

## Diritti senza dimora

Il contrasto alla povertà estrema tra nuovi bisogni e nuove sfide

Milano, 4 maggio 2023 – ore 10.00 - 17.00

Ariosto Spaziocinema – Via L. Ariosto, 16 - Milano

(in presenza, con diretta streaming)

Il convegno, promosso da Welforum, in collaborazione con IRS, ARS, fio.PSD e Federsanità Anci Toscana, ha mirato ad offrire una lettura critica e ragionata rispetto al quadro delle policy in materia di marginalità estrema e senza dimora in Italia, con uno sguardo sia all'evoluzione dei bisogni che all'offerta di servizi e risorse. Oltre a fare chiarezza sulla tematica, dal punto di vista regolativo, dimensionale, dei diritti, delle opportunità e delle sfide future, ci si concentrerà su alcune esperienze territoriali particolarmente significative ed innovative, con l'auspicio che possano svolgere una funzione di apprendimento e stimolo al possibile ri-orientamento delle politiche e degli interventi rivolti a questi bisogni crescenti.

Da Palermo, attraverso le voci di Anna Maria Rita Cullotta (Fondazione San Giuseppe de Falegnami) e Vincenzo D'Amico (fio.PSD) è stata condivisa la buona pratica in corso di realizzazione all'interno del progetto "Re-Care: ricostruire Salute e cura".

**Re Care: RI Costruire Salute** è un progetto quadriennale, finanziato da Fondazione Con il Sud all'interno del Bando Socio - Sanitario 2020

Il progetto affronta la questione della Salute, nel senso composito e plurimo proposto OMS, ponendo il focus dell'intervento sulla dimensione della Salute Mentale delle persone Senza Dimora in una prospettiva Bio Psico Sociale.

La complessità dell'approccio ha richiesto una pluralità di partners del contesto territoriale e comunitario in cui esso ha trovato forma, contenuto e senso. Una pluralità di attori e connessioni che si costituiscono al tempo stesso come nodi problematici e possibili risorse per dipanarli.

Fio.Psd, Fondazione san Giuseppe dei Falegnami e Cooperativa La Panormitana (bracci operativi della Caritas diocesana di Palermo) DSM di Palermo, Comune di Palermo, Città Metropolitana, Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Palermo, Centro Astalli, Associazione Nawel di promozione sociale.

La motivazione che ha orientato la scelta del focus di salute è espressione di un ragionamento dei partners sui fattori ostacolanti l'accesso alle cure delle persone senza dimora nei distretti socio sanitari 42 e 36.

Alcuni punti:

1. Le persone senza dimora portatrici di disagio psichico, nelle diverse forme e gradazioni in cui può manifestarsi, difficilmente accedono ai servizi per la salute mentale
2. Il Dipartimento di Salute Mentale di Palermo, con i Centri di Salute Mentale, esprime la necessità di arrivare alle persone senza dimora. Il DSM non ha, infatti, un servizio mobile su strada destinato all'intercettazione e all'intervento rivolto alle persone senza dimora, ma ancora di più, manca il collegamento tra i CSM e le realtà del territorio che si occupano delle persone senza dimora
3. Gli operatori dei Poli di accoglienza hanno evidenziato la necessità di relazione con i CSM.
4. Esiste una buona pratica sperimentata nel tempo di un modello di presa in carico comunitaria, frutto della collaborazione tra Caritas diocesana e DSM (citata in una circolare regionale come buona pratica di lavoro di integrazione e di comunità)

Dalla rilevazione dei bisogni, ma anche delle risorse territoriali si è passati alla cocostruzione di una progettualità sintetizzabile in 3 grandi blocchi di azioni interconnesse e trasversali.

### **1. Integrazione sociosanitaria**

#### **1. Modello di Presa in carico comunitaria**

#### **2. Percorsi di promozione culturale, di giusta informazione e sensibilizzazione**

Re Care ha voluto rivedere gli ingranaggi di un approccio sociosanitario inceppato, definendo un percorso operativo chiaro basato sull'integrazione prima ancora che di competenze, della condivisione di un pensiero e di un approccio alla presa in carico di Salute Mentale della persona senza dimora. Ferma la convinzione che il servizio sanitario non può, che "essere sociale" se intende perseguire la tutela della Salute in senso bio psico sociale, abbiamo posto le basi perché ciò che era condiviso e di appartenenza in senso ideologico, potesse trovare realizzazione con la partecipazione e il cambio di passo di tutti i partners all'interno di un contesto comunitario chiaro.

La presa in carico socio sanitaria della persona senza dimora è assunzione di responsabilità della domanda di cura del soggetto e del suo contesto di appartenenza. "Cura" nelle valenze umana, relazione, sociale, medica che tutti gli attori del benessere, siano essi sociali che sanitari, sono chiamati ad adempiere a beneficio di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

## **Il Modello**

Il progetto ha portato alla definizione di un modello di intervento composito, in cui è possibile identificare diversi interventi

- Aggancio della persona che può avvenire attraverso le unità di strada, già presenti sul territorio e messe a sistema, quattro nuovi presidi territoriali, urbani ed extra urbani, ricadenti nei due distretti socio sanitari.
- Segnalazione al DSM. È stata creata una équipe multidisciplinare all'interno del DSM anche con funzione di coordinamento per la presa in carico delle persone senza dimora. Alla valutazione clinica e sociale che vede l'apporto congiunto dell'équipe socio sanitaria di ReCare, segue l'elaborazione del Progetto Terapeutico Individualizzato, che nella sua composizione prevede l'integrazione di aspetti medico sanitari, sociali, riabilitativi a forte valenza relazionale e comunitaria. Condizione necessaria è l'accettazione consapevole da parte della persona di essere aiutato, ciò presuppone nella persona la consapevolezza di un disagio personale, il riconoscimento della necessità di aiuto e l'accettazione di un percorso di cura. Condizioni a cui la persona può arrivare in tempi e con supporti diversi da parte di tutta l'équipe.
- Ad integrazione delle attività interne al sistema sanitario (centri diurni, gruppi terapeutici ecc..) sono stati definiti importanti aspetti della riabilitazione in contesti relazionali comunitari, esterni al sistema sanitario, dove la persona può sperimentare competenze oscurate dalle condizioni di vita, dalla malattia, dalla marginalità, scoprire abilità nuove frutto di una messa in gioco importante tanto del paziente quanto di chi lo supporta in questo percorso. Tutto ciò ha una importanza terapeutica di cura e di salute formidabile. L'impegno settimanale chiede un riorientamento del tempo, una riorganizzazione di spazi, definisce un ritmo improntato alla costanza e alla responsabilità. Al contempo, il contesto riconosce e scopre nella persona senza dimora una risorsa.
- Altro snodo importante del modello, prevede l'orientamento lavorativo, attraverso tirocini formativi; la presenza di peer che seguono la persona all'interno del progetto, come esperto motivante.
- La dimora è garantita attraverso diversi livelli. Una bassa soglia garantita dal Poc con i centri diurni e notturni; un appartamento in condivisione per 3 persone in autogestione. Un'ulteriore autonomia abitativa successiva alla conclusione del progetto, a garanzia della sostenibilità del modello prodotto.

## **L'integrazione sociosanitaria**

La gestione dell'ingranaggio non è semplice e l'Integrazione Socio-Sanitaria è la scommessa più impegnativa, a partire già dal significato da attribuirle. Tanto più un termine è usato, infatti, tanto maggiore è il rischio di una sua distorsione. Sono trascorsi ventitré anni dalla Legge 328/2000 che ha dato indicazione per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, ma la riflessione sull'integrazione sociosanitaria e sulle strategie perché essa possa attuarsi è quanto mai attuale e doverosa. Una rapida riflessione, consente di identificare alcune possibili ragioni e

motivazioni. Intanto l'integrazione è un fenomeno mutabile, plastico che risente del tempo storico, (emergenze, calamità naturali, etc). Si pensi a quanto la pandemia abbia messo in discussione i protocolli sanitari. La consapevolezza di salute delle persone e della comunità, ma anche la loro richiesta di cura non è una condizione stabile, ma si modifica nel tempo. Ciò che la negli anni 2000 era l'indicazione di integrazione sociosanitaria, oggi possibilmente, è in parte diversa. Quindi in senso utopico si potrebbe dire che l'integrazione sociosanitaria non è mai raggiungibile, in senso assoluto, poiché figlia del suo tempo, dunque, in continua evoluzione. Lo stesso modello che stiamo imbastendo secondo fine sartoria socio sanitaria, andrà rivisto e rimodulato. L'integrazione è tale se risponde plasticamente al tempo in cui deve realizzarsi. Ci sono tuttavia dei principi che dovrebbero orientarne il suo raggiungimento, altrimenti c'è il rischio di esporla a fraintendimento.

Una delle possibili distorsioni applicative del concetto di integrazione, a personale parere, si verifica quando si ha una idea di salute monodimensionale, in cui gli approcci che dovrebbero concorrere al benessere sistemico della persona, si affiancano. In questo caso siamo di fronte ad una dinamica per chiamata successiva, che si realizza quando un servizio esaurisce le proprie competenze di intervento, ma non essendo in grado di trattare sufficientemente il bisogno manifesto ed accertato, interPELLa un altro servizio, un ente, il terzo settore.

Questa non è una reale e strutturata integrazione. L'integrazione non è affiancamento, non avviene in modo sequenziale, è sistema in cui tutto è più della somma delle singole parti.

La distorsione è nel pensare in modo consecutivo e non complesso e complementare.

Per realizzare questa interconnessione, sono stati definiti processi e modelli organizzativi, che hanno consentito di connettere servizi paradossalmente lontani dentro un percorso che parte dal pensarsi fin dall'inizio in modo composito e complesso a partire da quella singola persona.

Abbiamo formalizzato accordi di collaborazione, integrando risorse già presenti, evitando così tanto inutili quanto dispendiosi duplicati.

È stato definito un percorso operativo di presa in carico, con tempi, competenze, modalità di relazione tra servizi che evita il maldestro, quanto consueto, invio delle persone da un servizio all'altro, fatto di continue ripetizioni ed esposizione a incessanti valutazioni monodimensionali. La valutazione clinica è fin dall'inizio anche sociale.

Tutta l'azione di cura e salute proposta si centra sul modello della Community Care, volto a realizzare reti di assistenza per i membri più deboli della comunità, coinvolgendo una pluralità di soggetti in grado di operare nel contesto umano e sociale in cui le persone vivono attraverso soluzioni organizzative in grado di superare i modelli assistenziali di tipo gerarchico e prestazionale, a favore di nuovi approcci di tipo relazionale, multisettoriale e di rete che sappiano privilegiare un'ottica di integrazione socio-sanitaria a livello territoriale e distrettuale nella capacità di realizzare reti di salute e di cura. In una visione proattiva, la persona senza dimora con disagio psichico non è solo, dunque, destinataria di un servizio, ma è essa stessa risorsa per la comunità. Quest'ultima, non si configura come contenitore di problematicità, ma si propone

come luogo opportunità e di responsabilità condivise.

Il modello di Community care – inteso come “presa in carico della comunità da parte della stessa comunità”– rende possibile il transito da un’idea di comunità come luogo fisico destinatario di prestazioni socio-sanitarie (territorio), ad un’immagine di comunità come “rete di relazioni sociali significative” (Tartaglini, 2006).

In questa ottica di complessità, l’integrazione socio sanitaria non può che essere ricorsiva e rigenerativa di se stessa e dei circuiti di cura e di salute.

La cornice del nostro intervento è lo sviluppo del potenziale umano e intellettuale delle persone coinvolte nel progetto, al fine di creare le condizioni di un sano benessere fisico, psicologico e relazionale. Il tentativo è quello di concepire in chiave moderna il concetto di salute mentale.

Già a partire dagli anni 50, con alcune sfumature più significative nell’arco dei decenni successivi, si è tentato di specificare che la salute mentale è una condizione di benessere che consente all’essere umano il pieno sviluppo del proprio potenziale che significa appropriazione delle vite, dei corpi, delle azioni delle persone internate negli ospedali psichiatrici per finalità di cura, di sperimentazione, di inclusione.

Oggi viviamo in un contesto che la letteratura sul tema definisce fluido in cui le visioni dell’uomo e della donna come essere biologico, psicologico e sociale coesistono e si confrontano, cercando di fondersi in una pratica con sfumature e sottolineature diverse da paese a paese e con un enorme sforzo da parte delle istituzioni internazionali di creare delle epistemologie condivise al fine di giungere ad una definizione di salute mentale e delle relative pratiche raccomandate in cui non c’è antinomia tra malattia e salute.

Si tratta di due piani diversi e soprattutto quello della salute è un piano che riguarda l’intera popolazione (riguarda l’analisi dei fattori di rischio, l’analisi di pratiche sociali che garantiscano uguaglianza di accesso alle opportunità, che garantiscano inclusione, promozione della salute, prevenzione e che garantiscano all’essere umano un armonico sviluppo in tutte le fasi della vita, dalla gravidanza alla senescenza).

Su tale versante il piano di intervento locale appare il più idoneo per sperimentare alleanze tra diversi attori, forme di *governance* efficaci ed efficienti e dispositivi di presa in carico dell’utente (Tumminelli 2022).

In linea, con gli sviluppi dell’antropologia e della sociologia sul tema l’interesse principale si è addensato sul tema di accompagnare gli individui e soprattutto, sulle riflessioni sul come sviluppare le forme di accompagnamento.

Quindi la cura della malattia non è da intendere come l’unica pratica di accompagnamento e probabilmente neanche la principale: per raggiungere una condizione di piena salute appare necessario integrare la cura della malattia con la condivisione di percorsi e l’individuazione di

soluzioni pratiche che passano attraverso svariate opportunità fortemente individualizzate: si tratta di accompagnare gli individui, non di standardizzare delle cure.

I servizi di salute mentale hanno mantenuto un'attenzione verso l'accompagnamento legata ad una visione: nessuna persona con disturbi mentali è la sua malattia quindi se l'obiettivo è creare salute oltre a curare la sua malattia bisogna occuparsi di creare delle opportunità di sviluppo del potenziale di ogni persona coinvolta.

Ecco perché gli strumenti con cui operiamo, che sono codificati nella legislazione nazionale e regionale, si basano su un concorso dell'intera comunità ai processi di salute mentale.

Il piano regionale è l'architrave della organizzazione dei servizi di salute mentale e identifica due sistemi: un sistema di cura e un sistema di comunità. Quest'ultimo invoca il coinvolgimento dell'intera comunità per la realizzazione di condizioni di salute mentale, cioè non si affida solo alle cure del sistema sanitario ma invoca la partecipazione dei cittadini, (al riguardo Re-Care coinvolge gli studenti delle scuole superiori, gli studenti universitari tramite il partenariato Dems, i volontari), degli enti locali (in Re-Care è partner il Comune di Palermo e la Città metropolitana di Palermo), del volontariato, del terzo settore (al riguardo in Re-Care è in corso di realizzazione la sottoscrizione di protocolli con altri enti del Terzo Settore non facenti partner della rete progettuale e ritenuti utili mano a mano che emergono i bisogni da parte dei beneficiari per fini di attività di volontariato, di tirocinio, lavorativa).

Tali ultimi interventi non sono realizzati in maniera generica ma strutturati indicando gli obiettivi specifici che costituiscono l'inclusione lavorativa, il tempo libero, il lavoro. In due battute per creare condizioni di equità, di esigibilità dei diritti al fine che in ogni data situazione la persona interessata possa realizzare il potenziale fisico e mentale tenendo come assi portanti quello dell'abitare, del lavoro e della socializzazione.

Per il buon esito dell'**abitare** - inteso come intervento che promuove la *recovery* e il rispetto dei diritti umani delle persone con difficoltà di salute mentale - è essenziale garantire che i servizi sociali e quelli di salute mentale si impegnino in collaborazioni concrete, pratiche. Ciò richiede cambiamenti significativi nelle conoscenze, competenze e capacità di tutte le parti interessate e per tal motivo all'interno del progetto è prevista la supervisione da parte di esperti Fio.PSD all'equipe multidisciplinare.

Le numerose sperimentazioni europee sull'abitare degli ultimi vent'anni si situano in un *continuum* tra fedeltà assoluta al modello originario americano e la necessità di adeguare, pur mantenendo fermi i principi della filosofia, l'approccio ai contesti locali. Di seguito sono delineati i principi proposti nell'**Housing First** Guide Europe<sup>1</sup>:

- la casa è un diritto umano;
- l'autodeterminazione nelle scelte da parte dei beneficiari;

---

<sup>1</sup> [https://www.feantsa.org/download/hfg\\_it7633863713325005131.pdf](https://www.feantsa.org/download/hfg_it7633863713325005131.pdf).

- la separazione della casa dai servizi terapeutici (nel paradigma dell'Housing First si stabilisce il diritto all'abitazione senza condizioni, non si pretende alcun cambiamento o adesione a percorsi terapeutici in cambio dell'accesso alla casa);
- l'orientamento al recupero;
- la riduzione del danno (la scelta di questo approccio in caso di abuso di sostanze è indispensabile alla luce dei punti precedenti);
- l'impegno attivo ma senza costrizioni;
- la pianificazione orientata alla persona;
- il supporto flessibile per tutto il tempo necessario.

L'aspetto legato alla **socializzazione** è facilitato attraverso il partenariato con l'Università di Palermo - Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali (DEMS) e le scuole del territorio che favoriscono, attraverso i giovani studenti, l'azione dei processi partecipativi, dell'*empowerment* della comunità e del rafforzamento del ruolo della comunità negli interventi in atto. L'obiettivo, attraverso il processo di coinvolgimento dei cittadini nelle azioni di educazione sanitaria e di sensibilizzazione, è trasferire l'idea di concepire sé stessi come comunità.

Da questo punto di vista, lo studio dei fattori che influenzano la propria salute, le traiettorie che possono modificarla, sono volte a favorire lo sviluppo di un senso di appartenenza alla propria comunità (*ownership*) e di incremento del capitale sociale. Tale coinvolgimento rappresenta insieme la strategia dell'intera idea progettuale, nel tentativo di co-costruire un processo virtuoso che trasli l'attenzione dal soddisfacimento del bisogno del singolo alla realizzazione di un sogno collettivo di benessere sociale: un 'I Care', un 'mi importa' collettivo, ispirato a Don Lorenzo Milani. L'attivazione di una borsa di studio per una ricerca sul tema è azione prevista dal progetto in capo all'Università.

In merito all'aspetto di avvicinamento al mondo del **lavoro** è interessante sottolineare la linea di intervento, in capo all'Asp Palermo, volta a coinvolgere attraverso bando pubblico, utenti *peer* in uscita dai servizi, che diventino essi stessi erogatori di cura nei confronti delle persone fragili attualmente prese in carico. Tale percorso consentirà di riscoprire e consolidare abilità messe in ombra dalla patologia. Il modello di riferimento alla base di tale intervento è quello dell'addestramento alle abilità sociali ("*Social Skills Training*"), raccomandato dall'OMS come uno degli elementi cardine nei progetti per la salute e il benessere.

Elemento chiave per la riuscita di questi interventi è il **lavoro di rete** già a partire dall'impostazione in fase progettuale, potenziando gli interventi di carattere formativo, sociale, occupazionale, garantendo l'integrazione con gli uffici di servizio sociale, con organismi sociali e socio-sanitari e con le reti di solidarietà e di mutuo-aiuto presenti nel territorio.

Le **sfide** da affrontare risultano, dunque, molteplici e multi-attoriali. La visione è volta verso l'integrazione socio-sanitaria e socio-lavorativa con un approccio partecipativo capace di costruire servizi inclusivi e capacitanti. Alcune tra le problematiche contingenti da affrontare sono legate all'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale (LEPS), alla residenza anagrafica e al pronto intervento sociale (PIS).