalla mancanza di relazioni interpersonali significative con cui condividere esperienze e per soddisfare i propri bisogni. Gnocchi (in *Homelessness e dialogo*

interdisciplinare, 2009) lo definisce “adattamento per rinuncia” il quale viene poi mascherato dal mito della “scelta di vita”, ma sempre più raramente questo risulta essere vero.

D’altro canto, non bisogna incorrere nell’errore di credere che tutte le persone senza fissa dimora soffrono anche di un disturbo psichiatrico e/o di dipendenza da sostanze, e infatti i dati differiscono significativamente in base ai paesi in analisi. Secondo i dati raccolti dal Dipartimento americano per lo Sviluppo Abitativo e Urbano (HUD), il 31% della popolazione totale degli *homeless* riporta anche un malattia psichiatrica e il 24% un disturbo correlato all’uso di sostanze.

Attingendo dai dati riportati in un report di FEANTSA, acronimo che sta per Federation of European Organizations Working with the Homeless (Federazione delle Organizzazioni Europee che Lavorano con i Senza Fissa Dimora), la quale è un’organizzazione non governativa che riunisce le associazioni che operano in Europa per sostenere e migliorare le condizioni di vita delle persone senza dimora, aggiornato a dicembre 2023, si evince che anche tra la popolazione europea le percentuali di individui con disturbi psichici e legati all’utilizzo di sostanze sono aumentate negli ultimi anni.

In un rapporto del 2022 di Homeless Link, si trova scritto, in riferimento all’esperienza nel Regno Unito, che “tra tutte le forme di assistenza sanitaria, sia fisica sia mentale, come anche l’accesso al supporto necessario, le persone che vivono una condizione di *homelessness* registrano meno opportunità di diagnosi e maggiori impedimenti nell’accesso ai servizi necessari rispetto al resto della popolazione”. Questo è emblematico delle condizioni vissute dalle persone senza fissa dimora nel mondo occidentale.

Studi condotti a livello internazionale in Europa mostrano come negli ultimi 20 anni la diffusione di patologie psichiatriche nella popolazione degli *homeless* si sia attestata tra il 60% e il 93.3%, dati superiori a quelli della popolazione

generale. Le malattie più diffuse sono disturbo depressivo maggiore, schizofrenia e disturbo bipolare (WHO, 2014). Anche l'incidenza di malattie che si cronicizzano, a causa del mancato trattamento, se non in casi di emergenza, è nettamente più alta per questa popolazione, e ciò contribuisce ulteriormente a peggiorare le condizioni di salute e di benessere dei soggetti.

In particolare, alcune categorie demografiche sono più interessate da questo peggioramento: è stato dimostrato che i bambini e i giovani che vivono in strada hanno un rischio di sviluppare patologie mentali maggiore rispetto ai coetanei che abitano in una casa, specialmente disturbi come disturbo della condotta, disturbo post-traumatico da stress, disturbo depressivo maggiore, ansia generalizzata e disturbi del comportamento. Alcune delle ragioni di questo sono la tarda, o del tutto assente, diagnosi nei confronti di bambini provenienti da famiglie *homeless* e la difficoltà e reticenza con cui questi accedono a servizi di salute mentale. In uno studio condotto nel Regno Unito da Hodgson et al. (2018), su 46 giovani senza fissa dimora minori di 18 anni, ben l'88% aveva un disturbo psichiatrico, in contrapposizione al 32% rilevato nella popolazione di under 18 generale.

A seguito della pandemia da Covid-19, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha registrato un peggioramento generale della salute mentale in tutti gli stati: i vissuti più diffusi riportati erano umore deflesso, spavento, ansia, solitudine, rabbia, stress, mancanza di prospettive, irritazione, accompagnati da problemi del sonno e un aumento nell'utilizzo di alcol e sostanze. Particolarmente toccata dal fenomeno è stata la popolazione degli *homeless*, per i quali l'incertezza del futuro e la paura del contagio si sono aggiunti a condizioni di vita già fragili e precarie, aumentando esponenzialmente il disagio e la probabilità di sviluppare disturbi mentali, con il risultato che il peggioramento più significativo è stato registrato dai rifugiati e migranti che alloggiavano in strada o in centri di accoglienza.

## 2.2 La prevalenza di disturbi psichiatrici nei senza fissa dimora nel mondo occidentale

Viene ora riportato lo studio condotto da Fazel et al. (2008) riguardo i disturbi psichiatrici più diffusi tra la popolazione senza fissa dimora nel mondo occidentale, in particolare nell'Europa Occidentale, nel continente australiano e nel Nord America, il quale a sua volta riprende la letteratura esistente in merito pubblicata tra il 1996 e il 2007.

Il punto di partenza di tale studio è l'idea ormai consolidata da studi e ricerche che vi sia un'alta prevalenza problemi di salute nella popolazione senza fissa dimora, sia prettamente fisici, come l'HIV, sia psicologici, e ciò contribuisce ad innalzare ulteriormente il tasso di mortalità rispetto alla popolazione in generale. Le manifestazioni sintomatiche psichiatriche più riscontrate tra gli *homeless* sono episodi psicotici, depressivi e di disturbi di personalità. Questi elementi inoltre hanno una mutua influenza con l'aumento della probabilità di vittimizzazione, con l'essere vittime di violenza e criminalità e l'estensione del periodo vissuto in strada. È fondamentale dunque l'erogazione di buoni servizi di salute mentale che riducano i casi di comorbidità psichiatrica e aumentino il benessere generale del soggetto, interrompendo il circolo vizioso patologizzante.

Come già accennato, i dati fanno riferimento a indagini e interviste avute luogo tra gennaio 1996 e dicembre 2007 a persone senza fissa dimora, reclutati a seconda dello studio da dormitori, ostelli, centri diurni, mense e strada, per stimare la diffusione di disturbi psichiatrici tra tale popolazione nel Nord America, Australia, Nuova Zelanda e Europa occidentale. Il campione finale consta, a seguito delle dovute esclusioni di soggetti che non rispettavano i criteri di inclusione, di 29 studi per un totale di 5684 soggetti. Di questi, undici studi

riguardavano esclusivamente uomini (N=1827), quattro esclusivamente donne (N= 476) e infine quattordici sia uomini sia donne (N= 3381).

È emerso da ventotto studi una alta prevalenza aggregata<sup>(1)</sup> con effetti casuali di disturbi dello spettro schizofrenico, in particolare di disturbi psicotici, per un totale del 12.7% in particolare nelle regioni dell'Europa continentale, Regno Unito, Stati Uniti e in Australia. Diciannove studi hanno rilevato una prevalenza aggregata con effetti casuali di disturbo depressivo maggiore di 11.4% con qualche differenza tra gli studi. L'eterogeneità delle stime è dovuta a diversi fattori, come il fatto che l'intervista con cui è stata valutata l'esistenza di psicopatologia sia stata condotta da psicologici clinici, i quali hanno riscontrato tassi più bassi, o dovuta al fatto che tra gli uomini è stata notata una minor prevalenza, dunque gli studi che tenevano in considerazione solamente donne e i due generi misti hanno registrato tassi minori, o ancora che le indagini condotte nell'Europa continentale sono state confrontate con dati provenienti dal resto del mondo, rendendo la comparazione poco calzante. Ben 2413 *homeless* hanno ricevuto diagnosi di disturbi di personalità, con la prevalenza stimata tra il 2.2% e il 71%.

Dieci sondaggi hanno identificato in 1791 individui un disturbo correlato all'utilizzo di sostanze, alcol in particolare, con un range di prevalenza da 8.5% a 58.1%. Anche in questo caso gli studi provenienti dall'entroterra europeo hanno registrato una maggior prevalenza, soprattutto negli uomini. Infine, sette studi condotti su uomini hanno riportato disturbi correlati all'abuso di sostanze in

---

<sup>1</sup> Approccio utilizzato in epidemiologia e statistica per descrivere la combinazione di dati di diversi studi, tenendo in considerazione le possibili variazioni tra di essi.

quantità minore rispetto agli studi condotti su un campione femminile, riscontrando così in particolare nelle donne un'alta prevalenza.

I risultati dunque dimostrano che i disturbi legati all'utilizzo e all'abuso di sostanze, sia alcol sia sostanze illecite, siano quelli più diffusi con una prevalenza stimata rispettivamente del 37.9% e 24.4%. Inoltre la diffusione riscontrata per i disturbi dello spettro schizofrenico pareggiava quella del disturbo depressivo maggiore, andando in contrasto con le stime trovate da altri studi precedenti sul tema, e soprattutto nelle popolazioni degli ex detenuti e rifugiati, entrambi gruppi più inclini allo sviluppo di disturbo depressivo maggiore.

La generale eterogeneità riscontrata è dovuta alle diverse politiche attive negli stati in analisi e ciò sottolinea il ruolo rilevante che i servizi sociali e di salute mentale hanno nell'assistenza agli *homeless* con disturbi psichiatrici.

Tirando le somme dello studio, l'alcolismo è il disturbo che colpisce maggiormente i senza fissa dimora con un range tra l'8% e il 58%. L'incidenza di disturbi psicotici è inaspettatamente maggiore rispetto alla popolazione in generale, così come inaspettatamente bassa è stata quella del disturbo depressivo maggiore; la dipendenza da altre sostanze varia dal 5% al 54% ed è stata registrata soprattutto nelle donne.

Le conclusioni a cui giungono Fazel et al. (2008) promuovono, allo scopo di fornire assistenza adeguata alla popolazione senza fissa dimora con disturbi psicopatologici, un trattamento integrato di assistenza medico-psichiatrica per trattare le dipendenze e programmi di housing sociale. Viene auspicato un aggiornamento dei progetti attivi, i quali non riescono ad incontrare in modo puntuale le molteplici necessità degli *homeless*, in quanto si concentrano esclusivamente sul reinserimento abitativo oppure sulla cura dei disturbi psichiatrici, mentre veramente risolutivo è un approccio che unisce questi due elementi.

Verrà ora illustrata l'esperienza canadese, in particolare nella città di Montreal in cui è stato delineato un piano che prevede la compartecipazione di più enti nell'erogazione di servizi precisi e puntuali verso gli *homeless* con disturbi psichici.

### 2.3 Il programma PRISM a Montreal, Canada

Nel 2016 a Montreal ha visto la luce il programma PRISM, acronimo che sta per *Projet Réaffiliation Itinérance Santé Mentale* (Progetto Riaffiliazione Integrazione Salute Mentale), il quale si è posto l'obiettivo di colmare le lacune esistenti nei servizi rivolte a persone che vivono senza fissa dimora e con problemi psichiatrici e/o di dipendenze. Il target specifico sono coloro che stanno vivendo senza tetto o sono in una situazione a rischio *homelessness* (per esempio a seguito della dimissione da un istituto penitenziario o da un ospedale psichiatrico) e che al contempo soffrono di disturbi psicotici, come schizofrenia e disturbo schizoaffettivo, in comorbidità con disturbi legati all'utilizzo di sostanze. L'attenzione viene posta sui bisogni manifestati da questa categoria di persone. Non esistono altri criteri stringenti per accedere a tale programma; vige una politica di tolleranza zero nei confronti di atteggiamenti violenti e dunque se un soggetto manifesta comportamenti aggressivi viene prima rimandato in strutture sanitarie preposte al trattamento di tali condotte.

Nel momento in cui entra nel programma, l'interessato deve accettare il pagamento di una tassa di 353 dollari canadesi, detratti direttamente dai benefit di assistenza sociale che riceve, se elegibile di tali, e deve esprimere chiaramente il desiderio di ottenere una sistemazione abitativa permanente. La durata media di un intervento solitamente è di 8-12 settimane, durante le quali l'individuo può muoversi liberamente dentro e fuori le strutture del programma nella città: in

totale sono presenti a Montreal tre strutture, collocate all'interno di più ampi dormitori, ognuno con tra gli otto e i sedici posti letto, locali privati per garantire un certo grado di privacy, stanze con divani e computer e grandi armadietti, e in questi luoghi vengono distribuiti tutti i pasti della giornata. I beneficiari tale progetto sono liberi di entrare ed uscire dai locali senza mai perdere accesso al proprio posto letto e questa libertà contribuisce a creare un ambiente che permetta di concentrarsi sugli obiettivi del ricovero.

Lo staff presente nelle strutture del progetto PRISM è composto da psichiatri, infermieri e assistenti sociali, i quali sono tutti stipendiati con i fondi pubblici destinati a sostenere la spesa sanitaria. La multidisciplinarietà del team che assiste gli *homeless* fa sì che l'intervento assistenziale e la cura soddisfino più aree di bisogno: l'obiettivo generale è affiancare la persona nella ricerca di una adeguata sistemazione abitativa e allo stesso tempo erogare idonei servizi di varia natura, sanitari e non, come per esempio l'Assertive Community Treatment, di cui si darà spiegazione successivamente, o l'accompagnamento presso uffici legali per espletare pratiche burocratiche.

L'approccio di PRISM è volto alla riduzione del danno legato all'utilizzo di sostanze: infatti sono promosse numerose attività volte alla diminuzione e disintossicazione, quali pratiche di counseling, prescrizioni mediche, il rimando a servizi specializzati come gli Alcolisti Anonimi. Nonostante la grande libertà lasciata agli ospiti, la consumazione di qualsiasi sostanza non prescritta è proibita nelle strutture e coloro che si presentano per l'accettazione in evidente stato alterato possono essere rifiutati e rimandati a strutture proposte al trattamento di dipendenze.

Una delle caratteristiche vincenti di tale approccio è la possibilità di fare affidamento su diversi enti, i quali collaborano sinergicamente: il più importante di queste partnership è tra i dormitori per senza fissa dimora e gli enti che erogano

servizi sanitari e sociali. I finanziatori partner del progetto garantiscono i fondi per continuare ad operare. I dati aggiornati al 2022 ci mostrano i principali collaboratori di PRISM, i quali sono principalmente organizzazioni no-profit che offrono servizi di Housing First nell'area metropolitana di Montreal: Old Brewery Mission (OBM), Welcome Hall Mission (WHM), Mission du Père, Accueil Bonneau e Diogène. Tuttavia è importante citare affianco a questi partner anche la cooperazione con i team di Assertive Community Treatment e diversi reparti di psichiatria ospedaliera. Infine, PRISM collabora con organizzazioni del settore dei servizi sociali e sanitari che assistono le persone richiedenti asilo e i rifugiati con disturbi psichiatrici, grazie ai quali si riesce ad accelerare l'ottenimento di benefit sociali da parte dei beneficiari. La sinergica collaborazione tra tutti questi partner permette a PRISM di offrire assistenza rapida e ad ampio raggio, toccando tutte le sfere di bisogno.

Stando ai dati aggiornati nel 2019, dei 579 individui che hanno fatto accesso al programma negli anni precedenti, ben il 63% (N= 366) alla fine del percorso aveva ottenuto una abitazione e aveva così abbandonato il programma: di questi per il 52% (N= 303) si trattava di una casa stabile, per il restante 11% si trattava di una sistemazione temporanea. Il rimanente 21% (N=122) non era stato collocato in alcuna sistemazione in quanto tornati a dormire in strada o perché erano stati arrestati, e un altro 16% era stato rimandato in un ospedale psichiatrico o presso servizi di riabilitazione. Al momento della dimissione, l'85% dei partecipanti riportava un coinvolgimento in servizi di supporto o ambulatoriali.

I risultati del seppur giovane programma sono chiari e promettenti: più della metà delle persone che vivevano in strada e avevano un disturbo psichico, dopo un periodo di stabilizzazione, era stato ricollocato in abitazioni, per lo più permanenti, e affiancato da servizi di salute mentale.

La creazione di un tale programma trova il suo fondamento teorico nella provata funzionalità di alcuni interventi già attivi sul territorio americano, di cui verranno delineate le caratteristiche successivamente, quali l'Assertive Community Treatment, di cui riprende l'applicazione di un approccio multidisciplinare, e il Critical Intervention Time, a cui si ispira per l'assistenza agli utenti nel passaggio dalla strada ad una dimensione residenziale.

Infine, è importante sottolineare che il programma PRISM si pone l'obiettivo di erogare servizi in cui il soggetto che prima viveva in una condizione di *homelessness* viene accolto e accompagnato in un setting familiare e di cura, in cui gode di una certa libertà e autoaffermazione, il cui interesse principale è la salute e benessere dell'individuo grazie alla collaborazione di numerosi enti del terzo settore. Inoltre, aderire a tale programma è economicamente meno costoso per l'utente e per gli erogatori, e tale elemento non è da trascurare nelle future analisi.

Nell'ultima parte di questo capitolo verranno passate in rassegna alcune delle opere più promettenti nell'assistenza e cura di persone senza fissa dimora con disturbi psichici nel panorama americano che le ha indagate.

#### 2.4 Alcuni approcci promettenti testati nel mondo occidentale

Per trattare e offrire assistenza a individui senza dimora con problemi psichiatrici e/o di dipendenze, l'efficacia dell'approccio Housing First non è stata dimostrata: infatti, per questo gruppo di *homeless* è più indicato un approccio che proceda per gradi, comunitario e integrato (Carling, 1997) di housing sociale e accesso a servizi di salute mentale. In particolare si raccomandano un intervento e trattamento precoce.

Facendo riferimento alla esperienza americana sul campo, sono state identificate alcune opere più promettenti di altre nel fornire assistenza e cura, le quali uniscono il supporto medico-psichiatrico, qualora serva, e un accompagnamento al reinserimento abitativo.

Il primo approccio risultato efficace è l'Intensive Case Management (ICM), il quale mira a fornire un'abitazione stabile e a soddisfare altri bisogni, per lo più sociali, dei pazienti, principalmente mediante supporto non clinico, affiancandolo a servizi clinici, quali di medicina generale, psichiatrici e di trattamento di disturbi associati all'uso di sostanze. Questo fa sì che il target più mirato di tale approccio siano gli *homeless* con problemi di dipendenze da sostanze e/o alcol ma anche coloro che soffrono di disturbi mentali. Da studi condotti per testarne la vantaggiosità, è emerso che tale gestione riduce i giorni spesi dormendo in strada e migliora la qualità della vita. Inoltre, nonostante la natura non clinica di tale intervento, sono stati registrati significativi incrementi nelle condizioni mediche generali dei pazienti e una riduzione dell'utilizzo di sostanze.

Un altro servizio dall'utilità confermata è l'Assertive Community Treatment (ACT), il quale prevede un approccio clinico in cui collaborano per il trattamento, riabilitazione e supporto individuale un'equipe di figure professionali, tra cui psichiatri, infermieri e servizi sociali. I servizi erogati hanno durata maggiore e rispondono a bisogni di diversa natura dei pazienti, spaziando dalla ricerca di una abitazione o di un lavoro fino all'accompagnamento fisico da un posto all'altro. Anche in questo caso è stata registrata una diminuzione della quantità di tempo vissuto in strada, così come anche una minore ospedalizzazione e manifestazione sintomatica della malattia psichiatrica. Tuttavia, uno dei limiti di tale approccio è il costo, superiore agli altri testati, in quanto mette a disposizione 24/7 un team che risponde ai bisogni dei pazienti.

Il Critical Time Intervention (CTI) mira a prevenire l'*homelessness* affiancando gli individui nel delicato passaggio dalla vita in strada o da un contesto istituzionale (ospedali, istituti detentivi, dormitori) ad un ambito abitativo comunitario e sociale. Gli operatori sono particolarmente attenti ai bisogni del soggetto in una così sensibile fase e i servizi puntano a soddisfare ogni bisogno manifestato durante il passaggio da una realtà all'altra. È un approccio diverso dagli altri in quanto estremamente specifico per una situazione e per un limitato tempo. I risultati registrati sono stati la diminuzione della *homelessness*, un maggior coinvolgimento nei servizi e riduzione del ricorso a servizi emergenziali.

Un altro approccio è il Supported Employment Program (SEP), il cui obiettivo principale è l'accompagnamento di individui con diagnosi psichiatrica nella ricerca di un posto di lavoro che si accordi alle abilità, interessi e predisposizioni individuali. Di tale programma ne esistono diverse declinazioni, più o meno specifiche settorialmente, ma i risultati raggiunti sono comuni e predittivi di un miglioramento nella progressione occupazionale. Inoltre, è stata registrata anche una maggiore partecipazione in programmi di housing, un minor accesso a servizi emergenziali e una minor probabilità di tornare alla vita di prima come *homeless*.

Il Permanent Supportive Housing (PSH) è un approccio simile al più ampio programma di Housing First, ma che a differenza di quest'ultimo ha riscontrato esiti favorevoli nell'assistenza a persone senza tetto e con problemi psichiatrici in diversi paesi occidentali. Nello specifico, il focus dell'approccio è posto sulla ricollocazione abitativa, a cui sono affiancati servizi sociali che non richiedono astinenza da sostanze o trattamenti preliminari; l'obiettivo è stimolare l'autonomia e l'indipendenza dei pazienti. I risultati hanno sottolineato un aumento nell'accesso ad abitazioni stabili e a servizi per il trattamento di disturbi psichiatrici.

Infine, è rilevante da citare anche la cosiddetta “medicina di strada” che prevede l’erogazione dei servizi medico-psichiatrici direttamente in strada, dove gli *homeless* vivono. Tale approccio è volto alla riduzione del danno, prevede la collaborazione di un’equipe, è particolarmente conveniente da un punto di vista economico ed è in grado di raggiungere utenti che in autonomia non si sarebbero recati presso i servizi. I risultati sono promettenti ma ancora da verificare, nonostante sul territorio americano esistano già diversi programmi attivi.

In conclusione a questa panoramica sulle condizioni di vita vissute dalle persone senza fissa dimora che soffrono anche di un disturbo psichico e su come al giorno d’oggi viene fornita loro assistenza nel mondo occidentale, è importante sottolineare che la salute mentale degli *homeless* rappresenta una sfida complessa e multifattoriale che richiede un approccio integrato e sensibile. La vulnerabilità di questa popolazione è resa ancor più acuta da fattori socio-economici, come la povertà, l’assenza di qualsiasi tipo di supporto e le difficoltà nell’accesso ai servizi sanitari, se non in situazioni emergenziali. In un’ottica di intervento su più livelli volta a migliorare il contesto in cui vive un individuo, è evidente che la salute mentale non può essere dissociata dalle condizioni di vita, in quanto profondamente influenzanti l’un l’altro, e le strategie adottate per affrontare questa tematica devono considerare le specifiche necessità manifestate da ciascun soggetto.

I programmi dimostratisi più efficaci sono quelli che uniscono il reinserimento abitativo con la riduzione del danno e il supporto psicosociale. Inoltre, un tema poco affrontato nel trattare di *homeless* con disturbi psichiatrici è la fondamentale promozione tra i professionisti del settore psicosociale e sanitario di una maggiore sensibilizzazione e formazione, affinché possano sviluppare le competenze adatte ad affrontare le sfide legate alla salute mentale e rispondere puntualmente ai bisogni più disparati che emergono. Solo attraverso un impegno collettivo e multi sfaccettato e una visione sistemica del soggetto e delle sue

difficoltà è possibile ridurre lo stigma e garantire opportunità di recupero e reintegrazione per una delle categorie più vulnerabili e in difficoltà della società occidentale contemporanea.

In ultima analisi, il miglioramento della salute mentale degli individui senza fissa dimora non è solamente una questione di intervento e assistenza, ma richiede una trasformazione culturale che riconosca e valorizzi la dignità di ogni individuo, indipendentemente dalle sue condizioni socio-economiche. Solo così si rende maggiormente concreta la costruzione di una società più equa e inclusiva.

## **CAPITOLO 3- GLI *HOMELESS* CON DISTURBI PSICHICI E/O CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE IN ITALIA**

Negli ultimi anni, il fenomeno della *homelessness* in Italia ha attirato crescente attenzione: in questo capitolo si intende mettere in luce la situazione dei senza dimora che si trovano anche ad affrontare problematiche di salute mentale in Italia.

Verrà fornita una panoramica dei dati più recenti disponibili riguardanti l'incidenza delle malattie psichiatriche tra le persone senza fissa dimora, evidenziando le statistiche e le ricerche che mostrano l'alta prevalenza di disturbi. I dati in aumento sottolineano l'urgenza di costruire interventi mirati ed efficaci, e allo stesso tempo pongono interrogativi sulle condizioni di vita e le barriere di accesso ai servizi di salute mentale. Successivamente, verranno esaminate le politiche attive per l'assistenza agli *homeless* in Italia, valutando l'efficacia delle misure esistenti e le iniziative innovative promosse da enti locali e organizzazioni non governative, partendo dagli esempi provenienti da alcune città come Torino e Modena. Ci si soffermerà sul bisogno di costruire delle pratiche integrate che cercano di coniugare assistenza sociale e supporto psichiatrico per rispondere adeguatamente a tali situazioni complesse, le quali richiedono un approccio multidisciplinare.

### 3.1 I dati sugli *homeless* in Italia

Prima di approfondire la questione di come vengono assistiti i senza fissa dimora con disturbi psichici in Italia, è interessante e necessario inquadrare il fenomeno in generale facendo riferimento ai dati esistenti.

Nel 2011 l'ISTAT, in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora (fio.PSD) e la Caritas Italiana, ha svolto un'indagine, replicata nel 2014, sulle persone senza fissa dimora per analizzare le percentuali e l'incidenza di tale popolazione. I risultati più recenti mostrano che rispetto alla rilevazione precedente il totale di persone che hanno vissuto in strada in modo continuativo negli ultimi due anni è aumentato dal 27.4% al 41.1%, e il totale di coloro che l'hanno fatto per gli ultimi quattro anni è andato dal 16% al 21.4%.

In particolare, nel 2014 sono state registrate 50,724 persone senza dimora mediante il monitoraggio dell'accesso ai servizi di accoglienza notturna e di mensa che tali individui hanno fatto nei 158 comuni in cui è stata portata avanti l'indagine: tale dato corrisponde al 2.43‰ della popolazione censita presso i comuni indagati, in aumento rispetto alla percentuale rilevata nel 2011 che ammontava al 2.31‰.

In entrambe le rilevazioni, sono stati coinvolti enti ed organizzazioni che erogano servizi agli *homeless* in 158 comuni, per un totale di 1187 sedi di erogazione e 3125 servizi. Le prestazioni erogate da tali strutture sono principalmente di bassa soglia, cioè in risposta a bisogni primari, quali cibo, vestiario, igiene personale, ma anche informativi, di orientamento all'uso di servizi e di espletamento di pratiche amministrative, di presa in carico e di accompagnamento; molto più esigua è stata rilevata l'offerta di servizi di accoglienza notturna e di accoglienza diurna, per un'erogazione totale rispettivamente del 17% e 4%. Quasi tutti i servizi a bassa soglia in analisi operano in maniera continuativa: infatti avviene l'erogazione dei servizi sette giorni su sette per un terzo del totale, soprattutto per quanto riguarda le mense, la chiusura domenicale per un altro terzo e l'erogazione per tre giorni alla settimana per il restante terzo, essendo questi servizi di distribuzione viveri, indumenti e farmaci. Dall'altro lato, i servizi di accoglienza

notturna forniscono le loro prestazioni per sette mesi all'anno, trattandosi in particolare di dormitori di emergenza.

La distribuzione dell'offerta disponibile sul territorio nazionale è significativa da confrontare: infatti, la fetta più consistente dei servizi si concentra in Lombardia e Lazio. Queste due regioni accolgono un terzo del totale delle prestazioni erogate e ciò si traduce nel fatto che il 27.5% (diventato il 23.7% nel 2014) degli individui abbia utilizzato servizi presenti a Milano e il 16.4% (diventato 15.2% nel 2014) a Roma. Nel Nord-ovest del Paese si concentrano il 35.2% dei servizi, nel Nord-est il 24.1%, al Centro il 19.1% e al Sud e nelle Isole rispettivamente il 15,1% e il 6.5%.

Analogamente, la distribuzione delle persone senza dimora vede un'alta concentrazione al Nord, in particolare a Nord-ovest per il 38%, a cui seguono il Centro con 23.7% e le Isole con 9.2%. A Nord-est invece, rispetto alla prima rilevazione è stata registrata una diminuzione nella distribuzione, con un passaggio dal 19.7% al 18%, in contrapposizione con il Sud che documenta un aumento dall'8.7% all'11.1%. In particolare, Lombardia e Lazio accolgono quasi la metà degli *homeless* italiani da sole, rispettivamente per il 20% e il 17%.

Con la seconda rilevazione sono rimaste stabili le caratteristiche principali della popolazione dei senza fissa dimora: questa è composta per la maggioranza da uomini (86.9% nel 2011, 85.7% nel 2014), con età inferiore a 54 anni (75.8% nel 2014), stranieri (59.4% nel 2011, 58.2% nel 2014), soprattutto di etnia rumena, marocchina e tunisina, e con basso titolo di studio (circa un terzo afferma di avere il diploma di scuola media superiore). L'età media invece ha subito un leggero aumento a causa della diminuzione di individui stranieri con meno di 34 anni, andando così da 42.1 a 44.0 anni.

Anche la quantità di anni passati in strada ha registrato un aumento rispetto al 2011: si dichiarano senza fissa dimora da più di due anni il 41.1% del totale,

rispetto al 27.4% di prima, e da più di quattro anni il 21.4% rispetto al precedente 16%.

Infine, nel 2014 è cresciuta anche la quantità di individui che vivono da soli in strada rispetto alla precedente rilevazione, passando dal 72.9% al 76.5%, a svantaggio di coloro che vivono con figli o partner, dato passato dall'8% al 6%.

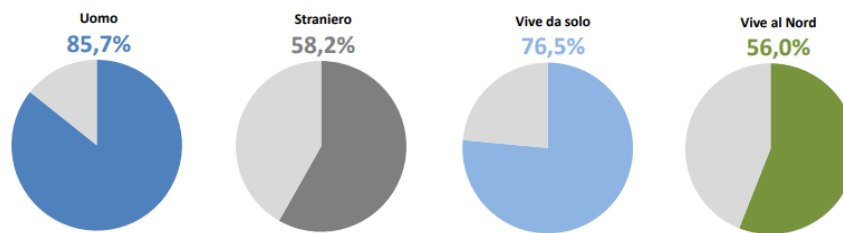


Fig.1 Caratteristiche delle persone senza dimora, anno 2014, per 100 persone senza dimora.

È stato ampiamente dimostrato da indagini nazionali e internazionali che nella popolazione senza fissa dimora si osserva una significativa percentuale di problematiche di salute fisica e psichica e correlate all'utilizzo di sostanze psicotrope e alcol. Secondo uno studio condotto nel 2014 a cura di Homeless Link, nella popolazione *homeless* l'esperienza di disturbi mentali e fisici e correlati all'abuso di sostanze è quasi doppia rispetto alla popolazione generale. Tuttavia, nonostante le evidenze e il fatto che la psicopatologia di questa popolazione sia rilevante per i ricercatori e per costruire un modello di assistenza efficace, nella pratica raramente si accerta se l'insorgenza della sintomatologia sia avvenuta prima o dopo la caduta nella condizione di senza fissa dimora. È prediletto invece un approccio volto a migliorare il contesto sociale, le condizioni igienico-sanitarie ed ambientali e l'accesso ai servizi, forzando in tal modo l'inclusione nella società, impedita ed ostacolata dall'intersecarsi delle condizioni in cui il soggetto si trova in quanto *homeless* affetto da disturbi psichici. Inoltre, l'ampia disponibilità di alcolici e droghe scadenti, ma a basso

costo, reperibili in strada contribuiscono a esacerbare lo stigma e il ritardo nell'intervento, in quanto queste sostanze possono venire assunte alle volte come automedicazione.

I disturbi mentali maggiormente rilevati tra gli *homeless* di nazionalità italiana sono le patologie psicotiche molto gravi insorte anni prima e spesso mai diagnosticate né tantomeno trattate; tra questi disturbi psicotici gravi si annoverano la schizofrenia, il disturbo schizoaffettivo, disturbo psicotico indotto da sostanze o medicalmente. Nel caso dei senza dimora immigrati da altri paesi, nei quali, nella maggior parte dei casi, sono stati profondamente traumatizzati da violenze, torture, minacce subite o per aver assistito alla morte di amici o familiari, il disturbo più sviluppato e manifestato è il disturbo post traumatico da stress (DPTS). Tale disturbo, secondo il DSM-5, emerge in seguito all'esposizione a morte reale o alla minaccia di morte e si manifesta nella presenza di almeno uno tra i sintomi intrusivi, come la rievocazione con sogni o pensieri di quanto vissuto con conseguente sofferenza psicologica, reazioni dissociative e fisiologiche che ricalcano l'evento, e di almeno uno tra i sintomi di evitamento, quali l'evitare ricordi spiacevoli e fattori esterni che li possano rievocare. Inoltre tale disturbo comporta l'alterazione negativa di pensieri ed emozioni associati all'evento e dell'arousal e reattività connessa all'evento traumatico.

Per inquadrare meglio il fenomeno nel panorama nazionale è rilevante citare il Rapporto sulla Salute Mentale svolto nel 2020 a cura del Ministero della Salute, il quale "offre al lettore una panoramica delle evidenze emerse dalle varie fonti informative disponibili" riguardo all'accesso e all'utilizzo dei servizi specialistici di salute mentale da parte della popolazione residente in Italia. Da tale rilevazione emerge che un totale di 728,338 individui sono stati assistiti dai servizi specialistici di salute mentale nel 2020, di cui 253,164 per la prima volta. La

maggior parte degli utenti sono di sesso femminile (53,6%) e con età maggior di 45 anni (69%).

Nella popolazione maschile i disturbi più diagnosticati sono stati i disturbi dello spettro schizofrenico, disturbi di personalità, disturbi del neurosviluppo e da utilizzo di sostanze, mentre nella controparte femminile sono stati i disturbi affettivi, nevrotici e depressivi. Tali dati appaiono coerenti con quelli che rispecchiano la prevalenza tra gli *homeless*, come già detto a maggioranza maschile.

Altra osservazione interessante riguarda il tasso degli utenti stranieri residenti in Italia che si rivolgono ai servizi di salute mentale e che successivamente vengono dimessi dai reparti di psichiatria: questo dato è pari a 1.4 per 1000 cittadini stranieri residenti, per il 9% del totale dei pazienti dimessi dai reparti di psichiatria.

Tra coloro che hanno avuto un primo contatto nel 2020, 943 su 253,164 hanno dichiarato di vivere senza fissa dimora, per un totale dello 0,4%.

I dati sulla prevalenza dei disturbi psichici sono in linea con quanto detto finora sui senza dimora: soprattutto uomini a cui vengono diagnosticati disturbi dello spettro schizofrenico. Tuttavia, nella popolazione *homeless* c'è un'ampia fetta di stranieri, i quali però nel report del Ministero della Salute non trovano una corrispondenza: da ciò possiamo dedurre che una persona straniera, senza fissa dimora e con disturbi di natura psicologica in Italia rende ancora più difficile l'inclusione ed integrazione nella società, così come l'accesso alle cure e all'assistenza necessarie.

Le pratiche di accoglienza e assistenza delle persone senza fissa dimora vigenti al giorno d'oggi sul territorio italiano manifestano notevoli carenze: innanzitutto nella formazione del personale socio-sanitario riguardo alle complessità delle problematiche manifestate dagli *homeless*, ma anche nell'eccessiva

sanitarizzazione della salute, che porta l'operatore a concentrarsi sulla ricerca del sintomo o della sindrome senza contestualizzarli e senza tener conto dell'ambiente di vita in cui l'individuo è inserito. Manca un approccio multidisciplinare alla questione: si registrano infatti risposte frammentate e provenienti da enti diversi che cedono il passo all'erogazione di servizi incentrati sui bisogni espressi dall'individuo, a discapito delle necessità inesprese e taciute ma pur sempre presenti. Infine, sono scarse le iniziative rivolte al paziente, in quanto ci si aspetta che sia il soggetto in caso di necessità a recarsi al servizio più opportuno al suo bisogno.

In data 6 novembre 2024, il Senato della Repubblica con l'atto 1175 ha approvato un disegno di legge che garantisce l'assistenza medico-sanitaria di base a persone senza dimora che si trovano a vivere nelle città metropolitane italiane. Questo colma una lacuna normativa critica, in quanto permette alle persone *homeless* di iscriversi nelle liste degli assistiti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), di accedere alle prestazioni relative ai livelli essenziali di assistenza (LEA) e di scegliere un medico di medicina generale senza far registrare la propria residenza, al contrario di come era necessario fare fino a questo momento. Infatti, prima di questo disegno di legge, per avere diritto all'iscrizione nei registri ASL e scegliere il medico di base curante era obbligatorio dimostrare di risiedere nello stesso territorio dell'azienda sanitaria di riferimento. Pur essendo questo un programma sperimentale, fa ben auspicare in un incremento dell'assistenza e attenzione rivolta ai senza fissa dimora che si trovano in Italia. Inoltre, per rendere tale misura veramente efficace e puntuale sarà necessaria la definizione di *homelessness*, almeno per quanto riguarda il panorama italiano, e questo sicuramente metterà in luce tutti i vuoti assistenziali di cui tale categoria è vittima.

Particolarmente promettente nel panorama italiano è l'esperienza di Torino, la quale vanta da anni una delle più lunghe tradizioni di studi riguardo all'intervento

e assistenza rivolta ad individui in condizioni di povertà e ai senza fissa dimora (Meo, 2020).

### 3.2 Torino

L'avanguardistico interesse del Comune di Torino per la questione delle condizioni di vita delle persone *homeless* iniziò negli anni Novanta quando aderì alla appena nata Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora (fio.PSD). Parallelamente vennero inaugurate le prime Case di Ospitalità Notturna, la Boa Notturna Mobile e l'ambulatorio sociosanitario Roberto Gamba: tutti questi enti avevano l'obiettivo di invertire il rapporto tra utenti e operatori, facendo sì che fossero questi ultimi ad andare a cercare direttamente in strada le persone target del loro intervento, ovvero i senza dimora. La Boa Notturna Mobile rileva direttamente in strada le persone senza dimora, svolgendo un importante ruolo di primo contatto con i servizi assistenziali e proponendo loro l'accoglienza per la notte presso le Case di Ospitalità Notturna della Città. Nell'ottica di ridurre la quantità di *homeless* sul territorio torinese è nato anche l'Educativa Territoriale Homeless "funzionale alla conoscenza e aggancio di persone in difficoltà che per motivi diversi non accedono ai servizi preposti" (Meo, 2020).

Dall'inizio degli anni Duemila le parole chiave erano riduzione del danno, bassa soglia, operatori pari, e l'ottica imperante era quella riparativa per tamponare i danni della vita in strada: infatti il paradigma di intervento predominante era il cosiddetto approccio a gradini, di cui si è dato conto nel primo capitolo della presente trattazione.

Nell'ultimo decennio, invece si sta prediligendo un rinnovato approccio sperimentale che pone l'enfasi sull'individuo e sulla sua responsabilizzazione, a

discapito dell'analisi delle cause più strutturali della condizione degli *homeless*: si registra infatti la tendenza a concepire come strettamente individuali, e non sociali, la malattia mentale e il disagio psichico. Le parole chiave ora sono autonomia, patto ed *empowerment*.

Nel marzo del 2014 è nato a Torino il Network Housing First Italia, il quale “raccolge una rete di organizzazioni pubbliche e private che lavorano nel settore della *homelessness*” e che conducono “progetti abitativi per persone senza dimora investendo risorse, professionisti e competenze nell’approccio Housing First”. Il progetto, allo stato attuale delle cose, conta oltre 30 aderenti attivi in dodici regioni e 25 città.

Attivo e molto prezioso nel comune di Torino è anche il Servizio Adulti in Difficoltà, nel quale collaborano diverse figure del settore pubblico per fornire assistenza nella ricerca di un’abitazione, supporto sociale o economico ad individui che stanno facendo esperienza della *homelessness*; altre funzioni svolte da tale servizio sono l’organizzazione delle case di accoglienza, i servizi di housing temporanei e quelli di Housing First e il coordinamento delle azioni volte a favorire l’inclusione sociale e il ricollocamento lavorativo delle persone che hanno vissuto in strada.

La stima più recente del 2021, prima della pandemia da Covid-19, fornita dal Servizio Adulti in Difficoltà sulla quantità di senza fissa dimora nella città di Torino ammonta a 2500 individui (Campagnaro et al., 2022), cifra probabilmente aumentata sensibilmente dopo il lockdown. Nella rilevazione precedente, tra il 2018 e il 2019, la stima si attestava a 1880.

È interessante notare che tra le numerose indagini, più o meno recenti, svolte sulla popolazione senza fissa dimora pochi dati danno riscontro della diffusione di qualche forma di psicopatologia. In generale vengono annoverate tra le cause per cui un individuo si trova in quella determinata situazione la tossicodipendenza o

l'esistenza di qualche disturbo mentale, senza però tener in considerazione che la casualità non è necessariamente diretta e lineare: infatti può essere che la psicopatologia abbia condotto alla vita in strada ma è ugualmente possibile che sia stata la vita in strada a far affiorare un disturbo mentale latente.

### 3.2.1 Un esempio positivo dalla città di Torino: Camminare Insieme

Nella scena torinese, come precedentemente definita particolarmente attenta agli ultimi, risulta particolarmente interessante da sottolineare per il prezioso contributo che apporta a livello locale con l'obiettivo di dare dignità e sostegno a chi vive ai margini e risulta spesso dimenticato o ignorato, facendo fronte ogni giorno a povertà, solitudine ed esclusione sociale è l'Associazione Camminare Insieme, che eroga principalmente servizi di orientamento sanitario, di ascolto, di educazione sanitaria e di assistenza materiale.

L'azione intrapresa da Camminare Insieme nella città di Torino mira a ridurre il più possibile le disuguaglianze e a creare una società il più possibile inclusiva e accogliente. Il motto che guida l'azione dell'associazione e dei suoi volontari è “salute e solidarietà senza confini”.

Camminare Insieme nasce nel 1993 a Torino come “progetto di assistenza basato sul volontariato e indipendente da qualsiasi logica di appartenenza politica o religiosa”, in un momento storico in cui i problemi legati all'immigrazione, regolare e non, iniziavano ad emergere e farsi sentire nella società. L'obiettivo principale, valido tutt'ora, è quello di contrastare la povertà e le disuguaglianze, assicurando a tutti e tutte pieno accesso ai diritti sanitari: ciò si traduce nell'esistenza di un poliambulatorio dedicato a tutti e tutte coloro che non possono accedere all'erogazione dei servizi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In particolare a partire dal 2021, l'associazione ha assunto un ruolo ancora più essenziale nel fornire supporto a tutte le persone fragili e vulnerabili, ulteriormente provate dalla pandemia da Covid-19. Date le nuove necessità emerse e su richiesta del Comune di Torino e dei Servizi Sociali, è stata istituita una collaborazione chiamata “Fuori le Mura” presso le Case di Ospitalità, strutture gestite da enti benefici e dedicate all'accoglienza di persone in difficoltà che possono qui recarsi per soddisfare i bisogni primari, quali assistenza materiale, accoglienza notturna, reinserimento sociale e supporto psicologico e sociale. Le iniziative principalmente erogate durante tale collaborazione tra Camminare Insieme e le Case di Ospitalità, e che in molti casi proseguono tutt'ora, sono:

- Somministrazione di tamponi antigenici;
- Campagne vaccinali;
- Visite mediche generali e psichiatriche;
- Attività di strada per persone senza dimora;
- Interventi nei Social Housing per donne e bambini;
- Animazione di strada;
- Collaborazione con il Centro Antiviolenza per sostenere donne maltrattate;
- Progetto Torino Street Care 3.0, in collaborazione con Danish Refugee Council Italia (DRC) e Rainbow for Africa (R4A): un bus medicalizzato che offre supporto medico grazie alla presenza di medici ed infermieri.

Uno degli aspetti vincenti dell'azione di Camminare Insieme è la vicinanza ai fruitori del servizio, con i quali è possibile stabilire un rapporto più umano ed empatico, e questo comporta la sensazione di essere più accolti; inoltre questo permette la costruzione di un lavoro sinergico che comprende e tiene in considerazione i contributi di più figure professionali legate alla salute fisica e mentale.

Tra le iniziative che Camminare Insieme svolge si annovera anche l'attività di strada a favore di persone senza fissa dimora. La peculiarità degli interventi svolti dall'associazione è che il target sono gli *homeless* con problematiche di natura psichiatrica e/o di dipendenze. Il team che svolge il lavoro andando direttamente in strada a interagire con i senza fissa dimora è composto da psichiatri volontari, da giovani psicologi, da infermieri specializzati e mediatori culturali: questa équipe ha permesso l'avvicinamento e l'assistenza diretta a persone che vivono situazioni critiche e vulnerabili e soprattutto di migliorare le condizioni di vita e di integrarsi maggiormente nella comunità.

L'esperienza del progetto rivolto ai senza fissa dimora con disturbi psichici di Camminare Insieme è preziosa, innovativa e unica nel suo genere a livello nazionale, ed è possibile grazie alla collaborazione con le istituzioni pubbliche, quali il Servizio Adulti in Difficoltà del Comune, i Centri di Salute Mentale (CMS) dei quattro distretti della città di Torino e la Polizia Municipale, la quale si è rivelata cruciale per identificare le modalità di intervento più pratiche ed efficaci. Inoltre il progetto è stato inserito nel Piano di Inclusione Sociale della Città e questo ha portato un riconoscimento ufficiale rendendolo un esempio da seguire per affrontare l'emarginazione nelle strade delle città, spesso connessa alle dipendenze patologiche e a problemi di salute mentale.

Attingendo al report pubblicato riguardo alle attività svolte nel 2023, emerge che questo team multidisciplinare ha seguito ed aiutato 46 persone senza dimora con disturbi psichici, di cui 38 uomini e 8 donne, la cui composizione è riportata nella figura 2.

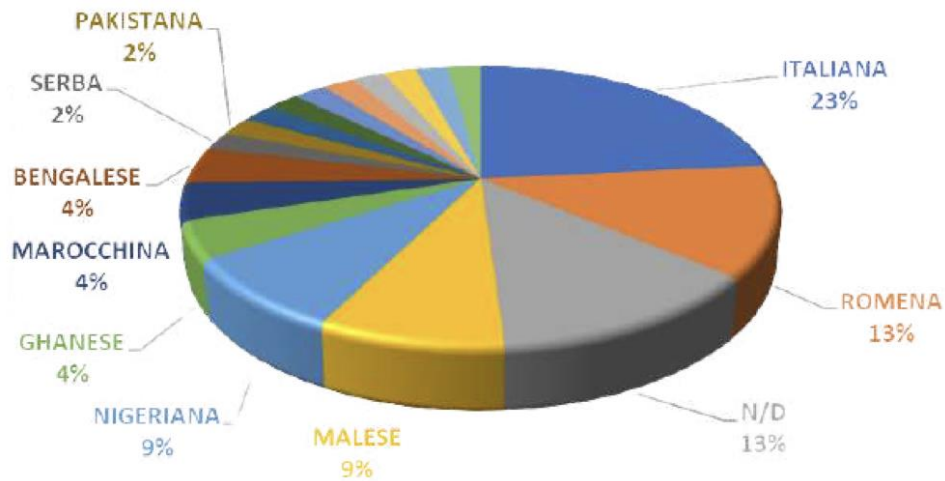


Fig. 2. composizione nazionalità senza dimora (Camminare Insieme)

Appare così lampante l'importanza della preziosa azione che Camminare Insieme porta avanti a livello locale per la città di Torino nel contrasto alla povertà estrema e alla marginalizzazione.

### 3.3 Modena

Nel 2023, FEANTA in un report che annovera gli esempi a cui guardare e seguire in quanto buone pratiche attente alle persone senza fissa dimora con problemi psichiatri e/o di dipendenze ha inserito anche la città di Modena. In particolare, è stata citata la Unità di Strada Tossicodipendenze (UdS TD), promossa dalla cooperativa sociale Caleidos, che ha l'obiettivo di ridurre i danni legati al consumo di sostanze. L'Unità di Strada opera 365 giorni all'anno con un'unità mobile riconoscibile, un camper, che viene preso di riferimento dagli utenti del servizio in quanto luogo privo di giudizi e in cui sono accolti; inoltre sono coinvolte diverse figure professionali, come psicologi, personale educativo,

medici, infermieri e mediatori culturali e linguistici e l'obiettivo è quello di ridurre i rischi a cui le persone che fanno utilizzo di sostanze psicoattive vanno incontro. Non si rivolge esclusivamente a persone senza fissa dimora, nonostante si rechino numerosi e spesso senza documenti: in questo caso le persone senza documenti possono richiedere una assicurazione sanitaria temporanea, necessaria per accedere ai centri di riabilitazione o per prenotare le visite in ospedale. All'occorrenza, l'Unità di Strada Tossicodipendenze apre collaborazioni con gli enti del settore pubblico per rendere più completa l'assistenza a chi ne necessita.

In quanto servizio che mira a ridurre i rischi, vengono erogate prestazioni sanitarie e a bassa soglia, come screening per malattie infettive quali epatite B, C e HIV, e la distribuzione di antidolorifici, antibiotici e medicazioni generali. È prevista inoltre la distribuzione di siringhe sterili in cambio di siringhe utilizzate.

## **CAPITOLO 4- IL RUOLO DELLO PSICOLOGO E LE CRITICITÀ NELL'INTERVENTO SUGLI *HOMELESS* CON DISTURBI MENTALI**

Per definire e chiarire l'effettivo ruolo che gli operatori della salute mentale, con particolare riferimento agli psicologi, hanno nell'assistenza e cura delle persone senza tetto con disturbi mentali e/o di dipendenze, verranno riportati in questo capitolo i punti di vista di professionisti coinvolti, a diverso titolo, nella gestione dei servizi erogati anche ai senza fissa dimora con disturbi mentali e/o di dipendenze nella città metropolitana di Torino. Ho personalmente raccolto le opinioni di tre psichiatri e una psicologa psicoterapeuta che lavorano nel settore pubblico per capire da un punto di vista clinico e organizzativo come funziona la grande macchina dell'assistenza agli *homeless*.

In quest'ultimo capitolo dunque, dopo aver presentato i professionisti coinvolti e intervistati, si passeranno in rassegna i temi comuni emersi legati alle criticità e agli elementi positivi che si riscontrano nel fornire assistenza ai senza fissa dimora con disturbi mentali e/o di dipendenze.

La prima professionista della salute mentale che è stata coinvolta è la dottoressa Cristiana Novero, psicologa e psicoterapeuta di formazione psicoanalitico-psicodinamica che lavora nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale Amedeo di Savoia e referente delle attività cliniche e psicologiche per la struttura Rete Ospedali Territorio (ROT)<sup>(2)</sup> di Torino Nord-Ovest.

---

<sup>2</sup> La struttura Rete Ospedali Territorio (ROT) gestisce gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei cittadini residenti nei rispettivi distretti della Città di Torino, anche grazie alla collaborazione con altri Servizi Territoriali; organizza

Il secondo professionista coinvolto è il dottor Danilo Bettonte, psichiatra perfezionato in psichiatria forense, il cui lavoro si articola anche nella gestione dei migranti e dei senza fissa dimora in base all'organizzazione ROT per la parte di Torino Nord-Est. Dato il perfezionamento in psichiatria forense, possiede una solida esperienza e vicinanza con le persone migranti e senza fissa dimora autori di reato, per i quali emerge una triplice criticità: la condizione di senza fissa dimora che vive in strada, la presunzione dell'esistenza di un problema di salute mentale e la valutazione forense per determinare se il disturbo mentale abbia sostenuto reato.

È stata coinvolta inoltre la dottoressa Marina Mazzucco, psichiatra che ha lavorato in numerose realtà grazie alle quali è entrata in contatto con gli adulti senza fissa dimora, come il Centro di Salute Mentale (CSM), gli istituti penitenziari, un day hospital, ad oggi inattivo, dove venivano trattati pazienti subacuti afferenti alla parte Nord-Ovest della città di Torino. Attualmente lavora nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino. Il suo percorso lavorativo l'ha portata ad avere numerose

---

e gestisce in collaborazione con i medici di medicina generale i percorsi di cura e con i servizi socio-assistenziali di competenza territoriale i percorsi di riabilitazione e di reinserimento sociale; garantisce il trattamento dei pazienti psichiatrici in fase di acuzie e post acuzie tramite il Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) ed il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di competenza ed in rete con l'organizzazione Dipartimentale; monitora i trattamenti psicofarmacologici complessi; infine, mediante la collaborazione con tutte le altre strutture ospedaliere garantisce interventi di consulenza e consultazioni psichiatriche e psicologico cliniche.

esperienze e contatti con i senza fissa dimora e questo le ha permesso di avere un punto di vista orientato e cosciente anche dei limiti principali.

Infine, è stata coinvolta la dottoressa Carla Martino, psichiatra e attualmente responsabile del Dipartimento delle Dipendenze per l'area di Torino Nord. Particolarmente interessante e preziosa è la sua testimonianza riguardo ai punti di contatto tra adulti senza fissa dimora con dipendenza da alcol e il Dipartimento delle Dipendenze, in particolare con la Struttura Semplice Dipartimentale di Alcologia dell'ASL della Città di Torino. Il dipartimento di Alcologia gestisce le attività relative alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo da uso di alcool grazie alle équipes multidisciplinari formate da medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, mediatori culturali, infermieri e personale amministrativo. Tale struttura accoglie i cittadini e/o le loro famiglie con problematiche legate all'abuso/dipendenza da alcool, definendo piani assistenziali personalizzati, ambulatoriali e residenziali; inoltre, è posta particolare attenzione alla promozione della salute e alla diagnosi precoce soprattutto in età adolescenziale. In questa struttura le persone si possono presentare spontaneamente per richiedere un trattamento; in alternativa, vengono rimandate dal tribunale dei minori su segnalazione dei servizi sociali per sospetto alcolismo di una o di entrambe le figure genitoriali; o ancora, vi sono situazioni legate alla sospensione della patente; infine, vi si rimandano persone che hanno appena concluso la pena detentiva, durante la quale è emersa una problematica legata all'utilizzo di alcol e intraprendono un percorso di disintossicazione in questa struttura.

Le testimonianze portate dalle diverse figure professionali coinvolte hanno fatto in modo che venissero delineate con precisione le modalità con cui si organizza e struttura l'intervento sugli *homeless* con disturbi mentali, e soprattutto che emergessero i limiti nella strutturazione di tali interventi. Infatti, nonostante le differenze nel lavoro di tutti i giorni, pur essendo accomunati dal lavorare

nell'ambito della salute mentale, e alle volte con gli adulti senza fissa dimora, tutti quattro i professionisti hanno riportato le medesime criticità che rendono complicato e maggiormente difficile il lavoro con gli *homeless*. Queste complicazioni verranno descritte più approfonditamente nel corso del capitolo, e, riassumendole sinteticamente, sono:

- intrinseca difficoltà nel creare dialogo utile al cambiamento e difficoltà nel mantenere e aderire alla progettualità immaginata per il paziente;
- differenza di intervento possibile con gli *homeless* italiani o che parlano italiano e gli *homeless* stranieri o che non parlano italiano;
- mancanza di formazione e addestramento per assistere senza fissa dimora con disturbi mentali, soprattutto se questi non parlano italiano, e anche mancanza di strumenti per intervenire su pazienti non italiani;
- risorse limitate.

#### 4.1 Una premessa

Come sottolineato da tutti quattro i professionisti, il fenomeno della *homelessness* è un fenomeno molto complesso, e questioni complesse richiedono soluzioni complesse.

Il primo scoglio con cui ci si scontra nel progettare di fornire assistenza agli *homeless* è la valutazione della congruità dell'intervento psicologico o eventualmente psichiatrico: le persone che si trovano a vivere in strada sfuggono all'inquadramento più tipico della società e della psicopatologia. È dunque impossibile determinare la direzione causale tra vita in strada e l'eventuale manifestazione di disturbi mentali; in generale è possibile affermare che chiunque si trovi a vivere in strada non sia scevro da una qualsiasi forma di problematica

psicologica o psichiatrica. Si può dire, senza timore di smentita, che esiste un'ampia zona grigia comune alla psicopatologia e alla condizione di senza fissa dimora, e proprio a causa di questa zona grigia applicare indiscriminatamente i criteri diagnostici previsti dal DSM-5 appare riduttivo, se non addirittura inutile. Identificare quanto c'è di psichiatrico nel funzionamento di una persona che vive in strada è prerogativa fondamentale per pianificare un eventuale trattamento, ma nel fare questa complessa operazione valutativa è fondamentale non disconoscere la zona grigia.

Per esempio, il rifiuto da parte di una persona senza fissa dimora alla proposta di essere inserito in un dormitorio può essere subito imputato alla psicopatologia, ma è anche possibile che tale riluttanza sia più facilmente spiegata con il fatto che in una struttura con altre persone si possa diventare con maggior facilità vittima di aggressioni o furti; un caso diverso è quello in cui il rifiuto di un posto in una struttura preposta ad accoglierlo sia dovuto alla riportata presenza di voci persecutorie che frenano il soggetto dall'andare in dormitorio. Anche comprendere fino a dove si può spingere l'intervento psicologico- psichiatrico è fondamentale per lavorare con questi pazienti, con i quali è possibile che si fallisca, non per colpa della mal pratica dell'operatore ma riconducibile a questa fatidica zona grigia.

Infine, è rilevante sottolineare che nel trattamento e assistenza di questi pazienti si deve preferire un approccio multidisciplinare e multi-trattamentale per affrontare la questione da ogni angolazione possibile, che sia l'aspetto meramente fisico legato alla sporcizia sul corpo fino alla necessità di eseguire analisi mediche semplici: l'intervento dello psicologo in questo scenario emerge solamente come uno dei tasselli che compongono il più ampio puzzle trattamentale.

#### 4.2 L'organizzazione e la presa in carico dei servizi

L'accesso di un individuo senza fissa dimora nella complessa macchina dell'assistenza psicologica- psichiatrica avviene generalmente per la disposizione di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) o in seguito ad una segnalazione da parte di altri operatori della salute mentale, come possono essere colleghi psichiatri che hanno avuto contatto con il soggetto in Pronto Soccorso, e in base alla struttura di rotazione ROT viene assegnata un presidio ospedaliero con i suoi operatori.

La prima parte del trattamento è meramente assistenziale: vengono forniti abiti puliti, se necessario, dopo l'adeguamento dell'igiene personale. La fase successiva è volta ad instaurare un dialogo e collaborazione con il paziente per capire se, e di cosa eventualmente, ha bisogno, osservando le manifestazioni sintomatiche lievi o gravi: tale passaggio risulta essere più complicato se il paziente non parla o non capisce la lingua italiana e in tal caso è necessario avvalersi di un mediatore linguistico e culturale. La costruzione di un buon rapporto fiduciario tra paziente e terapeuta o psichiatra è l'obiettivo per cui si dispone un ricovero: tuttavia, non bisogna avere l'illusione che una volta instaurata si avrà un cambiamento definitivo o duraturo nel paziente. Il cambiamento è un processo lungo e non privo di ostacoli.

Una volta valutata la congruità di un intervento psicologico- psichiatrico si prosegue ad impostare una terapia farmacologica. È previsto che dopo la stabilizzazione del paziente, fase che generalmente richiede maggior tempo per una persona senza fissa dimora rispetto al resto della popolazione, questo venga dimesso. Qui si incontra un altro scoglio importante: nonostante la buona progettualità e l'impostazione di una terapia farmacologica che potrebbe restituire alla normalità il paziente, è difficile mantenere la relazione ed è ancora

più difficile che il soggetto interessato si presenti autonomamente in struttura per sottoporsi ai controlli o per assumere la terapia impostata.

In vista della dimissione, viene valutata la utilità e la congruità di collocazione dell'ex degente in una struttura preposta alla sua accoglienza, come un dormitorio, case di accoglienza o comunità psichiatriche, o il suo inserimento nel programma di Housing First attivo sul territorio della città di Torino, per riconsegnare il soggetto ad un funzionamento normotipico, garantire la continuità delle cure e modificare il contesto di vita in cui ha vissuto fino a quel momento. Questo processo di valutazione ed eventuale assegnazione richiede tempo e risorse, non sempre disponibili, e ciò spesso si traduce, purtroppo, in un intervento limitatamente puntiforme e non sistematico. Questo è un fallimento che non dipende dalla mal pratica o da errori dell'operatore, ma è piuttosto un limite intrinseco in questo tipo di intervento.

#### 4.3 Distinzione tra le modalità di intervento con *homeless* italiani e con *homeless* stranieri

Nella già complessa articolazione del fenomeno della *homelessness*, un ulteriore punto critico è la provenienza dell'individuo che si trova a vivere in strada. Infatti, una importante precisazione sottolineata da tutti i quattro professionisti è la differenza di interventi possibili con i senza fissa dimora italiani rispetto a quelli con i senza fissa dimora stranieri: questa distinzione si concretizza principalmente nei diversi strumenti a disposizione dell'operatore della salute mentale per entrare in contatto con il mondo, interiore ma anche culturale, del paziente.

Infatti, se si tratta e interagisce con una persona nata e cresciuta in Italia, che dunque parla italiano ed è culturalmente allineato alla cultura italiana, è possibile che la relazione tra paziente e terapeuta sia più facile, diretta e di immediata comprensione grazie alla condivisione del medesimo background culturale, pur considerando la distorsione dovuta all'eventuale psicopatologia presente. Infatti, i due condividono le medesime basi culturali, si esprimono attingendo allo stesso vocabolario per descrivere le situazioni e così il terapeuta riuscirà ad inquadrare determinati sintomi e comportamenti alla luce della sua stessa cultura.

Caso diverso si ha quando ad essere segnalata ed inviata è una persona senza fissa dimora straniera con permesso di soggiorno, trasferitasi in Italia in un secondo momento e dunque, probabilmente, non in perfetta sintonia con la cultura locale e che non comprende né parla l'italiano: questa persona sarà portatrice delle proprie radici, credenze, valori, tradizioni e pratiche ben definite e intrinsecamente pervasive nel determinare la manifestazione psicopatologica, così come anche di un vocabolario legato alla propria cultura che vincola la descrizione della propria esperienza. In questo caso è opportuno, se non fondamentale, avvalersi del mediatore culturale e linguistico che riesca a svolgere un ruolo ponte tra paziente e terapeuta. Infatti, grazie a questa risorsa è possibile facilitare la comprensione reciproca, superare le barriere linguistiche e inquadrare culturalmente il disagio riportato dal paziente.

Tuttavia, la figura del mediatore non è sempre a disposizione ma svolge il suo monte ore totale su richiesta e chiamata dello specialista, e questo pone un limite importante all'intervento con i senza fissa dimora non italiani per lingua e cultura. In più c'è da considerare la limitatezza delle risorse che il settore pubblico ha a disposizione.

Un'altra questione critica riguardo all'avvalersi di mediatori linguistici e culturali è il raggruppamento per macroaree geografiche che un singolo mediatore

conosce. Parlare generalmente di culture e lingue del Nord Africa e del Centro Africa è riduttivo e semplificativo dal momento che non tiene in considerazione le differenze esistenti anche tra i singoli stati di quella zona geografica.

Nel complesso, è stata sottolineata una generale mancanza di strumenti e formazione adatti per comprendere le specifiche necessità manifestate dagli adulti senza fissa dimora, in particolare se non italiani. Si potrebbe sovvenire a questa mancanza di addestramento generale formando specificatamente degli operatori della salute mentale, che per predisposizione personale o per esperienze pregresse hanno sviluppato una conoscenza più specifica per una determinata cultura. In questo modo, per esempio, la reazione a fronte della manifestazione protestataria di una persona di origine pakistane, la quale attinge alla propria gola, sarà diversa e meno spaventata per un operatore che, grazie all'esperienza sul campo, ha accresciuto inevitabilmente la sua conoscenza sulle dinamiche di quella cultura, rispetto ad un altro professionista maggiormente esperto di cultura magrebina, per la quale quasi ogni manifestazione di disappunto passa per l'autolesionismo sulle braccia.

Nel caso in cui la persona straniera non abbia i documenti o il permesso di soggiorno, è possibile garantire solamente i diritti fondamentali, tra cui il diritto alla assistenza sanitaria d'emergenza mediante l'accesso in pronto soccorso, ma vi sono delle limitazione nell'accesso ad alcune strutture in assenza di un documento di identità valido, tra le quali ci sono anche i dormitori e le strutture preposte all'accoglienza e al trattamento maggiormente strutturato. Per procedere all'inserimento in questi servizi è necessario ottemperare le pratiche burocratiche in modo da ottenere la documentazione necessaria.

Una nota positiva in questo scenario saturo di punti critici emerge dalla testimonianza della dottoressa Carla Martino, la quale riporta l'esperienza del Dipartimento di Dipendenze nell'assistenza agli adulti senza fissa dimora. Questo

servizio si struttura in modo lievemente diverso rispetto agli interventi previsti in ambito ospedaliero come l'SPDC.

Anche in questo caso la segnalazione e l'invio dei soggetti che necessitano di un intervento arrivano da enti che hanno a che fare principalmente con i senza fissa dimora, nello specifico da servizi sociali, cooperative e dormitori di primo e di secondo livello. La differenza tra questi ultimi due è la durata e la tipologia del servizio erogato: il primo livello è una struttura di accoglienza più basica, preposta a rispondere alle emergenze fornendo un supporto minimo, limitato ad un posto letto, coperte e cibo, per permettere a tutti gli utenti di trovare soluzioni più stabili; il secondo livello, invece, garantisce un supporto più continuativo, strutturato e completo per favorire il recupero e la reintegrazione nella società, una volta affrontate le proprie difficoltà. I servizi erogati includono l'accoglienza notturna, la consulenza psicologica, orientamento legale, assistenza sanitaria, attività di reinserimento sociale e professionale.

In particolare, dai dormitori vengono mandati con maggior frequenza adulti che hanno manifestato aggressività a causa dell'intossicazione da alcol e l'invio al servizio di Alcologia è funzionale a far accertamenti sull'esistenza di altri possibili disturbi una volta smaltito l'effetto dell'alcol. Un'altra fetta degli utenti che si presentano al Dipartimento delle Dipendenze sono individui che hanno spontaneamente deciso di intraprendere un percorso volto a smettere di assumere alcolici.

Una volta accolti i pazienti, si attiva un'equipe in base alle necessità manifestate. Infatti, anche in questo caso è necessario distinguere tra adulti senza fissa dimora italiani e stranieri con permesso di soggiorno, per i quali è previsto anche l'inclusione nell'equipe dei mediatori culturali e linguistici specializzati nell'accoglienza di stranieri. A differenza delle criticità emerse dalle testimonianze degli altri professionisti, la dottoressa Carla Martino ha descritto

un quadro positivo, soddisfacente e ben funzionante: infatti, i mediatori linguistici e culturali che lavorano con il Dipartimento delle Dipendenze hanno assegnato un orario di lavoro settimanale fisso, in modo che sia così garantita assistenza continuativa. In particolare, sono inclusi tre mediatori culturali che coprono tre macroaree geografiche: Maghreb, dunque Africa settentrionale, Centro Africa e Romania. La presenza fissa un giorno alla settimana di ognuno di questi operatori è una risorsa importante per riuscire ad agganciare ed aiutare nel modo migliore gli utenti provenienti da quelle aree geografiche.

I dati sull'accesso di adulti senza fissa dimora ai servizi del Dipartimento delle Dipendenze non sono ancora stati pubblicati, saranno disponibili a marzo 2025 ma la stima più plausibile si attesta intorno al 10-20% degli utenti totali che accedono al servizio.

Inoltre, interessante da annoverare è la convenzione che il Dipartimento delle Dipendenze ha stretto con il Centro Torinese di Solidarietà (CTS), che ha sede in Corso Casale, al quale rimandano alcuni pazienti accolti, come gli stranieri senza permesso di soggiorno che devono intraprendere un percorso trattamentale. Questo centro è una comunità terapeutica e di accoglienza dove si svolgono percorsi specifici di disintossicazione e riabilitazione per dipendenze da alcol e da sostanze stupefacenti e per il gioco d'azzardo; inoltre, offre agli adulti senza fissa dimora e a stranieri senza permesso di soggiorno assistenza e accoglienza serale e notturna, per un periodo massimo di sei mesi, eventualmente prolungabile in caso di sostegno ad una progettualità concreta, e supporto nel processo di reinserimento sociale, lavorativo e abitativo. La collaborazione tra il Dipartimento delle Dipendenze e il Centro Torinese di Solidarietà è preziosa ed è un esempio di quanto l'integrazione tra diversi enti permetta di affrontare con maggior efficienza le sfide che l'intervento con gli *homeless* con disturbi legati all'utilizzo di alcol e sostanze comporta.

#### 4.4 Altri aspetti del fenomeno da considerare

Durante i colloqui con gli operatori della salute mentale coinvolti, sono emersi degli aspetti che si inseriscono nell'ampio sistema assistenziale multidisciplinare e multi-trattamentale e complessificano il lavoro dello psicologo con gli adulti senza fissa dimora. Questi elementi non fanno solamente riferimento all'intervento pratico dello specialista, ma più in generale ai diversi aspetti ed enti da tenere in considerazione nel pianificare e ottenere un duraturo cambiamento nella vita di questi individui.

Una prima questione riguarda il decoro pubblico: nonostante la maggior parte delle persone senza fissa dimora viva nella parte centrale e settentrionale dell'area metropolitana di Torino, buona parte delle strutture preposte all'accoglienza e al trattamento sono dislocate nella periferia della città, obbligando così gli *homeless* a percorrere anche numerosi chilometri per raggiungerle. Questa dislocazione ha un non troppo velato intento di mantenere l'ordine pubblico in città rimuovendo gli elementi che possono non essere ben visti e anzi risultare di disturbo.

Un'altra difficoltà riscontrata è l'intrinseca difficoltà a instaurare alleanza terapeutica e collaborazione per ottenere un miglioramento generale della salute mentale del paziente: spesso infatti coloro che vengono rimandati servizi di psichiatria non hanno la consapevolezza di aver bisogno di un trattamento per stare meglio e questo comporta spesso la manifestazione di atteggiamento rifiutante l'assistenza, rendendo così la sintonizzazione tra paziente e terapeuta ulteriormente complessa. In generale, l'inconsapevolezza della propria condizione è una condizione che frequentemente gli operatori della salute mentale si trovano a gestire, in quanto fattore comune a più disturbi, ma la

peculiare convergenza di psicopatologia e le condizioni provanti della vita in strada rende ancora più necessario l'intervento con questi individui.

Alcune realtà, con particolare riferimento alla già citata associazione di volontariato Camminare Insieme, svolgono la loro attività di assistenza e monitoraggio direttamente in strada, generalmente approcciando gli utenti al loro giaciglio. Spesso l'intrusione di estranei nel proprio spazio vitale non viene ben accolta e sono possibili manifestazioni di dissenso e di fastidio: chiaramente questo rende più lungo e complicato l'aggancio dei senza fissa dimora che gioverebbero di assistenza medico-psichiatrica.

Infine, anche le già citate scarse risorse, materiali e non, influiscono negativamente sul processo descritto. Alla mancanza di formazione e addestramento all'assistenza di *homeless* con disturbi mentali e/o legati all'utilizzo di sostanze, si aggiunge la mancanza di risorse economiche spendibili per far sì che i medici dei servizi del settore pubblico possano assistere ogni paziente. "La coperta è corta", le risorse sono limitate e la richiesta è sempre crescente. L'impossibilità di aiutare tutti è concreta e tale consapevolezza lascia l'amaro in bocca.

#### 4.5 Una riflessione sulla necessità dell'intervento psicologico- psichiatrico

Durante i colloqui avuti con i quattro professionisti, sono emersi i pareri personali riguardo alla propria attività clinica e soprattutto sui principi che si applicano nello svolgimento del proprio lavoro.

In particolare durante l'intervista con la dottoressa Marina Mazzucco, è stato puntualizzato il fatto che la psichiatria non debba avere funzione normalizzatrice: secondo questo principio, non bisognerebbe intervenire con trattamenti

psichiatrici su ogni individuo, fatto salvo dei casi precipui previsti dalla legge. La psichiatria deve offrire a tutti l'opportunità di stare meglio, ma non deve obbligare a curarsi. In particolare non è facile intervenire sugli individui che non manifestano alcun segno di motivazione o richiesta d'aiuto a sottoporsi alle cure, soprattutto considerando che la concreta possibilità di un miglioramento è fortemente connessa alla collaborazione, fiducia e alleanza terapeutica che si instaurano tra paziente e terapeuta. Inoltre, tenendo ben presente la delicata zona grigia tra psicopatologia e la condizione di senza fissa dimora, il vivere in strada non è condizione sufficiente per aver necessità di ottenere assistenza psichiatrica.

## CONCLUSIONI

L'obiettivo che ha guidato la compilazione di questa tesi è stimolare riflessioni sul ruolo che psicologi e psichiatri devono assumere nel contesto di un approccio multi-trattamentale per aiutare i senza fissa dimora con disturbi mentali e/o legati all'utilizzo di sostanze.

È stato esplorato il fenomeno della senzadimoricità, evidenziando non solo la dimensione della mancanza di un'abitazione, ma anche la carenza di relazioni, progetti, interessi e cura di sé. La connessione tra vita in strada e la presenza di una forma di psicopatologia è complessa e difficile da separare, in quanto entrambi i fattori co-occorrono nella marginalizzazione dell'individuo.

Dall'analisi di alcuni paesi occidentali sono emersi programmi focalizzati sulla ricollocazione abitativa e sul mantenimento del decoro pubblico per la popolazione generale dei senza fissa dimora, ma questi spesso non prendono in considerazione le specifiche esigenze degli adulti con disturbi mentali, con i quali non è possibile applicare gli stessi trattamenti che si applicherebbero con pazienti provenienti da diversi contesti. Il trattamento di questi individui è ulteriormente complicato dalle condizioni di vita e dalle difficoltà nel fornire cure adeguate, considerando che le strutture tradizionali, come i dormitori, non sono attrezzate per affrontare disturbi psicologici o l'abuso di sostanze.

In Italia, i dati ufficiali relativi ai senza fissa dimora sono insufficienti e non tengono conto delle problematiche psicologiche o dell'abuso di sostanze. Le politiche pubbliche si concentrano principalmente sulla ricollocazione abitativa, ma spesso trascurano i disturbi mentali che potrebbero influire sull'efficacia dell'intervento. Alcune realtà, principalmente associazioni di volontariato, come Camminare Insieme che opera nell'area metropolitana di Torino, cercano di

colmare questa lacuna, offrendo supporto diretto alle persone con disturbi mentali che vivono in strada.

Gli psicologi e psichiatri coinvolti, che lavorano a diverso titolo con i senza fissa dimora, riferiscono di dover affrontare molte difficoltà, tra cui la mancanza di collaborazione da parte dei pazienti, la mancanza di risorse e l'intrinseca difficoltà nel creare collaborazione tra paziente e terapeuta e nel mantenere la progettualità pensata dopo che questi utenti vengono dimessi dalle strutture di cura. La presenza di tali criticità rende l'intervento puntiforme e limitato nelle dimensioni. Dunque, il quadro che emerge è quello di una realtà complessa e difficile, che richiede un approccio integrato e multidisciplinare per affrontare le sfide che la popolazione dei senza fissa dimora con disturbi mentali pone.

La compilazione della presente tesi mi ha permesso di riflettere sul ruolo che io stessa mi troverò a ricoprire in quanto psicologa. Prendere coscienza delle difficoltà intrinseche e inevitabili del lavoro assistenziale con questi pazienti è, tanto illuminante quanto scoraggiante e, alla luce di tutto ciò, è cruciale mantenere vivo l'entusiasmo della pratica e non scoraggiarsi, dal momento che anche questo è parte del lavoro degli operatori della salute mentale.

Ho personalmente partecipato come volontaria ad alcuni interventi in strada volti ad aiutare gli adulti senza fissa dimora con disturbi mentali che vivono nell'area metropolitana di Torino: questi incontri per quanto brevi e sfidanti per il contesto in cui si sono svolti e per la mancanza di collaborazione, mi hanno lasciato una traccia positiva e motivante, e soprattutto la sensazione di fare veramente qualcosa di utile e benefico, per quanto inaspettato e non richiesto dalle persone direttamente coinvolte. Credo che questa percezione sia una confortante costante della professione dello psicologo: sapere di contribuire a migliorare il benessere psico-fisico e le condizioni di vita del paziente è infatti il fulcro centrale e ciò che guida il nostro lavoro.

Nel riportare la dimensione di annichilimento quasi totale che vivono i senza fissa dimora, mi sono anche interrogata su quali potrebbero essere delle strategie per fare in modo che queste persone non si sentano del tutto ignorate e invisibili, in quanto tale vissuto peggiora inevitabilmente la già critica condizione in cui vivono: non è facile separare la vita in strada con il sentimento di non essere ascoltato o visto da nessuno, poiché sono due fenomeni strettamente legati. Tuttavia, sarebbe costruttivo mettere in atto pratiche e progetti volti a sensibilizzare sulla fragile condizione che la vita in strada comporta sia la popolazione cittadina sia gli *homeless* direttamente interessati. Sarebbe così un lavoro doppiamente utile: una maggiore attenzione dei passanti potrebbe comportare una minor stigmatizzazione e marginalizzazione, e il conseguente sentirsi più accolto e ascoltato potrebbe migliorare il vissuto di coloro che vivono in strada.

Tuttavia, operare in modo circoscritto e limitato alla dimensione psicologica e del benessere della persona non è sufficiente, in quanto per modificare più strutturalmente sulla qualità della vita in generale è necessaria la collaborazione tra più enti ed professionisti esperti poiché la sofferenza psicologica degli adulti senza fissa dimora è purtroppo solo una delle dimensioni della vita intaccate e compromesse.

Nell'approfondire il mondo dell'assistenza agli adulti senza fissa dimora con disturbi mentali, ho avuto la percezione, poi diventata certezza, che questa categoria di persone sia fortemente ignorata, non solo sul ciglio della strada dai passanti, ma anche, e con conseguenze peggiori, delle istituzioni: infatti, mi aspettavo di trovare abbondanti dati, studi e ricerche sul fenomeno, in quanto innegabilmente presente e pervasivo della realtà di ogni città, italiana e non, ma di fatto ho riscontrato una grande carenza sia di interesse sia di statistiche. Questa deludente mancanza poteva essere già premonitrice di un sistema colmo di carenze e ostilità.

Studiando e vedendo in prima persona l'importanza dell'assistenza fornita a queste persone, ho sperimentato frustrazione, delusione e scoraggiamento, per i già sufficientemente citati limiti, ma anche speranza, fiducia e entusiasmo per svolgere attivamente il mio ruolo da professionista della salute mentale per contribuire a rendere la nostra società veramente attenta a tutti i suoi membri. Non è mancata anche la rabbia: non è pensabile, infatti, che in una organizzazione avanzata e proattiva come la nostra non vengano assistiti a dovere le persone più in difficoltà e in condizioni di emarginazione solamente perché non vengono manifestate richieste d'aiuto esplicite. Noi psicologi abbiamo gli strumenti e la possibilità di captare questi sopiti appelli e mi auspico che, in un futuro prossimo, aumenti la consapevolezza e l'attenzione a questo fenomeno, e che a questa aumentata coscienza consegua un efficientamento della cooperazione tra enti che se ne occupano. Desidero essere parte attiva di questo cambiamento.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Barbu S. (2023). Mapping healthcare in homelessness services. *Feantsa*, 1-28.

Bevan, C. (Ed.). (2024). *The Routledge Handbook of Global Perspectives on Homelessness, Law & Policy* (1st ed.). Routledge.

Bianciardi C. (2018) Homeless. Chi sono e come si interviene sui territori metropolitani torinesi. Dipartimento di Culture, politica e società, Università degli Studi di Torino.

Camuccio C. A., Callegarin S., Cutrone F. (2020). "Salute e malattia ai margini della società: uno studio qualitativo sui Senza Dimora" *Journal of Health Care Education in Practice*, 2(2), 55-64.

Consoli T., Meo A. (2020). *Homelessness in Italia: biografie, territori, politiche*. Milano: Angeli.

Costa F. (2022). *California. La fine del sogno*. Mondadori.

Decembrotto, L. (2017). Homelessness e possibili interventi di contrasto alla povertà estrema. *Lifelong Lifewide Learning*, 13(30), 42–51.

Fazel, S., Khosla, V., Doll, H. and Geddes, J. (2008). "The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis." *PLoS Med* 5(12): e225.

Gnocchi, R. (Ed.). (2009). *Homelessness e dialogo interdisciplinare: analisi a confronto tra modelli diversi*. Roma: Carocci.

ISTAT (2012) Indagine nazionale sulle condizioni delle Persone Senza Dimora (Roma: Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)).

Laliberté, V., Roussel-Bergeron, D., Latimer, E. A., & Farmer, O. (2022). PRISM: A Shelter-Based Partnership for People Experiencing Homelessness and Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 73(4), 467–469

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, fio.PSD. (2015). Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia.

Padgett D. K., Henwood B. F., Tsemberis S. J., (2018). Housing First: una storia che cambia le storie. Milano: Angeli.

Pleace, N. (2012). Housing first. DIHAL.

Quigley, J. M., Raphael, S., & Smolensky, E. (2001). Homeless in America, Homeless in California. *The Review of Economics and Statistics*, 83(1), 37–51.

Rafla-Yuan E, Handunge VL, White JJ, Castillo EG. (2024) Housing, Homelessness, and Mental Health. *Psychiatric Annals.*;54(7):e202-e208.

WHO (2020). Apart Together survey, Preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19.

Tsai J. (2020) Is the Housing First Model Effective? Different Evidence for Different Outcomes. *Am J Public Health*. 2020 Sep;110(9):1376-1377.

## SITOGRAFIA

ASL Città di Torino. [www.aslcittaditorino.it](http://www.aslcittaditorino.it)

Caleidos Cooperativa Sociale, Area Dipendenze Patologiche.  
[www.caleidos.mo.it](http://www.caleidos.mo.it)

Camminare Insieme. Bilancio e relazioni. [www.camminare-insieme.it](http://www.camminare-insieme.it)

Centro Torinese di Solidarietà. [www.ctstorino.com](http://www.ctstorino.com)

Fio.PSD. [www.fiopsd.org](http://www.fiopsd.org)

Housing First Italia. [www.housingfirstitalia.org](http://www.housingfirstitalia.org)

ISTAT. Censimenti permanenti. [www.dati-censimentipermanenti.istat.it/](http://www.dati-censimentipermanenti.istat.it/)

National Alliance to End Homelessness. Homelessness in America.  
[www.endhomelessness.org/homelessness-in-america/](http://www.endhomelessness.org/homelessness-in-america/)

Ministero della salute. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

Senato della Repubblica. [www.senato.it](http://www.senato.it)

The unhealthy state of homelessness. Health audit results 2014. A cura di  
Homeless link. Disponibile all'indirizzo web: [www.homeless.org.uk/facts/our-research/h](http://www.homeless.org.uk/facts/our-research/h)