



Dignità e Benessere

Approcci pratici per lavorare con persone
senza dimora con problem di salute



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Erasmus+ Titolo del progetto: DIGNITY & WELL-BEING: Exchange for changing (2016-1-PT01-KA202-022970 ERASMUS+)

Titolo del documento:

Practical approaches to working with homeless people with mental health problems

Approcci pratici per lavorare con le persone senza dimora con problemi di salute mentale

Autori

Elias BARRETO, Psicologo, CHPL

António BENTO, Psichiatra, CHPL

Luigi LEONORI, Psicologo, SMES-Europa

Silvia RAIMONDI, Psicologo, SMES-Europa

Philip TIMMS, Psichiatra, SMES-Europa

Pierre RYCKMANS, Medico, IdR, SMES-Europa

Preben BRANDT, Psichiatra, Projekt UDENFOR

Per GLAD, Operatore Sociale, Projekt UDENFOR

Gitte AALBÆK, Operatore Sociale, Projekt UDENFOR

Panagiota FITSIOU, Psicologo MSc, EKP&PSY

Niki DARMOGIANNI, Educational Trainer, EKP&PSY

Sofoulis TATARIDIS, Project Officer, EKP&PSY

Renia POURNARA, Avvocato, MfA, EKP&PSY

Jacopo LASCIALFARI, Project manager, Fondazione Devoto

Andrzej CZARNOCKI, Facility Director, Caritas AW

Anne BOCZKOWSKA, Psicologo, Caritas AW

Victor SOTO, psichiatra, PSSJD

Isabel M^a MARTÍNEZ, Infermiera per la salute mentale, PSSJD

Inés CAMPO, Infermiera per la salute mentale, PSSJD

Tony O'RIORDAN, CEO, Midland Simon

John MCEVOY, Project manager, Midland Simon

Partnership: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Coordinator, (Portogallo); Santé Mentale Exclusion Sociale SMES-Europa (Belgio), Etairia Koinonikis Psixiatrikis kai Psixikis Ygeias (Grecia), Projekt UDENFOR (Danimarca), Istituto Andrea Devoto (Italia), Caritas Archidiecezji Warszawskiej (Polonia), Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Spagna) and Midlands Simon Community (Irlanda) con la special partecipazione di Infirmiers de rue, Belgio, ospiti di Smes-Europa.

Luogo di edizione

Lisbona, PT

Data di edizione

Giugno 2019

“

Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà

Art. 25 Dichiarazione Universale dei Diritti Umani

INDICE

Introduzione	6
Sociale	11
Salute	25
Housing	42
Recovery	58
Outreach	70
Networking	86
Staff Care	100
Programma Formativo	112
Glossario	122
Bibliografia	130

INTRODUZIONE

Lavorare con persone nella condizione di senza dimora con problemi di salute mentale è un compito impegnativo, per il quale nessuno è inizialmente preparato. I molteplici problemi presenti (sanitari, sociali, abitativi, di recupero, di outreach, di networking, di cura del personale e gestione dell'equipe) rendono difficile per un singolo professionista, disciplina o servizio essere preparato per tutte le sfide che dovrà affrontare. Capita spesso che i professionisti che cominciano a lavorare con queste persone siano messi a confronto con i propri limiti e che sentano il bisogno di andare oltre i loro metodi e le loro conoscenze consuete, sviluppando nuove capacità per diventare più attenti ai bisogni specifici delle persone e più abili nel cooperare con gli altri.

Un'osservazione ricorrente è che ciò che uno ha imparato da una normale università e dai percorsi formativi professionali non è abbastanza per affrontare le sfide del lavoro con queste persone.

In questo campo è essenziale imparare dall'esperienza, trarre insegnamento dall'esperienza altrui, sviluppare una pratica riflessiva che ricerchi soluzioni flessibili per contesti unici, piuttosto che copiare soluzioni già pronte.

Questo manuale vuole aiutare i professionisti a sviluppare le abilità necessarie per attuare una migliore metodologia di approccio con le persone in difficoltà, analizzando un ambito nel quale i futuri professionisti possano diventare più coscienti delle sfide e della portata del compito così come delle buone prassi nel lavoro con le persone senza dimora con problemi di salute mentale.

Dignità e Benessere, Approcci pratici per lavorare con gli homeless con problemi di salute mentale è il risultato di un progetto di tre anni (2017-2019) finanziato dal Programma Erasmus +.

All'origine del progetto si trova un precedente progetto realizzato da SMES-Europa chiamato "Dignità e benessere" realizzato nel 2015-2016, che ha promosso una serie di workshop in cui professionisti provenienti da diversi paesi potevano incontrarsi per discutere su vari casi concentrandosi su quelli delle persone senza dimora con problemi di salute mentale che vivevano in condizioni precarie e che apparentemente rifiutavano l'assistenza. Durante questo primo progetto è stato anche possibile visitare i servizi dedicati alle persone senza dimora e condividere pratiche e metodologie. Ci sono stati tre workshop, a Varsavia, ad Atene e a Copenhagen, dopo i quali è stata compiuta un'analisi qualitativa di oltre 50 casi diventata poi una pubblicazione sui percorsi possibili di intervento con persone senza dimora con problemi di salute mentale (Fabio Bracci, 2017; SMES-Europa in collaborazione con Fondazione Istituto Andrea Devoto).

Il progetto Erasmus+ "Dignity and Well-Being – exchange for changing" "Dignità e benessere – scambiare per cambiare" ha usato la stessa metodologia sviluppata da SMES-Europa (discussione dei profili dei casi e visite ai servizi) per raggiungere un nuovo obiettivo: lo sviluppo di un percorso di formazione e di un manuale che potessero essere utili per formare i futuri professionisti che avrebbero lavorato con persone senza dimora con problemi di salute mentale.

Il 9-10 Dicembre 2016, a Bruxelles si è tenuto l'incontro d'inizio del progetto per pianificare e studiare come raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il primo workshop si è svolto a Lisbona, dal 14 al 18 Marzo 2017. È stata un'opportunità per il gruppo per cominciare a pensare insieme a come rendere concreto questo progetto. Oltre a riprendere la metodologia delle visite e delle discussioni sui profili dei casi, è stata aggiunta una nuova dimensione. A ognuno è stato chiesto di riflettere su quali tipi di conoscenze e abilità tra le proprie competenze professionali erano carenti quando aveva cominciato a lavorare con le persone senza dimora e cosa avesse imparato di nuovo in questo campo. È stata avviata una discussione di gruppo, e sono state analizzate le risposte che sono venute fuori, sia individualmente che in gruppo.

Allo stesso tempo, è stata un'opportunità per visitare molti servizi a Lisbona e per imparare come erano attualmente organizzati e coordinati sotto la guida di NPISA, un'unità creata da poco per la pianificazione degli interventi con le persone senza dimora. Negli ultimi due giorni del workshop si è svolta una conferenza SMES a cui hanno partecipato membri di 15 diversi paesi. Le conferenze e i workshop si sono concentrati sui servizi Sociali, Sanitari, di Housing e di Recovery.

Il workshop successivo si è svolto in Irlanda dal 25 al 29 ottobre 2017. La prima parte della settimana ha avuto luogo a Dublino, la seconda ad Athlone. Questo secondo momento formativo ci ha permesso di visitare i servizi per persone senza dimora in una grande città e in aree rurali, oltre a poter ascoltare un'ampia gamma di esperti e persone con responsabilità a livello amministrativo e politico.

Oltre alla discussione sui profili dei casi, in questo workshop è stato fatto un brainstorming su quali fossero gli aspetti considerati essenziali e imprescindibili quando si lavora con le persone senza dimora con problemi relativi alla salute mentale. Il risultato è stato uno schema che ci ha guidati per il resto del progetto, e che è rappresentato nei sette capitoli di questo manuale: Sociale, Salute, Housing, Recovery, Outreach, Networking e Staff Care. Una volta definito lo schema il gruppo ha potuto iniziare a lavorare sulla prima stesura.

Nell'incontro di valutazione intermedia che si è svolto a Firenze, dal 19 al 20 Febbraio 2018, è stato possibile ascoltare esperti del settore e accademici che ci hanno aiutato a guardare in modo più critico i nostri obiettivi ed il lavoro in corso. Nel workshop, il gruppo ha lavorato per capire più nel dettaglio quali fossero i contenuti fondamentali da analizzare in ogni sezione, e questo ha permesso di strutturare ed elaborare una seconda stesura.

Il successivo laboratorio si è svolto ad Atene dal 7 al 12 maggio 2018. Oltre a visitare diversi servizi chiave di Atene è stato possibile avere un confronto con utenti dei servizi, stakeholder, autorità locali e rappresentanti statali coinvolti nelle politiche e nelle pratiche quotidiane nei confronti delle persone senza dimora e di gruppi specifici di questa categoria come rifugiati e senza dimora con problemi di salute mentale.

È stata anche l'opportunità di osservare la documentazione prodotta fino a quel momento per stabilire una struttura condivisa da usare in ogni capitolo. A ciascun argomento è stato dedicato un workshop (sette in totale) e ognuno di questi è stato organizzato in due sottogruppi. I risultati di queste discussioni e riflessioni hanno portato alla creazione di un documento per ogni sottogruppo, poi sintetizzati in un singolo documento.

L'ultimo laboratorio si è svolto a Barcellona dal 22 al 26 ottobre 2018. Ancora una volta, abbiamo potuto visitare numerosi servizi per persone senza dimora della città, ascoltare e scambiare idee con gli esperti locali e anche con persone che avevano vissuto la condizione di senza dimora con problemi di salute mentale. È stato inoltre il momento per riunire i feedback e per discutere insieme i documenti che erano stati prodotti fino a quel momento e che si stavano avvicinando alla forma finale.

L'incontro di valutazione finale del progetto ha avuto luogo a Bruxelles, dal 7 al 9 marzo 2019. Sono stati riesaminati tutti i fatti accaduti durante questo progetto ed analizzati i prodotti intellettuali realizzati.

Il 9 maggio 2019 a Varsavia si è tenuta una conferenza per presentare i risultati del progetto: il Programma Formativo e il Manuale.

Va detto che tutti i workshop sono stati momenti di intenso lavoro e l'occasione per invitare esperti locali, amministratori locali e responsabili politici, rafforzando la rete locale così come quella europea.

Inoltre, è stato compiuto molto lavoro a casa, tra un workshop e l'altro. Per ogni argomento sono stati formati dei sottogruppi e si sono avuti vari scambi di idee tra i diversi sottogruppi e tra i sottogruppi e l'editore poi riportati all'interno del gruppo completo, rendendo il lavoro una vera opera collettiva.

La descrizione di come si sia sviluppato il progetto è necessaria per rendere chiaro il processo che ha portato alla creazione di questo manuale. Rappresenta il distillato dei risultati di molte visite, scambi, discussioni di gruppo, di lavoro individuale e delle esperienze accumulate dei partners. Tutti hanno lavorato per molti anni con le persone senza dimora e provengono da un'ampia varietà di percorsi professionali e di culture organizzative. Inoltre, c'è l'eterogeneità di un gruppo i cui partecipanti provengono da 8 diversi paesi. Questa eterogeneità ha contribuito a una ricchezza di punti di vista che ha aiutato a plasmare le dinamiche e il processo di lavoro di gruppo. Anche se in questo manuale è presente una molteplicità di prospettive e punti di vista, ci sono una coerenza e un'unità di fondo che sono il risultato di un viaggio di tre anni come gruppo, i cui membri sono arrivati a comprendere e ad apprezzare le loro differenze ma anche la base comune di valori e di esperienze che li lega.

Questo manuale si articola in sette capitoli dedicati ai quattro pilastri e alle tre travi che insieme sostengono l'edificio di un intervento coerente sulle persone senza dimora con problemi di salute mentali:

1. Sociale
2. Salute
3. Housing
4. Recovery
5. Outreach
6. Networking
7. Staff care

I quattro pilastri riguardano gli ambiti del sociale, della salute, dell'housing e del recovery fondamentali nel lavoro con le persone senza dimora affinché essi raggiungano dignità e benessere mentre le tre travi sono l'outreach, il networking e la cura e formazione del personale che permeano e connettono tutti questi aspetti.

In ogni capitolo, è presente un'introduzione al tema, le idee e i concetti principali, le probabili difficoltà, le buone pratiche ed un caso studio o la descrizione del profilo di un caso che evidenzia le problematiche descritte. Ci sono anche un glossario e una bibliografia.

1. **Sociale:** la condizione delle persone senza dimora si inserisce nell'ordinamento sociale delle comunità e dei network delle relazioni sociali. Dato che i fattori sociali sono tanto parte del problema quanto della soluzione, questo capitolo fornirà un contesto per una riflessione sul ruolo dei fattori sociali, della protezione sociale e dell'assistenza sociale relativa alle persone senza dimora.
2. **Salute:** questo capitolo aiuterà a conoscere il ruolo degli interventi sanitari in strada, nei servizi d'emergenza, nei ricoveri ospedaliero e nelle dimissioni, nei trattamenti sanitari obbligatori ed ingenerale evidenzierà le buone pratiche di assistenza sanitaria verso le persone senza dimora.
3. **Housing:** Con questo capitolo verrà evidenziata l'importanza dell'housing e della costruzione del concetto di casa, del lavorare da una prospettiva della "casa come diritto", del ruolo dell'accoglienza d'emergenza e di quella a lungo termine e delle buone prassi nel lavorare nel settore dell'housing.
4. **Recovery:** Il quarto capitolo è dedicato al processo di recupero. Aiuterà a rendere più chiara la specificità della riabilitazione come processo distinto dal trattamento, evidenzierà le principali difficoltà, come gestirle, il ruolo dei professionisti e le buone prassi nel facilitare i percorsi di recupero.
5. **Outreach:** Il lavoro con le persone senza dimora la ha generato varie forme di interventi di outreach, azione che si pone come un tratto distintivo nel lavoro con questa popolazione. Il quinto capitolo si concentrerà sulle pratiche di outreach e analizzerà le sue varie sfaccettature: un'attitudine attenta e rispettosa, un chiaro modello di servizio, le fasi di questa tipologia di intervento, il ruolo dei professionisti ed i principi base.
6. **Networking:** questo capitolo aiuterà ad aumentare la consapevolezza dell'importanza del networking come approccio multilivello, con livelli strutturali e operativi. Aiuterà anche a imparare come costruire e mantenere un network, come prevenire le difficoltà e come identificare le buone prassi nel lavoro di rete.
7. **Staff care:** Lavorare con le persone senza dimora mette i professionisti in contatto con intense forme di sofferenza umana, di stigmatizzazione e di ineguaglianza che possono intaccare il benessere ed influire negativamente sul modo di lavorare dell'equipe. Questo capitolo è dedicato alla cura dello staff e alla formazione, a come prevenire il burnout e a come promuovere lo spirito di gruppo ed il buon funzionamento del team.

I contenuti qui presentati son il frutto di un percorso che è stato una grande esperienza formativa per coloro che vi hanno partecipato, e desideriamo solo che possa essere replicato da altre persone e che possa divenire significativo così come lo è stato per gli autori.

Sociale

Introduction

Il punto di partenza per ogni analisi e discussione sui diritti sociali di base dei senzatetto deve tener conto della “Dichiarazione Universale Dei Diritti Umani” e in particolare degli articoli 2, 22 e 25.

“La protezione sociale è comunemente intesa come “tutte le iniziative pubbliche e private che forniscono trasferimenti di reddito o di beni di consumo ai poveri, proteggono i vulnerabili dai rischi della vita e migliorano lo status sociale e i diritti degli emarginati; con l’obiettivo finale di ridurre la vulnerabilità sociale ed economica delle fasce povere, emarginate e vulnerabili” (Devereux & Sabates-Wheeler, 2004: i).

“Questa definizione è in linea con lo sviluppo internazionale e può presentare differenze rispetto alle politiche sociali attuate nei paesi ad alto reddito. La protezione sociale è solitamente fornita dallo stato; in teoria è concepita come parte del contratto “stato-cittadino”, nel quale lo stato e i cittadini hanno diritti e responsabilità l’uno verso l’altro” (Harvey et al., 2007).

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani:

Articolo 2. Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione. Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico o internazionale del paese o del territorio cui una persona appartiene, sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi limitazione di sovranità.

Articolo 22. Ogni individuo, in quanto membro della società, ha diritto alla sicurezza sociale, nonché alla realizzazione attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale ed in rapporto con l’organizzazione e le risorse di ogni Stato, dei diritti economici, sociali e culturali indispensabili alla sua dignità ed al libero sviluppo della sua personalità.

Articolo 25. Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

L’assistenza sociale è un tipo di protezione sociale, ed è un’azione diretta con risultati chiari e immediati. È solitamente fornita dallo stato e finanziata con tasse nazionali. In contesti a basso reddito ha rilevanza anche il supporto da parte dei donatori. Le erogazioni di denaro non sono contributive, p. es. l’intera somma è pagata dal gestore del servizio. Alcune sono assegnate in base alle categorie di vulnerabilità, altre secondo criteri più ampi che riguardano i gruppi a basso reddito.

Sembra più corretto quindi parlare di protezione sociale piuttosto che di assistenza sociale. Organizzare i servizi pubblici in base alla protezione sociale crea automaticamente le condizioni per fornire assistenza sociale. Dall’altro lato gli interventi sul mercato del lavoro facilitano lo sviluppo di una rete di protezione sociale informale alimentata dai donatori, dalla carità e da interventi che fanno capo alla comunità.

La mancanza di una dimora è una condizione di vulnerabilità legata a molti fattori sociali, e la protezione sociale è allo stesso tempo parte del problema quando la mancanza di risorse, di una propria rete di sicurezza, di uno status legale di permanenza nel paese diventano barriere e parte della soluzione per quanto riguarda le azioni positive che possono aiutare una persona a trovare delle opportunità per liberarsi dalla condizione in cui versa.



I diritti sociali devono essere garantiti dal Sistema di Protezione Sociale. È grazie al funzionamento del Sistema di Protezione Sociale che si creano le condizioni per prevenire le differenze sociali e i processi di esclusione.

La prevenzione è l'obiettivo principale (e imprescindibile) della protezione sociale. In ogni paese i sistemi di protezione sociale sono strutturati per proteggere le persone più vulnerabili, migliorare la loro possibilità di accesso ai diritti e lo stato sociale. In questo senso specifico, i sistemi di protezione sociale hanno il compito, come parte della prevenzione, di promuovere la fine della deriva sociale causata dalla condizione di senza dimora e di prevenire che, una volta ottenuto un posto in cui vivere attraverso il processo di assistenza sociale, la persona senza dimora torni a vivere per strada.

Prendersi cura degli ultimi significa prendersi cura della propria comunità. Le persone senza dimora che vivono in uno stato di precarietà sociale, fisica o psichica grave e cronica sono il sintomo del fallimento della democrazia e della coesione sociale. Una comunità capace di ascoltare la voce delle sue persone più vulnerabili è una comunità pronta a prendersi cura di sé stessa. L'esclusione delle persone senza dimora con problemi di salute mentale crea due diverse tipologie di esseri umani – gli inclusi, con diritti, doveri e relazioni, e gli esclusi, privi di tutto ciò. Una società basata sui diritti non dovrebbe accettare di includere qualcuno se ciò significa escludere altri. La comunità deve essere il contesto in cui ognuno può essere incluso e ha il dovere di prendersi cura, collettivamente, di coloro che non sono produttivi e autonomi. E ciò non è solo per il benessere dei singoli individui ma anche per la salute generale dell'intera comunità.

Con l'entrata in vigore degli accordi di Schengen le persone, anche quelle senza dimora, hanno l'opportunità di muoversi tra gli stati membri e questo comporta una nuova sfida nell'ambito dei diritti sociali e dei sistemi di protezione sociale: questi migranti infatti non sono automaticamente coperti dalla legislazione sociale nazionale del paese in cui risiedono come senza dimora e rischiano di non veder riconosciuti i propri diritti di cittadinanza.

IDEE PRINCIPALI

Professionisti del sociale come mediatori verso i servizi

I professionisti che operano in ambito sociale sono i principali soggetti coinvolti nel fornire i servizi sociali le cui modalità di erogazione e tipologia cambiano da paese a paese. In genere “La pratica del lavoro sociale verso le persone socialmente emarginate può essere divisa in contributi di assistenza sociale e in diretta erogazione del servizio, che potremmo denominare presa in carico sociale. Alcuni professionisti di ambito sociale le gestiscono entrambi” (Louise Christensen 2018). Il professionista che incontra la persona senza dimora che si trova per strada assume il ruolo di primo contatto, mediatore e connessione tra questi e i servizi. Molto spesso nelle persone senza dimora si riscontra una totale assenza di relazione con il mondo e molto spesso la soglia di accesso a servizi e strutture specifici è troppo alta per loro. Per queste ragioni è fondamentale l’azione degli operatori sociali, da quelli coinvolti nel lavoro di outreach (vedi il capitolo “Outreach”) ai lavoratori sociali istituzionali.

Da questo punto di vista, gli operatori sociali diventano una sorta di mediatori per le persone senza dimora, in grado di spiegar loro come comportarsi con il sistema e facilitar loro l’accesso alle opportunità che possono aiutarli a uscire dalla loro condizione di disagio. La comunicazione tra diversi tipi di professionisti sociali e il mutuo riconoscimento tra sistema di protezione formale e informale sembrano essere necessari per costruire percorsi significativi.

Parole chiave:

- Professionalità
- Incontri diretti
- Studio dei casi individuali
- Mediatore
- Traduttore
- Networker
- Collaborazione tra i servizi

Diritti e volontà individuale

Costruire percorsi significativi con, e non per o su, le persone senza dimora con problemi di salute mentale è spesso una grande sfida che può sembrare difficile vincere. In ogni momento l’operatore sociale deve tenere a mente che il soggetto principale sono le persone senza dimora e che nessun altro conosce meglio di loro la soluzione ai loro problemi. Avere rispetto per le scelte dei fruitori dei servizi può però talvolta portare gli operatori sociali di fronte a contraddizioni significative. Parlare di diritti dovrebbe includere parlare della volontà individuale, e parlare di legge dovrebbe consistere nel parlare di giustizia. Molte volte dei buoni percorsi sono interrotti da barriere legali (per esempio assenza di documenti), altre volte non è possibile dare una risposta esaustiva ai bisogni a causa della mancanza di risorse.

D’altro canto, nessuno può obbligare un’altra persona a godere dei suoi diritti se non è ciò che vuole. Diritti, volontà individuale, legge e giustizia sono concetti che influenzano in ogni momento il lavoro degli operatori sociali. Il solo obiettivo è restituire dignità alle persone senza dimora

e lasciar loro diventare i protagonisti della loro stessa vita. L'assistenza sociale deve essere modellata sui bisogni specifici degli individui.

Oltretutto, le persone senza dimora chiedono spesso di poter avere un'influenza sulle loro stesse vite sia a livello individuale che a livello sociale partecipando ad associazioni costituite da pari.

Questo in Europa ha portato ad accettare sempre di più il fatto che le persone senza dimora debbano essere ascoltate sulle loro opinioni a proposito delle loro stesse vite, su quali interventi sono disposti ad accettare, su cosa vogliono per il futuro e su quale tipo di contatto desiderano avere con operatori e istituzioni sociali.

Parole chiave

- Dignità e rispetto
- Diritto di scelta

Riconnessione alla rete di protezione individuale

Per loro stessa natura, i servizi forniti dal sistema di protezione sociale sono un contesto artificiale. Sono utili per creare le opportunità di emancipazione dalla condizione di senza dimora, ma sono artificiali, creati dal sistema. Tutt'altra cosa è la vita reale di ogni singolo individuo. Molto spesso le persone seguono percorsi in cui le strutture di accoglienza, i centri diurni, le mense sono una sorta di mondo parallelo, che rischia di divenire l'unico mondo a cui hanno accesso e che rischia di portarli ad una condizione cronica di dipendenza dal sistema assistenziale. In più, le relazioni create in un contesto di aiuto sono influenzate dai ruoli, professionisti e utenti, che può essere un ostacolo nello stabilire una reale esperienza di amicizia. Il rischio è che le persone senza dimora ricostruiscano la propria vita in qualcosa creato esplicitamente per loro, che ne aumenta il senso di impotenza e di dipendenza e che si trasforma in programmi di reinserimento e di riabilitazione senza fine. Molte persone senza dimora con problemi di salute mentale, inoltre, non sono capaci di essere inclusi nella società a causa della loro mancanza di produttività, autonomia, salute. Risulta quindi molto importante l'opportunità di riconnettere queste persone alla loro rete di protezione individuale: familiari, amici, lavoro ecc. L'obiettivo è dare loro l'opportunità di vivere una vita reale in una visione deistituzionalizzata del mondo, nella quale la comunità supporta il debole e il vulnerabile.

Parole chiave

- Rischio di cronicità
- Relazioni
- Ricostruire relazioni
- Rete di protezione individuale

Difficoltà

Povertà

Nei paesi europei la povertà, con specifica attenzione al costo degli alloggi, sia per case in affitto che di proprietà, gioca un ruolo spesso sottovalutato per comprendere il fenomeno delle persone senza dimora e dimostra quanto sia presa in scarsa considerazione la necessità di un'abitazione sia in termini di prevenzione dell'homelessness sia per quanto riguarda gli interventi sociali. Povertà e prezzi degli alloggi sono condizioni sociali inglobate in un sistema irreversibile di regole politiche e tradizionali. Alcune ricerche si occupano proprio di questo aspetto.

Parole chiave

- Povertà relativa
- Ricerca

"I dati dimostrano che, mentre una serie di bisogni di salute e sostegno e problematiche comportamentali, soprattutto nell'adolescenza, contribuiscono in modo significativo al rischio di diventare giovani homeless, il loro palese potere è inferiore a quello della povertà."

E ancora: "Tuttavia, inoltre, va notato che il rapporto tra questi fattori di 'supporto sociale' e la condizione di homeless è di solito più debole rispetto a quello con la povertà materiale e lo status economico." (Glen Bramley & Suzanne Fitzpatrick, 2018)

Pressione a intervenire a causa dell'allarme sociale e mancanza di risorse

Una persona che dorme per strada, in cattive condizioni sanitarie, che usa il quartiere per i suoi bisogni fisiologici e in alcuni casi ha anche comportamenti antisociali crea allarme sociale. Il conflitto è tra i bisogni dell'individuo e quelli della società. Dove si trova il confine tra i due? Quanto a lungo può una persona vivere davanti alla porta della casa o del negozio di un altro individuo?

Anche se è malata, anche se in una condizione di bisogno? Molto spesso gli operatori devono affrontare l'allarme sociale creato dalle persone senza dimora con problemi di salute mentale ed in molti casi sono schiacciati tra il loro dovere professionale e la volontà delle parti interessate e dei decisori politici (molto spesso gli stessi che finanziano il progetto in cui gli operatori lavorano). L'intervento deve tenere a mente le due differenti forze coinvolte, ma non sempre è possibile. A prima vista, viene facile schierarsi con le persone senza dimora, a maggior ragione se si tratta degli operatori sociali, ma non sempre è questa la via migliore. L'allarme sociale può spingere i politici verso decisioni contro le persone senza dimora, attraverso interventi basati su una visione di "urban make up" anziché incentrato sui bisogni degli individui.

Un altro scoglio in cui gli operatori sociali si imbattono spesso riguarda le tempistiche. È chiaro che per costruire una relazione significativa con una persona senza dimora con problemi di salute mentale occorre del tempo ma, d'altro canto, la società chiede che gli operatori sociali intervengano il più velocemente possibile per "rimuovere" dalle strade quella persona. Allo stesso modo, è chiaro che per realizzare un percorso significativo è necessario in questi particolari casi un progetto di lungo termine, ma spesso le risorse, le regole delle strutture di accoglienza e altri tipi di pressioni costringono l'operatore sociale a lavorare senza avere il tempo necessario a

disposizione. Come può una persona che ha vissuto per strada per anni, cambiare la sua vita in pochi mesi?

Parole chiave

- Bisogni individuali e bisogni della società
- Il processo richiede tempo

Difficoltà nella diagnosi

Secondo il pensiero comune, la maggior parte delle persone che vive per strada lo fa per scelta. Capire se è veramente una scelta è un'altra difficoltà significativa da affrontare, così come lo è riconoscere se una persona senza dimora è malata o se il suo comportamento antisociale è il risultato di un problema caratteriale. Le diagnosi sono sempre difficili. La condizione di senza dimora è probabilmente il risultato di un processo multifattoriale composto dalla combinazione di forze oggettive e soggettive, e raramente è possibile capire quali siano le reali ragioni che hanno portato la persona a tale condizione. Che la diagnosi non sia così necessaria?

Parole chiave

- Scelta individuale
- Diagnosi
- Multifattorialità del problema

Mancanza di cooperazione tra servizi sanitari e sociali

Nello sforzo di soddisfare i propri bisogni individuali le persone senza dimora si ritrovano a confrontarsi con enti gestori ed organizzazioni appartenenti ad una varietà di sistemi diversi che spesso non comunicano tra di loro (Dennis, Coccozza, & Steadman, 1998), (John R. Belcher & Bruce R. DeForge, 2012). La mancanza di cooperazione tra i servizi sanitari e sociali nel fornire le risposte ai bisogni complessi portati dalle persone senza dimora con problemi di salute mentale è una delle più grandi difficoltà per chi opera in questo ambito. Ciò non è da imputare alla scarsa volontà dei professionisti coinvolti ma è il risultato di differenti percorsi di formazione, differenti linguaggi, differenti obiettivi. Molto spesso non esiste un team multidisciplinare capace di affrontare la complessità rappresentata dalle persone senza dimora con problemi di salute mentale e gli interventi sono frammentati e "scollegati". Le difficoltà nel riconoscimento reciproco tra professionisti sociali e sanitari sono la ragione principale per questa mancanza di cooperazione. Un modo per colmare il divario tra i due sistemi potrebbe essere l'inclusione, in aggiunta alla psichiatria professionale, di un pensiero psichiatrico sociale basato sui principi umanitari generali come l'assistenza e la comprensione, svolto da tutti i tipi di personale psichiatrico (Brandt, P., Proposal for a social psychiatry theory based on experiences from a programme for homeless mentally ill; 1996).

D'altra parte, non esistono percorsi formativi specifici mirati a migliorare gli strumenti ad hoc per affrontare in modo olistico i problemi sociali e di salute delle persone senza dimora con problemi

Homeless Women in a Men's World:
"Good mothers wouldn't have to go to a shelter.' There's a moral judgement about homelessness, and when you are caring for a child that judgment gets harsher."

di salute mentale.

Parole chiave

- Complessa varietà di erogatori di servizi
- Team multidisciplinare
- Psichiatria sociale

Genere

Si stima che circa l'80% delle persone senza dimora siano uomini. Le donne sono una minoranza e sono spesso "senza dimora nascoste, mascherate": mantengono un tetto sulla testa (sofa surfing) in cambio di una relazione con un uomo; possono essere abusate fisicamente e sessualmente ma non sono capaci di andarsene a causa della mancanza di opzioni abitative alternative. Le donne senza dimora che vivono in strada presentano spesso gravi patologie mentali, hanno bisogni molto complessi e richiederanno, quindi, un supporto molto mirato. A ciò si aggiunge che frequentemente le donne senza fissa dimora si considerano "perdenti", cattive madri e cose simili.

Parole chiave

- Minoranza
- Scarsa attenzione verso i problemi di genere
- Bisogni speciali

Persone senza documenti

È diventato ormai sempre più comune incontrare persone senza dimora rough sleepers (che dormono per strada), che non hanno un legale status di cittadinanza nel paese dove si trovano. Le persone senza documenti non hanno accesso alla maggior parte dei servizi sociali e delle strutture a causa delle varie legislazioni nazionali. Questa è una grave limitazione per le persone senza dimora con problemi di salute mentale che migrano da un paese ad un altro. In questi casi non è possibile intraprendere nessuna azione per attivare percorsi inclusione e integrazione sociale, e gli interventi sono volti soltanto a rispondere ai bisogni primari (cibo, vestiti e, spesso

solo durante l'inverno, sistemazioni d'emergenza).

La Commissione Europea contro il Razzismo e l'Intolleranza:

"Raccomanda che i governi degli Stati membri: [...] Rispettino i diritti umani fondamentali dei presenti migranti irregolari tra l'altro nei campi di educazione, cure sanitarie, alloggio, sicurezza e assistenza sociale, protezione

Sia che si tratti di cittadini europei che non europei, è evidente che per queste persone sia quasi impossibile creare occasioni di emancipazione dalla loro condizione di disagio poiché le leggi sociali nazionali non forniscono loro tutti i diritti.

Il caso finale in questo capitolo evidenzia l'utilità

della collaborazione tra operatori sociali al di là dei confini nazionali nella gestione dei servizi per persone senza dimora con problemi di salute mentale prive di un regolare status di cittadinanza.

Buone prassi

Il miglioramento dei servizi per le persone escluse socialmente richiede strategie che riducano ed eliminino gli ostacoli di povertà, isolamento, frammentazione dei servizi e ostilità. Come operatori sociali e sanitari dobbiamo sradicare i pregiudizi, per garantire che i nostri servizi siano non-discriminatori e facilitino l'accesso all'assistenza. Dobbiamo garantire di assistere le persone nell'aiutare sé stesse, e nei nostri sforzi di fornire loro aiuto non dobbiamo contribuire all'aumento della loro impotenza e dipendenza.

Curiosità

- La curiosità è l'atteggiamento basilare con cui affrontare la complessità delle situazioni delle persone senza dimora con problemi di salute mentale.
- Ogni essere umano è il risultato di un lungo processo fatto di scelte, esperienze, successi e fallimenti, e ogni individuo ha una sua ricchezza che merita di essere rispettata nonostante la sua condizione sanitaria e sociale. Molto spesso l'operatore sociale è mosso o spinto a intervenire per rispondere all'emergenza ma talvolta è meglio prendersi il tempo per ascoltare, per conoscere e apprezzare chi abbiamo di fronte, con un atteggiamento curioso.
- Nessuno ha la risposta giusta eccetto forse la persona stessa, quindi, talvolta, anziché adottare un atteggiamento interventista è meglio ascoltare con curiosità cosa la persona ha da dire.

Scegliere un metodo, misurare la qualità e documentare i risultati

- È essenziale essere coscienti che deve esserci coerenza tra il metodo scelto per il lavoro sociale di un'organizzazione e il gruppo di persone socialmente svantaggiato verso il quale le attività sono mirate.
- Molte organizzazioni hanno costruito la loro metodologia in modo pragmatico ma deve comunque esserci una consapevolezza di cosa si fa e del perché lo si fa. Si può d'altro canto anche decidere di scegliere una metodologia basata su un forte impianto teorico come per esempio l'Housing First. In ogni caso, è importante essere assolutamente chiari e condividere all'interno dell'organizzazione la metodologia scelta.
- È importante ricordare che al centro del nostro lavoro ci sono le persone - il lavoro deve essere perciò basato su obiettivi di qualità.
- Infine, la documentazione dei risultati delle azioni intraprese, basate sugli obiettivi precedentemente individuati, deve essere aggiornata continuamente.

Atteggiamento proattivo e anticipazione

- Una posizione proattiva è un atteggiamento orientato verso il raggiungimento di risultati, anziché aspettare che le cose accadano e poi provare ad adattarsi (atteggiamento reattivo) ad esse.
- L'atteggiamento proattivo mira all'identificazione e all'esplorazione delle opportunità e a intraprendere un'azione preventiva contro potenziali problemi e minacce, mentre l'atteggiamento reattivo si concentra sullo spegnere un fuoco o risolvere un problema dopo che è accaduto. Le persone proattive si muovono continuamente in avanti, guardando al futuro, e facendo sì che le cose accadano. Sono impegnate attivamente, e non osservatori passivi. Essere proattivi è un modo di pensare e di agire.

- L'individuo proattivo ha una visione e un'immagine di ciò che potrebbe essere fatto, e si pone obiettivi in linea con esse. Con un atteggiamento proattivo, è possibile anticipare gli eventi ed individuare tutte le risorse che potrebbero essere necessarie prima che effettivamente lo siano. Per esempio, potrebbe essere d'aiuto organizzare l'accoglienza in una struttura e il successivo passaggio ad un altro servizio anche se la persona senza dimora non è ancora pronta ad accettarli. Aspettare nel nostro ufficio che le cose accadano ha come unico risultato la necessità di dover lavorare in uno stato di emergenza ed è come rattoppare una vecchia giacca con del nastro adesivo.

Comunicazione e visibilità

- Il lavoro sociale è spesso invisibile e colleziona risultati che spesso sono difficili da misurare. Per combattere la pressione dell'allarme sociale, sembra buona pratica dare visibilità al nostro lavoro.
- Una buona comunicazione con le istituzioni politiche permette di condividere obiettivi e strategie per combattere l'esclusione sociale delle persone senza dimora con problemi di salute mentale. Allo stesso tempo organizzare eventi, conferenze aperte e seminari può essere utile per condividere con la comunità i valori e il significato del nostro lavoro. D'altro canto, avere l'opportunità di ascoltare la voce e i bisogni della comunità, dei politici, delle parti interessate, attraverso una buona comunicazione reciproca, facilita la costruzione di nuove strategie. Molto spesso i risultati attesi sono gli stessi, per esempio non far dormire persone all'interno delle stazioni ferroviarie, ma le motivazioni sono differenti (dare un aspetto bello e rispettabile alla stazione per i passeggeri è la motivazione dei politici, mentre trovare un posto migliore, più dignitoso e salutare per la persona senza dimora è la motivazione degli operatori sociali). Se è presente una volontà comune e condivisa sul risultato atteso, è possibile aumentare le risorse disponibili per un obiettivo comune, anziché utilizzare le diverse risorse l'uno contro l'altro. Advocacy, lobbying, empowerment comunitario, sensibilizzazione e consapevolezza dei problemi riguardanti le persone senza dimora attraverso una buona comunicazione dovrebbero essere una parte fondamentale del lavoro sociale.

Scegliere, aumentare le scelte

- Nella routine del lavoro quotidiano, c'è il rischio di usare soluzioni 'preconfezionate' per rispondere ai bisogni delle persone senza dimora, offrendo loro percorsi precostruiti. Durante gli scambi avuti, è sembrato chiaro quanto sia importante dare alle persone l'opportunità di scegliere cosa è meglio per loro. Sicuramente, il primo obiettivo deve essere "preservare" la vita umana ma, a parte questo, tutte le altre scelte devono essere nelle mani della persona senza dimora. Possedere una casa, pagare le bollette e così via non è la scelta migliore per chiunque. Dovremmo lasciare la scelta alle persone che incontriamo. Dovremmo rendere loro disponibili tutte le risorse e le soluzioni possibili ma lasciare loro la dignità di scegliere senza forzarli verso qualcosa rispetto a qualcos'altro.
- D'altro canto, è vero che qualche volta le persone non sono capaci di vedere le opportunità a loro disposizione. Per questa ragione, è ugualmente essenziale provare ad allargare le possibilità di scelta della persona, mostrandole altre nuove soluzioni. Come per la maggior parte delle azioni degli operatori sociali, anche in questo caso la sfida è trovare il giusto equilibrio tra i due diversi comportamenti.

Tailored services, servizi su misura

- Prima di creare un servizio su misura, è importante incontrare con rispetto la persona che ne beneficerà e impiegare del tempo per conoscerla realmente.
- Servizi e strutture devono essere impostati sui bisogni della persona e devono essere flessibili per poter rispondere nel modo più appropriato possibile. Regole, mancanza di risorse, mancanza di tempo rendono il sistema dei servizi severo e rigido. È per questo che molto spesso le persone devono adattarsi al servizio anziché usufruire di servizi che rispondano in modo flessibile ai loro reali bisogni. Provare a modificare i servizi e le strutture regolandoli sugli effettivi bisogni dell'individuo permette di creare percorsi credibili e raggiungibili.
- Le persone senza dimora con problemi di salute mentale raramente sono in grado di seguire le richieste e le modalità rigide di funzionamento dei servizi e spesso è questa una delle ragioni che porta al fenomeno delle 'revolving doors'.
- Se la persona senza dimora proviene dall'estero, questo fattore va tenuto in considerazione e si deve pensare se e quando si dovrebbe cercare di aiutarla a tornare nel paese in cui possiede un regolare status di cittadinanza.

Relazione

Gli operatori sociali hanno la grande opportunità di passare del tempo con le persone con cui sono impegnati. Al contrario dei professionisti sanitari, possono sfruttare la continuità di relazione con le persone senza dimora con problemi di salute mentale. Hanno tempo per costruire una relazione basata sulla mutua fiducia ma anche per conoscere in modo approfondito le persone, per ascoltarle, per meglio comprendere i loro bisogni e per aiutarli a riacquisire dignità nel loro approccio alla vita. Questo è forse uno degli strumenti più importanti a disposizione di un operatore sociale: la relazione giornaliera, momenti condivisi e reciproco riconoscimento in legami sempre più significativi.

Caso studio:

Profilo: Claire, Project Udenfor, Copenhagen

Raccontato da un operatore sociale coinvolto nel caso.

Ho trovato Claire in tarda serata durante il mio lavoro di outreach nelle strade di Copenhagen. Era seduta su una panchina in una piazza a Vesterbro, chiamata Vesterbro Torv. Indossava abiti logori, e sembrava molto fragile e vulnerabile. Non aveva le scarpe, ed era così sporca che si capiva subito che non si era fatta una doccia da molto tempo.

Stava offendendo e urlando contro i passanti, sembrava stesse vedendo qualcosa che il resto di noi non vedeva. Parlava con una voce profonda, rauca e monotona, cantilenando continuamente le solite tre o quattro frasi. Il suo comportamento era così fuori dalle righe, che aveva attirato molta attenzione, lasciandola ancora più esposta e vulnerabile per le strade di Copenhagen.

Mi sono avvicinato a lei sulla panchina, le ho offerto una sigaretta e ho stabilito un contatto. A Claire non dispiaceva il mio tentativo di contatto e la sua reazione mi ha un po' sorpreso. Parlava francese, così abbiamo avuto qualche difficoltà di comunicazione, ma ci siamo capiti a gesti aiutandoci con Google Translate. Sembrava molto felice della mia presenza, e aveva voglia di parlare.

Nei giorni seguenti, ho fatto visita a Claire su quella panchina e l'ho aiutata con le cose più basilari. Per esempio, le ho dato un paio di scarpe e un buon sacco a pelo. Ho anche fatto in modo che il nostro Mobile Cafe passasse la sera a portarle del cibo.

Dopo un po' di tempo, siamo riusciti a portarla in una struttura di accoglienza per donne. Solitamente servono i diritti sociali danesi per stare lì, ma la struttura di accoglienza ha accettato comunque che Claire stesse lì mentre provavamo a trovare una soluzione più sostenibile e permanente. Durante la sua permanenza ci siamo incontrati con un interprete, così che Claire potesse spiegarci perché si trovava a Copenhagen, quali fossero i suoi piani e come potessimo aiutarla al meglio. Durante la conversazione, abbiamo capito che Claire era molto tormentata dai suoi pensieri e da come vedeva il mondo. Ci ha detto che era perseguitata da uomini arabo-francesi per le strade e che non volevano lasciarla stare.

Inoltre, ci ha detto che la sua famiglia viveva in Norvegia e lei stava andando da loro, ma era rimasta bloccata a Copenhagen. Ci ha anche raccontato che precedentemente era stata ricoverata in un ospedale a Oslo. Claire desiderava andare in Norvegia, vivere con la sua famiglia e tornare nel suo paese d'origine, la Francia, non era un'opzione.

Come risultato di questo incontro ho deciso, d'accordo con gli operatori della struttura di accoglienza, di coinvolgere un team psichiatrico di strada. Il team ha potuto contattare l'ospedale psichiatrico in Norvegia per sapere se erano stati in contatto con Claire prima d'ora. Ci hanno detto che in passato era stata ricoverata e che aveva un divieto d'ingresso in Norvegia.

Ci hanno anche detto che non ha famiglia a Oslo ma l'illusione di avere parenti in Norvegia era parte della sua psicosi e della sua sofferenza mentale.

Dopo che le infermiere del team psichiatrico hanno incontrato Claire un paio di volte, ci siamo decisi a organizzare un incontro con Claire, le due infermiere e uno psichiatra, anch'egli dal team psichiatrico di strada, un operatore della struttura di accoglienza, un interprete e me. Il risultato di questo incontro è stato che Claire ha volontariamente accettato di essere ricoverata in un ospedale psichiatrico di Copenhagen. Finito l'incontro io Claire siamo quindi andati al reparto psichiatrico e dopo un colloquio con un medico Claire è stata ricoverata.

Trascorsa circa una settimana dal ricovero di Claire, mi ha contattato un assistente sociale dell'ospedale. Abbiamo organizzato un incontro con Claire, il team psichiatrico di strada, uno psichiatra dell'ospedale, un'infermiera e un assistente sociale anch'egli dell'ospedale. L'ospedale ha detto che era pronto a dimmetterla ma voleva sapere che piani ci fossero per lei. Il team psichiatrico di strada e io abbiamo sostenuto che Claire dovesse avere un lungo ricovero e una volta iniziato a trarre beneficio dal trattamento medico, allora le avremmo parlato della possibilità di tornare in Francia, visto che questa era la sua unica vera opzione.

Claire è rimasta in ospedale circa due mesi e mezzo, durante i quali le ho fatto visita almeno una volta a settimana. A ogni visita stava sempre meglio e dopo due mesi ha acconsentito a tornare in Francia. Mentre Claire era ricoverata, il team psichiatrico di strada e l'ospedale hanno scoperto, con l'aiuto del Consolato francese a Copenhagen, che aveva una famiglia e un posto in cui vivere nella parte orientale della Francia.

Dopo ciò, abbiamo deciso che avrei volato a Ginevra con Claire, dove avremo incontrato due rappresentanti dell'ospedale psichiatrico francese. Claire aveva già conosciuto in passato i due membri dello staff così è sembrato che si sentisse in mani sicure. L'hanno riportata nell'ospedale sulle Alpi e l'hanno ricoverata; finito il trattamento l'avrebbero aiutata a tornare nel suo appartamento.

Domande:

-
- Quali punti di forza e fattori di rischio identifichi nell'intervento descritto?
-
- Quali potrebbero essere i momenti critici nel processo?
-
- Partendo dalla tua esperienza, puoi immaginare un intervento diverso? Se sì puoi descriverlo?

Salute

Introduzione

I problemi di salute mentale e fisica sono fortemente connessi alla condizione di senza dimora. Le persone senza dimora non vanno considerate come membri di una categoria a parte, ma come un gruppo di persone che si ritrovano al margine estremo dello spettro dell'esclusione sociale. Alcune delle più grandi determinanti della salute sono comprese nelle condizioni di ineguaglianza sociale (Pickett e Wilson, 2009) e solitamente non sono direttamente influenzabili dagli interventi sanitari.

Come accade con gli altri gruppi socialmente esclusi, le persone senza dimora muoiono prima e presentano una maggiore incidenza di malattie fisiche e mentali rispetto alla popolazione generica (Fazel, 2014, Aldridge 2017). L'immigrazione, una delle maggiori cause del fenomeno dei senza dimora, è collegata a svariati problemi di salute, inclusi problemi di salute mentale (EPRS, 2016). Come per gli altri gruppi nella fascia più bassa della scala economica-sociale, saranno probabilmente soggetti alla "legge dell'assistenza inversa" tendendo quindi a ricevere l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno con minori probabilità (Tudor Hart, 1971).

Psicosi, traumi multipli e dipendenze sono spesso cause della condizione di senza dimora, mentre la sofferenza emotiva, l'ansia e la depressione possono essere risposte a tale condizione (Leng, 2007).

I problemi di salute fisica possono sorgere come causa diretta dei pericoli specifici dell'essere un senza dimora, da una mancanza delle normali condizioni sociali per la cura della salute, o aggravarsi a causa della mancanza di accesso ai trattamenti. Per esempio, se sei una persona senza dimora e vivi per strada e soffri di diabete, tubercolosi o altre malattie, ti sarà difficile prenderti cura della tua salute perché:

- sarai più vulnerabile alle temperature estreme, saranno maggiori le probabilità che ti bagni o che tu venga aggredito;
- in genere ti mancherà il controllo sulla vita necessario a stabilire e mantenere le routine basilari atte a mantenere un buono stato di salute. Tra queste una dieta salutare, vestiti puliti, riposo adeguato, sicurezza e possesso di privacy. È anche probabile che ciò influenzi la tua possibilità di assumere farmaci con regolarità;
- spesso non sarai capace di adeguarti alle modalità di funzionamento delle cliniche – molti servizi sanitari e sociali hanno contatti limitati con questi soggetti e non progettano i loro servizi per rispondere adeguatamente ai loro bisogni.

Le istituzioni europee si sono espresse sul tema dell'assistenza sanitaria e sulle persone senza dimora o socialmente escluse. Nel 2016 il Parlamento Europeo ha emesso una dichiarazione riguardo al diritto ai servizi sanitari dei rifugiati o richiedenti asilo, con o senza documenti.

Nello stesso anno, Mental Health Europe (MHE, 2016) ha pubblicato un documento che sosteneva con forza che i rifugiati e i richiedenti asilo dovessero avere pieno accesso ad appropriati servizi sanitari, in particolare quando si fossero presentati casi di trauma.

A dispetto di queste affermazioni, lo studio PROMO (Canavan et al., 2012) ha dimostrato grandi problemi riguardo l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone senza dimora in Europa. Le loro osservazioni riassuntive sono: "Il contributo da uno staff di salute mentale professionalmente qualificato è risultato basso, così come i livelli di outreach attiva e di ricerca dei casi. Il fornire servizi fuori orario sembra essere inadeguato e alti livelli di criteri d'esclusione dal servizio sono risultati evidenti. Il pregiudizio dei servizi nei confronti delle persone senza dimora, una mancanza di coordinamento tra i servizi, e le difficoltà che le persone senza dimora affrontano nell'ottenere un'assicurazione sanitaria sono state identificate come le barriere principali alla fornitura del servizio".

In aggiunta, è provato che, all'interno dei servizi sanitari, ci può essere una considerevole stigmatizzazione di certi gruppi di pazienti, incluse le persone senza dimora (Jeffrey, 1979).

Idee Principali

Accessibilità

L'accesso diretto all'assistenza e alle risorse è cruciale, specialmente per le persone senza documenti. Le persone senza dimora tendono a sperimentare più problemi simultaneamente, il che fa sì che possano essere recepiti come difficili da trattare, diventando così "indesiderati" dai servizi tradizionali. Al tempo stesso, le persone senza dimora tendono a trovare difficoltà nell'aver a che fare con le barriere burocratiche, liste di attesa e piani di cura complicati. Più è rigido e complesso il servizio, più è probabile che le persone senza dimora ne siano esclusi, o che perdano i contatti con esso. I servizi sanitari dovrebbero essere coscienti che:

- se la popolazione generica ha difficoltà ad aderire ai piani di trattamento, le persone senza dimora hanno difficoltà ancor maggiori nel farlo;
- i servizi dovrebbero rendere semplice la loro fruizione – gli accessi devono essere i più facili e veloci possibili (e non solo per le persone senza dimora);
- poichè esistono narrazioni non sempre veritiere all'interno dei servizi su chi ha diritto ai servizi stessi, le persone senza dimora hanno bisogno di accesso e conoscenza dei loro diritti in materia di assistenza sanitaria;
- l'assistenza e il follow up dopo la dimissione dall'ospedale presentano problemi specifici. Senza una casa in cui andare, o una rete sociale di protezione, si deve considerare che una persona senza dimora sarà probabilmente dimessa all'interno di un ambiente ostile e privo di supporto. È basilare che, per una persona senza dimora, venga fatto un solido e chiaro piano di assistenza. Senza ciò, ogni vantaggio acquisito con l'ospedalizzazione potrà essere facilmente perduto. Eppure, spesso non viene fatto nessun piano per le persone senza dimora prima della dimissione dall'ospedale.

Attenzione alle relazioni

Può capitare che, in alcuni contesti e con determinati pazienti, un'assistenza e una cura adeguate possano essere garantite senza il bisogno di prestare attenzione alla relazione tra il cliente/paziente e il fornitore del servizio. Questo non è però assolutamente vero con le persone senza dimora, in cui tale relazione è una parte centrale, essenziale del lavoro. L'efficacia degli interventi sulle persone senza dimora dipende dallo stabilire una buona relazione con l'individuo – talvolta può anche essere coltivata in un ambiente di gruppo.

Una buona relazione e una comunione di intenti con la persona senza dimora è l'unico modo di portare avanti il suo contatto con il servizio e, quando necessario, di ottimizzare l'impegno con le cure o altri interventi sanitari.

Essere attenti agli aspetti interpersonali e relazionali è tanto importante quanto altre preoccupazioni "tecniche" più ovvie. Anche se spesso ci si riferisce a queste come "soft skills" (competenze trasversali), possono essere imparate, comunicate e misurate, e dovrebbero quindi essere viste come "hard skills" (competenze specifiche) così come le altre più ovvie abilità pratiche e tecniche.

La dote di creare e mantenere una relazione d'aiuto dovrebbe essere vista come una materia tecnica di per sé. Anche gli interventi di gruppo possono essere efficaci, dato che promuovono un senso di inclusione e rendono possibile l'apprendimento non gerarchico.

Outreach

Uscire per andare a incontrare potenziali pazienti e clienti, talvolta senza alcun invito, anziché aspettare che vengano loro a cercarti.

Data la diffusa tradizione del rispondere a un problema di salute quando viene chiaramente richiesto da un individuo, come si può giustificare l'outreach in termini etici? Non corriamo il pericolo di offrire un trattamento indesiderato in modo paternalistico? Il modello tradizionale dell'offrire assistenza medica si basa su due presupposti. Uno è che il dottore/infermiere sia disponibile; l'altro è che il potenziale paziente non sia compromesso da nessuna sorta di alterazione mentale o disfunzione cerebrale. Sia l'esperienza pratica che la ricerca sulle persone senza dimora mostrano che nessuno di questi due presupposti vale per la maggior parte delle volte per molte persone senza dimora. O non sono in grado di accedere ai servizi appropriati per ragioni pratiche o culturali, o sono così debilitati dalla malattia fisica o mentale o dall'alterazione mentale, che sono incapaci di accedere ai servizi a cui hanno diritto.

Quindi, l'outreach può essere una strategia per:

- rilevamento dei casi;
- follow up e assistenza continuativa (l'argomento è trattato in maniera più ampia nel capitolo "Outreach").

In campo sanitario, questo approccio può essere applicato alla valutazione e al trattamento di problemi di salute sia mentali che fisici.

C'è un'ampia gamma di modi di fare outreach, dagli approcci proattivi/assertivi a stili più gradualmente partecipativi e recettivi. Questi stili sono influenzati dalle attitudini culturali nazionali, dalle circostanze economiche, da ideologie specifiche sulla malattia mentale e sulle persone senza dimora e dalle strutture legali che controllano alcuni aspetti del trattamento psichiatrico.

Ne deriva che non ci può essere alcuna "prescrizione" universalmente applicabile per gli aspetti pratici dell'outreach. Comunque, ci sono principi universali che possono essere applicati alla maggior parte delle situazioni – vedi il capitolo dedicato.

Strutturalmente, l'outreach sanitario può coinvolgere un'ampia gamma di professionisti e non-professionisti, tra cui:

- unità mobili;
- ambulatori dedicati in strutture sanitarie esistenti;
- unità che fanno visita negli ambienti delle persone senza dimora come ostelli, strutture di accoglienza o strutture diurne;
- sportelli di ascolto e orientamento per persone senza dimora gestiti da organizzazioni sociali;
- visite di singoli operatori sanitari;
- sostegno tra pari, educatori alla pari, lavoro 1:1 o in gruppi.

L'intensità e la frequenza di tali interventi dipenderà sia dalle risorse disponibili che dall'atteggiamento del personale – vedi la sezione sul ricovero ospedaliero. Un approccio di outreach assertivo (Coldwell & Bender, 2007) si è dimostrato un modello efficace per la cura delle persone senza dimora con problemi di salute mentale.

Rete di intervento

Il networking è essenziale poichè, solitamente, una persona senza dimora affronterà molteplici problemi di salute e sociali a un certo punto della sua vita. Se ci si limita solo al problema legato alla salute, spesso capita che altri problemi presenti minino qualsiasi vantaggio ottenuto da un intervento sanitario altrimenti efficace. E, in questa popolazione, la multimorbilità dovrebbe essere reputata la norma anzichè un'eccezione. Ciò può includere una varietà di problemi fisici, disordini mentali e problemi legati all'alcol e alla droga, ognuno dei quali deve essere preso in considerazione per ogni persona senza dimora.

Quindi nessun singolo professionista, o gruppo non professionale può, da solo, provvedere a un'adeguata cura e supporto al primo incontro con una persona senza dimora. Anche i team più multi-disciplinari non hanno la piena gamma di risorse al loro interno per far fronte a tutta la serie di possibili problemi. Chiaramente, non ogni problema necessita di essere affrontato nello stesso momento – è importante essere guidati dalle priorità del paziente e da ciò che è pratico, o tollerabile, per il singolo paziente. Ma senza un buon lavoro di networking le competenze indispensabili e le risorse possono non essere disponibili nel momento in cui divengono necessarie al paziente.

Un lavoro di rete attivo può fornire un contributo importante per risolvere questo problema, connettendo le risorse in modo tale che possano essere attivate/impegnate quando necessarie. Stabilendo una buona rete, una persona o una struttura che lavora con persone senza dimora con problemi di salute mentale dovrebbe essere in grado di offrire un servizio il più completo possibile.

Strutture come ostelli, accoglienze, mense, centri diurni e docce, dovrebbero essere coinvolte in network individuo-centrici, usando sia accordi formali tra organizzazioni sia comunicazioni informali tra operatori.

In termini di lavoro pianificato e continuativo, il networking e la collaborazione con altri professionisti e servizi sono necessari per la costruzione di un piano di servizio completo (o almeno sfaccettato) che comprenda il provvedere ai bisogni basilari e un piano plausibile per il futuro.

Tutti i professionisti e le altre persone che lavorano con le persone senza dimora possono trarre beneficio da una specifica formazione su come creare e mantenere network e collaborazioni attive (vedi il capitolo Networking).

Comunicazione

La comunicazione tramite telefono o email è chiaramente di vitale importanza, ma gli incontri di persona possono generare un senso di fiducia personale tra i servizi che può far funzionare le cose molto più agevolmente.

Accompagnamento / mediazione

Molte persone senza dimora hanno avuto esperienze deludenti con i sistemi sanitari – come molti altri gruppi emarginati – o possono essere incapaci di accedervi a causa di problemi di salute mentale, ignoranza o problemi di dipendenza. Il sostegno e il supporto morale nelle interazioni con i vari sistemi sanitari e sociali, quindi, hanno un importante ruolo nei servizi per le persone senza dimora. Possono anche avere un ruolo nello stabilire e rinforzare una relazione terapeutica, con un operatore individuale o con un team.

Servizi d'emergenza

I servizi d'emergenza (come il Pronto Soccorso) sono per le persone senza dimora punti cruciali d'accesso al sistema sanitario. Eppure, se una persona senza dimora prova a rivolgersi a un pronto soccorso ospedaliero, può essere guardato con sospetto, come se stesse solamente cercando un pasto o un letto (Jeffrey, 1979). Questo pregiudizio può condurre il personale ospedaliero a sottovalutare i reali bisogni sanitari di quella persona.

D'altro canto, un persona senza dimora può arrivare al Pronto Soccorso dopo un lungo periodo di coinvolgimento con i servizi comunitari e team di operatori di strada, che hanno lavorato duramente per riuscire ad arrivare a questo punto. Il personale che lavora nei servizi d'emergenza deve sapere che questi servizi esistono, e comunicare con loro dovrebbe essere una sua priorità. Tale personale dovrebbe anche conoscere la rete dei servizi che possono essere attivati e coinvolti per aiutare questi soggetti – avere il coinvolgimento di un operatore sociale o di un infermiere fin dall'inizio può facilitare l'invio verso questa tipologia di servizi.

Informazione

Una buona registrazione delle informazioni cliniche e sociali è chiaramente necessaria per un'attività clinica prolungata e coerente, e per la responsabilità professionale. È inoltre fondamentale per descrivere e valutare il servizio che si sta fornendo.

Al lavoro con le persone senza dimora si applicano gli standard professionali abituali, così tutte le attività e i dati socio-demografici dovrebbero essere registrati con attenzione. Se le interazioni e gli interventi sono limitati dal contesto, allora ciò dovrebbe essere documentato. È chiaro che le situazioni in cui uno incontra molte persone senza dimora non siano ideali, e che spesso non è possibile seguire le procedure come si farebbe in un ambiente clinico.

Si deve prestare attenzione a come le informazioni sono condivise tra le diverse parti del sistema – per esempio tra i reparti ospedalieri, i servizi ambulatoriali e i servizi sociali e di comunità. Va ribadito che gli stessi standard di riservatezza si applicano alle persone senza dimora così come a chiunque altro.

Potrebbe essere d'aiuto avere un sistema di "allerta" di qualche sorta per assicurarsi che chi di dovere sia informato quando una persona senza dimora arriva in ospedale.

Ricovero ospedaliero

La maggior parte dei servizi offerti alle persone senza dimora funziona al meglio se c'è la collaborazione della comunità. Comunque, può rendersi necessaria l'ospedalizzazione quando un individuo:

- ha necessità sanitarie che non possono essere soddisfatte con trattamenti ambulatoriali e di outreach;

- ha perso la capacità di prendere decisioni consapevoli sulla propria assistenza sanitaria e trascura la cura di sé o l'attenzione alla sicurezza;
- (raramente) rappresenta una minaccia immediata per se stesso o per gli altri

In certe circostanze, può essere richiesto un ricovero involontario/obbligatorio in ospedale. Può essere d'aiuto avere un protocollo standard per i ricoveri, concordato tra i centri di degenza, i servizi comunitari e i servizi locali per le persone senza dimora.

Per essere efficace, il trattamento con ricovero deve prendere pienamente in considerazione quali condizioni affronterà probabilmente la persona senza dimora in questione se ritorna per strada, e se serva dimetterlo in modo che possa continuare il suo processo di recupero. La dimissione che portano l'individuo a tornare direttamente in strada non dovrebbe mai essere considerata. Perché questo avvenga i servizi sociali e i professionisti nei servizi per le persone senza dimora, che sono stati coinvolti con il soggetto in questione, devono prendere l'iniziativa nel comunicare e condividere informazioni con il personale ambulatoriale. Questo è il cosiddetto "inreach".

Può accadere che la dimissione dall'ospedale avvenga senza il lavoro congiunto con i servizi sociali, in questi casi il risultato è un trattamento inappropriato, una mancanza di trattamento o una inappropriata dimissione dall'ospedale. Prima che un paziente senza dimora venga dimesso dall'ospedale dovrebbe sempre esserci un incontro tra il personale ospedaliero e quello sociale.

I servizi per le persone senza dimora devono "entrare in contatto" attraverso un'azione di inreach con il personale medico quando una delle persone che seguono si trova in ospedale.

Per ottimizzare un ricovero ospedaliero si dovrebbe:

- tenere un "quadro complessivo" del paziente, che permetta al personale del reparto di cogliere al volo gli elementi essenziali della situazione del paziente;
- utilizzare un protocollo di "piano di ricovero" dove indicare brevemente le ragioni del ricovero, cosa ha e non ha funzionato in passato, e che cosa ci si aspetta come risultati dal ricovero in questione;
- tenere con regolarità incontri congiunti tra le equipe specifiche per le persone senza dimora e le equipe tradizionali;
- mantenere l'intensità del proprio contributo durante il ricovero ospedaliero;
- creare un contatto tra gli operatori sociali che seguono la persona e la persona stessa all'interno dell'ospedale entro 24 ore dal ricovero. Questo oltre a rassicurare la persona può anche servire ad assicurarsi che il personale del reparto abbia compreso il caso;
- vedere il ricovero non solo come opportunità di tutela e cura, ma anche come un'opportunità di cambiamento;
- essere molto chiari riguardo alla capacità della persona di prendere decisioni importanti – come se stare in ospedale o meno, o se accettare o rifiutare il trattamento medico. Una capacità erroneamente data per buona può essere usata per dimettere il paziente anche se non è opportuno, o per non fornire il trattamento.

Servizi ambulatoriali

È essenziale che l'accesso a servizi di questo genere sia facile. Buoni esempi sono i modelli di "Gruppo psicoterapeutico aperto" e di "Consultazione aperta" che operano regolarmente, ogni

settimana senza appuntamento.

Coordinamento / lavoro congiunto con i servizi sociali

La collaborazione con i servizi sociali è fondamentale. Anche se il sistema è sovraccarico, le persone senza dimora hanno gli stessi diritti di accesso di chiunque altro. Ai servizi sociali serve, e fa piacere, la collaborazione per essere aiutati con i casi più difficili che presentano problemi di salute mentale. D'altro canto, i servizi di salute mentale devono collaborare con i servizi sociali per creare accordi appropriati dopo la dimissione ospedaliera.

Coordinamento con le Autorità Sanitarie – trattamento obbligatorio

Il trattamento obbligatorio è sempre (o dovrebbe esserlo) una scelta complessa e difficile da eseguire. La collaborazione proattiva con le autorità sanitarie può rendere questo processo più efficace, e di maggiore aiuto per l'individuo interessato. Una volta che i servizi sanitari tradizionali capiscono i benefici e l'efficacia del trattare pazienti senza dimora, è più probabile che siano più disponibili nel lavorare con i servizi per persone senza dimora.

Ricerca, formazione e discussione dei casi

Si tratta di tre elementi che devono far parte della vita quotidiana di qualsiasi equipe, non come eventi occasionali. Non solo rendono possibile ai servizi per le persone senza dimora dimostrare quel che stanno facendo, ma sono anche gratificanti e motivanti per i membri dell'equipe.

Difficoltà

“Difficili da coinvolgere”

Le persone senza dimora possono essere viste dai servizi tradizionali come difficili da coinvolgere – ma questo solitamente ha la sua causa nella difficoltà all’accesso ai diritti basilari, nella modalità di funzionamento dei sistemi di sicurezza sociale e nelle barriere linguistiche.

Sovrapposizione di problemi fisici, di salute mentale e di droga/alcol

I servizi tradizionali spesso hanno servizi separati e rigorosamente definiti per la malattia mentale e per problemi di dipendenza da alcol/sostanze. Molte persone senza dimora hanno spesso problemi in entrambe queste aree – situazione che si sta diffondendo sempre di più anche nella popolazione residente.

Diagnosi in strada

Una diagnosi in strada può essere chiaramente inferiore allo standard in termini di confidenzialità, comodità, tranquillità e tempo a disposizione, è comunque assolutamente giustificabile quanto l’alternativa è non avere affatto accesso ai servizi.

Condurre una valutazione dello stato di salute per strada comporta alcune difficoltà:

- mancanza di privacy;
- mancanza di controllo sull’ambiente circostante;
- difficoltà nel persuadere la persona a restare;
- mancanza di riconoscimento da parte di altri organismi (ad esempio forze dell’ordine) dei bisogni di salute mentale dell’individuo;
- difficoltà di comunicazione in un ambiente rumoroso;
- talvolta, semplice scomodità fisica!

Quindi, è particolarmente importante che siano i professionisti sanitari con esperienza, capaci di valutare queste situazioni complesse, a svolgere questo tipo di valutazione.

Accertamento sanitario obbligatorio

L’accertamento psichiatrico per il ricovero obbligatorio è un processo difficile e complesso. I professionisti che lavorano all’interno del sistema sanitario, e quelli al di fuori di esso, possono spesso avere delle prospettive diverse e contraddittorie. Per esempio, ci può essere grande preoccupazione nella comunità per le condizioni di salute di una persona senza dimora – ma, allo stesso tempo, questa persona può essere dichiarata in Pronto Soccorso (o in ambulatorio) senza significativi problemi di salute mentale.

Una persona può essere inabilitata dai suoi sintomi, eppure non palesemente malata. Se l’attenzione di un accertamento è diretta esclusivamente ai sintomi, i problemi della persona possono essere trascurati. È, quindi, consigliabile eseguire un accertamento formale della capacità della persona (Pathway, 2016) di prendere decisioni importanti da sola. Questa sarà

spesso chiaramente compromessa, anche quando i sintomi di malattia mentale non sono così evidenti per l'intervistatore.

Comunicazione

Concentrarsi esclusivamente sui bisogni sanitari o su quelli sociali tende a favorire una mancanza di comunicazione tra i professionisti, i servizi istituzionali e i servizi di assistenza/ONG. Se i dottori parlano solo con altri dottori, o gli operatori sociali solo con altri operatori sociali, seguiranno malintesi, mancanza di informazioni necessarie, duplicazione dello sforzo e risultati scadenti. Lo stesso avviene in campo medico tra servizi ospedalieri e servizi di comunità.

Differenze culturali

Molte persone senza dimora sono migranti o rifugiati provenienti da diverse parti del mondo. Diverse aspettative culturali, modi di comportarsi e pensare, possono complicare l'accertamento della salute mentale, il comportamento, il trattamento e i sintomi.

Ricoveri ripetuti – il cosiddetto fenomeno delle “porte girevoli” – non sono necessariamente un problema, visto che possono far parte di un processo di costruzione di relazioni. L'elemento fondamentale è che si impari una lezione da ogni ricovero ospedaliero, così che la cura e il trattamento della persona si possano arricchire e diventare più efficaci.

Buone prassi

Outreach

Il lavoro di outreach è fondamentale per lavorare con persone che hanno spesso evitato i servizi sanitari e non, o che hanno trovato questi servizi inaccessibili o non d'aiuto. Deve rivolgersi ai bisogni sociali, mentali e fisici.

Accesso ai servizi tradizionali

Al tempo stesso, i servizi tradizionali dovrebbero rendersi maggiormente accessibili alle persone senza dimora. Servizi a porte aperte senza appuntamento o liste di attesa sono buoni modi per raggiungere questo obiettivo.

Ospedalizzazione

Dovrebbe esserci un protocollo chiaro, ben definito e concordato per i ricoveri obbligatori, che includa:

- inviare in ospedale una valutazione diagnostica e le informazioni sulla persona prima del ricovero; attivarsi perché venga trovato un letto in reparto, senza affidarsi solo al reparto di Pronto Soccorso;
- favorire il mantenimento di un contatto regolare tra le equipe per le persone senza dimora e il personale ospedaliero durante il ricovero;
- organizzare incontri di pre-dimissione in prossimità della fine di ogni ricovero ospedaliero (mentale o medico). Questi dovrebbero includere l'equipe ospedaliera e quella per le persone senza dimora (con la presenza di un assistente sociale) per pianificare una sistemazione per il futuro e organizzare un piano di dimissione o di follow up;
- il personale dovrebbe essere formato sugli aspetti culturali della salute mentale, in particolare su come le persone non europee possano vedere i problemi di salute mentale e come sia meglio interagire con loro.

Lavorare con i nostri colleghi professionali

L'impegno, una buona diffusione dell'informazione riguardo alle persone senza dimora e ai loro problemi sono di vitale importanza per aiutare gli altri professionisti ad essere meno sospettosi/pessimisti nei confronti delle persone senza dimora, così che rendano i loro servizi più accessibili.

Non dobbiamo incontrare i nostri colleghi come se stessimo chiedendo loro dei favori – onestamente la vediamo (da entrambi i lati) come una maniera di migliorare la vita di tutti e, cosa più importante, la vita del paziente – uno scenario vantaggioso per tutti.

Detto questo, può capitare di dover affrontare un eventuale stigma riguardo sia le persone senza dimora che i servizi specialistici legati ad esse.

Formazione professionale

Offrire ai tirocinanti e ai professionisti sanitari e sociali in formazione l'opportunità di far esperienza nei servizi per persone senza dimora, che si tratti di strutture mediche, strutture di accoglienza o centri diurni sociali. La maggior parte degli studenti di medicina, infermieristica o dell'ambito dei lavori sociali, trova questi tirocini estremamente soddisfacenti ed è probabile che si sensibilizzino ai bisogni delle persone senza dimora e che diventino più abili nell'aiutarli.

Supporto per il personale

Non tutte le storie finiscono bene – quindi il burnout è sempre una possibilità nei servizi per persone senza dimora. Il benessere e l'efficienza del personale non possono essere dati per scontati. Per lavorare bene occorre mantenere una supervisione pianificata e avere cura dello staff. (Vedi il capitolo su staff care)

Prevenzione

La prevenzione è generalmente descritta in tre modi (WHO). Il coinvolgimento dei servizi sanitari nel prevenire la condizione di senza dimora può essere:

Primaria

"Migliorare la salute generale della popolazione"

La maggior parte delle cause primarie che portano alla condizione di senza dimora esula dalle competenze dei servizi sociali e sanitari anche se, va detto, lavorare per migliorare le cure e il follow up dei soggetti affetti da disordini mentali può ridurre il problema dei senza dimora con problemi di salute mentale.

Secondaria

"Migliorare nell'individuare i problemi"

Nel Regno Unito, il recente Prevention of Homelessness Act (Atto di Prevenzione del Fenomeno dei Senza Dimora, 2017) ha imposto l'obbligo ai servizi sociali e sanitari di adottare misure preventive se una persona in contatto con loro è in pericolo di divenire un senza dimora. Per qualche ragione, l'obbligo non si applica ai servizi sociali, ma sicuramente incoraggia un approccio più risoluto nel mantenere una sistemazione per le persone vulnerabili. Prima di questo atto, i servizi di assegnazione degli alloggi dell'amministrazione locale avevano degli accordi formali con i servizi di salute mentale locali, che permetteva un contributo aggiuntivo per le persone in pericolo di perdere la loro sistemazione.

Terziaria

"Migliorare il trattamento e il recupero"

Il fornire servizi di salute mentale specialistici alle persone senza dimora può essere visto come un modo per ridurre l'impatto dei problemi di salute che hanno fatto precipitare, o contribuiscono

o a mantenere il soggetto nella condizione di senza dimora, portando così a una soluzione per la sua situazione.

Questa è un'area più controversa. La prevenzione terziaria può essere considerata un servizio continuativo per minimizzare l'impatto di una condizione (l'essere senza dimora) sul benessere di una persona, senza portare a una risoluzione finale del problema. Siamo realmente soddisfatti nel vedere i nostri servizi aiutare semplicemente i nostri clienti/pazienti a sopravvivere nel loro stato di senza dimora piuttosto che essere parte di un sistema che contribuisca a farli uscire da tale situazione?

Caso Studio

Profilo di Neida, Esmes Team, Barcellona

Rita è una donna finlandese di cinquantquattro anni che ha lasciato la Finlandia nel 2017, dopo la morte dei familiari stretti, ed è arrivata a Barcellona da sola. Suo padre, la sua sorellastra, suo figlio e sua figlia vivevano ad Helsinki, ma lei ha smesso di restare in contatto con loro un anno prima di venire a Barcellona.

Ha detto di essere stata in passato un'assistente infermieristica e di aver lavorato in Francia e in Svezia, ma di non lavorare da molto tempo. Ha detto di parlare otto lingue e di amare i viaggi, la lettura e la musica.

Problemi di salute mentale:

Schizofrenia paranoide / disturbo schizoaffettivo con multipli ricoveri psichiatrici in diversi paesi europei nel corso degli ultimi 15 anni a causa dei suoi sintomi psicotici.

Disordine mentale e comportamentale dovuto alla dipendenza da alcol

Trascorsi di abuso di sostanze:

- eroina per via endovenosa dai 17 ai 27 anni, con periodi in disintossicazione e programmi con metadone e buprenorfina;
- abuso in passato di cocaina per via endovenosa dai 15 ai 27 anni, con occasionale uso attuale;
- consumo di LSD e anfetamine in giovinezza.
- attualmente è una forte fumatrice.

Altri problemi di salute:

- cuore polmonare
- asma
- diabete
- HBV e HCV positive
- crisi epilettiche nel contesto di neoplasia cerebrale anni fa
- diagnosi di narcolessia.

Dicembre 2017: La nostra unità di strada psichiatrica è stata contattata da una struttura di accoglienza per il caso di Rita per via delle sue idee di autolesionismo, ma prima della nostra prima visita è finita al Pronto Soccorso per un'overdose da oppiacei. Dopo la terapia intensiva è stata dimessa e rimandata presso la struttura di accoglienza (non l'avevano ammessa nel reparto psichiatrico).

Dalla struttura di accoglienza è stata ammessa in un reparto di pneumologia e poi di nuovo affidata alla struttura di accoglienza, dove abbiamo continuato a seguirla.

Febbraio 2018: Dal struttura di accoglienza è passata a una degenza breve presso un'unità psichiatrica senza che noi ne fossimo a conoscenza, a causa di accordi presi durante il ricovero

per la sua ostruzione polmonare cronica. È stata nuovamente dimessa, senza che fosse stato fatto alcun piano per la sua sistemazione successiva. Aveva perso il posto presso l'unità di degenza breve e presso la struttura di accoglienza, così abbiamo contattato un ostello d'emergenza con l'aiuto di un assistente sociale dopo una segnalazione urgente da parte del nostro team.

Marzo 2018: Trascorso nell'ostello (nonostante fosse una sistemazione inadeguata per i suoi problemi respiratori).

Aprile 2018: Ricoverata presso un reparto psichiatrico di degenza breve, dove ha avuto un'overdose di eroina, probabilmente con l'intenzione di farsi del male. È stata ricoverata presso la terapia intensiva e successivamente nel reparto psichiatrico.

Giugno 2018: Dimessa e sistemata nella precedente struttura di accoglienza (non avrebbe accettato nessun'altra sistemazione). Il nostro team ha iniziato a mettersi in moto per farla tornare in Finlandia, il suo paese d'origine.

Settembre 2018: Un altro ricovero presso un reparto di pneumologia. Dopo la dimissione, siamo riusciti a ottenere un posto presso un reparto di convalescenza dove le sue condizioni polmonari potesse stabilizzarsi prima del viaggio a Helsinki.

Ottobre 2018: Ritorno a Helsinki, viaggio organizzato dal nostro team.

Il caso evidenzia una persona con gravi problemi fisici e mentali, che ha accettato di buon grado il nostro aiuto, ma il cui percorso è stato interrotto diverse volte a causa della sua situazione medica e psichiatrica. Questo caso richiedeva un'azione urgente, ma anche un piano a lungo termine per la sua guarigione, e ciò non è stato sempre possibile.

L'impegno dello staff per garantire un follow up a lungo termine indipendentemente dalla sua sistemazione ha fatto sì che la sua cura e il suo supporto siano potuti continuare nonostante i cambi di sistemazione.

D'altro canto le difficoltà e l'inefficienza nel coordinamento tra i diversi professionisti sono state costanti, nonostante molte email, chiamate e incontri.

Domande:

- Quali punti di forza e fattori di rischio riesci a identificare in questo caso?
- Quali sono stati i momenti critici del processo?
- Quali interventi professionali vorresti sottolineare come positivi e quali come negativi, e quali sono risultati non raggiunti?

Caso Studio

Profilo di Alan, Start Team, Londra

Alan è uomo inglese di 38 anni che ha vissuto per diverso tempo in un grande ricovero notturno per persone senza dimora nel sud di Londra. Gli è stato assegnato un letto ma ha preferito, invece, dormire su un ampio davanzale in un grande dormitorio al primo piano, utilizzando stracci raccolti per strada, piuttosto che usare le coperte fornite dal personale della struttura di accoglienza. Avendo un numero di previdenza sociale aveva diritto ad un piccolo contributo economico, da cui è stata detratta la retta per la struttura di accoglienza, ma non ha mai richiesto altri contributi economici che gli sarebbero spettati di diritto.

Non ha mai parlato e ha sempre evitato i contatti sia con il personale che con i residenti. Quando non dormiva sul davanzale, usciva il mattino presto, ritornando a tarda notte. Indossava stracci raccolti in giro, che non lavava mai. Non si faceva mai la doccia, e la pelle del suo viso e delle sue mani era coperta da una profonda sporcizia. Non mangiava mai nella struttura di accoglienza e non era chiaro dove trovasse il cibo. Col passare degli anni, il personale si è preoccupato sempre più del suo estremo isolamento sociale, della sua apparente trascuratezza e della perdita di peso. Così, hanno riferito del suo caso al team START, una squadra di salute mentale per le persone senza dimora che opera per strada.

Lo abbiamo avvicinato per la prima volta una mattina presto – la sua reazione è stata alzarsi e lasciare la struttura di accoglienza, senza rivolgerci la parola. Abbiamo notato che, sotto lo sporco, era incredibilmente pallido e che il suo letto era infestato dai pidocchi. Abbiamo provato altre tre volte, e ogni volta semplicemente si alzava e lasciava l'ostello.

Date la sua estrema trascuratezza e la perdita di peso, si è ipotizzato un qualche tipo di disordine mentale, probabilmente una psicosi. Così abbiamo stabilito che fosse esaminato secondo il Mental Health Act e che fosse ricoverato presso un reparto psichiatrico. L'esame fisico iniziale ha mostrato che era ricoperto da morsi di insetto, probabilmente di pidocchi, e che il suo livello di emoglobina era 3g/dl (comparato a un normale valore di 13-17 g/dl). Ciò significava che rischiava di diventare cieco a causa della sua estrema anemia. Gli hanno fatto subito una trasfusione di sangue ed è stato poi trattato per malattia psicotica, fino a riuscire a vivere in una abitazione supportata.

Punti da evidenziare:

- Questo uomo non ha mai chiesto aiuto – e anzi, lo ha attivamente evitato.
- La sua grave malattia mentale non è stata identificata per molti anni.
- Nonostante il suo estremo isolamento sociale, il personale ONG/volontario che dirigeva il ricovero notturno era perfettamente al corrente della sua situazione.
- Nonostante non abbia mai rappresentato un pericolo immediato per gli altri o per se stesso, la sua trascuratezza ha progressivamente creato una significativa minaccia alla sua salute fisica e il suo problema con i pidocchi ha creato un disagio agli altri residenti dell'ostello.
- Nonostante avesse diritto a contributi economici e servizi, il suo stato mentale ha fatto sì che non fosse capace di usarli.

- Il team di strada ha tentato di avvicinarlo diverse volte prima di organizzare l'accertamento sanitario obbligatorio.
- Il team di salute mentale ha lavorato a stretto contatto con le persone che meglio conoscevano Alan e cioè il personale della struttura di accoglienza.

Grazie al lavoro degli operatori di strada che lo hanno avvicinato, quest'uomo ha ricevuto un servizio che non aveva mai avuto nei decenni precedenti.

Housing

Introduzione

Perchè l'housing è importante?

L'alloggio costituisce una parte importante nell'offerta di assistenza ad una persona senza dimora con problemi di salute mentale. L'alloggio presenta due aspetti di vitale importanza per ogni essere umano.

- Il primo e più scontato è di avere semplicemente un tetto sulla testa – con tutte le comodità relative (temperatura adeguata, acqua corrente, elettricità, mobilio e attrezzature varie). Tale struttura fornisce le condizioni per la sopravvivenza e il benessere fisici di una persona.
- Il secondo aspetto riguarda una dote invisibile di una dimora, il benessere generale di chi vi abita. In questo caso, più che di "abitazione", si può parlare di "casa". La "casa" ha come base necessaria un'"abitazione". La "casa" è un'"abitazione" con in più il coinvolgimento di chi vi abita. Il concetto di "casa" comprende quello di "abitazione" e molto altro. È nella "casa" e grazie ad essa e alla sensazione di "essere a casa" che una persona soddisfa i bisogni di appartenenza, privacy e intimità, di sentirsi libera e a proprio agio. Questi bisogni sono radicati nella dignità di ogni essere umano.

È all'interno di una "abitazione" innalzata allo status di "casa" che è fornito lo spazio per la sicurezza esterna e interna, per la dignità e la libertà. Questa vale per tutti e avere una casa propria è tanto più necessario per una persona senza dimora con necessità di supporto per problemi di salute mentale.

È attraverso l'"avere una casa" che si creano le condizioni essenziali per far sì che una persona riesca a riprendersi da disturbi di salute mentale, e per quanto non sia un dato assoluto, l'assistenza per disturbi di salute mentale spesso si rivela più efficace quando la persona vive in una casa.

Idee principali

La casa come diritto

Molti paesi dell'Unione Europea hanno sancito nelle loro costituzioni il diritto a "un'accoglienza" e il diritto "all'averne una casa propria". Questo di per sé non garantisce che a chiunque abbia bisogno di una casa ne sia fornita una, e infatti le interpretazioni in certi paesi tendono a limitare l'accesso a tali diritti. Tuttavia, è importante e significativo che gli operatori inizino a pensare alla casa come a un diritto. Ciò cambia il modo in cui viene visto il problema e rafforza il sostegno fornito. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea afferma nell'articolo 34.4: *Al fine di lottare contro l'esclusione sociale e la povertà, l'Unione riconosce e rispetta il diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa volte a garantire un'esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongano di risorse sufficienti, secondo le modalità stabilite dal diritto comunitario e le legislazioni e prassi nazionali.*

Le implicazioni nell'adottare un approccio basato sui diritti

Immediatezza. La nozione di diritto abbatte le barriere. Le persone dovrebbero essere accolte il più velocemente possibile (anche se in modo temporaneo). Dovrebbe essere disponibile una casa per i soggetti con bisogni multipli e la soglia per accedere a tali servizi dovrebbe essere il più bassa possibile. Questa può riguardare norme sulle coppie o sugli animali domestici che vivono nelle strutture o, quel che più conta, sulle questioni connesse alla riduzione del danno.

Scelta. La persona che stiamo aiutando deve avere la possibilità di scegliere, e tanto più quando si parla di sistemazioni a lungo termine. Offrire semplicemente un'opzione "prendere o lasciare", senza avere rispetto per le preferenze della persona, non contribuisce a promuovere il benessere e tanto meno la salute mentale del soggetto. Anche quando le scelte sono estremamente limitate, l'utente del servizio deve essere accompagnato attraverso un processo dove sia coinvolto, ben informato e su cui abbia potere decisionale. Alla persona deve anche essere "permesso" di cambiare opzione via via che passa il tempo, visto che anche la sua situazione può cambiare.

Esempio pratico: Gli appartamenti SLI Nua, gestiti dalla Comunità Midlands Simon ad Athlone in Irlanda, garantiscono case a persone che sono state senza dimora e che necessitano di supporto a domicilio per mantenere i loro affitti. Prima di trasferirvisi gli utenti del servizio visitano l'appartamento, hanno tempo per fare domande, e qualche giorno per decidere se la sistemazione faccia al caso loro. Anche se l'utente vive in un ostello e non ha altre opzioni realistiche di trovare una casa, si segue comunque questo processo, anche perché così facendo si ha un effetto positivo sul benessere della persona. Nel 2018 Taoiseach Mr Leo Varadkar T.D (Primo Ministro della Repubblica d'Irlanda) e Mairead McGuinness M.E.P (Primo Vice Presidente del Parlamento Europeo) hanno visitato un nuovo progetto di housing sociale a Longford (finanziato dal Department of Housing, Community and Local Government e dal Consiglio Comunale di Longford) dove a 10 persone, con varie necessità di supporto e con un lungo vissuto da senza dimora alle spalle, è stata offerta una casa; è di fondamentale importanza in questo modello che le persone siano viste come partecipanti attivi nella loro stessa assistenza e non come passivi beneficiari di un servizio, ed è la convinzione nel diritto all'alloggio a guidare questa metodologia.

Supporto. Non esiste alcuna sistemazione appropriata senza un supporto appropriato, che si adatti ai bisogni della persona, specialmente se ha problemi di salute mentale. Da questo dipende il successo dell'housing. Il supporto deve basarsi sul piano d'assistenza sviluppato con l'utente del servizio, e portato avanti fin quando questi ne senta il bisogno. Il supporto deve avere un case manager e includere diversi specialisti attinenti al caso stesso, per esempio esperti di salute mentale, di dipendenze, di assistenza sociale, professionisti sanitari, operatori di housing, avvocati. Il supporto dovrebbe essere a tempo indeterminato, oltre che flessibile e adattabile per rispondere ai bisogni in continuo cambiamento dell'utente. Una delle sfide maggiori è avere il coraggio di lasciare che sia la persona supportata a "dare il ritmo". Ciò significa che i vari step intrapresi per passare dalla strada a una casa, e la velocità di tale processo, devono essere prerogativa dell'utente del servizio. Si tratta di una posizione impegnativa, specialmente visto che il finanziamento dei servizi è spesso soggetto al conseguimento di determinati obiettivi. È difficile raggiungere gli obiettivi prefissi dai finanziatori con il ritmo che l'utente del servizio desidererebbe seguire. Comunque, è vitale per il benessere e il recupero di una persona senza dimora con problemi di salute mentale che gli venga data fiducia nel compiere le sue scelte al suo ritmo.

Esempio pratico: Il progetto Udenfor a Copenhagen sottolinea come filosofia di base "dare assistenza basandosi sui bisogni del momento dell'individuo, senza condizioni. Questo significa che non richiediamo nessun comportamento specifico, né richiediamo alcun risultato specifico da parte dei nostri utenti." Preben Brandt (fondatore del progetto Udenfor) afferma nel suo libro Udenfor – Erindringer fra et liv påkanten che questo modo di lavorare non solo è un intervento rispettoso e influenzato dai diritti, ma che porta anche a cambiamenti duraturi e sostenibili.

Qualità dell'alloggio. La qualità delle case offerte alle persone deve rispondere a standard appropriati. I servizi di housing sociale con supporto psicologico (servizi che prendono in considerazione i traumi passati e i problemi psicologici dell'utente) dovrebbero anche prendere in considerazione il contesto fisico della struttura di accoglienza, ostello, servizio diurno o casa. Il contesto fisico della casa o del servizio deve comunicare accoglienza ed empatia, e non essere freddo, funzionale, impersonale o istituzionale. Quantomeno, la sistemazione offerta non dovrebbe ri-traumatizzare le persone che stiamo cercando di aiutare. Quindi spesso quando una persona con supporto per bisogni di salute mentale deve trasferirsi nella sua nuova casa, dovrebbe trovare un pacchetto di benvenuto e tessuti d'arredo caldi e accoglienti in modo che l'ambiente trasmetta calore, sicurezza e accoglienza.

Prevenzione. La prevenzione deve avere un ruolo importante in ogni strategia di housing, visto che è probabilmente il modo più efficiente per assicurare una casa alle persone.

Check list per usare un approccio basato sui diritti

- I fornitori del servizio hanno formalmente adottato l'idea che le persone abbiano diritto a una casa?
- C'è un processo dove le opzioni abitative siano esaminate e spiegate all'utente del servizio?
- I professionisti impegnati nei servizi di housing partecipano ad una specifica formazione per le pratiche anti-oppressive?
- Una volta che l'utente del servizio si trasferisce nella sua nuova casa il supporto prosegue a tempo indeterminato?
- Le case offerte agli utenti rispettano gli standard minimi?
- È presente un codice di condotta per gli standard professionali che le persone che assistono

gli utenti del servizio sono tenute a seguire?

- **La casa è accogliente e trasmette calore? Per esempio c'è un kit di benvenuto per i nuovi residenti?**

Importanza della formazione del personale

Un fattore chiave nell'offrire un supporto significativo è la formazione del personale. Un approccio basato sui diritti richiede che gli operatori vengano formati sugli interventi centrati sull'individuo. Per far questo il personale dovrebbe essere capace di dimostrare un alto livello di empatia, capacità di approcciarsi trasmettendo un coinvolgimento emotivo e avere un alto livello di competenza nell'ascolto attivo. Deve sapere quando sia necessario dare consigli e indirizzare la persona, ma essere sempre in grado di comunicare un senso di comprensione, di calore emozionale e di incondizionata considerazione positiva. Queste abilità richiedono anche delle pratiche di riflessione, e che ci siano opportunità di riflessione sotto il controllo di un supervisore con le necessarie qualifiche ed abilità.

I professionisti che desiderano assistere le persone senza dimora, o chi rischia di diventarlo, con problemi di salute mentale devono partecipare alla formazione sulle pratiche anti-oppressive. Tale formazione dovrebbe garantire la consapevolezza di come alcuni propri valori e convinzioni possano avere un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza offerta agli utenti del servizio.

Check list per gli interventi incentrati sulla persona

- Il personale che lavora con il servizio è formato/informato sull'uso degli interventi incentrati sulla persona?
- Il personale è competente nelle abilità di ascolto di base?
- Il personale è stato formato nelle pratiche anti-oppressive?
- Sono presenti pratiche riflessive e opportunità per il personale per riflettere su questa metodologia?

L'assistenza fornita alle persone con problemi di salute mentale dovrebbe specificamente prendere in considerazione i possibili traumi passati che queste persone hanno subito. Questo approccio è definito in genere Trauma Informed Care. Peter Cockersell, sulla rivista FEANSTA "Homeless in Europe" (2017), dà un resoconto esemplificativo del trauma sperimentato dalle persone senza dimora. Afferma: "Chiunque abbia lavorato con persone che dormono per strada da molto tempo e con senza dimora cronici sa che buona parte di loro ha avuto una vita difficile, spesso iniziata nella prima infanzia con esperienze di abuso, abbandono, separazione, morte o alcolismo dei genitori, spesso seguite da una problematica storia scolastica, talvolta guai con la polizia, violenza, problemi di droga o alcol, o da problemi di salute mentale (spesso indefiniti) e talvolta da tutte queste cose insieme. Poi in età adulta si ritrovano ad affrontare l'esclusione sociale e i pericoli e le sfide del dormire per strada. La consapevolezza da parte degli operatori che lavorano con le persone senza dimora del chiaro legame tra il trauma multiplo subito e l'essere un senza dimora per lunghi periodi o in modo ripetuto è stata confermata da vari studi accademici nel Regno Unito, in Europa, e in tutto il mondo" (Maguire et al., 2009; Cockersell, 2011). Cockersell invita a non patologizzare o di analizzare psicologicamente i servizi per le persone senza dimora, ma piuttosto che le persone che lavorano in tali servizi e che assistono le persone senza dimora debbano essere consapevoli dell'impatto dei traumi per capire meglio come supportare le vittime.

Check list per un servizio di Housing che operi sulla base della strategia Trauma Informed Care

- Il personale è formato su tale approccio?
- Le soluzioni alloggiative e le strutture di accoglienza sono pensate seguendo standard basati sull'importanza della consapevolezza dell'impatto del trauma subito?
- L'ambiente esterno dei giardini e delle aree comuni è tenuto con cura?

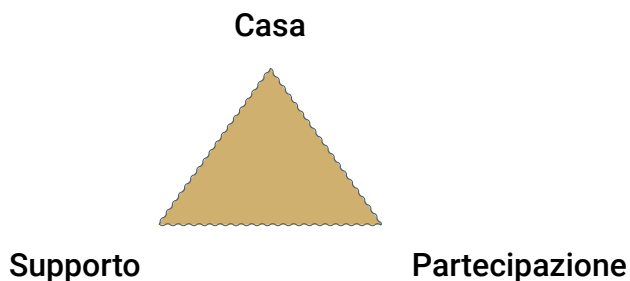
Al personale dovrebbe essere fornita una formazione su:

- il processo di cambiamento;
- l'impatto del trauma;
- come motivare l'utente;
- come coinvolgere e supportare le persone.

C'è anche bisogno di un regolare (almeno mensile) incontro di riflessione formale e supervisione per il personale.

Il triangolo della casa

Ci sono un lato "strutturale" (hard) e uno "funzionale" (soft) nel supporto offerto alla persona. Entrambi sono indispensabili, complementari e interconnessi. C'è un aspetto impersonale, oggettivo e rigido dell'assistenza così come uno personale, soggettivo, che si adegua alle circostanze individuali. Entrambi sono ben visibili nell'housing e molto importanti da prendere in considerazione quando abbiamo a che fare con una persona con bisogni di supporto nell'ambito della salute mentale. L'assistenza "strutturale" comprende l'effettiva struttura, le indicazioni mediche, le prescrizioni, le scadenze, l'assistenza sociale nel suo aspetto ufficiale e documentaristico. L'assistenza "funzionale" è data invece dallo spazio e dalle possibilità per la personalizzazione all'interno di un contesto rigido – l'aspetto umano dell'interazione tra l'utente e l'operatore sociale, il dottore, lo psichiatra, lo psicologo ecc. Questa dimensione umana rende possibile uno scambio significativo con un utente, alimenta il rapporto reciproco, stimola l'utente a entrare in contatto con se stesso e compiere veramente le proprie scelte. L'assistenza "funzionale" comporta la partecipazione da parte dell'utente. La partecipazione è un fattore indispensabile nel rendere un'abitazione una "casa". È con la partecipazione che si inizia a sentire proprio il posto in cui si vive. È possedere questo luogo che trasforma un alloggio in una "casa". Possiamo rappresentare graficamente questo concetto come "Il triangolo della casa".



La partecipazione da parte dell'utente è direttamente proporzionale al supporto dato lui dai professionisti che lo hanno in carico il risultato di questa interazione è il mantenimento dell'alloggio inteso come casa.

Continuità di assistenza nell'housing

Analizziamo ora le applicazioni nel mondo reale dell'housing per le persone senza dimora. Nonostante si descriva il processo articolandolo per passaggi, la cronologia proposta non deve essere intesa come quella migliore per il caso individuale. In realtà l'assunto base di "Housing First", per esempio, sfida l'ordine cronologico. L'assistenza non dovrebbe essere misurata in maniera schematica ma essere una risposta rilevante ai bisogni del momento e alle capacità di una persona. È compito dell'operatore usare al meglio le risorse disponibili per il bene della persona specifica.

Pre-housing. Ci sono situazioni in strada in cui il concetto di "casa" è o può essere veicolato. Il fatto che non si tratti ancora di una vera e propria casa non significa che queste manifestazioni non siano utili o significative nel processo di fornire un'abitazione a una persona. Il primo accenno di casa può presentarsi sotto la forma di un operatore di strada che offre un caffè. Un tazza di caffè caldo come piccolo segno di sicurezza e vicinanza umana invoca quelle stesse sensazioni che danno vita a una "casa".

Ci sono mense e centri di accoglienza. Non si tratta di alloggi, ma rappresentano già uno spazio più ampio per dare un senso di "casa". Sarà il sorriso di qualcuno che serve il cibo, sarà la qualità del cibo stesso, l'opportunità di avere vestiti puliti e lavati in un modo che ricorda casa (l'odore), l'invito a un banchetto di Natale, l'atmosfera accogliente del posto, la possibilità di passare del tempo in un angolo "proprio". Tale calore e accoglienza e accenni al concetto di casa così discreti, informali, flessibili sono particolarmente necessari nel contatto con persone con problemi di salute mentale.

Accoglienza d'emergenza. L'accoglienza d'emergenza serve essenzialmente ad assicurare la sopravvivenza. Ciò vale in particolare per le strutture di accoglienza notturna che forniscono un tetto sulla testa per la notte, con l'obbligo di andarsene durante il giorno. Le strutture di accoglienza notturne possono comunque avere anche l'importante ruolo di mettere in contatto una persona che vive per strada con forme di assistenza più articolate, inclusa l'accoglienza in appartamento. Dipende dalla gamma di servizi offerti da quella particolare struttura (per esempio psichiatra, assistente sociale), dal coinvolgimento del personale e dall'efficacia o meno degli invii.

L'accoglienza diurna e notturna è la prima forma di housing potenzialmente capace di fornire all'utente discrete dosi dell'ingrediente "casa". La struttura di accoglienza viene spesso malvista e giudicata un modo obsoleto e inadeguato di affrontare la questione delle persone senza dimora. Se anche le critiche possono risultare giustificate sulla base delle normali prassi, quel che è davvero discutibile ha più a che fare con il modo in cui è gestita la struttura di accoglienza piuttosto che con il concetto stesso di tale istituzione. Ovviamente, nessuna forma di sistemazione d'emergenza dovrebbe divenire cronica. Ma la struttura di accoglienza gioca un ruolo chiave nell'assicurare la sopravvivenza fisica e psicologica e la stabilizzazione di una persona, e anche nel permettere che gli operatori e l'utente stesso valutino qual è il suo stato attuale e quali opzioni future ci sono. In teoria la permanenza dovrebbe essere breve ma in pratica, data la scarsità di altre possibilità e i comportamenti dell'utente, i ritardi possono rivelarsi notevoli. Va detto che c'è chi si trova abbastanza bene nelle strutture di accoglienza. La giornata organizzata, incarichi da svolgere, elementi di disciplina, molteplici interazioni con altre persone sono tutti elementi di una struttura che potrebbero risultare carenti nell'housing individuale. La struttura protegge dalla solitudine, dalla tensione causata dai problemi di tutti i giorni, dagli ambienti inospitali o pericolosi.

Si tende ormai giustamente a progredire verso un continuo miglioramento degli standard di vita nelle strutture di accoglienza.

Idealmente:

- ognuno dovrebbe avere una stanza propria senza doverla condividere;
- le docce e i bagni dovrebbero essere condivisi con un rapporto massimo di 2:1;
- gli utenti dovrebbero essere consultati riguardo ai pasti forniti e alle loro esigenze nutrizionali;
- gli utenti dovrebbero avere il permesso di accedere alle proprie stanze 24 h/24 sette giorni su sette.

Standard più alti, comunque, non dovrebbero disincentivare gli utenti dal vivere delle vite più indipendenti, che è un rischio specialmente in una situazione in cui sistemazioni più indipendenti e a lungo termine scarseggiano.

Housing a lungo termine. Il dilemma della scelta tra – per farla semplice – condizioni abitative con scarsa privacy e quelle con scarsa compagnia può essere risolto da forme flessibili di housing supportato. In questi casi il “triangolo della casa” può essere sfruttato al massimo e con creatività per adattarsi alle capacità e ai bisogni della persona senza dimora con problemi di salute mentale.

Possiamo avere molte soluzioni a partire da tre tipologie:

- un blocco di appartamenti centralizzato per singoli o coppie con alloggi privati che garantiscano privacy, e spazi comuni per la socializzazione, nei quali gli operatori sociali sono presenti durante le giornate lavorative;
- grandi appartamenti individuali, sparsi normalmente all’interno di un paese o di una città, in cui ogni persona vive in una stanza separata, con servizi igienici, cucina e spazi di socializzazione in comune. La loro grandezza è variabile e la vita tra gli utenti è una specie di vita di comunità che somiglia alla famiglia;
- appartamenti indipendenti per singoli o coppie.

Esempio pratico: L’organizzazione Sophia in Irlanda possiede un servizio centralizzato a Dublino, che fornisce casa a 18 coppie che hanno avuto una lunga esperienza come senza dimora. A queste persone non sarebbe normalmente consentito l’accesso ai servizi per persone senza dimora come coppia, e verrebbero mandati a vivere presso servizi separati. Molte delle coppie hanno seri problemi di dipendenza in corso e bisogni di assistenza per la salute mentale. Alle coppie è offerta una casa tutta per loro senza alcun prerequisito, e con l’assistenza 24 ore su 24 del personale di supporto. A oggi, delle 36 persone trasferitesi lì nel 2015, 32 hanno mantenuto con successo le loro case.

Anche il supporto può essere di tre tipi:

- supporto sul posto fornito da operatori presenti ogni giorno (soluzione più adatta al blocco di appartamenti descritto sopra);
- supporto fornito da diversi operatori specifici (soluzione più adatta alle “comunità di vita”);
- supporto coordinato su base individuale con il case manager e l’utilizzo dei servizi generalmente disponibili.

Ovviamente si possono incontrare tutti i possibili tipi di combinazioni, sia per quanto riguarda la struttura abitativa che il tipo di supporto. In genere, sia le strutture abitative che le tipologie

di supporto presentate sopra, sono in ordine decrescente in materia di supporto e controllo. È di importanza secondaria che una persona raggiunga una qualunque sistemazione seguendo il percorso di progressi graduali o che “salti” direttamente all’ultimo step – dipende solo dai bisogni e dalle capacità individuali, oltre che dalle possibilità oggettive e dai limiti.

Housing First. L’Housing First è un intervento che propone l’inserimento di persone senza dimora in appartamenti indipendenti il più velocemente possibile, senza richiedere prerequisiti di sobrietà e di adesione al trattamento. L’Housing First è un cambio di paradigma, in cui invece di seguire un modello lineare in cui la persona progredisce dalla strada a un ostello a una sistemazione temporanea, fino ad arrivare ad avere una vera casa, l’individuo è assistito il più rapidamente possibile nella propria casa. In breve, le persone assistite tramite un servizio di Housing First non devono dimostrare di essere pronte ad avere un alloggio; il loro bisogno abitativo antecede l’offerta di una casa. L’Housing First è particolarmente rilevante per persone con problemi di salute mentale. Ovviamente, “l’Housing First non è solo housing” evidenzia il Dr. Sam Tsemberis, (massimo esperto internazionale riguardo all’Housing First). Nella sua opera principale, “Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction”, il Dr. Tsemberis riporta nel dettaglio le metodologie e gli interventi necessari per assistere persone con problemi di salute mentale nel progredire con successo dalla condizione di senza dimora. Numerose ricerche internazionali supportano il modello in quanto condurrebbe a un housing sostenibile e positivo, e a positivi effetti sulla salute per le persone senza dimora con problemi di salute mentale. In questo manuale non è possibile affrontare in modo esaustivo il modello

Housing First, ma i suoi valori e la filosofia del servizio possono essere così riassunti:

- la casa come diritto fondamentale;
- rispetto, calore ed empatia;
- assistenza disponibile per tutto il tempo necessario;
- alloggi sparsi in varie zone della città;
- affitto a nome del servizio con subaffitto all’utente del servizio;
- orientamento al reinserimento;
- riduzione del danno;
- l’arte della visita a domicilio.

Secondo i professionisti che utilizzano l’Housing First questo modello è ottimo quando è presente un investimento da parte di tutti gli specialisti di cui ci sia bisogno, come assistenza di psichiatri, infermieri psichiatrici, funzionari dell’housing, operatori di supporto, specialisti in dipendenze, operatori pari, in un’ottica multidisciplinare dell’intervento.

Alcune questioni importanti

Visita a domicilio. La visita domiciliare è uno degli interventi fondamentali di un processo di sistemazione abitativa con supporto o nel modello di Housing First. In questo caso l’operatore di supporto incontra l’utente del servizio a casa sua. Nonostante l’ambiente sia informale, si tratta di uno degli interventi terapeutici chiave nell’Housing First, così come in ogni situazione di sistemazione abitativa supportata.

Perché una visita a domicilio sia efficace vanno rispettati i seguenti punti:

- la visita va programmata in anticipo e non avvenire senza preavviso;
- l'operatore sociale deve arrivare preparato e leggere in anticipo le note cliniche riguardanti l'utente;
- la visita dovrebbe essere tranquilla e non effettuata frettolosamente;
- si deve comunicare con tono emotivo, caldo e autentico, sia verbalmente che tramite il linguaggio del corpo;
- la visita domiciliare permette all'operatore sociale di monitorare il grado di benessere dell'utente. L'operatore dovrebbe annotare le proprie osservazioni e non fare commenti ogni volta con l'utente del servizio;
- la visita domiciliare permette all'operatore sociale di valutare eventuali riparazioni e interventi di manutenzione da fare per far sì che la casa dell'utente rimanga un ambiente accogliente.
- Per concludere questa sezione presentiamo una sintesi del concetto di visita domiciliare secondo il Dr. Tsemberis: "La visita domiciliare, sia nella sua forma che nel suo contenuto, fornisce un gran numero di informazioni riguardo al cliente, alle sue condizioni di vita, al personale, e alle condizioni della relazione di cura. È un microcosmo dell'intero programma. La maggior parte dell'opera del programma avviene durante la visita domiciliare, i team continuano a far visita al cliente, gli forniscono una premurosa assistenza e gli domandano "Come stai?", "Come posso aiutarti?".... per favorire il raggiungimento della fiducia i membri del team devono comunicare approvazione e interesse – il tutto senza giudicare (Tsemberis S., 2010 P86/88).

Dimissione da ospedale, carcere o altre istituzioni. Questo manuale propone che siano sviluppati chiari protocolli da seguire nel percorso tra l'istituto da cui è dimesso l'individuo e i servizi per persone senza dimora, così da poter pianificare la dimissione e la successiva ammissione in tali servizi, in modo tale da evitare che una volta dimesso l'individuo finisca nuovamente in strada.

Donne e uomini nei servizi di accoglienza. Ci sono lati positivi nella coabitazione di utenti di sesso diverso e differenti gradi di rischi e opportunità di tale coabitazione nelle strutture per persone senza dimora, e in particolare in quelle d'emergenza. Si completano e aiutano a vicenda. L'accettazione reciproca fa svanire la stigmatizzazione. Ma gli operatori devono essere pienamente consapevoli dei bisogni e delle vulnerabilità di entrambi i gruppi. La vulnerabilità delle donne, soprattutto all'interno di strutture d'emergenza, con le loro esperienze di violenza di genere, impone che venga fatto un importante lavoro per assicurare che le donne si sentano protette e al sicuro.

Costruzione di rapporti tra gli utenti. È importante informare i coinquilini della struttura abitativa basata sulla collettività (si tratti di un struttura di emergenza o di una comunità) delle difficoltà di alcuni dei membri più problematici così da facilitare la costruzione dei rapporti.

Difficoltà

Aumento dei costi delle case. I prezzi delle case sono saliti del 4,3% sia nella zona euro che nell'UE nel terzo quarto del 2018 rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente (fonte Eurostat), riducendo le opzioni di compartecipazione all'affitto per le persone senza dimora.

Scarsità di abitazioni in affitto a buon mercato. Una tendenza a livello europeo è la mancanza di abitazioni economiche e i governi locali tendono a non giocare un ruolo attivo nella costruzione di strutture abitative sociali.

Oltre alla carenza di spazi abitativi disponibili, altre difficoltà tipiche sono le prolungate procedure burocratiche necessarie a ottenere tali spazi e la mancanza di varietà nelle soluzioni disponibili a dispetto dei bisogni estremamente variegati dei futuri utenti. È probabile inoltre che siano presenti altri gruppi svantaggiati e che quindi i vari rappresentanti siano in competizione per gli spazi a disposizione. È difficile lavorare con un approccio basato sulla persona quando c'è così poca scelta riguardo ciò che possiamo offrirle.

Il processo di housing comporta dei limiti di tempo. Da un lato attese estenuanti, dall'altro alcune cose, soprattutto documenti e transazioni legali vanno eseguite con celerità. Ciò può risultare particolarmente difficile per alcune delle persone di cui parliamo in questo manuale.

C'è una tendenza a considerare le persone domiciliate "sistematiche", come se il risultato finale fosse stato raggiunto, "la persona senza dimora non è più senza una casa". Anche se siamo coscienti del bisogno persistente di assistenza di una persona, alcuni servizi potrebbero non essere immediatamente disponibili. È un passaggio delicato per la persona che improvvisamente deve fare per se stessa più di quanto abbia mai fatto fino a quel momento. Questa fase richiede una particolare attenzione da parte dell'operatore sociale.

Anche la possibilità di stigmatizzazione e rifiuto da parte dei vicini è un problema da tenere in considerazione.

Buone prassi

Questo manuale propone che il modello ideale sia basato sul diritto dell'utente del servizio di scegliere se vuole una casa indipendente così come affermato dai valori principali del modello Housing First.

L'obiettivo finale dell'housing è giungere al "triangolo della casa" – garantire a una persona un adeguato spazio abitativo – una casa – e stimolare tramite il supporto fornito un certo grado di partecipazione da parte dell'utente, così che possa rendere questo spazio la sua casa. Sembra semplice, in realtà, è un processo a tempo indeterminato in cui l'operatore sociale non è l'unico e assoluto responsabile delle decisioni. L'operatore sociale è piuttosto una delle persone coinvolte, importante certo, ma che deve considerare le decisioni degli altri (in particolare dell'utente, magari di altre persone a lui vicine, del vicinato, di operatori di altri servizi, delle caratteristiche delle strutture ecc.). Ecco perchè il ruolo dell'operatore sociale è descritto al meglio da due concetti: equilibrio e flessibilità. Prima di tutto dovrà trovare un equilibrio tra il futuro utente e la struttura, dato che questa in parte presuppone uno stile di vita. Come già detto potrebbe trattarsi di un blocco di appartamenti, di una comunità di vita all'interno di appartamenti più grandi, di appartamenti indipendenti. Poi ci sono i futuri utenti, con tutte le loro caratteristiche, con i loro punti di forza e debolezze, particolarità, deficit, idiosincrasie. Le nostre effettive opzioni di sistemazione sono quasi sempre limitate. Adesso dobbiamo trovare un equilibrio! Utilizzare le strutture disponibili per trarre il miglior vantaggio per le persone che abbiamo di fronte. Fornire il supporto necessario, e/o garantire che arrivi da altri servizi. Trovare questo equilibrio non è una questione semplice, l'unico conforto è che possiamo lottare per l'ideale e ottenere solo il possibile. Un suggerimento per le situazioni di housing nelle quali le interazioni tra gli inquilini giocano un ruolo fondamentale – specialmente nelle comunità di vita – è di mettere insieme persone con diverse caratteristiche. I punti di forza dell'una possono risultare complementari alle debolezze dell'altra. Persone che stanno bene insieme tenderanno a prendersi reciprocamente cura l'una dell'altra in molti piccoli modi, che rappresenteranno un significativo supporto in più rispetto a quello professionale. Tale sostegno reciproco, quotidiano, tra pari è, tra parentesi, un elemento fondamentale di una vera e propria casa – una specie di famiglia, un tipo di compagnia che rappresenta un bisogno comune tra gli esseri umani.

Creare un equilibrio in altre forme di housing (individuale, condominio ecc.) non è più semplice. Anche in questi casi si applicano alcuni utili e diffusi principi.

- **Prevenzione.** È meglio prevedere un problema che ritrovarsi a doverlo risolvere. Un buon esempio parlando di housing è negoziare e pianificare le dimissioni da ospedali e altre istituzioni affinché ci sia un alloggio – anche se solo a breve termine – per la persona quando giungerà il momento.
- **Offrire sostegno.** Rispetto all'housing si tratta per lo più di visite a domicilio, ma la questione non è la forma, ma il contenuto. Quanto sostegno si può dare in una visita a domicilio? Quanto vero contatto e dialogo sono presenti?
- **Networking.** È buona cosa avere dei compagni quando ci si impegna per un obiettivo. Tutti i tipi di servizi sono partner idonei nell'housing – servizi sanitari, assistenza sociale, centri occupazionali, datori di lavoro, polizia – ma i più vantaggiosi sono i vicini della persona

domiciliata. Una coalizione con i vicini previene i rischi di stigmatizzazione e rifiuto. Richiede, comunque, che venga dato loro il sostegno degli operatori.

- Mettere la persona al centro è il vero punto focale di un'assistenza significativa nell'housing e in qualunque altro ambito. In termini pratici, significa che tra tutti i fornitori del servizio di housing ce n'è almeno uno per il quale l'utente è al centro, come persona nella sua interezza, soggetto e non oggetto dell'assistenza. Il risultato formale dell'assistenza incentrata sulla persona è il case management – una forma molto appropriata di servizio nell'housing, specialmente per quanto riguarda gli appartamenti indipendenti, e in particolare per il modello Housing First.

Dovendo affrontare così spesso nel campo dell'housing i vari vincoli e la scarsità di soluzioni disponibili, non dobbiamo aggiungere ulteriori rigidità del nostro modo di pensare all'inflessibilità già presente nella realtà che ci circonda. In generale, tutte le buone prassi sono espressione di percezione dinamica, modo di pensare difficile e spesso non ortodosso, decisioni e azioni audaci per trarre il meglio dalle circostanze incontrate.

Caso studio

Buone prassi nei servizi

Flat Zero – Arrels Foundation – Barcellona

Soluzioni di alloggio temporanee facilmente accessibili per persone senza dimora
Flat Zero è un servizio di alloggio temporaneo facilmente accessibile per persone senza dimora croniche a Barcellona. Il progetto ha l'obiettivo di fornire un'alternativa per garantire l'accesso a un alloggio; accoglie dieci persone ogni notte. È volutamente un servizio di piccole dimensioni, per garantire il rispetto della privacy e per concentrarsi sulla costruzione di relazioni con lo staff di Arrels.

Un normale appartamento è stato rinnovato e trasformato in un "appartamento di strada", rivolto alle persone che hanno già rifiutato altre opzioni di alloggio, ovvero al 20% delle persone non adatte per il modello Housing First o che non sono in grado di adattarsi ad alcune delle regole imposte riguardanti la condotta e la vita comunitaria. L'appartamento è stato progettato per essere un posto a metà tra una casa e la strada. Gli utenti del servizio possono accedere all'appartamento con cani, bevande, borse e pacchi che normalmente si portano appresso. Un'innovazione a favore dell'organizzazione che vale la pena menzionare è che l'appartamento ha una duplice funzione: dimora collettiva durante la notte e spazio per la formazione dei volontari e dei sostenitori della Arrels Foundation durante il giorno.

La Fondazione ha adattato lo spazio per andare incontro ai bisogni di coloro che assiste; non mirano a cambiare una persona per far sì che si adatti a un certo modello, piuttosto sono loro ad adattarsi alla persona e lo fanno seguendo gli elementi chiave della consuetudine, creando un servizio incentrato sulla persona, che garantisca dignità e sicurezza agli utenti.

Link della Flat Zero:

<https://www.arrelsfundacio.org/piszero/>

<https://youtu.be/favwHgzwZjY>

https://youtu.be/_OtmYhwVdp0

Caso studio

Il caso di Jack: START Team, Londra

Jack era un uomo di 34 anni proveniente da Newcastle, una città del Nord-Est dell'Inghilterra, che aveva sviluppato una grave malattia psicotica nella tarda adolescenza. Aveva vissuto a Londra, per le strade e in grandi ostelli, per circa dieci anni prima di incontrare il nostro team. Si trasferì in un appartamento di uno dei nostri progetti di primo livello, migliorò notevolmente grazie a piccole dosi di farmaci antipsicotici e all'assistenza ricevuta, e poi si trasferì in un appartamento a lungo termine e ad alto supporto a un paio di miglia di distanza, a Bermondsey, un'area tradizionalmente abitata dalla classe operaia nel sud di Londra. Sembrò sistemarsi bene nel suo appartamento, che era uno dei 12 raggruppati attorno a un piazzale, assistiti da operatori sociali 12 ore al giorno.

Ma un giorno parlando al suo operatore di riferimento disse di star pensando di tornare a Newcastle, anzi che aveva pensato di prendere il treno la settimana seguente. Non aveva programmato nulla, ma era sicuro che tutto sarebbe andato "bene" una volta tornato a Newcastle, che vedeva chiaramente come la sua città. Dopo averne parlato un po', il suo operatore di riferimento lo dissuase dal partire senza essersi organizzato, e cominciò ad aiutarlo a eseguire i preparativi. Nelle settimane seguenti riuscì a contattare l'Housing Department di Newcastle, gli fu trovato un appartamento, furono stabilite delle agevolazioni finanziarie, e il team di salute mentale della comunità locale accettò di prendersi cura di lui.

Prima di compiere il passo finale, lui e il team convennero che sarebbe stata una buona idea visitare il suo futuro appartamento e conoscere il team di salute mentale a Newcastle. Così, Jack, il suo operatore di riferimento e lo psichiatra (io) andammo a Newcastle in giornata. A quel punto gli accordi erano stati presi; Jack era impaziente di trasferirsi.

Scendemmo dal treno e prendemmo un taxi verso l'appartamento che gli era stato assegnato. Era in ottimo stato ma completamente spoglio. Inoltre Jack non sembrava riconoscere la città. Andammo dal team di salute mentale, ci presentammo e l'incontro che seguì fu molto positivo. Dopo il pranzo in centro città, prendemmo il treno di ritorno per Londra. Notai che Jack era stato piuttosto silenzioso durante le diverse ore trascorse in città, e dopo circa un'ora, il suo operatore di riferimento gli chiese se ci fosse qualcosa che non andava. Lui rispose "Non credo di voler tornare a Newcastle". Non si era sentito a suo agio là visto che era cambiato tutto così tanto da quando se ne era andato. In aggiunta, anche se aveva provato a contattare i suoi familiari, questi non volevano avere nulla a che fare con lui. Quindi, non aveva riconosciuto il posto come lo ricordava, e non aveva alcuna relazione o rete sociale rimaste. La visita aveva portato alla luce la realtà della situazione.

Così egli rimase nell'appartamento a Londra, dove ottenne di restare a tempo indeterminato. Per quanto mi riguarda, è stato estremamente utile andare con lui. Erano stati investiti un sacco di tempo e di energie per seguire la sua decisione, e sarebbe stato facile per i membri del mio team sentirsi irritati, o perlomeno delusi, dal fatto che tutto il loro lavoro non avesse portato ad alcun cambiamento. Ma, essendo là con lui, ho visto che il suo senso di delusione e sconforto era talmente palese che non avrebbe certamente funzionato come sistemazione per lui. E così la relazione tra Jack e il team è continuata su base positiva.

Caso Studio

Il caso di Mr D: Team Infirmiers de rue, Bruxelles

Incontrammo Mr D nel giugno del 2010.

All'epoca aveva 45 anni, era una persona senza dimora e viveva per strada. Era quasi sempre sotto l'effetto dell'alcol e talvolta risultava aggressivo. Ci servì un po' di tempo per guadagnarci la sua fiducia e per riuscire a garantirgli qualche diritto (di reddito, di assistenza medica...). Era tuttavia molto difficile immaginare una qualsiasi soluzione per lui in termini di alloggio, dato che la maggior parte delle volte non era accettato nei dormitori d'emergenza o nelle strutture di alloggio temporaneo, e il servizio Housing First non era ancora presente a Bruxelles.

Nel 2015 riuscimmo a proporgli un posto nel nostro programma di Housing First, e lui era molto soddisfatto di entrare nel suo primo appartamento dopo quasi dieci anni. Durante i primi mesi andò tutto bene; aveva smesso di bere e stava affrontando con entusiasmo la sua nuova vita. Ma successivamente ricominciò a bere, e i due anni seguenti furono un incubo, sia per lui che per noi. Eravamo preoccupati perché lo trovavamo spesso completamente ubriaco, quasi in coma, in casa sua, senza alcun tipo di controllo. Provò a smettere di bere diverse volte, sia da solo che presso un'istituto con un programma di disintossicazione. Gli unici punti positivi in questi due anni sono stati: che la sua fiducia e relazione con il nostro team non sono state intaccate, al contrario sono migliorate; che voleva veramente continuare a vivere in un appartamento, era molto motivato; e infine che scelse di propria volontà di trasferirsi in un altro appartamento, più piccolo (che gli piaceva di più, visto che l'altro gli sembrava troppo grande) e più economico: era di nuovo in grado di compiere realmente le sue scelte.

E poi, finalmente, dopo un ulteriore ricovero in ospedale, ci disse di aver capito che non era il caso per lui di vivere da solo. Così gli proponemmo una casa di cura, per la quale era troppo giovane, ma dove lo avevano comunque accettato, e lui acconsentì!

Vive lì da due anni e da allora non ha toccato alcol, ed è felice. Sta continuando a fare passi avanti, poichè adesso sta pensando di trovare un altro progetto di abitazione collettiva dove possa stare con persone della sua età.

Domande:

- Quali punti di forza e fattori di rischio riesci a identificare nell'intervento descritto?
- Quali potrebbero essere i momenti critici del processo?
- Basandoti sulla tua esperienza riesci a immaginare un intervento diverso? Se sì, puoi descriverlo?

Recovery

Introduzione

Le persone che si trovano nella condizione di senza dimora da molto tempo spesso sono state sottoposte a un lungo processo di esclusione sociale e spesso hanno sofferto un trauma composito (Cockersell, 2018).

La ricerca mostra chiaramente che nell'infanzia e nell'adolescenza le persone senza dimora mostrano con frequenza indicatori di famiglie disfunzionali, come storie di abusi fisici e/o sessuali nell'infanzia, abuso di sostanze o malattia mentale dei genitori, fughe da casa, affidamenti e istituzionalizzazioni. Nell'età adulta, le persone senza dimora sono spesso afflitte da perdita del posto di lavoro, crisi economiche, scarsa salute fisica e mentale, abuso di sostanze, esposizione a violenza fisica o sessuale e da mancanza di legami sociali che possano sostenerli o proteggerli (Munoz, Vásquez e Panadero in Levinson e Ross, 2007).

Questo significa che lavorare con le persone senza dimora non è solo questione di fornire risposte ai loro problemi di mancanza di abitazione, cure o lavoro. Si tratta anche di affrontare il processo di esclusione sociale e aiutarli a recuperare il senso di un sé stabile, un senso di casa (un posto dove sentirsi a proprio agio e a cui sentire di appartenere), un senso di connessione a relazioni stabili e a legami sociali e un senso di valore personale, così che sentano di possedere qualcosa di valido da condividere con gli altri e si sentano per questo accettati.

Questa dimensione è talmente essenziale che diventa elusiva e difficile da rappresentare con una parola. "Partecipazione", "Recupero", "Riconnessione", "Legittimazione", "Riabilitazione", "Guarigione", "Occupazione" sono solo alcune delle parole che possono venire in mente a proposito. Il termine "Recupero" ha il vantaggio di connettersi alla letteratura corrente in materia, ma allo stesso tempo non è completamente adatto. Infatti, evoca la "malattia" (si ha un periodo di "recupero" dopo essere stati malati) ma il concetto che qui si vuole esprimere richiede un cambiamento di prospettiva da un modello medico ad uno sociale in cui il focus sono il benessere, le forze e le opportunità piuttosto che i deficit e le debolezze.

D'altro canto recupero, evoca anche l'idea di "ritorno" – ritornare allo stato precedente, recuperare una determinata condizione. Ma è anche importante essere consapevoli che qualcuno potrebbe non aver mai vissuto un precedente stato di cosiddetta "normalità" sociale ed economica, il che significa che spesso non è una questione di "ritornare a", ma di costruire "da zero" ciò che prima non c'era.

Secondo Repper & Perkins (2006), il recupero è un processo personalizzato, connesso con la crescita della speranza per il futuro, con la scoperta di un nuovo senso nella vita, con il rafforzamento e lo sviluppo di abilità personali e di strategie, con la creazione di una base economica e sociale sicura, con rapporti di supporto e integrazione sociale.

Quindi il processo di recupero non può essere attuato dai professionisti, si tratta piuttosto di un viaggio personale che va compreso dal punto di vista dell'utente. Il ruolo dei professionisti può essere meglio inteso come ruolo di supporto, in cui si cerca di mettere a disposizione il contesto e le opportunità che la persona potrà usare nel suo percorso di recupero, piuttosto che ostacolare tale percorso con l'imposizione di soluzioni e progetti creati da operatori che credono di sapere quel che è meglio per lei. Questo richiede abilità di ascolto, rispetto verso il diritto di scelta e un lavoro collaborativo con l'utente.

Idee principali

- **Il recupero non è la cura:** Recupero e Cura sono due cose differenti. Recupero significa arrivare ad autogestirsi. Secondo questo approccio, la persona si prende dei rischi. Per esempio, sceglie di tornare a lavorare; allo stesso tempo, le viene fornito un solido supporto dalla famiglia (qualora ce ne sia una) e dai professionisti (Chamberlin, 2005). Gli utenti stessi devono gestire il loro recupero – recuperano da soli seppur con del supporto.
- **Il recupero è un processo, non una condizione:** È un processo di cambiamento, attraverso il quale gli individui migliorano il loro benessere, la loro qualità di vita e si “auto-conducono” verso una maggiore autonomia, preferibilmente essendo capaci di supportarsi da soli e di non dipendere da altre persone. Questo significa essere trattati come persone piuttosto che come pazienti.
- **È un percorso personale, e ognuno recupera secondo il suo ritmo.** Perciò, dovrebbe soltanto essere supportato – e non gestito – da un professionista. Questo per due ragioni: la prima è che i bisogni di una persona e quelli che un professionista ritiene tali per quella stessa persona possono differire notevolmente (Lasalvia al., 2015; Thornicroft & Slade, 2002). Inoltre, i bisogni espressi dall’utente stesso sono indicatori molto più validi per la valutazione della qualità di vita rispetto a quelli segnalati dai professionisti (Slade, Leese, Cahill, Thornicroft, & Knipers, 2005). La seconda ragione riguarda il diritto dell’individuo di prendere le proprie decisioni, anche se durante il percorso si dimostrano scelte sbagliate o pericolose e dannose. Il diritto di assumersi dei rischi personali e riguadagnare il controllo della propria vita attraverso la libera scelta rientra nel più ampio contesto dell’idea di recupero e va quindi concesso, anche quando si è in sostanziale disaccordo o si è preoccupati per i risultati di questa scelta (Slade, 2009).

In aggiunta, dovremmo essere consapevoli di alcune questioni.

- **Il coinvolgimento e il tentativo di stabilire una relazione significativa e di fiducia** tra le persone senza dimora e gli operatori svolgono un ruolo centrale nel supportare i processi di recupero. Grazie a questa relazione si possono fornire scelte e opzioni alle persone in merito ai loro bisogni e alla loro volontà. Questo è di fondamentale importanza nel lavoro di outreach (vedi il capitolo Outreach).
- La strada verso il recupero non è mai diritta, e **non c’è una destinazione prestabilita.** I professionisti dovrebbero cercare di non forzare le persone che hanno in carico verso obiettivi ideali (per esempio: prendere una casa, trovare un lavoro, farsi una famiglia) senza tener conto della volontà e delle possibilità delle persone stesse. Dobbiamo tenere a mente che la **normalità** è un concetto statistico, ma ognuno di noi ha verso questa un approccio soggettivo, e si deve tenerne conto quando si lavora con persone che sono state esposte a gravi eventi nella propria vita e che hanno creato un certo “modo personale” di interagire con l’ambiente.
- Da una prospettiva legata al recupero il ruolo dei professionisti è **inculcare speranza e costruire una visione realistica e positiva**, per supportare, connettersi e fornire opportunità, così come rispettare i bisogni e le scelte, concentrarsi sui punti di forza, sull’autodeterminazione e le

risorse delle persone, anzichè focalizzarsi sui sintomi e i deficit. È un approccio olistico, che si rivolge agli utenti in quanto individui con dei ruoli, piuttosto che come pazienti.

- *Per guadagnare o riguadagnare il rispetto e la fiducia in se stessi e trovare un senso nella vita* è importante sentirsi “inclusi”, sentire di appartenere a una comunità dove non si è soltanto accettati, ma anche riconosciuti come qualcuno che merita. Tutto questo può essere raggiunto in parte incrementando le connessioni con gli altri, rendendosi capaci di partecipare attivamente come cittadini ed avere accesso a un lavoro.
- **Avere accesso a un lavoro** può essere molto importante nel processo di recupero, visto che può condurre all'autonomia economica, all'indipendenza e al riconoscimento. A parte questo, i soldi guadagnati/il salario possono essere collegati alla dignità, visti come mezzo di scambio. In più, attraverso un lavoro le persone senza dimora possono strutturare la loro vita e darsi uno scopo. È per questo che per alcuni il lavoro è un passo cruciale verso il recupero.
- D'altro canto, va sottolineato **che avere un lavoro non è tutto**. Ci sono persone per cui avere un lavoro non è la priorità (per esempio persone anziane o i più gravemente malati), quindi dobbiamo accettare la diversità e riconoscere il diritto di vivere con dignità senza avere un lavoro. Se consideriamo un lavoro il prerequisito di una vita soddisfacente, potremmo finire con l'incolpare e lo sminuire coloro che potrebbero non essere più in grado di lavorare, ma che possono vivere con dignità grazie a una pensione o altre indennità sociali, e trovare uno scopo nella vita attraverso un hobby o altre attività comunitarie e sociali.

Difficoltà

- **La tempistica:** I servizi spesso temono la dipendenza degli utenti e tendono a mettere pressione ai professionisti affinché ottengano risultati rapidi e facciano sì che le persone di cui si occupano diventino autonomi il prima possibile. Questo contribuisce a privilegiare soluzioni a breve termine e programmi rigidi in cui gli utenti sono costretti a seguire i passaggi sotto la minaccia di perdere il loro supporto. Questa modalità difensiva può trasformare i servizi in un sistema che prontamente incolpa, punisce ed esclude le persone, anziché in uno che si prende cura di loro, che le supporta e le aiuta relativamente ai loro bisogni.
- Gli operatori hanno spesso **un grande carico di lavoro** e questo rende **difficile un approccio individuo-centrico e un approccio personalizzato**. Avere a che fare con persone che soffrono a causa di un lungo processo di esclusione sociale richiede una concentrazione costante sulla relazione che promuova lo sviluppo di un rapporto vicino, regolare e di fiducia tra professionisti e utenti.
- La paura di affrontare i **bisogni a lungo termine** crea il paradosso dell'aumentare il **rischio di istituzionalizzazione**, in cui essere un utente del servizio diventa "un lavoro a tempo pieno", e le persone vivono permanentemente in sistemazioni in teoria temporanee, come dormitory di emergenza, ostelli e altre grandi istituzioni.
- I professionisti possono non considerare la possibilità di entrare nel mercato del lavoro e usare invece **un modello graduale** in cui alle persone è prima chiesto di frequentare attività occupazionali o formazioni professionali. Questo può contribuire a intrappolare le persone in circoli viziosi di infinite formazioni preparatorie senza alcun accesso al mercato del lavoro. Per evitarlo si può ricorrere a tirocini o a esperienze di lavoro tutelate in azienda, dove si aiutano le persone a trovare un "vero" lavoro ed in cui sono supportate e formate mentre lo svolgono.
- Sempre di più, a causa della crisi socio-economica, alcuni paesi europei devono far fronte alla mancanza di lavoro e all'estinzione dei risparmi familiari, nonché a minori investimenti nell'assistenza sociale, che lasciano in uno stato di vulnerabilità i più bisognosi. Al tempo stesso, ci troviamo di fronte a un **libero mercato del lavoro più competitivo** dove c'è posto solo per "il più forte" cos'anche esclude molte persone che potrebbero lavorare, pur non essendo i più giovani o i più veloci. (Un'alternativa potrebbero essere le cooperative sociali).
- Comunque, il **tema dell'occupazione è un tema complesso**, nel senso che l'occupazione può essere diversa da un "lavoro". Molto spesso l'occupazione è vista come un'azione inclusiva nella comunità e non come lavoro vero e proprio. Dato che l'occupazione/lavoro è un elemento identitario forte e simbolico, va analizzata con cura l'idea di come l'occupazione agisce sull'identità di una persona. Se la costruzione di tale identità si acquisisce attraverso una speciale forma di lavoro costruita per soggetti con malattie mentali e senza dimora, il risultato sarà un loro totale identificazione con la loro condizione stigmatizzante e non con quella di cittadini con diritti e responsabilità.

- Il personale delle istituzioni e dei servizi può sentirsi frustrato dal processo di recupero se non è ben formato e supportato. Gli stereotipi e i fraintendimenti possono portare a una costante marginalizzazione e discriminazione, specialmente per coloro con problemi di salute mentale e/o di dipendenze. Perciò, gli operatori hanno bisogno che siano dati loro gli strumenti per comprendere chiaramente che il trattamento non equivale al recupero. I team dovrebbero avere tempo per riflettere, lavorare in squadra, ragionare e attivare le reti, comunicare all'interno e al di fuori del team. Ciò è essenziale per capire che il processo di recupero richiede tempo e che, durante questo processo, avremo a che fare con frustrazioni, passi indietro e progressi e allo stesso tempo per rispettare le possibilità delle persone di cui si occupano. Per essere flessibile un team va continuamente supportato (vedi anche il capitolo 7 sulla Cura e la Formazione del Personale).

Buone pratiche

- Visto che spesso abbiamo di fronte persone che hanno subito un lungo processo di esclusione sociale, è di vitale importanza provare a costruire **un contesto che le persone sentano sicuro, stabile e contenente figure chiave**, di cui potersi fidare in caso si abbia bisogno di aiuto.
- L'intervento deve avere un **focus centrale sulla relazione**, e cercare di promuovere continuità, fiducia, interattività, un atteggiamento positivo di considerazione, rispetto, non reattivo, di non ritorsione, con un'attenzione speciale alle dinamiche di potere, evitando l'insorgere dei sentimenti di vergogna, umiliazione e rabbia e offrendo al soggetto la scelta di varie alternative, non soluzioni imposte con un comportamento alla "prendere o lasciare".
- È essenziale poter contare su **case manager stabili** e non incontrare un professionista diverso ogni volta che l'utente si reca presso il servizio. È altrettanto importante che i case manager abbiano un **carico di lavoro** che lasci loro il tempo di incontrare i clienti e di fare le cose insieme.
- Lo stile di approccio da adottare dovrebbe essere **incentrato sulla persona**, visto che è essenziale incontrare le persone nel loro ambiente, ascoltare e riconoscere i loro punti di vista, bisogni e speranze. Al tempo stesso, gli operatori dovrebbero cercare di sostenere le loro aspirazioni fornendo informazioni, accesso a opportunità e facendo loro da mentori attraverso un **piano fatto su misura** secondo le scelte della persona, i suoi potenziali e i suoi deficit.
- **Provvedere livelli di assistenza appropriati** secondo i bisogni dell'individuo, evitando un eccesso di assistenza e trattamento – che crea il rischio di una dipendenza a lungo termine e di una graduale perdita di autonomia ed emancipazione – ma, al tempo stesso, stando in guardia per risultare disponibili e flessibili in caso di crisi e ricadute.
- Anche il **networking** è di vitale importanza, specificamente se incentrato sulla persona, che significa collaborazione tra i diversi servizi in base ai bisogni specifici di ogni individuo di volta in volta. La complessità dei problemi che affrontano le persone senza dimora richiede un'assistenza progressiva e il supporto di diversi professionisti dai servizi sociali, servizi sanitari ecc. Così, è importante agevolarli con associazioni formali e informali e con risorse comunitarie, il che richiede un alto livello di competenza tra i professionisti oltre che di flessibilità e di capacità di "pensare fuori dagli schemi" (vedi il capitolo Networking).
- **Continuità dell'assistenza:** è il processo tramite il quale la persona e il professionista sono cooperativamente impegnati nella progressiva gestione dell'assistenza verso l'obiettivo comune di un'assistenza di alta qualità ed economicamente vantaggiosa. Ciò facilita anche i servizi, rendendo possibile il riconoscimento precoce dei problemi. La continuità dell'assistenza è radicata in una collaborazione duratura in cui il professionista (o il team) conosce la storia della persona grazie all'esperienza e può integrare nuove informazioni e decisioni in una prospettiva olistica della persona in maniera efficiente senza dover investigare troppo o consultare le cartelle e i documenti. In questo modo si riduce la frammentazione dell'assistenza e si migliorano la sicurezza della persona e la qualità della cura. La continuità dell'assistenza è

fortemente connessa con un continuo follow up, poiché presuppone l'esistenza di una rete.

- **Gruppi di mutuo auto aiuto, specialisti di sostegno tra pari, programmi gestiti da pari:** gruppi o programmi gestiti ed erogati da persone che hanno vissuto l'esperienza di senza dimora e che talvolta hanno anche affrontato problemi di dipendenza o di malattia mentale. Attraverso questi gruppi o programmi sono incoraggiati il dialogo aperto, la consultazione e in certi casi anche il dibattito. Il sostegno tra pari si ha quando le persone forniscono conoscenze, esperienze, aiuto emozionale, sociale o pratico per aiutarsi a vicenda. Un pari è nella posizione di offrire supporto in virtù della sua esperienza: "ci è passato, lo ha fatto" e può relazionarsi con gli altri che adesso si trovano in una situazione simile. Si riferisce comunemente a un'iniziativa che prevede operatori di supporto formati (anche se i pari possono fornire aiuto senza formazione).
- **Cittadinanza attiva:** Un'ampia gamma di parti in causa dovrebbe essere significativamente coinvolta nello sviluppo delle politiche e nell'implementazione del programma, nella sua erogazione e valutazione. In particolare, coloro che sono stati (o lo sono ancora) delle persone senza dimora dovrebbero essere inclusi nelle decisioni che li riguardano, avere il permesso di essere attivi nelle loro comunità e poter usare le risorse comunitarie o altri mezzi che rinforzano i legami umani.

Caso Studio

“Red Sin Gravedad”: Un progetto di azione e partecipazione comunitaria sviluppato dalle seguenti associazioni: Radio Nikosia, Saräu, ActivaMent e Cooperativa Aixec.

Il progetto consiste nella creazione di una rete di gruppi di lavoro e/o laboratori di arte, cultura, benessere ecc. nei Centri Comunitari di Barcellona aperti alla comunità, che dovrebbero creare una naturale atmosfera di opportunità tra persone con e senza disturbi di salute mentale. L'origine della rete si basa sul bisogno di creare dei contesti comunitari “leggeri”, senza categorie diagnostiche, con l'obiettivo di aprire dei veri spazi per l'interazione e la partecipazione.

Per ulteriori informazioni: <https://redsingravedad.org/>

SCooperative sociali a responsabilità limitata (SCLL)

Le cooperative sociali a responsabilità limitata (SCLL) sono organismi privati con responsabilità limitata dei loro membri. Hanno una natura commerciale e possono sviluppare qualunque attività economica sostenendola con programmi di formazione professionale per i loro membri, laboratori protetti, e impiego assistito. Il servizio si rivolge a vari gruppi in difficoltà, tra cui migranti economici, rifugiati e individui con malattie mentali.

Le attività delle SCLL hanno l'obiettivo:

- di assicurare la solidità dell'impresa e la continua creazione di nuovi posti di lavoro;
- di essere attive nel libero mercato locale;
- di mantenere un equilibrio tra strategia imprenditoriale e obiettivi sociali;
- di combattere ed eliminare lo stigma sociale, tramite – tra le altre cose – la creazione di posti di lavoro;
- di fornire un'educazione continuativa e una formazione professionale ai suoi membri con problemi psicosociali.

Per ulteriori informazioni:

<http://www.socialfirmseurope.org/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846108/>

Domande:

Ogni volta che proponi o attui un intervento chiediti:

1. A chi giova quello che sto facendo? Di chi sto facendo gli interessi? Del cliente, di me stesso, del mio servizio, di una quarta parte?

2. Ciò contribuisce al loro recupero, sviluppo e apprendimento?
3. È abilitante od oppressivo? Incoraggia la fiducia e un'interazione positiva o contribuisce alla sfiducia e a un mutuo atteggiamento difensivo?
4. Quali sono i rapporti di potere? È indice di rispetto o di forzatura? Lascia spazio alle scelte o è un tipo di proposta "prendere o lasciare"?

Il caso di N., SSP&MH, Athens

N. è nato nel 1967 in un'isola greca, ma quando aveva due anni, lui e la sua famiglia si sono trasferiti negli Stati Uniti. È single e non ha figli. Ha un fratello minore. Sua madre è morta 15 anni fa; il padre si è risposato e vive negli Stati Uniti.

N. si è diplomato alle scuole superiori e ha vissuto negli Stati Uniti fino al 2014. Dopo la morte della madre, alla quale era molto legato, ha iniziato a comportarsi in modo ambiguo. Voleva diventare ricco e indipendente, visto che pensava che se la sua famiglia avesse avuto i soldi la madre non sarebbe morta. Ma poco dopo è stato arrestato per possesso e uso di droga e condannato a quattro anni. Una volta uscito di prigione ha provato a trovarsi un lavoro nel ristorante dello zio, ma non veniva pagato abbastanza e ha smesso. Ha ripreso a fare cose illegali, e di conseguenza, ha trascorso altri sei anni in prigione per furto d'auto e per lavoro sommerso. Quando è stato rilasciato lo hanno espulso dal paese perché non aveva la cittadinanza americana. Non ha informato della cosa né il padre né il fratello poiché si vergognava, ed è così che è finito in Grecia a dormire per strada.

N. ha fatto visita per la prima volta al Day Center for Homeless (D.C.f.H., Centro Diurno per Senzatetto) della ONG PRAKSIS al Pireo nel giugno del 2015, e la sua richiesta iniziale è stata di poter utilizzare i servizi per la sua igiene personale (doccia e vestiti). In quel periodo dormiva in una struttura dell'UNESCO. Godeva anche della consulenza legale e del supporto dell'ONG per ex detenuti chiamata "Epanodos" (= Ritorno a casa).

Mentre beneficiava dei servizi del Centro Diurno per Persone Senza Dimora dell'ONG PRAKSIS al Pireo, ha fatto visita al Centro Diurno per Persone Senza Dimora della stessa ONG ad Atene, anche se ciò non è consentito. Quando è stato scoperto, un operatore sociale di Atene gli ha chiesto di andarsene. Lui è andato su tutte le furie, ha iniziato ad accusare lo staff di volergli fare del male, e alla fine ha avuto un attacco di violenza; ha colpito un ospite alla testa con una catena e ha minacciato di uccidere tutti. Si è chiuso in un ufficio e ha preso in ostaggio un ospite. Visto che non si trattava dell'unico incidente violento, il personale ha chiamato la polizia che lo ha portato prima alla stazione di polizia e in seguito lo hanno ricoverato contro la sua volontà in un ospedale psichiatrico.

Durante l'ospedalizzazione, N. ha raccontato ai dottori di essere stato portato e lasciato sul confine della Grecia da agenti dell'FBI. Ha espresso anche pensieri paranoidei e aggressività. Gli è stata diagnosticata una "Grave sindrome psicotica, tendenza all'utilizzo di droghe (sisha e cannabis) e comportamento aggressivo – verbale e fisico". Da quel momento è stato posto sotto trattamento medico.

Dopo qualche settimana nell'ospedale psichiatrico, N. è ritornato all'ostello dell'UNESCO con l'obbligo di seguire il follow up ogni mese. Inoltre, aveva il sostegno del Centro Diurno per Persone senza Dimora della ONG PRAKSIS e anche del Policlinico di PRAKSIS. Purtroppo, poco dopo ha avuto un altro scoppio di violenza, nel D.C.f.H. al Pireo.

Questa volta, con l'intervento dell'infermiere e dell'operatore sociale del centro, è stato convinto a fare un'ospedalizzazione volontaria. In ospedale ha ammesso di non aver preso le medicine per cui le allucinazioni uditive e i pensieri paranoidei lo stavano ancora tormentando. A causa del suo comportamento (aveva avuto qualche episodio violento nell'ostello e una condotta instabile) è stato espulso dall'ostello dell'UNESCO e ha finito a dormire nel porto del Pireo. Per fortuna aveva costruito un forte legame di fiducia con l'infermiere del D.C.f.H. e ha perciò accettato di prendere la sua cura quotidiana dal Centro e di sottoporsi al follow up con lo psichiatra volontario del Centro stesso. Inoltre grazie al continuo e genuino interesse dell'infermiere, N. ha cominciato a sentirsi al sicuro e a esprimersi.

A questo punto, il D.C.f.H. ha iniziato a cooperare con l'associazione "Society of Social Psychiatry and Mental Health (SS&MH)" per fornire servizi più efficienti e integrati alle persone senza dimora con problemi psicosociali. Una volta a settimana nel Centro era presente uno psicologo dell'SS&MH.

Grazie a questo accordo N. ha iniziato delle sedute settimanali con lo psicologo (da maggio 2017 ad aprile 2019) mirate a garantirgli supporto psicologico, emancipazione e guida. La sua situazione clinica è gradualmente migliorata grazie al binomio terapia e farmaci. Così è diventato meno aggressivo e paranoide, e allo stesso tempo più "aperto" a parlare di se stesso.

Anche se non visitava regolarmente il Centro Diurno, arrivava sempre in tempo per le sedute, e le aspettava con impazienza. Diceva che erano l'unico punto di riferimento nella sua vita e lo facevano sentire resiliente. Nel frattempo, con il supporto e la guida sia dello psicologo che dell'operatore sociale, N. ha ottenuto il codice fiscale, ha fatto domanda per un assegno sociale e ha iniziato a guadagnare un po' di soldi come pittore da strada.

Il percorso verso il recupero non è mai stato facile per lui, e molte volte si è sentito scoraggiato. Allora diceva: “È meglio il carcere che essere una persona senza dimora. Là potevi dormire e mangiare... Comunque la prigione ti colpisce fisicamente e mentalmente. Senti di essere sotto a una lastra che ti opprime. “Scordi” di avere un corpo”.

Nel frattempo, N. ha partecipato a una festa da strada organizzata dal D.C.f.H. nel 2018 sotto l’egida della municipalità del Pireo e durante questo evento ha dipinto davanti al pubblico.

Il suo dipinto era straordinario e la municipalità ha deciso di acquistarlo per una somma piuttosto alta, cosa che gli ha permesso di riguadagnare fiducia in se stesso e cominciare a vedersi come un artista invece che come una persona senza dimora senza speranza. Attualmente, dopo molte ricadute e regressioni, N. ha compiuto dei passi considerevoli nella propria vita. Il suo assegno sociale è stato approvato, e ha trovato lavoro presso una Cooperativa Sociale come addetto alle pulizie. In aggiunta, con l’intervento dell’operatore sociale del D.C.f.H., è stato accettato nuovamente all’ostello dell’UNESCO. L’ultimo mese ha persino iniziato una relazione con una giovane donna, ed è molto contento a riguardo. Sta, quindi, cercando di risparmiare denaro per realizzare il suo sogno; affittare un appartamento, visto che stando a quanto dice: “La cosa più importante nella vita è avere una chiave ed aprire la porta di casa propria... Altrimenti, ti senti “perso”. Tutto sembra essere vano”.

N. è considerato un chiaro esempio del recupero riuscito di una persona e ciò è stato possibile grazie a un’effettiva collaborazione tra professionisti, un approccio incentrato sulla persona, un piano su misura e soprattutto la forte volontà della persona stessa di cambiare le sue sorti.

Domande

- Quali punti di forza e quali fattori di rischio riesci a identificare in questo cliente?
- Quali sono stati i momenti critici del processo di recupero?
- Cosa hanno, o non hanno, aggiunto gli interventi dei professionisti al processo di recupero?

Outreach

Introduzione

Le istituzioni e le associazioni hanno, per secoli, offerto l'aiuto di base – cibo, un riparo, dei vestiti – alle persone che vivono per strada. Ma, in passato, questo stato di povertà era visto come una condizione di vita inevitabile. Le persone senza dimora erano viste come sfortunati esempi di estrema povertà individuale, e non come conseguenza di specifiche mancanze dell'assistenza sanitaria o sociale.

Oggi la povertà sta aumentando ovunque in Europa. Più del 22,5% della popolazione europea è a rischio di povertà o esclusione sociale (Eurostat 2018) e più di 4 milioni di cittadini europei sono senza dimora (stima FEANTSA). Il fenomeno delle persone senza dimora è diventato una priorità politica, anche se solo a livello retorico piuttosto che a livello concreto, per la quale è richiesto lo stanziamento di risorse specifiche.

Vari studi in Inghilterra, Germania e altri paesi europei hanno dimostrato un'eccessiva incidenza di disordini mentali tra le persone senza dimora.

Oltre al crescente numero di individui costretti alla condizione di senza dimora e affetti da disturbi mentali, va sottolineato che queste persone hanno notevoli problemi ad accedere ai servizi appropriati. Può trattarsi di problemi amministrativi, un risultato della malattia mentale, o dipendere da esperienze personali con i servizi di aiuto.

Le iniziative di outreach in passato si concentravano sul rispondere ai bisogni primari, distribuendo cibo e coperte a chi viveva per strada. I volontari spesso non avevano alcuna formazione specifica nel settore sociale o sanitario, ma erano mossi solo dal desiderio di rendersi utili. Messe di fronte alle particolari sfide che si incontrano in tale lavoro, durante gli anni Ottanta molte di queste organizzazioni si sono riorganizzate e hanno offerto una varietà di servizi sempre più professionali e specializzati – talvolta all'interno delle ONG ma anche negli esistenti servizi sanitari, sociali e abitativi.

Inizialmente si pensava che i servizi potessero avere un effetto significativo sul numero delle persone senza dimora per le strade – e per un po' lo hanno avuto. I principi dell'outreach sono anche risultati efficaci con gli individui che possiedono una casa in cui vivere, ma che sono «tagliati fuori» dalle altre persone, per qualsivoglia ragione. Comunque, l'era dell'austerità ha favorito il recente aumento delle persone senza dimora. Quindi, invece di diventare meno necessari, tali servizi sono diventati più essenziali che mai. Da qui l'importanza di questo progetto Erasmus per ampliare le abilità e le esperienze delle persone coinvolte nell'assistenza alle persone senza dimora.

Le seguenti proposte si basano sull'esperienza pratica e dovrebbero rendere chiare le abilità e le pratiche necessarie per avvicinare le persone senza dimora, per ascoltare ciò che hanno da dire, e per capire la loro situazione – così che possano, per quanto possibile, avere accesso ai loro diritti fondamentali, ai servizi sociali e sanitari, a una casa e al sostegno necessario per viverci.

Descrizione dell'outreach

- L'idea di outreach è usata per descrivere i programmi e gli interventi che individuano le persone a cui serve aiuto o consulenza, piuttosto che aspettare che quelle persone vengano a chiedere aiuto. (Dizionario Collins)
- Fornire servizi medici o di altro tipo alle persone a casa o dove passano il loro tempo (Dizionario Cambridge)
- È il fornire servizi a ogni gruppo di persone che non potrebbero altrimenti avere accesso a tali servizi. Questi servizi vanno a incontrare coloro che hanno bisogno là dove si trovano, piuttosto che aspettare che siano loro a presentarsi in un ufficio o in ambulatorio. (enciclopedia Wikipedia)
- L'outreach è più che un pilastro specifico nel nostro schema – è l'elemento comune che collega gli altri pilastri del servizio, creando un percorso che porta dall'esclusione in strada a un'inclusione sociale e a una connessione con i servizi sociali e sanitari.

Le diverse definizioni di outreach condividono alcune idee.

1. Trovare, incontrare e entrare in contatto con le persone che hanno bisogno d'aiuto.
2. Identificare e provvedere all'assistenza dei bisogni primari.
3. Fare da ponte con i servizi sociali e sanitari per facilitare sia l'accesso sia la continuità del contatto con essi.

Non è facile trovare un'esatta traduzione letterale della parola "outreach" in altre lingue. Per esempio, in francese, troviamo "aller vers"... (tendere verso) e "aller à la rencontre" (andare incontro).

In passato, le iniziative di outreach si concentravano a provvedere ai bisogni primari, come la distribuzione di cibo e coperte. Il nuovo elemento nell'outreach è il coinvolgimento di coloro con abilità professionali e conoscenza specialistica – dottori, infermiere, psicologi, operatori sociali – che escono dal loro ambiente professionale per incontrare le persone nel luogo in cui si trovano.

Idee Principali

A. **L'outreach è un atteggiamento:** Più che un metodo, e richiede che il professionista sia:

- **aperto**
- **attento**
- **disponibile**

verso le persone che non hanno accesso ai servizi sociali e sanitari.

B. **Un buon servizio di outreach:**

- è fornito dove vive o passa il suo tempo la persona – per strada, nelle strutture di accoglienza, in case occupate abusivamente, in casa – sia che il luogo sia familiare o comodo per l'operatore sia che non lo sia;
- è offerto se l'accessibilità è un problema;
- è aperto alla persona, senza che questa necessariamente lo richieda;
- è aperto alla persona, senza il bisogno di un invio da altri servizi;
- è informale, offerto nel contesto di una relazione personale;
- l'operatore si pone a livello della persona che incontra, piuttosto che guardarlo dall'alto in basso – un approccio non gerarchico e basato sulla relazione;
- basato sulla collaborazione, in cui la persona senza dimora e il servizio lavorano insieme;
- ordinario – il lavoro di outreach è visto come parte integrante del lavoro piuttosto che come eccezione ;
- accessibile – è considerato più importante della specializzazione;
- la priorità è stabilire una relazione d'aiuto da persona a persona e dove siano previsti il tempo e le risorse necessarie;
- offerto puramente per il beneficio del persona che si incontra, per facilitare il suo progresso verso l'inclusione sociale – non per soddisfare obiettivi politici o burocratici;
- rispettoso della dignità dell'individuo, del suo diritto di essere diverso, di essere ascoltato, del suo spazio e del suo tempo;
- capace di considerare tutte le possibilità, sia nei confronti dell'individuo, sia in termini di altri agenti e fornitori di servizi significativi.

C. **Cambiare la pratica verso un modello di outreach**

Noi, come fornitori di servizi, siamo abituati ad ambienti e contesti prevedibili, organizzati (magari anche comodi) che, in un certo senso, sentiamo di "possedere". Tuttavia, un buon lavoro di outreach si svolge in modi meno pianificati, più spontanei, nello spazio di altre persone.

Si dà maggiore enfasi allo stabilire una relazione d'aiuto con la persona rispetto all'eseguire una diagnosi o al raccogliere informazioni.

Il lavoro di outreach richiede che un operatore sappia ascoltare le preoccupazioni della persona, essere attento al suo linguaggio del corpo, essere abbastanza flessibile da accettare i sentimenti e i desideri dell'altro e saper ascoltare le sue idee prima di agire.

Queste doti caratterizzano una buona pratica di salute mentale ovunque, ma metterle in pratica richiede uno sforzo maggiore in ambienti meno convenzionali, meno privati e (eventualmente) più pericolosi, come la strada.

Le persone senza dimora tendono ad avere bisogni in più campi contemporaneamente, che si rinforzano a vicenda, di conseguenza nessun servizio può agire efficacemente singolarmente. Questo è vero per tutti le persone senza dimora che vivono per strada. Quindi, la collaborazione ed il coordinamento sono assolutamente essenziali perchè un modello di outreach possa funzionare efficacemente. Per evitare la rivalità tra i servizi, o che la persona senza dimora vi finisca in mezzo, ci deve essere un mandato chiaro da parte della committenza e a livello dirigenziale dai fornitori del servizio.

OUTREACH SOCIALE E SANITARIO

A. Fasi del lavoro di outreach:

Identificazione di una persona bisognosa

È possibile che tu, o un membro del tuo team di outreach, vediate per strada qualcuno che sembra aver bisogno di assistenza. Ma può anche esservi riferito di questo individuo da un membro della sua famiglia, dalla polizia, da privati cittadini, o da un negoziante del quartiere.

Stabilire il contatto:

Presentati come te stesso, dicendo chi sei e perchè sei lì e chiedendo il permesso di parlare. Puoi sederti con lui e cominciare a capire quanta voglia ha di parlare con te, se ne ha.

Può essere che non serva parlare molto all'inizio, puoi anche solo passare del tempo con lui, magari offrendo un caffè o una sigaretta, lasciando che entrambi vi mettiate a vostro agio. Se lui o lei ti dice non vuole parlare, o se ne va, riprova semplicemente un altro giorno, non prenderla sul personale. Può servire del tempo, e se si lavora da soli spesso si soffre di solitudine. Lavorare in coppie ha alcuni vantaggi, ma può essere recepito come una minaccia dalla persona senza dimora. Potresti voler stabilire contatti informali con altre persone coinvolte con la persona senza dimora, magari persino con la sua famiglia.

Chiarimenti: Conoscere la persona

Incontrare qualcuno diverse volte, anche se per poco tempo, può gettare le basi per creare fiducia e una reciproca comprensione.

Questi incontri avranno la lunghezza che la persona senza dimora desidera e svolgersi su una panchina, in un parco, una caffetteria. Potete sedervi insieme e chiacchierare o fumare una sigaretta e bere una tazza di caffè. Dopo un po' di tempo, vi chiarirete su che tipo di aiuto la persona abbia bisogno.

La situazione può suscitare pensieri e sentimenti contrastanti nell'operatore. Ogni persona senza dimora con problemi di salute mentale vorrà vivere la vita al meglio che può, anche considerate le sue circostanze difficili. Può sembrare, talvolta, che questo stile di vita sia una libera scelta, e così non si vuole interferire. Ma, allo stesso tempo, sappiamo che una persona può essere intrappolata nella sua condizione di senza dimora dai sintomi di un disordine mentale.

Interventi: Stabilire la giusta forma d'aiuto

Si può cominciare offrendo la forma d'aiuto più semplice che possa venir accettata. Questa sarà spesso pratica, come il fornire vestiti, cibo, o un sacco a pelo. O può riguardare un problema di salute fisica, ad esempio l'operatore potrebbe offrire una semplice cura per le piaghe della pelle. Via via, possono essere affrontati problemi più rilevanti, come l'ottenimento di sussidi statali, di un'assicurazione sanitaria, o il fare domanda per un alloggio.

Se i problemi di salute mentale sono evidenti, si può adesso discuterne. Puoi chiedere il permesso di contattare l'ufficio di assistenza, l'ospedale psichiatrico, la famiglia, o altre organizzazioni d'aiuto. Può essere creato un piano di intervento completo, ed è preferibile coinvolgere sia l'individuo interessato sia le istituzioni e le organizzazioni responsabili.

Supporto: mantenere il supporto e i contatti

Quando la persona abbandona la strada per trasferirsi in una sistemazione più stabile e appropriata, i suoi bisogni di supporto cambieranno.

Le condizioni di deficit o conflitto che hanno in primo luogo contribuito all'esclusione sociale possono presentarsi nuovamente e vanno affrontate, se possibile. È importante mantenere il contatto per assicurare un pronto intervento se dovessero sorgere dei problemi.

Conclusione

L'arte di saper porre fine alla relazione d'aiuto al momento giusto. Si deve tener conto del fatto che per il cliente la relazione con l'operatore potrebbe essere l'unica sostanziale relazione che abbia avuto in molti anni, quindi porre fine al contatto va pianificato con ampio anticipo, per dare il tempo alla persona di abituarsi all'idea, di dispiacersene (forse) e di adattarsi alla nuova situazione.

Un buon finale può aiutare ad assicurarsi che ciò che è stato guadagnato da questo contatto non vada perduto.

Il contatto, per alcuni, dovrà continuare a un minore livello di intensità per molti anni. Per esempio, sotto forma di visite un paio di volte all'anno o di possibilità di contattare il team per telefono. Il team dovrebbe tentare di eliminare gradualmente il supporto e gli interventi mentre altri subentrano.

B. Ruoli degli operatori sanitari nel lavoro in strada

- Tutti coloro che lavorano con le persone in strada devono essere a conoscenza dei principi del lavoro di outreach, delle metodologie di aggancio della persona senza dimora e sapere quali sono i modi pratici per sviluppare una relazione positiva e d'aiuto.

Infermieri

- Possono lavorare direttamente con l'igiene, l'assistenza, la motivazione, la valutazione di qualsiasi problema medico e l'accertamento della capacità e vulnerabilità di una persona.
- Possono fungere da intermediari tra la persona e il personale medico (ospedale, dottori, medici di base), in particolare per chiarire/tradurre il linguaggio medico al paziente.
- Possono supportare le cure di follow up e le visite mediche, sia accompagnandoli che aiutandoli a negoziare nel processo burocratico.
- Incontreranno la persona regolarmente.

Infermieri psichiatrici

- Incontreranno la persona regolarmente.
- In aggiunta al ruolo di infermieri generici, quelli psichiatrici lavorano in funzione di specialisti con le persone con esperienze di e/o affetti da disordini mentali, in qualsiasi ambiente possano trovarsi (strada, ricoveri ecc.).
- Possono porsi come mediatori per i servizi di salute mentale tramite la relazione di reciproca fiducia stabilita con la persona.
- Le linee guida sono seguire le richieste della persona, i suoi desideri e bisogni (senza obiettivi preconcepiuti o limiti di tempo), utilizzando un approccio proattivo e cercando di fornire attenzione

olistica e senso di dignità.

Medico generico (GP): Incontrerà la persona per strada per:

- migliorare il coinvolgimento della persona con l'intero servizio;
- abbattere ogni barriera di sfiducia nata da precedenti brutte esperienze con i servizi medici;
- dare consulenza clinica nei casi non urgenti.

Psichiatra: incontrerà le persone per strada per:

- migliorare il coinvolgimento della persona con l'intero servizio;
- stabilire e formulare una diagnosi psichiatrica;
- fornire interventi non urgenti e urgenti (obbligatori), dove necessario;
- facilitare l'accesso alle risorse psichiatriche, sia in ospedale che non.

Psicologo: Incontrerà la persona per strada per:

- aiutare a stabilire relazione efficace con il paziente;
- stabilire una diagnosi e una formulazione psicologica.
- supportare e consigliare il team negli aspetti psicologici del loro lavoro quotidiano col paziente.

Operatori sociali: Come gli infermieri, avranno spesso il ruolo di coordinatori del caso e vedranno regolarmente la persona per:

- fornire interventi di assistenza sociale;
- facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria e ai servizi sociali.

Problemi da affrontare nel re-housing

- Essere proattivi nel mantenere il contatto con i clienti.
- Essere coscienti dei paradossali pericoli del muoversi in un'abitazione stabile – per esempio il minore livello di attività può aumentare il rischio di trombosi.
- Maggiore rischio di overdose (da alcol o altre droghe) a causa di:
 - possibilità di fare scorta in casa di droga e alcol.
 - maggiore privacy (desiderabile in teoria) che rende le overdose meno visibili, riducendo quindi le possibilità di intervento.
- Solitudine a casa.
- Creare, informare e supportare una rete di professionisti sanitari del "sistema normale" che siano capaci di seguire questi pazienti e garantire aiuto sia continuo che urgente quando sia necessario.

Difficoltà

Riguardo alle persone senza dimora:

- Tappare le falle: è comune per i servizi focalizzarsi su bisogni immediati e urgenti, senza affrontare i problemi sottostanti. Il pericolo è che la persona senza dimora diventi completamente dipendente dal servizio, senza alcun cambiamento nella sua situazione di base.
- Ripetute emergenze sociali o sanitarie senza alcuna risoluzione delle cause sottostanti che le hanno causate.
- Rifiuto del servizio da parte di chi dorme per strada – persino rifiuto di incontrare o parlare gli operatori.
- “Igiene urbana”: Interventi, solitamente della polizia o dei servizi di pulizia, per rimuovere le persone senza dimora da determinate aree senza migliorare la loro situazione.
- Paura e sfiducia diffuse (da parte delle persone senza dimora) nei confronti di qualsiasi tipo di autorità.

Riguardo agli operatori :

- Scoraggiamento: Nonostante i grandi sforzi, la persona senza dimora scompare o muore.
- Barriere istituzionali all’accesso: orari d’apertura degli ambulatori, accessibilità fisica ecc.
- Concorrenza e individualismo delle ONG e dei servizi ufficiali: la cultura degli appalti scoraggia la collaborazione e incoraggia l’auto-esaltazione dell’organizzazione.
- Mancanza di reciprocità nel dare e nel ricevere.
- Il tempo, l’urgenza e la mancanza di risorse limitano le opzioni per soluzioni più permanenti.
- La stigmatizzazione dei senzatetto per le strade: possono essere visti come irrecuperabili o come non meritevoli d’aiuto.

Collaborazione e coordinamento

Il networking e la cooperazione sono essenziali, sia a livello organizzativo che in ogni caso individuale. Sfortunatamente, i finanziamenti sono organizzati in modo tale che gli organismi che dovrebbero lavorare insieme, invece, competono tra loro.

Competitività

Collaborazione

Coordinamento

COMPETITIVITÀ:

Questo è lo stato “naturale” in cui si trovano le organizzazioni: competere per i finanziamenti e per gli utenti/clienti. Può portare a un innalzamento degli standard, soprattutto tra professionisti. Comunque, buona parte dei problemi riguardanti le persone senza dimora sono di ordine multidisciplinare e di conseguenza non sono risolvibili da parte di una singola organizzazione o team, e così la competitività limita l’efficacia dell’aiuto fornito escludendo altre, potenzialmente utili, fonti di assistenza.

COLLABORAZIONE

La collaborazione è la risposta più razionale ai problemi complessi, come quelli portati dalle persone senza dimora con problemi di salute mentale. Idealmente, una collaborazione tra due o più entità (persone, dipartimenti, associazioni, istituzioni) sia pubbliche che private, produrrà un lavoro congiunto che può raggiungere risultati che i singoli organismi non sarebbero capaci di ottenere da soli.

Una buona collaborazione produce una migliore qualità dei risultati, facilita l'esecuzione del progetto, migliora l'efficienza del team, crea migliori ambienti di lavoro, e fa crescere le organizzazioni.

Collaborando, le persone condividono abilità, conoscenze, talento, informazioni e risorse per raggiungere un obiettivo comune.

Dato che la collaborazione andrà contro i normali istinti delle organizzazioni, non può essere dato per scontato che avvenga. Deve essere formalmente riconosciuta e valutata importante in ogni organizzazione. La collaborazione deve essere pianificata, ben strutturata e monitorata – e concentrata sui risultati.

COORDINAMENTO:

Coordinare le azioni di diversi organismi può focalizzare l'attenzione, evitare inutili duplicamenti dello sforzo, e far raggiungere la complementarità. Permette di utilizzare diversi approcci a un problema comune.

Buone prassi

Pratiche specifiche di outreach

Fasi dell'outreach

1. Preparazione (*prima di incontrare qualcuno per strada*)

- Raccogliere quante più informazioni possibili prima di pianificare un qualsiasi intervento o primo contatto.
- Usare un team multidisciplinare composto da (almeno) un coordinatore, operatori sociali e sanitari, con sia personale stipendiato che volontario.
- Pianificare un "programma" di interventi.
- Assegnare il "caso" a un membro del team che si prenda la continuativa responsabilità per la persona in questione. Può essere d'aiuto avere due persone assegnate in questo modo, in caso di malattia, abbandono ecc.

2. Pianificare il primo incontro per strada

- Una riunione preliminare serve a valutare i rischi, le opportunità e l'obiettivo dell'incontro proposto con un potenziale cliente.

3. Continuità nel recupero: Incontri regolari per monitorare e pianificare il progresso della reintegrazione sociale e/o sanitaria.

Buone pratiche nel lavoro di outreach

- **Tempo:** capita che si debba gestire il tempo in modo diverso rispetto a come si è soliti fare lavorando all'interno di un sistema più strutturato. Nei sistemi più formali è possibile pianificare di terminare un lavoro entro un tempo specifico, prendere e rispettare appuntamenti, ed "usare" il tempo in modo ottimale (o, agli occhi delle organizzazioni, "efficientemente"). Nel lavoro di outreach per le strade, il tempo è molto meno sotto controllo – il più delle volte, sono i bisogni della persona a determinare quanto tempo richiederà un particolare compito o intervento.
- **Pazienza:** Possono servire settimane o mesi per avvicinarsi a una persona – è possibile raggiungere risultati rapidi, ma solitamente è necessario del tempo. Anche in questo caso è importante rendere ogni orario contingente ai bisogni del cliente e, per quanto possibile, lasciare che sia l'altra persona a scegliere il ritmo. Un rifiuto non deve essere per forza tale – se puoi aspettare e permettere alla persona di stabilire fiducia nel corso del tempo.
- **Riconoscere e rispettare i bisogni e i desideri della persona.**
- **Fiducia/credibilità:** Bisogna guadagnarsela. Non basta lavorare per le strade con delle buone intenzioni. Le persone che vivono per strada hanno incontrato molti ben intenzionati nelle loro vite – nelle istituzioni, dai dipartimenti di assistenza sociale, dalle ONG ecc. – eppure si trovano ancora nella loro condizione.
- Per chi ha subito una grave perdita sviluppare fiducia negli altri è un processo che può richiedere dei tempi molto più lunghi rispetto a quelli del lavoro sociale o sanitario tradizionale. Devi dimostrare di essere puntuale, affidabile, onesto, di saper agire efficacemente e di essere una

persona sicura con cui stare.

- **Tempismo:** Il giusto momento per prendere contatto è quando la persona senza dimora lo desidera; il giusto momento per fare domanda di pensione è quando la persona lo vuole. E' utile avere dei piani previsionali, ma questi devono essere regolati in base all'abilità della persona di tollerarli si deve spesso aspettare che la persona sia pronta.
- **Resilienza:** Potresti dover fare cose che non ti mettono a tuo agio come avvicinare, diverse volte, una persona che rifiuta i tuoi tentativi di stabilire un contatto con lei.
- **Rifiutare la gerarchia:** Mettere da parte ogni status professionale e relazionarsi con la persona senza dimora prima di tutto come persona, per creare una relazione quanto più equalitaria possibile.
- **Curiosità:** Essere curiosi, genuinamente voler capire il mondo dell'altra persona.
- **Lavoro di squadra:** I ruoli e le funzioni devono essere chiari, ma gli operatori devono essere abbastanza flessibili da condividere incarichi e lavorare al di là dei propri ruoli quando necessario.
- **Supervisione:** Il lavoro di strada è impegnativo. Può essere solitario, e può facilmente lasciare l'operatore senza il sostegno collegiale che è solitamente parte del lavorare insieme. Quindi, ogni progetto con le persone senza dimora con problemi di salute mentale che vivono in strada deve avere una struttura ben organizzata che effettui supervisioni regolari.

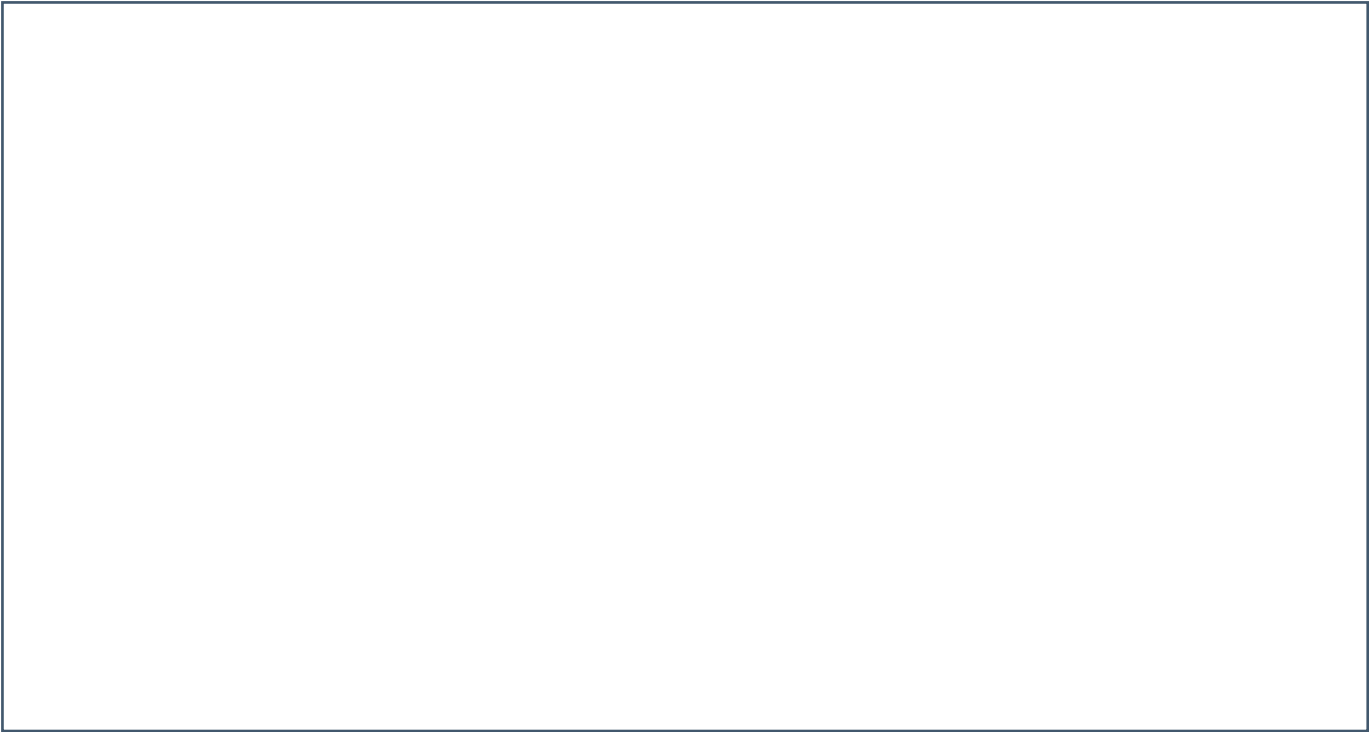
Project UDEFOR Copenhagen

Project UDEFOR does outreach work on the local and regional plan in Copenhagen and other parts of Denmark in the following fields: homelessness, drug abuse and mentally ill people together with other marginalised groups in Denmark. It is a non-profit organisation registered in the City of Copenhagen, Denmark in 1999.

Our objectives are :

- An improvement in the conditions of the socially rejected in our society by identifying and documenting factors which result in social rejection in order to prevent any further effects.
- To spread knowledge of such factors and spreading knowledge of preventing people from being rejected and ways improving conditions for those already rejected.
- To develop new methods for working with severely excluded persons.
- To try directly, through practical work to improve the conditions of the people already socially rejected.

The activities of Project UDEFOR shall reflect the view that there have always been many different approaches by professionals depending on their educational and professional background.



Caso Studio

The psy-med-soc Team of Ostello – Termini.

Shelter closer to Termini Station of Rome

Contesto: Il fatto ebbe luogo durante un periodo invernale di allerta comunale per il freddo (novembre-marzo), che portò a un aumento del numero di letti disponibili per le persone senza dimora e del numero di unità mobili per l'outreach in strada.

Rapporto: La polizia urbana riferì al servizio sociale del comune la presenza di una donna di una certa età in condizioni "pietose", che aveva rifiutato ogni forma di contatto e dialogo.

Unità mobile: L'unità mobile Coop Soc X, composta da un volontario (autista), un operatore sociale e un educatore, fu mandata a valutare la situazione.

Primo incontro: L'operatore sociale provò con discrezione a stabilire un contatto, a scambiare qualche parola. La donna era in un visibile stato di trascuratezza, con una ferita infetta a una gamba. Si rifiutò di parlare, ignorò il loro saluto e non rispose a nessuna domanda. Non rispose neanche all'offerta di una bevanda calda, così gliela lasciarono accanto. Il team le diede la buonanotte dicendole che sarebbero passati nuovamente l'indomani.

Valutazione e breve rapporto

L'osservazione di questo primo contatto suggerisce che fosse necessario affrontare urgentemente la sua situazione. Era senza soldi e senza abiti o sistemazione adeguati, aveva una salute precaria e non stava ricevendo cure adeguate (infezione alla gamba), non era capace di mantenersi pulita e non possedeva l'occorrente per dormire fuori al freddo. Queste informazioni furono condivise con gli altri servizi notturni che operavano principalmente nella stazione centrale, un'area frequentata dalle persone senza dimora.

Incontro del team al ricovero, con la partecipazione di un medico. Il caso fu classificato urgente e assegnato ad un assistente sociale. L'obiettivo immediato concordato fu creare la relazione minima con questa donna per provare a convincerla ad andarsene dalla strada e ad accettare le cure per la sua gamba.

Piano: Fu proposto di effettuare incontri frequenti, in modo che l'assistente sociale guadagnasse la fiducia della donna, e possibilmente che la aiutasse ad accettare di farsi medicare la gamba dall'infermeria dell'ostello, per evitare cancrena e possibile amputazione.

Risultati e Sintesi: Dopo il successivo incontro la donna accettò le medicazioni dall'infermeria dell'ostello – e restò all'interno della struttura a dormire su una sedia. Si spostò poi in una stanza con quattro letti – e, ironicamente, si lamentò del fatto che gli altri ospiti non fossero abbastanza puliti.

Quindi, nonostante la sua iniziale indifferenza al team di outreach durante il loro primo incontro, la donna fu in seguito capace di accettare il trattamento medico per la sua gamba e la sistemazione nell'ostello dopo circa dieci visite settimanali.

Conclusione: Il processo primario di outreach e coinvolgimento – incontrare, parlare, prendersi cura, dar risposta ai bisogni primari (la bevanda calda) – ha reso possibile ad una donna alienata di farsi di nuovo coinvolgere dai servizi d'aiuto.

Domande:

- Quali punti di forza e fattori di rischio riesci ad identificare nell'intervento descritto?
- Quali potrebbero essere i momenti critici del processo?
- Partendo dalla tua esperienza, puoi immaginare un differente intervento? Se sì, puoi descriverlo?

Networking

Introduzione

Essere una persona senza dimora, nella maggior parte dei casi, significa avere molteplici bisogni che richiedono molteplici risposte da coordinare e che difficilmente possono essere corrisposte da un unico ente: problemi di alloggio, burocratici, lavorativi, o di salute, fisica o mentale.

Il modo in cui la maggior parte delle persone senza dimora richiedono aiuto, inoltre, non è solitamente diretto ed esplicito: molto spesso i bisogni emergono perché la persona “rompe” il delicato equilibrio tra il contesto sociale e le sue esigenze.

È significativo che siano soprattutto terze parti a raccogliere le richieste di aiuto: normali cittadini, volontari, operatori sociali, agenti di polizia.

L'urgenza e la non specificità delle richieste, sono quindi due ulteriori caratteristiche di tali richieste, per quanto il bisogno che viene solitamente espresso sia di natura sanitaria o relative al mantenimento della quiete pubblica.

1.1 Complessità

Per evidenziare la complessità del fenomeno possiamo fare riferimento a un'esperienza tipica: un cittadino vede una persona con caratteristiche facilmente attribuibili a un senza dimora (particolare trascuratezza, mancanza di igiene, abbigliamento approssimativo, presenza di zaini, borse, cartoni) in grave difficoltà fisica, probabilmente anche in uno stato di intossicazione o di alterazione mentale, tale da provocare comportamenti sgradevoli, pericolosi o antisociali.

In questo caso la prima istituzione coinvolta è solitamente il sistema sanitario, che, una volta risolta l'emergenza (prevalentemente uno stato di intossicazione o una acuzie psichiatrica), tende ad evitare, per diverse ragioni, una presa in carico sanitaria più approfondita della persona.

Una delle ragioni può essere la mancanza di un fondamentale livello di assistenza in caso di ospedalizzazione, che consiste nella risposta a bisogni basilari normalmente forniti dai familiari: occuparsi dell'abbigliamento, del cambio di biancheria, della fornitura di prodotti da bagno, così come fare compagnia, dare incoraggiamento e supporto. In mancanza di parenti ed amici, questi bisogni possono essere trascurati dal personale ufficialmente preposto alle cure (infermieri, medici, volontari).

Aspetti non direttamente correlati alla assistenza medica, possono essere di difficile risoluzione a causa di irregolarità burocratiche ed amministrative. Questo è un fenomeno sempre più presente come risultato dei grandi flussi migratori che interessano l'Europa negli ultimi anni: i migranti, infatti, compongono una parte significativa di questa popolazione.

Tornando all'esempio, supponiamo che per aiutare la persona in difficoltà anziché il sistema per le emergenze sanitarie, siano direttamente coinvolti i Servizi Sociali: nel migliore dei casi, essi provvederanno a fornire una forma di accoglienza più o meno temporanea alla persona fino al suo recupero, in conformità con i requisiti e lo status legali della persona.

Difficilmente, comunque, la faccenda si risolve con una soluzione di tipo abitativo. Accade spesso che gli stessi motivi che hanno condotto alla chiamata, si ripresentino nel breve periodo, causando una nuova crisi.

Questo circolo vizioso costituisce un elemento di profonda frustrazione, sia per la persona che si trova in difficoltà, sia per chi la assiste.

1.2 Parti interessate

Come visto nel precedente paragrafo, in una tipica situazione di intervento per una persona senza dimora, possiamo rivolgerci alle seguenti figure:

- operatori sanitari
- polizia municipale
- forze dell'ordine
- operatori sociali
- ambasciate
- volontari

È interessante sottolineare che nessuno di questi è direttamente responsabile per la situazione e che ognuno è quindi nella posizione di poterla delegare ad altre istituzioni. Il rischio è che nessuno assuma la responsabilità del caso e che il senza dimora rimanga abbandonato al suo destino.

1.3 Il Networking come approccio multilivello

Il Networking è “un processo che promuove lo scambio di informazioni, idee e pratiche tra gli individui o i gruppi che condividono un interesse comune”

(<https://www.investopedia.com/terms/n/networking.asp>).

Il networking, nel nostro caso, ha lo scopo di ottimizzare le risorse e le competenze, e di evitare interventi contraddittori o sovrapposti tra loro.

Creare un network potrà facilmente:

- permettere di accedere ad una migliore comprensione del problema
- facilitare la costruzione di un migliore set di interventi
- aiutare tutte le principali agenzie coinvolte ad accettare la loro parte di responsabilità e di accedere ad una responsabilità più ampia e condivisa con gli altri principali attori
- supportare l'organizzazione dell'intervento
- sostenere la continuità della cura
- superare i limiti imposti da ogni singola organizzazione
- superare i limiti temporali imposti dalle diverse fasce orarie di attività
- aiutare le singole agenzie a persistere, a “restare sul pezzo” – non si sentono abbandonate con il problema da risolvere, saranno più capaci di garantire la continuità dell'assistenza, in condivisione con le altre agenzie

1.4 Networking strutturale e operativo

Parlare di network implica definirne due diversi livelli: strutturale ed operativo.

Con strutturale si intende l'intera gamma delle organizzazioni che partecipa in un network in modo esplicito e concordato. Il network può essere costituito in questo caso sia da istituzioni formali che informali, governative e non, pubbliche e private.

Definiamo operativo il network strettamente costituito dalle persone, appartenenti alle differenti organizzazioni rappresentate dal network strutturale, coinvolte direttamente nella gestione del caso specifico. Questo staff in prima linea elabora interventi su misura e segue il processo, caso per caso, sul campo.

Come detto, questi due livelli dovrebbero essere interrelati: il livello , vale a dire che, in un certo modo, il livello operativo dovrebbe rappresentare l'esito di quello strutturale, l'espressione concreta dei valori e dei progetti condivisi dai partecipanti al network.

Perché fare il networking:

A. Ragioni legate ai pazienti

- La principale ragione è che, per vari motivi, la persona non si trova in una situazione che gli consenta di creare una sua rete. Si possono presentare banali problemi di spostamento da un luogo ad un altro. Nel caso in cui non ne sia capace, potrebbe esserci la necessità che qualcuno crei la connessione tra le diverse agenzie necessarie al supporto ed al soddisfacimento dei bisogni. Queste possono anche trasmettere informazioni, coordinare, fare invii ed accompagnamenti.

B. Ragioni legate al contesto

- I pazienti hanno molteplici bisogni che nessuna istituzione può affrontare da sola (problemi medici generici, medici specialistici, sociali, psicologici, pratici, abitativi, educazionali...).
- Dall'inizio della presa in carico, i pazienti hanno bisogno di supporto in più momenti diversi, e ciò potrebbe protrarsi a lungo. E' impossibile portarne il carico da soli.
- La situazione della persona spesso è molto dura, difficile, complicata, talvolta critica, quindi è bene che diverse istituzioni condividano il peso di quelle difficoltà e persone.
- Il recupero di questi pazienti richiede molto tempo. Quindi, è cruciale che varie istituzioni condividano il carico di questo processo insieme.
- Le diverse istituzioni devono compiere uno sforzo per riuscire a lavorare insieme.
 - senza fare il lavoro due volte (complementarietà)
 - senza fare un lavoro contraddittorio (coerenza)
 - assicurandosi che i bisogni siano considerati (sufficienza).

Idee principali

Networking come opportunità

Essere parte di un network dovrebbe essere un'opportunità per:

- superare il senso di solitudine e inadeguatezza che troppo spesso si prova trattando queste situazioni svantaggiate;
- diventare più consapevoli reciprocamente delle mission, dei valori, dei linguaggi, delle capacità e delle difficoltà degli altri partner del network;
- sentirsi vicendevolmente riconosciuti e apprezzati;
- fare leva sugli elementi proattivi pur a che fare con una realtà complessa come quella delle persone senza dimora;
- prevenire la pratica "difensiva" della delega;
- ridurre il fenomeno del burnout;
- evitare la ripetizione e la sovrapposizione degli interventi (ricoveri fallimentari a causa di una mancata pianificazione da parte di più operatori, di servizi essenziali alla persona; pratiche burocratiche iniziate e mai terminate; impossibilità di accedere ad ammortizzatori sociali per mancanza di documentazione)

Costruire un network

La costruzione di un network non è un processo spontaneo: sottintende la volontà e uno sforzo specifico e può richiedere una grande quantità di tempo e di dedizione.

Prima di tutto, è necessario individuare i "nodi nella rete", quelli che condividono con noi lo stesso "problema".

È importante:

- conoscere il ruolo di ogni "giocatore": mission, competenze specifiche, limiti, valori ispiratori
- rispettare profondamente l'identità e i valori di ogni partecipante
- riconoscere anche il ruolo dei "giocatori liberi", per esempio i volontari, il cui contributo può diventare davvero significativo ma è prestato occasionalmente, in maniera gratuita e al di fuori di qualsiasi organizzazione strutturata
- avere chiaro che il processo dovrebbe condurre ad un obiettivo condiviso ed alla capacità di definire compiti appropriati e coordinate.

In questa prima fase di costruzione, le persone si sentono spesso sospettose nei riguardi delle altre organizzazioni, fraintese o sottovalutate. Ci saranno domande relative a chi avrà compiti e responsabilità in maggior misura e a quanto ammonterà la perdita in termini di potere individuale di poter prendere decisioni in modo unilaterale. È un momento molto delicato, in cui l'obiettivo è quello di creare condizioni di reciproca fiducia reciproca e di costruzione di una strategia "win-win"

Un approccio "win-win" si basa su strategie che implicano: riconoscere bisogni basilari; riconoscere le differenze individuali; essere aperti ad adattare la propria posizione alla luce delle nuove informazioni e delle diverse attitudini; attaccare il problema, non le persone. Quando tutti

i partecipanti “vincono”, tutti si sentono maggiormente coinvolti nel progetto perché li soddisfa realmente

A. Networking all'interno dell'istituzione:

Non è sempre evidente, ma all'interno dell'istituzione talvolta è difficile creare un network, di solito per gli stessi motivi per i quali è difficile farlo all'esterno. L'insieme delle competenze individuali può essere molto specifico, così alcuni possono vedere le loro isolate e senza alcuna relazione con altre attività. Si potrebbe creare confusione tra la portata dei ruoli professionali ed i limiti ed anche diffidenza tra le diverse parti della organizzazione.

Diverse competenze contribuiscono all'abilità di creare un network all'interno della stessa istituzione:

1. Parlarsi

Per farlo serve un luogo – ci deve essere un posto dove tenere incontri e discussioni; non si può farlo solo nei corridoi. Deve far parte della cultura che questo tipo di conversazioni avvengano e che persone con diverse competenze parlino tra loro. Dovrebbe essere considerata una cosa normale, non un'iniziativa presa su una base individuale (esempio: infermieri e assistenti sociali devono poter chiedere con un medico, su base paritaria, per discutere di un paziente). Questo implica un'attitudine al rispetto per le altre professioni, per i lavoratori non specializzati e per i diversi livelli di esperienza. I diversi soggetti coinvolti devono essere consapevoli di essere tutti parte della soluzione e che tutti hanno una visione circa la situazione del paziente che necessita di essere considerata.

2. Stabilire obiettivi comuni per il paziente

I partner devono accordarsi in modo implicito od esplicito sugli obiettivi. Questi possono essere generali (“per i pazienti nel nostro servizio ci aspettiamo di raggiungere questo o quell'obiettivo”) o molto specifici (“per questo paziente, concordiamo che dovremmo mirare specificamente a questa cosa, e rinunciare per il momento a quest'altra”).

Abbiamo talvolta necessità di definire obiettivi provvisori per il paziente, se lui o lei sono incerti circa i propri desiderata, stabilendo così di arrivare dove il paziente stesso indica per sé e cercando di capire se eventualmente concorda con quanto suggerito da noi.

3. Condividere informazioni

Le informazioni fondamentali devono essere condivise, non necessariamente tutte, ma per certo quelle che sono necessarie per un buon coinvolgimento del paziente.

4. Pazientare insieme DELEGARE

Gli operatori devono accettare di non poter essere sempre disponibili e pertanto dovrebbero trovare il modo di investire del proprio ruolo altre persone, quando non in servizio.

5. Complementarietà

La collaborazione funziona meglio quando è chiarissimo per tutte le parti cosa abbiano in

comune, cosa di diverso e come questi diversi aspetti possano essere messi insieme nel modo più proficuo.

6. Leader o case manager

La collaborazione e i progressi sono migliori quando c'è qualcuno che si prende la responsabilità della gestione e del processo di avanzamento del caso.

Networking tra istituzioni

Il networking tra istituzioni è più complesso e dispendioso in termini di tempo. È un compito quotidiano, richiede tempo ed energia, pone gli operatori di fronte a competizione, malintesi e pregiudizi.

Le istituzioni dovrebbero essere consapevoli dell'utilità di occuparsi seriamente ed in modo esplicito di questo compito, come di una parte del lavoro quotidiano. Avere una persona del team specificamente responsabile del networking aiuta l'istituzione a dedicare sufficiente tempo e risorse a questo compito e può inoltre far risparmiare tempo ad altri operatori.

Caratteristiche di un network efficiente

1. Informazione chiara circa le potenzialità: sapere quali partner possano fare quali cose, cosa i partner possono fare, dove siano, quando lavorino e come contattarli. Può volerci molto tempo prima di conoscere bene tutte le potenzialità del network.

2. Saper condividere le informazioni: ci deve essere un accordo su quali informazioni possano essere condivise o meno. Poiché abbiamo a che fare con organizzazioni esterne, la riservatezza può essere una questione delicata. Bisognerebbe sempre cercare di condividere esclusivamente le informazioni necessarie per il caso trattato.

3. Chiara visuale del lavoro di ognuno: deve essere chiaro per tutti coloro coinvolti nella collaborazione quale sia il proprio compito e il proprio contributo all'assistenza del paziente.

4. Obiettivi condivisi: è più facile coordinare gli sforzi e le azioni se sono tutte state concordate su uno specifico obiettivo condiviso.

5. Strategia "win-win": è una situazione ideale quando tutti i servizi hanno un (diverso) interesse nella collaborazione. Questo accade specificamente quando c'è una chiara complementarità tra i servizi. Un approccio "vantaggioso per tutti" si basa su:

- riconoscere i bisogni basilari
- riconoscere le differenze individuali
- essere aperti ad adattare la propria posizione alla luce delle nuove informazioni e delle diverse attitudini
- attaccare il problema, non le persone
- quando tutti i partecipanti "vincono", tutti si sentono maggiormente coinvolti nel progetto perché li soddisfa realmente.

Difficoltà

Networking come problema

Diversi elementi possono minare il buon funzionamento di un network.

Diversi valori, culture e linguaggi diversi tra i vari professionisti o ruoli possono costituire una barriera in termini di condivisione di un obiettivo o dei modi in cui lo si raggiunge.

Tra organizzazioni pubbliche o private, formali o informali, la disparità di potere può essere percepita tra le istituzioni, compromettendo l'effettivo coinvolgimento di alcuni partner.

In alcuni casi, capita che la persona che rappresenta l'organizzazione a cui appartiene non abbia alcun potere decisionale, il che ne indebolisce l'efficienza.

Anche il numero di partecipanti può rappresentare un problema. Essere "troppi a bordo" può influenzare i processi decisionali e operativi, portando a una confusione dei ruoli.

Uno scarso flusso di comunicazione, una frammentazione o una mancanza di informazioni, l'assenza di coordinamento tra gli operatori possono seriamente influenzare la continuità di un buon piano, particolarmente di quelli a lungo termine.

Anche nell'eventualità che il network abbia definito una buona serie di decisioni, le conseguenti azioni potrebbero non avere luogo se non si ha un "case manager" che abbia la responsabilità di dirigere e monitorare il processo.

In alcuni casi, il divario tra il cosiddetto livello "strutturale" e quello "operativo" può creare delle difficoltà. Il livello strutturale deve essere una cornice che garantisca la consapevolezza di essere nella posizione di superare limiti altrimenti insormontabili, grazie alla presenza di altre istituzioni. Quando il network strutturale prevale per via di richieste a livello burocratico, lotte di potere, mancanza di una cultura della cooperazione, mancanza di una formazione comune, può rappresentare una grave minaccia all'intero funzionamento della rete. In particolare ne risentirà il livello operativo, il cui compito principale, in questo caso, sarà di trasformarsi in una funzione del livello strutturale, anziché rappresentarne una efficiente emanazione.

Il trattamento dei dati personali (General Data Regulation, UE 2016/679), può rappresentare una questione complessa da gestire, essendo molti gli organi coinvolti ed i dati da condividere.

Prevenire le difficoltà

La creazione di un network prevede diversi passaggi.

Stabilire una reciproca conoscenza tra le parti coinvolte. Questa prima fase richiede non solo scambi formali di informazioni, ma spesso anche incontri informali allo scopo di costruire relazioni.

E' fondamentale pianificare riunioni alle quali invitare tutti i partner, per essere aggiornati sugli

sviluppi dei vari casi. Un follow up dettagliato sulle attività è necessario per verificare i miglioramenti, monitorare i risultati, condividere le difficoltà e per migliorare i piani di assistenza.

Flessibilità: riunioni non programmate possono rendersi necessarie per trattare emergenze nelle situazioni imprevedibili che possono presentarsi in un ambito di cure umane.

La comunicazione e l'impegno dovrebbero seguire le direzioni *top – down* e *bottom – up*.

Ogni individuo che rappresenti una organizzazione, dovrebbe essere autorizzato e nella condizione di poter prendere decisioni per conto della propria organizzazione.

Dovrebbe esserci un Memorandum d'intesa tra le organizzazioni. Questo non funzionerà come un contratto obbligatorio, ma come un documento che chiarisca, per tutti gli interessati, cosa possano e cosa non possano attendersi gli uni dagli altri. Tale condizione dovrebbe permettere una migliore sintonizzazione tra le parti.

Formazione. Una formazione condivisa può rafforzare i legami ufficiali e le relazioni del gruppo. Questo può significare sessioni formali di training e visite nei rispettivi luoghi di lavoro, in modo che i partecipanti possano fare esperienza nella vita reale e in tempo reale, del modo in cui gli altri partner lavorano e dei problemi con i quali si confrontano quotidianamente. Tale modalità aumenta considerevolmente la reciproca comprensione e contribuisce alla costruzione del senso di appartenenza.

E' importante inoltre stabilire chiari protocolli e uno spazio comune, nel quale i contatti e le comunicazioni possano avvenire in modo efficiente e senza ritardi.

Buone Pratiche

Suggerimenti

1. **Feed-back**, quando il paziente migliora, fornire un feedback ai partner può rinforzare la motivazione alla collaborazione
2. **Concessioni**: sono spesso necessarie per facilitare la collaborazione, ciononostante una buona collaborazione opera sulla base dell'equità tra operatori
3. **Responsabilità**: ogni partecipante alla rete deve assumere la propria responsabilità per la propria pertinenza
4. **Il coordinamento dell'assistenza** è, in ultimo, al servizio del paziente o nell'interesse dell'organizzazione, non un modo di controllare la situazione.
5. **Solo e soltanto le informazioni necessarie** dovrebbero essere condivise.
6. **Fiducia**: si stabilisce solitamente, quando i partecipanti mostrano reciprocamente di aver saputo tenere fede agli impegni presi
7. **Approccio "win -win"**: massimizza il coinvolgimento di ogni operatore
8. **Farsi conoscere**: è utile prendere del tempo per presentarsi ai diversi partner, anche in relazione alle circostanze

Chi coinvolgere

Una buona collaborazione con pochi servizi impegnati è solitamente più efficace, rispetto ad una rete più ampia ma meno direttamente coinvolta, ma: a una con molti partner sconosciuti, ma:

- è **necessario un numero minimo di partner**, per evitare il rischio di sovraccarico di un unico servizio nei casi più difficili;
- è **necessaria una certa differenziazione**, poichè la medesima soluzione non sarà adatta a tutti i pazienti;
- **vanno esplorati continuamente nuove modalità e nuovi servizi.**

Caso Studio

Un esempio concreto: NPISA a Lisbona

L'idea di NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção com Pessoas Sem-Abrigo) è stata elaborata nell'ambito della Strategia Nazionale per le Persone Senza Dimora pubblicata nel 2009 dal Ministro per la Previdenza Sociale. Con questo documento come guida, sono nate diverse NPISAS in varie regioni della nazione. La NPISA di Lisbona è stata creata nel 2015. Sono serviti diversi anni di preparativi, per espressa volontà della Municipalità di Lisbona, della Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e del Ministero per la Previdenza Sociale, insieme a quella di ONG e associazioni della città che si occupavano delle persone senza dimora.

NPISA ha una sede nella quale sono rappresentate tutte le organizzazioni e dove i bisogni delle persone senza dimora possono essere raccolti. Il lavoro delle equipe di strada di diverse associazioni è stato organizzato e pianificato concordemente: attribuzione di territori, responsabilità, coordinatori dei casi. Si condividono inoltre informazioni e risorse.

La persona che si rivolge a NPISA è accolta e ascoltata simultaneamente da un assistente sociale e da uno psicologo. A partire da questo incontro, prende forma un piano di assistenza concordato e condiviso corrispondente ai bisogni, che siano di natura fisica, psichica, abitativa, o lavorativa. Il processo di recupero è supportato da tutte le organizzazioni del network a seconda dei bisogni dell'individuo, ed è facilitato dall'abilità degli operatori di comunicare direttamente e pianificare insieme i loro interventi.

Così facendo i tempi operativi e i costi sono enormemente ridotti, come pure gli ostacoli burocratici: fornire un'assistenza attraverso una rete di servizi, renderà il successo più probabile e gli inevitabili fallimenti, maggiormente sopportabili.

IL CASO di FILIPE

Filipe era un persona senza dimora alto e di colore di 40 anni, che aveva vissuto per strada da anni nel quartiere in cui era cresciuto, e dove sua sorella e suo fratello vivevano ancora nella casa di famiglia. I suoi genitori erano morti. Sua sorella era l'unico membro funzionale della famiglia. Era una fisioterapista (loro padre era stato un infermiere praticante), e si prendeva cura da sola di un figlio adolescente e dei due fratelli, Filipe e un altro, disoccupato da anni. Mentre Filipe si rifiutava di tornare a casa e dormiva per strada, suo fratello non voleva uscire e si era isolato nella sua stanza da anni.

Filipe rappresentava un grosso problema per la comunità del quartiere. Beveva molto e si curava così poco di se stesso che spesso veniva visto defecare mentre camminava! In seguito gli è stata diagnosticata una condizione cronica di schizofrenia, con significativo deterioramento.

Al personale che lavorava all'ospedale psichiatrico, che si incontrava regolarmente (ogni due settimane) per discutere delle situazioni difficili, con particolare attenzione per le persone senza dimora con problemi di salute mentale, è stato riferito del suo caso per la prima volta da un team di strada gestito dalla Municipalità e da qui sono iniziate delle regolari visite anche alla famiglia.

Inoltre, un gruppo della chiesa locale aveva preso molto a cuore il suo caso e aveva provato ad aiutare Filipe e la sua famiglia. Avevano chiamato il team di operatori di strada della città che a loro volta hanno chiesto a noi di valutare anche il fratello di Filipe, visto che nessuno capiva perché si fosse isolato in casa. Quindi il nostro team, uno psichiatra e uno psicologo si è recato a casa loro. Abbiamo parlato così con la sorella e il fratello di Filipe. Anche lui era un uomo incredibilmente alto (aveva lavorato nella sicurezza), sebbene parlasse con noi restando sdraiato sul letto. La sua stanza emanava un forte odore, lui ha parlato pochissimo ed era evidentemente sospettoso e teso. Sua sorella ci ha detto che rifiutava di mangiare qualunque cibo lei gli preparasse e che non si faceva un bagno da tempo. Siamo usciti da questa visita con il forte sospetto che il fratello di Filipe avesse un breakdown psicotico, e ne abbiamo parlato con la sorella per sapere cosa ne pensasse.

Subito dopo questa visita, abbiamo saputo che Filipe aveva sorprendentemente accettato di andare a dormire in un dormitorio in centro, piccolo e carino, con condizioni e personale ottimi. Le signore della chiesa che si erano occupate di lui per anni, insieme a un team di strada, erano riusciti a convincerlo a lasciare la strada. Tutti erano contenti e fiduciosi.

Questa gioia non è durata a lungo. Dopo pochi giorni, Filipe è diventato violento e ha rotto un sacco di finestre del dormitorio. Durante il suo scoppio d'ira si è fatto male cadendo, e si è rotto una gamba. È stato portato in un grande ospedale generale in città, dove gli hanno curato la gamba e lo hanno sottoposto a esami psichiatrici. Entro pochi giorni, è stato dimesso, per tornare al dormitorio.

Il personale del ricovero era abbastanza spaventato dal fatto che Filipe fosse tornato così presto dopo essere stato dimesso dall'ospedale, e pensava che l'opportunità di fornirgli delle adeguate cure psichiatriche fosse andata sprecata. Il responsabile della struttura ha quindi chiamato il direttore-capo del nostro servizio, che era anche lo psichiatra che aveva fatto visita a casa di Filipe. Hanno stabilito che Filipe sarebbe venuto direttamente presso il nostro servizio dopo essere stato dimesso dall'altro ospedale. Così ha fatto, in taxi!

Filipe è rimasto presso di noi come degente per tre settimane. Durante questo periodo gli è stata diagnosticata e trattata la schizofrenia, e nel frattempo ha tenuto un comportamento molto pacifico e discreto che non ha causato alcun problema al reparto. Al tempo stesso, i servizi sociali hanno trovato una casa di cura specializzata in problemi di salute mentale gravi. Quindi, quando è arrivato il momento delle dimissioni era pronta una buona soluzione. Va detto che i costi per questa casa di cura erano un po' più alti del normale, ma i servizi sociali sono riusciti a ottenere un permesso speciale per utilizzare un budget leggermente più alto del solito, poiché sapevano che a Filipe servivano delle cure specialistiche.

Qualche settimana dopo, il nostro team gli ha fatto visita alla casa di cura. È stato più

comunicativo (pur con le solite sue carenze), ci ha ringraziato e ci ha mostrato la sua nuova casa. Abbiamo saputo che la sorella andava a fargli visita regolarmente, e che lui usciva tutti i giorni dalla casa di riposo, passeggiando nel suo quartiere senza tentare di fuggire.

Si trattava di una situazione molto difficile che non aveva trovato soluzione per molti anni. La cooperazione di vari partner (la famiglia, la comunità locale, il team di strada, i servizi sociali, l'ospedale psichiatrico, la casa di cura) che sono stati capaci di congiungere i loro sforzi e le loro competenze, grazie a un'azione in sinergia ha portato a un risultato finale di gran lunga migliore di quanto prima si credesse possibile.

Incontri regolari per discutere casi difficili tra professionisti dei settori sociali e sanitari possono dare ottimi risultati e cambiare le situazioni rimaste bloccate per anni.

Al tempo stesso, è importante avere i mezzi per intervenire e che ci sia fiducia tra partner. Per esempio, in questo caso, la fiducia che i servizi sociali avrebbero supportato il paziente una volta dimesso dall'ospedale ha permesso al team psichiatrico di aprire le proprie porte ricoverandolo come paziente (senza la paura di non avere altre soluzioni future). Similiamente, i servizi sociali non hanno avuto paura di trovare soluzioni inusuali e costose (la casa di cura) poiché avevano fiducia che il team di salute mentale avrebbe continuato a fornire tutto il supporto necessario e sentivano che si trattava di una soluzione adeguata dal punto di vista tecnico.

Cinque idee principali ricavabili dal profilo

1. Esistono casi impossibili?

Il caso presentato era rimasto bloccato per anni e numerose figure di vario tipo non erano state capaci di risolvere la situazione. Questo profilo suggerisce che anche i casi apparentemente impossibili possono essere trasformati. E' utile identificare i fattori che fanno pensare alcuni casi senza speranza e quali siano i fattori che aprono la possibilità di intervenire con successo.

2. Ciò che sembra impossibile può diventare possibile cooperando

Questo caso ha riunito varie figure, sia dai settori privati che pubblici, così come dai campi sociali e da quelli sanitari, che hanno cominciato a lavorare insieme. Questo intervento è stato reso possibile dalla fiducia e dall'apertura alla collaborazione. Invece di un atteggiamento alla "questo spetta a te...", se ne è mostrato uno diverso: "se mi aiuti, ce la farò". In questo caso, l'ospedalizzazione ha anche reso possibile ai servizi sociali di trovare una soluzione più adeguata (la casa di cura).

3. È utile tenere incontri regolari per discutere di casi difficili che uniscono professionisti dell'ambito sociale e della salute mentale.

Gli incontri regolari tra un team di strada gestito dalla Municipalità e tra uno psichiatra e uno psicologo, con esperienza di servizio in strada per le persone senza dimora e in un ospedale psichiatrico, si sono dimostrati utili in molte situazioni difficili. Da questi incontri è venuta l'idea di andare a far visita a Filipe, sua sorella e suo fratello e, grazie a questa conoscenza diretta, è stato molto più facile successivamente cooperare per l'ospedalizzazione.

4. È di fondamentale importanza valutare quali situazioni richiedano l'ospedalizzazione o consulenze di salute mentale, quali un buon supporto sociale adatto ai bisogni individuali, e quali li richiedano entrambe.

Questo caso evidenzia l'importanza di una buona valutazione e di un buon intervento che si occupi sia dei bisogni sociali che di quelli di salute mentale.

L'ospedalizzazione ha aperto la possibilità di pianificare e di trovare una migliore soluzione abitativa.

5. Il successo di un intervento è il successo di tutti

Alla fine, tutti coloro coinvolti nel caso si sono sentiti vincitori, e nessuno ha pensato che fosse particolarmente merito proprio.

Domande

- Quali punti di forza e quali fattori di rischio identifichi in questo cliente?
- Quali sono stati i momenti critici del processo di networking?
- Cosa hanno portato gli interventi professionali, e cosa no, al processo di networking?

Staff Care

Introduzione

Lavorare con le persone senza dimora può essere difficile, necessita di un'ampia gamma di abilità e può risultare impegnativo a livello emotivo, dato che gli operatori sono spesso messi di fronte a situazioni traumatizzanti.

Le persone senza dimora, e specialmente quelli con problemi di salute mentale e/o dipendenze hanno molteplici bisogni. Vivono non solo una situazione di esclusione sociale, ma spesso anche una di esclusione dai servizi e/o di stigmatizzazione, persino da parte dei professionisti. Gli operatori di prima linea si confrontano di continuo con la sofferenza e i traumi di coloro che soffrono di problemi di salute mentale (spesso gravi) e che non posseggono una casa. Le persone con tali problemi hanno miglioramenti molto lenti e ciò può risultare frustrante per gli operatori e portare a uno stato di pessimismo e a un minore investimento personale nel lavoro. In aggiunta, il contesto è spesso imprevedibile e piuttosto caotico.

Il lavoro dello specialista con le persone senza dimora è spesso anch'esso emarginato nel panorama dei servizi tradizionali, così succede che il personale specialistico – e i team – si senta isolato e senza supporto, talvolta stigmatizzato a sua volta. Questi problemi sono aggravati ulteriormente dalla mancanza di coordinamento e networking all'interno dei servizi.

Quando gli operatori provano ad andare incontro ai molteplici bisogni delle persone senza dimora con problemi di salute mentale / dipendenza devono sostenere un ovvio fardello, e un senso di pressione continuo. Si aggiunga a questo lo sforzo di doversi confrontare con sistemi sanitari e assistenziali rigidi, frammentati e mancanti di coordinamento. È probabile che questi sforzi in breve tempo stressino il personale che potrebbe diventare distratto e incapace di mantenere la concentrazione sui bisogni della persona di cui si stanno occupando. A lungo termine, gli operatori possono arrivare al burnout, una reazione difensiva in cui un soggetto non riesce più a dedicarsi efficacemente al lavoro.

Per questo è evidente il bisogno di prendersi cura del personale che lavora con le persone senza dimora.

Gli scopi della formazione e della manutenzione dell'equipe sono:

- aumentare la resilienza;
- mantenere e possibilmente migliorare la prestazione;
- aiutare gli operatori ad affrontare lo stress e la frustrazione del lavoro;
- aiutare gli operatori a mantenere un equilibrio tra il lavoro e la qualità di vita personale.

Obiettivi specifici

1. Migliorare la conoscenza dei bisogni delle persone senza dimora con bisogni molteplici e complessi, inclusi i problemi di salute mentale e/o dipendenza o la doppia diagnosi.
2. Sviluppare le varie abilità necessarie per lavorare con persone senza dimora con bisogni molteplici e complessi.
3. Facilitare il lavoro multidisciplinare e la consapevolezza dei ruoli complementari in un team.
4. Promuovere un networking collaborativo tra i servizi e le organizzazioni, provando a superare le falle del sistema.

Idee principali

FORMAZIONE

L'importanza della relazione d'aiuto e di un approccio incentrato sulla persona deve essere sviluppata nel funzionamento del team; non può essere data per scontata.

La formazione motiva, attiva e rinvigorisce il personale. Dovrebbe essere preventiva e non reattiva. Le organizzazioni dovrebbero essere capaci di pianificare i futuri bisogni di formazione del proprio personale e mettere in pratica i percorsi formativi necessari – non attivare una formazione in risposta a una situazione che avrebbero potuto prevedere o che avrebbero potuto pianificare. Questo dà al personale gli strumenti per affrontare efficacemente gli eventi e le situazioni prima che si realizzino, rendendoli più abili e in grado di tenere le fila del loro lavoro.

La formazione del personale ha molte forme, ma si può dividere essenzialmente in **formale e informale**.

La formazione informale è casuale e accidentale, solitamente non pianificata. Ci si forma e si impara dall'esperienza mentre si esercita la professione.

Cicli di formazione tenuti da uno dei membri dello staff che ha notevoli abilità o grandi conoscenze su una particolare area e può provvedere una formazione ad-hoc ai colleghi all'interno della propria organizzazione, possono essere anch'essi considerati formazione informale. Questo tipo di formazione spesso si rivela efficace dato che avviene con naturalezza durante il lavoro, con esempi e soluzioni in tempo reale da cui imparare. Riduce anche il rischio di malintesi tra "discente" e "docente". Ma si deve essere sicuri che questa formazione informale rifletta effettivamente i valori dell'organizzazione.

La formazione formale invece è un programma definito in cui sono ben chiari gli obiettivi e i traguardi. È strutturato e progettato e può servire a ottenere un certificato formale o una qualifica per i frequentanti.

La formazione dovrebbe essere basata sui punti di forza, per aiutare i membri dello staff a sviluppare le abilità che già possiedono, partendo dalle conoscenze e dalle abilità già presenti. Tale approccio riconosce e conferma la capacità, le abilità, le conoscenze dei membri dell'equipe. Per assicurarsi che ogni formazione sia pertinente ai bisogni degli operatori e ai bisogni delle persone di cui si occupano va effettuata una valutazione del bisogno formativo. Lavorare con persone con bisogni complessi necessita abilità e strumenti piuttosto specifici, quindi si deve spesso ricorrere a formatori specializzati. In aggiunta alla formazione di base per tutto il personale, lo staff specializzato dovrebbe ricevere una formazione mirata per far sì che possa far fronte alle proprie responsabilità fondamentali.

La formazione dovrebbe essere confrontata con le specifiche del lavoro per assicurarsi che risulti rilevante.

Rotazioni degli incarichi permettono al personale di sperimentare nuovi modi di fare le cose. Esperti per esperienza: persone che sono o sono state senza dimora e che hanno vissuto problemi legati alla salute mentale dovrebbero essere spinte a dare il loro contributo come formatori.

VALORI E VISIONE

La funzione/obiettivo del team deve essere chiara e definita in modo esplicito. Ciò fornisce alcuni limiti e definisce chiaramente il lavoro.

Valori Ogni team deve avere chiari i propri valori. Nel lavoro con le persone senza dimora, questi valori includono:

- **Bisogni** – Il focalizzarsi sui bisogni del cliente come persona. La persona è il centro dell'attività del team.
- **Rispetto** – Il cliente come persona di egual valore e importanza rispetto ad ogni altro nella società; implica i valori di Diversità, Dignità, Uguaglianza.
- **Ottimismo e perseveranza** dovrebbero essere valori fondamentali per il team.

Ruoli

Deve esserci chiarezza su quali siano i ruoli del personale all'interno di un'organizzazione, chiarezza del ruolo e visione rendono un'organizzazione più efficiente.

Spirito di gruppo

Ogni membro dovrebbe sentire che il suo sapere e i suoi punti di vista sono presi in seria considerazione. Si deve incoraggiare un ambiente "non colpevolizzante", cosicché i problemi/ errori vengano condivisi senza penalizzare l'operatore individuale. Gli errori sono ottimi strumenti di apprendimento, quindi non sono da trattare come fallimenti ma vanno inseriti in un processo di attiva eliminazione delle cose che non funzionano, e di sviluppo di modi di lavorare nuovi e più efficaci.

Questo atteggiamento permette al personale di ricevere supporto e di apprendere. Inoltre, questo è un campo in cui i metodi di lavoro convenzionali si sono mostrati inefficaci. Se il personale non commette errori, magari è perché non sta lavorando in modo abbastanza creativo.

FUNZIONE DEL TEAM

Prendere tempo per riflettere prima che siano prese decisioni.

Consigli pratici

Consigli pratici

- Sessioni pianificate e regolari, in cui l'equipe discuta degli individui e del loro follow up.
- Si dovrebbe discutere sia di decisioni concrete che di emozioni.
- Il personale dovrebbe avere abbastanza tempo per esaminare in modo approfondito la situazione e per permettere a ogni membro del team di esprimersi e di esporre le proprie idee.
- Ognuno dovrebbe poter dare un'opinione in base alla sua funzione/ruolo nel team, e tutte le idee dovrebbero essere considerate di uguale valore.

Una pianificazione quotidiana al mattino può aiutare ad assicurarsi che le informazioni riguardo ai clienti siano scambiate liberamente e tempestivamente.

Lo staff dovrebbe sentirsi libero di esprimere i propri sentimenti riguardo al lavoro, ai casi individuali e verso chiunque altro.

Una modalità esplorativa di riflessione/”pensare insieme” è essenziale per creare soluzioni adeguate ai complessi problemi presenti in questo ambito.

Uno spazio e un orario fisso sono necessari per consentire la riflessione con gli altri membri del team su situazioni difficili o problemi.

Un glossario comune può facilitare la comunicazione tra diverse professioni e supportare un approccio comune, arricchito dalle diverse abilità, personalità e professioni all’interno del team.

Devono essere definiti con chiarezza compiti, doveri, sistema di comunicazione, sistema di supporto, ruoli e limiti, obblighi e diritti.

Difficoltà

Risorse limitate, scarsità di tempi e spazi per la formazione. Le organizzazioni che forniscono servizi alle persone senza dimora sono spesso sotto-finanziate e carenti di risorse. È spesso fuori dalla portata di tali organizzazioni poter fornire il livello necessario di supervisione e formazione del personale.

L'orario deve essere organizzato per permettere che il personale abbia il tempo per la supervisione, la cura di se stesso e la formazione. Le modalità di lavoro possono rendere complicata l'organizzazione di tali orari.

Priorità La formazione e la cura del personale spesso hanno una bassa priorità per le organizzazioni, soprattutto se vengono da una tradizione di organizzazione benefica.

Fardello organizzativo la formazione può essere vista come peso eccessivo per le risorse dell'organizzazione.

Sovraccarico di casi può ridurre la possibilità del personale di seguire corsi di formazione e limitare il tempo a disposizione per prendersi cura di loro stessi in modo appropriato attraverso percorsi di supervisione.

Una formazione passata inappropriata o irrilevante può dissuadere il personale dal prendere parte alla formazione.

Il personale potrebbe sentirsi insicuro se viene detto loro che hanno bisogno di formazione, che non sono ritenuti competenti oppure non sentirselo di condividere esperienze per paura di conseguenze negative da parte degli altri membri del team o dell'amministrazione.

Il pregiudizio riguardo la malattia mentale all'interno dell'organizzazione può anche rappresentare un'inibizione per il personale e creare ostacoli nelle libere discussioni – cosa succede se un membro del personale comincia a soffrire di depressione, per esempio?

Mancanza di impegno dell'organizzazione per la cura del personale.

Una supervisione clinica e metodologica combinata può inibire il personale dall'esprimere le proprie preoccupazioni liberamente.

Mancanza di supervisione esterna atta ad esaminare sia i problemi riguardanti i singoli individui sia le relazioni e il lavoro all'interno del team. Riflessione, supervisione e supporto del team sono particolarmente necessari quando si ha a che fare con casi frustranti o difficili; in tali casi il personale si sente spaventato, preoccupato o ha la sensazione "di non arrivare da nessuna parte" con la persona di cui si sta occupando. La supervisione esterna può aiutare lo staff ad elaborare i sentimenti e le difficoltà. L'accesso a tale supervisione può aiutarlo ad agire in modo professionale e flessibile, anche in situazioni difficili, come ad esempio la morte di un utente, un eccessivo coinvolgimento emotivo, o spaccature all'interno del team.

Formazione una tantum, in cui non ci sono sessioni di follow up per valutare o rinforzare l'apprendimento, o per decidere se siano necessarie ulteriori sessioni.

Formazione obbligatoria può non essere calzante rispetto al lavoro fatto da ogni membro dello staff. Invece di concentrarsi sull'utente del servizio, di solito riguarda normative sanitarie o di sicurezza e non ha niente a che vedere con la formazione o la cura del personale.

Il formatore/facilitatore deve avere credibilità per il team. Alcune equipe sono molto sicure delle proprie competenze e questo può portare i loro membri a credere di non aver bisogno di imparare nulla da nessuno.

Team autoreferenziali Si tratta perlopiù di gruppi di lavoro demoralizzati, dove lo staff "fa quadrato", attribuisce tutti i problemi ad altri e coltiva un atteggiamento del tipo "noi sappiamo cosa stiamo facendo, gli altri no".

Formazione inappropriata Ogni formazione deve avere un riscontro pratico nel lavoro quotidiano del team.

Stakanovismo negativo. Talvolta i membri dello staff sono stanchi, indisposti, stressati o fisicamente malati, incapaci di lavorare in modo efficace eppure continuano ad andare a lavoro influenzando negativamente il lavoro dell'equipe.

Buone pratiche

Avere il **giusto personale che possieda** non solo le conoscenze basilari e la capacità di lavorare bene, ma anche un entusiasmo e una dedizione al lavoro nei servizi per le persone senza dimora.

Avere la conferma che l'**atteggiamento e i valori** della persona sono affini a quelli dell'organizzazione. Un buon esempio è fare proprio un approccio non giudicante basato sui diritti piuttosto che un approccio filantropico/caritatevole, incorporando i valori di dignità e rispetto.

Attaccamento ai valori di **outreach e coinvolgimento**.

Avere la conferma che l'individuo abbia la giusta gamma di abilità, formazione ed esperienza necessarie al lavoro.

Permettere ai singoli operatori di giocare secondo i propri punti di forza – che ognuno faccia quello che sa fare meglio – piuttosto che insistere sul fatto che ognuno debba saper fare tutto.

Una chiara struttura, ma capace di essere flessibile, per affrontare con rapidità le situazioni urgenti.

Un **team multidisciplinare**, con vari approcci complementari. Le persone senza dimora hanno bisogni molteplici e potrebbero quindi essere necessari diversi tipi di abilità/professioni per risolvere la loro situazione.

Enfatizzare il **lavoro di squadra** e incoraggiare l'**entusiasmo e la motivazione**. Uno degli stimoli maggiori è dato dalla sensazione di essere stati efficaci, di aver fatto bene qualcosa e, in un gruppo di persone autocritiche, spesso si tende a dimenticare o a ignorare le volte in cui siamo stati efficaci. Quindi, abbiamo tutti la responsabilità di ricordarci l'un l'altro le occasioni in cui abbiamo fatto la differenza. Il team ha il ruolo specifico di essere la "memoria" di queste occasioni.

Fornire risorse, strumenti, un chiaro sistema di governance e di supporto, per esempio verso chi chiama quando è in difficoltà, e protocolli di risposta, per esempio in una situazione di pericolo, come proteggere se stessi e i clienti.

Fiducia verso altri membri del team. Occorre sfatare il concetto che il singolo operatore possa, o debba, occuparsi di tutto da solo. I membri del team vanno incoraggiati a fare affidamento tra di loro, sia in termini di compiti sia in termini di apprendimento. Ciò è più facile se il personale si sente libero di **condividere informalmente** i propri dubbi, e si sente pronto a chiedere opinioni/consigli.

Analisi dei problemi, piuttosto che farne un caso personale e prendersela, sia per lo staff che per gli utenti del servizio.

Incontri di team multidisciplinari. Con cadenza regolare, almeno una volta a settimana, per la discussione dei casi e delle difficoltà incontrate, per prendere decisioni e condividere prospettive e responsabilità.

Si dovrebbe **discutere apertamente** di tutte le situazioni. Tutti i membri dovrebbero avere un ruolo paritario all'interno del team, per sentirsi liberi di esprimere le proprie opinioni ed esternare eventuali problemi. Per il lavoro di squadra sono basilari incontri aperti e di riflessione.

È essenziale fornire un **supporto e una supervisione clinica regolari, sia al team che ai singoli operatori. I supervisori esterni** sono necessari. La supervisione è una parte cruciale della pratica riflessiva e una parte integrante del lavoro compiuto dal personale di prima linea. Non tutte le attività di supervisione adottano lo stesso stile o struttura. In alcune organizzazioni la mancanza di personale o il sovraccarico dei casi non permettono di fornire una supervisione equilibrata. La supervisione non deve essere solo per il personale di prima linea, ma per l'intera organizzazione, incorporando funzioni manageriali, di supporto ed educative.

Fornire supervisione istituzionale/organizzativa e amministrativa

Sollecitare attivamente il feedback degli operatori riguardo l'organizzazione e agire di conseguenza!
Scambi di esperienze con gli altri team

Supervisione incrociata tra team.

Formazione congiunta con altre organizzazioni – specialmente efficace qualora avvenga tra diversi settori, per esempio tra quello istituzionale e ONG. Può anche rafforzare il networking. Dovrebbe esserci una politica e una cultura della cura del personale. Il personale dovrebbe sentirsi apprezzato e supportato da tutti i livelli di un'organizzazione con una cultura aziendale nella quale lo staff possa riconoscersi e sentirsi sostenuto.

Al personale va lasciato **tempo e spazio per la riflessione.**

Al personale va dato lo spazio adatto per lavorare e per poter riflettere sul proprio operato. L'assistenza incentrata sulla persona è un concetto che vale per i clienti ma anche per lo staff.

Valutazioni regolari e costruttive aiuteranno a motivare il personale a continuare a evolversi e a migliorare il proprio lavoro.

Comprendere chiaramente il rapporto tra trauma e la condizione di senza dimora, in modo che il personale possa capire i problemi, le difficoltà e i comportamenti dei pazienti.

Cultura della riflessione e della condivisione

Sono facilitate da:

Una supervisione di gruppo esterna

Ambienti di lavoro condivisi – nessun ufficio individuale

Prendere a modello gli operatori con maggiore esperienza

Caso Studio

Caso di studio 1: Cura del personale, Infirmiers de rue, Bruxelles

Il concetto chiave è combinare la formazione e la cura del personale, attraverso il lavoro di squadra, scambi di idee tra pari e momenti dedicati alla riflessione di gruppo. Supervisione e facilitatori esterni sono molto importanti.

Lavorare con le persone senza dimora può essere difficile, quindi è necessario far leva sugli aspetti positivi (risultati del lavoro, contesto, condizioni di lavoro, spirito di squadra). Se questo non avviene, il personale potrebbe concentrarsi eccessivamente sugli aspetti negativi del loro lavoro – anche se, ovviamente, questi aspetti vanno comunque discussi.

Il team di Infirmiers de rue è multidisciplinare. Avere a disposizione un'ampia gamma di competenze significa che il team riuscirà con maggior probabilità a fronteggiare situazioni complesse. Per esempio, in un dato momento, un utente potrebbe avere contemporaneamente problemi sociali, di salute mentale e legali.

- Il team effettua due incontri settimanali. Uno è dedicato ai pazienti e alla pianificazione del lavoro clinico – si discute di ogni paziente regolarmente, indipendentemente dal fatto che abbia problemi o meno. L'altro incontro riguarda i problemi del team e quelli organizzativi.
- Si tiene una sessione mensile per discutere dei problemi o delle situazioni incontrate dai team operativi. Un supervisore esterno guida la discussione ma non offre soluzioni ("opening doors"). Questi incontri mensili si sono rivelati ristoratori e utili.
- Momento delle buone notizie: una volta a settimana, subito prima dell'incontro del team, si dedica dello spazio alla condivisione di successi e progressi – grandi o piccoli – dei pazienti e del team. Il personale si prepara a questo momento durante la settimana aggiungendo note nel "diario delle buone notizie" – un grande registro in cui tutti attaccano bigliettini colorati sulle buone notizie che poi saranno presentate e spiegate dagli operatori stessi al resto del team.
- Successivamente durante l'incontro si può discutere di sensazioni negative o di problemi che riguardano il team. I problemi degli individui sono discussi in un incontro specifico.
- Negli incontri di team ci sono momenti appositi per condividere sia i sentimenti positivi che quelli negativi, in modo che tali sentimenti non esplodano inaspettatamente, o che vengano espressi in modo sleale, con cinismo o rigidità.
- C'è un momento del giorno, per il team, in cui riflettere sulle ultime 24 ore. Il personale può esprimere sentimenti ed emozioni di qualunque tipo (legati al lavoro o alla vita privata). Questo permette ai membri del team di comprendere la situazione emotiva degli altri. Se occorre, è a disposizione del tempo ulteriore per un incontro privato con un supervisore.
- Incoraggiamo la riflessione, tra pari, in merito a qualsiasi situazione, senza necessariamente aspettarsi una risoluzione.
- Un database condiviso e facilmente aggiornabile significa che l'informazione è disponibile senza sforzo ogni volta che serve. I diari del personale e i dettagli dei contatti sono condivisi cosicché i membri del team possano contattarsi l'un l'altro con facilità.
- Ci prendiamo due giorni all'anno per discutere e riflettere su come stia funzionando il team

- Questo aiuta a motivare il team e a osservare il lavoro da diverse prospettive.
- Incoraggiamo il personale a prendersi le ferie regolarmente, piuttosto che accumularle.
- Sosteniamo i membri del personale nella loro crescita professionale – anche se ciò dovesse comportare la loro uscita dal nostro team. Dopo cinque anni di lavoro sul campo, si ha diritto a una pausa di tre mesi retribuita, per permettere alle persone di pensare liberamente riguardo al proprio lavoro e alla propria carriera.

CASI PRATICI ALTERNATIVI

Caso di studio 2: Servizi di cura e formazione del personale della Society of Social Psychiatry and Mental Health

La Society of Social Psychiatry and Mental Health ha, dal suo esordio, combinato l'erogazione di servizi di salute mentale basati sulla comunità e di formazione di alto livello (sia formazione sul lavoro per gli impiegati, sia formazione per altri professionisti).

All'inizio di ogni anno "accademico", la Direzione Scientifica prepara un programma di formazione comune a tutto il personale, a tutti i livelli. È basato su valutazioni dei bisogni ordinari con questionari compilati dal personale.

Al tempo stesso, ogni Unità costruisce uno specifico programma di formazione, adattato alle necessità e alle richieste del team dell'unità stessa. Questo programma è elaborato sia per consolidare le conoscenze sia per migliorare le abilità del personale. Gli utenti del servizio sono coinvolti come istruttori, specialmente coloro che vivono in alloggi protetti e in servizi di riabilitazione, e partecipano in specifici eventi di formazione e gruppi collettivi di riflessione, chiamati "comunità", tenuti regolarmente.

L'attenzione è posta sul condividere la stessa vision e gli stessi valori dell'organizzazione per aumentare le capacità degli operatori di sviluppare una vicinanza emotiva con gli utenti, ascoltare e comprendere i loro bisogni complessi in una visione olistica e sviluppare una metodologia di intervento che abbia la persona al centro, sviluppare buoni sistemi di networking e di integrazione dei diritti umani, incrementare la sensibilizzazione della comunità rispetto al fenomeno delle persone senza dimora, la capacità di intervento nei casi complessi e le competenze nella gestione dell'organizzazione.

L'approccio complessivo dell'organizzazione è psicodinamico, basato sulla comunità e incentrato sulla persona. Ciò ci permette di comprendere i bisogni e i conflitti psicologici che portano a determinati comportamenti. Siamo in continua collaborazione con le comunità locali. Parallelamente alla costante formazione in servizio, organizziamo specifici seminari di formazione ogni qualvolta sembri necessario, per esempio quando il team incontra una sfida nuova e inconsueta.

Supervisioni individuali e di team sono offerte almeno una volta al mese. Abbiamo professionisti esterni per le supervisioni dei team. È data priorità alla cura e al supporto del personale, a evitare il burnout e alle indicazioni per prendersi cura di sé.

Ci sono incontri regolari di riflessione una volta a settimana, in cui si discute sia dei clienti sia

di come va la collaborazione all'interno del team.

Vengono forniti chiare linee guida, protocolli e descrizioni del lavoro cosicché il personale sappia come agire in qualsiasi caso (per esempio in caso di emergenza ecc.).

Il networking e la partecipazione del personale in progetti dell'UE, per scambiare esperienze e pratiche efficaci, sono parte della cultura dell'organizzazione e della cura del personale.

Un altro strumento per la cura del personale è l'opzione di lavorare in diverse servizi (per esempio ostelli, appartamenti protetti, centri diurni, unità mobili di salute mentale). Ovviamente cerchiamo di bilanciare i bisogni del personale, del team e quelli organizzativi con quelli imposti dal dover fornire continuità di assistenza e stabilità nei rapporti terapeutici.

La valutazione del programma formativo dell'organizzazione avviene tramite un apposito questionario da compilare. L'analisi dei dati ha rivelato che per il 67% dei partecipanti il programma di formazione è stato molto utile in merito al loro lavoro, il 70% si è dichiarato soddisfatto dell'organizzazione generale del programma di formazione, l'85% era molto soddisfatto degli oratori, mentre il 55% ha reputato molto efficace il collegamento tra teoria e pratica.

Caso di studio 3: gli approcci PIE e TIC nel lavoro con le persone senza dimora

Trauma Informed Care (TIC) e Psychologically Informed Environments (PIE)

"[...] entrambi gli approcci hanno l'obiettivo di affrontare l'argomento del benessere psicologico degli utenti dei servizi, applicando una struttura in cui i loro bisogni psicologici siano presi in considerazione.

I sistemi Psychologically Informed Environments (sviluppato nel Regno Unito) e Trauma-Informed Care (un'innovazione degli Stati Uniti) prendono in considerazione anche il benessere psicologico del personale che fornisce il servizio. Si concentrano sullo sviluppo e sul supporto del personale, su relazioni positive e incoraggianti, e sul migliorare il benessere tramite l'ambiente e il sostegno fornito sia agli utenti che ai fornitori del servizio.

Comunque, nessuno dei due approcci pretende che i membri delle equipe si trasformino in pseudo-terapisti o che comincino a scavare nelle storie dei traumi passati degli individui. Piuttosto, promuovono la creazione di ambienti incoraggianti e sicuri, basati su una comprensione di ripetute esperienze traumatiche che hanno spesso avuto inizio durante l'infanzia [...]"

Questo risulta fattibile grazie alla formazione di base e alla consapevolezza del personale che lavora con le persone senza dimora in merito ai fattori psicologici che sono legati alla situazione della persona senza dimora e che possono portarla ad avere difficoltà nell'instaurare relazioni e accettare aiuto. Attraverso questa formazione e questa conoscenza di base, il personale può gestire meglio i rapporti con la persona, risultare più bravo nello stabilire un contatto e nel gestire i sentimenti che questa prova nei confronti del suo ruolo.

I dati provengono da:

<http://www.homeless.org.uk/connect/blogs/2015/aug/19/do-you-know-your-tic-from-your-pie>

PERCORSO FORMATIVO

Fornire Dignità e Benessere alle
persone senza dimora con prob-
lem di salute mentale

1. Razionale

Lavorare con persone nella condizione di senza dimora con problemi di salute mentale è un compito impegnativo, per il quale nessuno è preparato all'inizio. I molteplici problemi presenti (sanitari, sociali, abitativi, di recupero, di outreach, di networking, di cura e formazione del personale) rendono difficile per un singolo professionista, disciplina o servizio essere preparato a tutte le sfide che dovrà affrontare. Capita spesso che i professionisti che cominciano a lavorare con queste persone siano messi a confronto con i propri limiti e che sentano il bisogno di andare oltre i loro metodi e le loro conoscenze consuete, sviluppando nuove capacità per diventare più attenti ai bisogni specifici delle persone e più abili nel cooperare con gli altri.

Un'osservazione ricorrente è che ciò che uno ha imparato da una normale università e dai percorsi formativi professionali non è abbastanza per affrontare le sfide del lavoro con queste persone. In questo campo è essenziale imparare dall'esperienza, trarre insegnamento dall'esperienza altrui, sviluppare una pratica riflessiva che ricerchi soluzioni flessibili per contesti unici, piuttosto che copiare soluzioni già pronte.

Questo manuale vuole aiutare i professionisti a sviluppare le abilità necessarie per meglio approcciarsi alle persone in difficoltà, descrivendo aspetti che possano aiutarli a diventare più coscienti delle sfide e della portata del compito così come delle buone prassi nel lavoro con le persone senza dimora con problemi di salute mentale.

2. A chi si rivolge

Professionisti sanitari e sociali che lavorano con le persone senza dimora.

3. Objectives

1. Rafforzare l'abilità dei professionisti che lavorano nell'area sociale e nel campo della salute mentale nel capire e rispondere in modo appropriato ai bisogni delle persone senza dimora con problemi di salute mentale.
2. Migliorare l'abilità dei professionisti di ascoltare e comprendere la voce e i bisogni delle persone senza dimora, di creare e proporre risposte più adeguate, che incrementino il loro benessere fisico e psichico così come la loro dignità e la loro possibilità di accesso ai diritti.

3. Metodologie di formazione

Ogni modulo ha inizio con un'introduzione sull'argomento e con un approccio teorico. Per stimolare la partecipazione attiva dei partecipanti, la metodologia applicata alla seconda parte dei moduli userà attività dinamiche, come la discussione in piccoli gruppi e plenaria o lo studio dei casi.

Ogni modulo può essere integrato con una visita a servizi specifici con una durata minima di due ore.

4. Moduli

Nome del modulo	Introduzione		
Durata	2 ore		
Contenuto da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Panoramica del Percorso Formativo - Introduzione dei sette moduli - Presentazione della struttura e della metodologia di ogni sessione 		
Obiettivi di apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Far comprendere il motivo della selezione di questi argomenti - Sensibilizzare al legame e all'interconnessione degli argomenti - Evidenziare l'aspetto pratico di questo percorso formativo 		
Struttura del modulo	Tema	Metodo	Attività
	1. Panoramica del programma di formazione	Presentazione	Presentazione ppt
	2. Presentazione della struttura e della metodologia di ogni sessione	Presentazione	Presentazione ppt
	3. Perché questi argomenti e come sono collegati tra loro	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
Materiali Pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

Nome del modulo	Sociale		
Durata	5 ore		
Contenuto da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione: diritti sociali, protezione sociale, prevenzione sociale, assistenza sociale - Idee principali: professionisti sociali come mediatori dei servizi; diritti e volontà individuale; Riconnessione alla rete di sicurezza dell'individuo. - Difficoltà: povertà; difficoltà di diagnosi; mancanza di cooperazione tra i servizi sociali e sanitari; genere; persone senza documenti: stigmatizzazione; comportamenti aggressivi - Buone pratiche: curiosità; scegliere un metodo, misurandone la qualità e promuovendo la documentazione dei risultati; atteggiamento proattivo e anticipazione; comunizzazione e visibilità; scegliere, ampliare le scelte; servizi su misura; relazione 		
Obiettivi di apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizzare all'importanza dei fattori sociali e di protezione sociale legati alla condizione di senza dimora - Evidenziare il ruolo di mediatori dei professionisti sociali - Aumentare la consapevolezza sull'importanza dei diritti e della volontà individuale negli interventi sociali - Imparare a identificare le difficoltà che contribuiscono a innalzare i livelli di vulnerabilità - Aumentare la conoscenza degli atteggiamenti e delle buone prassi dell'outreach sociale e dei servizi su misura 		
Struttura del modulo	Tema	Metodo	Attività
	1. Introduzione	Presentazione e lavoro di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	2. Idee principali	Presentazione e discussione (Le sezioni 1 e 2 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	3. Difficoltà	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	4. Buone prassi	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	5. Caso studio	Presentazione di un caso e domande per la discussione in piccoli gruppi (45 min) Sessione plenaria (45 min)	Discussione di gruppo
Materiali Pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint Caso studio Profilo (esempio)		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

Nome del modulo	Salute		
Durata	5 ore		
Contenuto da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione: bisogni di salute fisica e mentale delle persone senza dimora - Idee principali: outreach sanitario, servizi d'emergenza, ricovero ospedaliero e dimissione, servizi ambulatoriali, trattamento obbligatorio; networking e collaborazione con i servizi sociali - Difficoltà: difficoltà nell'approccio, diagnosi in strada, accertamenti sanitari obbligatori, comunicazione e differenze culturali - Buone pratiche: su outreach, accessibilità dei servizi sanitari, ospedalizzazione, lavoro con i colleghi, prevenzione e supporto del personale 		
Obiettivi di apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizzare riguardo ai bisogni di salute mentale e fisica delle persone senza dimora - Definire il ruolo degli interventi sanitari in strada e all'interno di servizi - Definire il ruolo della collaborazione e del networking tra i servizi sociali e sanitari - Imparare ad anticipare le difficoltà e a prevenirle - Identificare le buone prassi dell'assistenza sanitaria verso i senzatetto 		
Struttura del modulo	Tema	Metodo	Attività
	1. Introduzione: la connessione tra i problemi di salute e la condizione di senza dimora	Presentazione e discussione	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	2. Idee principali	Presentazione e discussione (Le sezioni 1 e 2 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	3. Difficoltà	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	4. Buone pratiche	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
5. Caso studio	Presentazione del profilo del caso e domande con discussione in piccoli gruppi (45 min) Sessione plenaria (45 min)	Discussione di gruppo	
Materiali Pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint Caso Studio		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

Nome del modulo	Housing		
Durata	5 Ore		
Contenuti da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione: Abitazione; Casa - Idee principali: la casa come diritto; l'importanza della formazione del personale; casa, supporto e partecipazione; accoglienza d'emergenza; accoglienza a lungo termine; housing first; la visita domiciliare; donne e uomini nei servizi di accoglienza - Difficoltà: mercato edilizio; accesso all'housing; follow up - Buone pratiche: prevenzione; outreach; networking; centralità della persona - Studio del caso: esempio di servizi di housing e caso studio 		
Obiettivi di apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la consapevolezza dell'importanza di un alloggio e della creazione del concetto di casa - Imparare a lavorare con la prospettiva della casa come diritto - Definire il ruolo dell'accoglienza di emergenza e di quella a lungo termine - Aumentare la consapevolezza delle difficoltà inerenti all'accedere e all'adattarsi all'housing - Evidenziare le buone prassi del lavoro nell'housing 		
Struttura del modulo	Tem	Metodo	Attività
	1. Introduzione	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	2. Idee principali	Presentazione e discussione (Le sezioni 1 e 2 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	3. Difficoltà	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	4. Buone pratiche	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	5. Caso di studio	Presentazione del caso e domande per la discussione in piccoli gruppi (45 min) Sessione plenaria (45 min)	Discussione di gruppo
Materiali pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint Caso studio Profilo (esempio)		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

Nome del modulo	RECOVERY		
Durata	5 Ore		
Contenuti da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione: Principi e concetti di recupero - Idee principali: il processo di recupero – recupero da soli, autonomia, il ruolo dei professionisti - Difficoltà del processo di recupero e come affrontarle - Buone pratiche: case manager stabili, servizi incentrati sulla persona - Caso studio e profilo di esempio 		
Obiettivi di apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la consapevolezza della specificità del processo di recupero - Imparare le differenze tra recupero e trattamento - Identificare le difficoltà del processo di recupero e le appropriate soluzioni - Identificare le buone prassi che promuovono il recupero 		
Struttura del modulo	Tema	Metodo	Attività
	1. Introduzione	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	2. Idee principali	Presentazione e discussione (Le sezioni 1 e 2 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	3. Difficoltà	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	4. Buone pratiche	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	5. Caso di studio	Presentazione del profilo del caso e domande per la discussione in piccoli gruppi(45 min) Sessione plenaria (45 min)	Discussione di gruppo
Materiali pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint Caso studio Profilo (esempio)		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

Nome Modulo	Outreach		
Durata	5 Ore		
Contenuti da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione: il concetto di outreach - Idee principali: l'outreach è un atteggiamento; un servizio; un modello; fasi del lavoro di outreach; ruolo degli operatori sanitari in strada; problemi da affrontare nella re-housing - Difficoltà: riguardanti le persone senza dimora; riguardanti gli operatori; cooperazione e coordinamento - Buone prassi: pratiche specifiche ed efficaci nel lavoro di outreach - caso studio e profilo di esempio 		
Obiettivi di Apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la consapevolezza dell'importanza del lavoro di outreach per le persone senza dimora - Imparare a conoscere l'outreach come atteggiamento, servizio e modello - Imparare il ruolo del professionista nell'outreach in strada - Identificare le difficoltà nel lavoro di outreach - Conoscere le fasi e le buone prassi dell'outreach 		
Struttura del modulo	Tema	Metodo	Attività
	1. Introduzione	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti seguendo una presentazione ppt
	2. Idee principali	Presentazione e discussione (Le sezioni 1 e 2 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti seguendo una presentazione ppt
	3. Difficoltà	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti seguendo una presentazione ppt
	4. Buone pratiche	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti seguendo una presentazione ppt
5. Caso di studio	Presentazione del profilo del caso e domande per la discussione in piccoli gruppi(45 min) Sessione plenaria (45 min)	Discussione di gruppo	
Materiali Pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint Caso studio Profilo (esempio)		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

Nome Modulo	Networking		
Durata	5 Ore		
Contenuti da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione: complessità; attori coinvolti; networking come approccio multi livello; networking strutturale e operativo; ragioni per il networking - Idee principali: networking come opportunità; creare un network; networking all'interno dell'istituzione; tra le istituzioni - Difficoltà: networking come problema; prevenire le difficoltà - Buone pratiche: suggerimenti; chi coinvolgere; - Caso studio e profile d'esempio 		
Obiettivi di Apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la consapevolezza dell'importanza del networking - Conoscere il networking strutturale e operativo - Imparare come costruire e mantenere un network - Identificare le buone pratiche del networking 		
Struttura del modulo	Tema	Metodo	Attività
	1. Introduzione	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	2. Idee principali	Presentazione e discussione (Le sezioni 1 e 2 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	3. Difficoltà	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	4. Buone pratiche	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	5. Caso di studio	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo
Materiali Pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint Studio del caso Profilo (esempio)		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

Nome Modulo	Staff care		
Durata	5 Ore		
Contenuti da trattare	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione: il ruolo della formazione e della cura del personale - Idee principali: formazione; valori e visione; aspetti funzionali del team - Difficoltà nella cura e nella formazione del personale - Buone pratiche che promuovono la cura e lo sviluppo di team - Caso studio 		
Obiettivi di Apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizzare sull'importanza della cura e della formazione del personale - Conoscere il ruolo della formazione, lo spirit di gruppo e gli aspetti funzionali del team - Identificare le difficoltà e gli ostacoli di una buona cura dei team - Identificare le buone pratiche nella cura e nella formazione del personale 		
Struttura del modulo	Tema	Metodo	Attività
	1. Introduzione	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	2. Idee principali	Presentazione e discussione (Le sezioni 1 e 2 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	3. Difficoltà	Presentazione e discussione di gruppo	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	4. Buone pratiche	Presentazione e discussione (Le sezioni 3 e 4 possono essere unite: 45 min di presentazione+ 45 min di discussione)	Discussione di gruppo sugli argomenti dopo una presentazione ppt
	5. Caso di studio	Presentazione del profilo del caso e domande per la discussione in piccoli gruppi(45 min) Sessione plenaria (45 min)	Discussione di gruppo
Materiali Pedagogici	Documentazione di supporto (modelli ecc.) e presentazione PowerPoint Caso studio Profilo (esempio)		
Valutazione	Questionario di autovalutazione a fine sessione		

5. Profilo dei formatori

Professionisti con esperienza di lavoro con le persone senza dimora e nel campo della salute mentale che hanno una laurea o una specializzazione su questi ambiti di lavoro.

Glossario

Sociale

Condizione di senza dimora (homelessness):

In Europa è usata soprattutto la definizione ETHOS. Le categorie ETHOS coprono tutte le situazioni di vita che corrispondono alle condizioni di senza dimora, come:

- 1) non avere un tetto (senza un rifugio di alcun tipo, dormendo per strada);
- 2) non avere una casa (con un posto temporaneo in cui dormire in istituzioni o strutture di accoglienza);
- 3) vivere in una casa non sicura (con forte precarietà a causa di contratti d'affitto insicuri, sfratto, violenza domestica);
- 4) vivere in una dimora inadeguata (in roulotte in accampamenti illegali, alloggi in condizioni edilizie inadeguate, in estremo sovraffollamento).

In questo testo, ci concentriamo in particolare sulle persone senza dimora che dormono per strada.

Servizio sociale: il servizio sociale offerto dal sistema pubblico o da organizzazioni non governative alle persone con bisogni sociali.

Casework: Servizio sociale personalizzato

Malattia mentale: Chiamata anche disordine mentale o disordine psichiatrico, è un modello comportamentale o mentale che causa significative difficoltà o compromissioni del funzionamento personale.

Umanitarismo: Che l'uomo debba mostrare rispetto per un altro uomo, indipendentemente dalla classe, razza o credo è fondamentale per l'attitudine umanitaria alla vita. Tra i principi morali fondamentali, vi sono quelli di libertà, giustizia, tolleranza e felicità... la convinzione che le persone possano vivere una vita onesta e significativa senza seguire un particolare credo religioso. (Pears Cyclopaedia, 87esima edizione, 1978)

Psichiatria sociale: Il campo di interesse della psichiatria sociale è la vita della persona con problemi di salute mentale così come emerge nel dialogo e nel contatto tra individui e tra l'individuo e la società che lo circonda. La psichiatria sociale deve avere a che fare con la domanda "quale è una buona vita", e deve essere un partner critico, analizzante e attivo nel dibattito pubblico. È una aggiunta alla psichiatria bio-medica e psicoterapeutica.

Povertà: *"La povertà è fame. La povertà è mancanza di un rifugio. La povertà è essere malati e non poter vedere un dottore. La povertà è non avere accesso alla scuola e non saper leggere. La povertà è non avere un lavoro, è paura del futuro, vivere giorno per giorno.*

La povertà ha molte facce, che cambiano da luogo a luogo e nel corso del tempo, ed è stata descritta in molti modi. Il più delle volte la povertà è una situazione da cui le persone vogliono fuggire. Così la povertà è una spinta all'azione – sia per il povero che per il benestante – una spinta a cambiare il mondo così che siano molti di più quelli che possono avere abbastanza da mangiare, un luogo adeguato in cui vivere, accesso all'educazione e alla salute, protezione dalla violenza, e una voce in capitolo riguardo cosa accade nelle loro comunità." (The World Bank Organization)

Team multidisciplinare: Si riferisce alle attività **sociali che comportano** gli sforzi di individui provenienti da diverse discipline specifiche.

Salute

Accessibilità: accesso diretto alle cure e alle risorse.

Networking: essenziale a causa dei molteplici problemi sociali e sanitari e la comorbilità presenti nelle persone senza dimora con problem di salute mentale.

Continuità di Cura: (Vedi il capitolo Outreach)
Costruire ponti: Azioni di advocacy e sensibilizzazione verso i vari sistemi sociali e sanitari hanno un ruolo fondamentale.

“Soft” skills: Prestare attenzione agli aspetti interpersonali e relazionali.

Inreach: I servizi di comunità ed i professionisti sociali devono prendere l’iniziativa nel comunicare e nel condividere informazioni con il personale ospedaliero.

Piano di ricovero: Stabilire sinteticamente le ragioni per il ricovero, cosa ha funzionato in passato e ipotizzare quali potrebbero essere i risultati del ricovero.

Valutazione in strada: Diagnosi effettuate in strada.

Accertamenti sanitari obbligatori: Effettuare un accertamento per valutare un possibile ricovero non volontario all’ospedale.

“Difficili da agganciare”: I servizi tradizionali a volte giudicano le persone senza dimora difficili da agganciare, ma ciò ha spesso a che fare con l’accesso ai diritti basilari, la sicurezza sociale e le barriere linguistiche.

Porte girevoli: Ricoveri multipli in ospedale.
Servizi a “porte aperte”:
I servizi tradizionali dovrebbero aumentare le possibilità d’accesso per le persone senza dimora, appuntamenti o liste d’attesa non sono buoni modi per raggiungere questo obiettivo.

Incontri pre-dimissioni: Coinvolgere il team dell’ospedale e il team per le persone senza dimora (con un assistente sociale) per pianificare la sistemazione futura, e organizzare un programma di follow up dopo la dimissione.

Prevenzione:

Primaria: migliorare la salute generale della popolazione.

Secondaria: migliorare nel diagnosticare i disturbi di salute mentale.

Terziaria: migliorare il trattamento e il recupero.

Housing

Ascolto attivo: Riuscire a concentrarsi pienamente su cosa viene detto piuttosto che “ascoltare” passivamente il discorso di colui che ci sta parlando. È l’ascoltare con molta attenzione mentre una persona parla, e il riflettere su ciò che ha detto, senza giudicare o dare consigli.

Housing: L’alloggio, sia inteso come elemento sociale che come diritto umano, può essere definito come casa, come altra sistemazione alloggiativa o struttura di accoglienza che fornisca sicurezza e accoglienza, e che rappresenti anche un luogo in cui stare. È uno dei fattori più importanti del vivere una vita sicura.

Housing First: L’Housing First è un approccio per porre fine alla condizione di senza dimora che si concentra sul fornire una casa alla persona il più velocemente possibile. È un processo orientato al recupero, in cui vengono forniti assistenza e servizi aggiuntivi qualora sia necessario.

Housing manager: Amministra gli alloggi e i relativi servizi per conto di associazioni che si occupano di sistemazioni abitative, autorità locali e ONG. Il ruolo comporta amministrare i vari alloggi e tenersi in contatto regolare con gli utenti del servizio, occuparsi degli affitti, effettuare eventuali riparazioni e gestire gli eventuali problemi di convivenza con i vicini. Spesso lavorano in team che includono addetti al sostegno per l’affitto, case manager, operatori di riferimento ecc.

Interventi: Si riferisce alle azioni intraprese dai servizi per assistere gli utenti nel loro percorso di recupero. Questi possono essere di varie tipologie, e spesso comportano il fornire le

soluzioni meno drastiche possibili per aiutare un individuo.

Psychologically Informed Environments: Gli Psychologically Informed Environments sono servizi progettati ed erogati in modo tale da prendere in considerazione i bisogni emotivi e psicologici dei loro utenti. È un approccio complementare alla strategia Trauma Informed Care per persone con problemi complessi.

Assistenza incentrata sulla persona: L'assistenza incentrata sulla persona mette l'utente del servizio al centro delle decisioni, riconoscendolo come esperto che lavora affiancando i professionisti, per il raggiungimento del miglior risultato possibile. Essere compassionevoli, osservare e condividere decisioni tenendo conto del punto di vista dell'utente del servizio, ed essere rispettosi sono tutti fattori importanti. Si tiene conto dei valori della persona, delle circostanze sociali e del suo stile di vita quando vengono prese decisioni condivise dall'utente del servizio.

Approccio basato sui diritti: Un approccio basato sui diritti impone agli erogatori del servizio di assicurarsi che i propri interventi sostengano e promuovano i riferimenti europei e internazionali riguardo i diritti umani. Tale approccio si concentra sui diritti dell'individuo piuttosto che sui suoi bisogni. Seguendo un approccio basato sui diritti, i piani, le politiche e i processi di sviluppo sono ancorati a un sistema di diritti e ai corrispondenti obblighi stabiliti dalle leggi internazionali. Per esempio, l'Articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo afferma che: Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di

sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

Utente del servizio: È un termine generico utilizzato per descrivere qualsiasi persona che utilizzi servizi per persone senza dimora, sanitari o sociali.

Trauma: Il trauma è una risposta emotiva che l'individuo ha in seguito a un evento negativo. Gli effetti del trauma possono interferire con la capacità della persona di vivere una vita normale. Chi ha sofferto di un trauma può sviluppare problemi emotivi come rabbia, tristezza, ansia, PTSD (post-traumatic stress disorder, disturbo da stress post-traumatico), sindrome del sopravvissuto ecc. Può sviluppare problemi permanenti di insonnia, dolori fisici ed emotivi e trovare difficoltà nelle relazioni personali. Persone che hanno sofferto di un grave trauma avranno maggiori probabilità di sviluppare dipendenze.

Trauma Informed Care: Il Trauma Informed Care è un approccio che mira a migliorare la conoscenza del trauma e del suo impatto sugli utenti del servizio, per assicurare che i servizi forniti offrano un supporto efficace, e soprattutto, che non traumatizzino nuovamente coloro che si servono del o lavorano per il servizio.

Pratica anti-oppressiva: È un metodo e un modello per contrastare le azioni sia dell'individuo che delle istituzioni che risultano oppressive per gli individui e i gruppi nella società, e che come azioni discriminatorie sono basate su atteggiamenti e valori nulli e carichi di pregiudizio.

Recovery

Co-Costruzione (progettazione partecipata): fornire servizi pubblici in una relazione equa e reciproca tra professionisti, persone che usufruiscono del servizio, le loro famiglie e i loro vicini. (Boyle and Harris, 2009).

Connettere: unire o collegare; collegare due cose

Empowerment: prendere in mano la propria vita e l'opportunità di avere il controllo su di essa. Molto si è discusso sulla parola empowerment. E' un'azione esterna, ma anche un rapporto bidirezionale, può portare qualcuno al recupero, ma anche il recupero può portare qualcuno all'empowerment.

Stabilire relazioni: creare e mantenere una connessione di mutua fiducia, trasparenza e rispetto tra un professionista e un cliente (nel nostro caso una persona senza dimora con problemi di salute mentale). È la base per ogni pianificazione e cooperazione successive. Richiede riservatezza e onestà da parte del professionista, un atteggiamento disponibile ma anche il saper porre dei limiti.

Istituzionalizzazione: Effetti dannosi quali apatia e perdita di indipendenza derivanti dal passare un lungo periodo in un'istituzione.

Network: un gruppo o un sistema di persone, servizi e organizzazioni interconnessi. Interagiscono tra loro per scambiarsi informazioni e per sviluppare contatti professionali o sociali. Può essere formale (vedi l'esempio di NPISA a Lisbona) o informale. Scelta personale: implica prendere decisioni. Può includere il giudicare i meriti di opzioni multiple e selezionare una o più di esse. Si può scegliere tra opzioni immaginate ("cosa farei se...?") o tra opzioni reali seguite dalla corrispondente azione. È associata al libero arbitrio. (da Wikipedia)

Ricapacitazione: Facilitare la capacità di risolvere i propri problemi.

Recupero: vedi definizioni fornite all'inizio di questo capitolo.

Approccio step by step: Il metodo in cui si fa qualcosa con attenzione, gradualmente e secondo un particolare ordine (Longman Dictionary).

Outreach

Cliente: una persona che fa uso dei servizi, che siano professionali o di volontariato. Altri termini utilizzati per descrivere i clienti sono, in differenti ambienti, pazienti o utenti del servizio.

Casa: un posto a cui una persona sente di appartenere e in cui sente di avere il diritto di stare. Un luogo di affetti ed emozioni, protezione e sicurezza, nel quale una persona si sente accolta, riconosciuta e supportata.

Alloggio: un luogo in cui una persona possa vivere in tranquillità.

Persone senza dimora con problema di salute mentale: persone senza dimora che soffrono anche di un disordine mentale, che può averli portati al loro attuale stato, e che quasi certamente causa il perpetuare della loro condizione di senza dimora.

Istituzionalizzazione: Il processo tramite il quale un individuo diventa dipendente da un'istituzione, andando a ledere la sua indipendenza e abilità di prendere decisioni per se stesso.

Deistituzionalizzazione psichiatrica: Un processo culturale e scientifico che riconosce che la malattia mentale e la sofferenza psicologica non sono aiutate da un prolungato isolamento nelle istituzioni psichiatriche chiuse. L'alternativa è un trattamento in comunità, che comporta un sostanziale investimento in personale e in servizi.

Deospedalizzazione: Chiusura dei posti letto dell'ospedale. Anche se effettuata con la scusa di una deistituzionalizzazione "costruttiva", è spesso portata avanti per ragioni finanziarie

piuttosto che terapeutiche.

Trattamento sanitario obbligatorio: Se il disordine mentale di una persona fa sì che diventi un rischio per se stessa o per gli altri, o che non sappia adeguatamente badare a se stessa, può essere trattenuta in ospedale contro la propria volontà (o, almeno, senza il suo espresso consenso), utilizzando le leggi applicabili in quello specifico paese.

Migranti senza documenti: Una persona nata all'estero che non abbia il diritto legale di stare o rimanere in uno specifico paese, ma che ha – come essere umano – i diritti basilari riconosciuti dalla Dichiarazione dei Diritti Umani Fondamentali.

OutREACH : ☒ vai all'esterno per incontrare le persone

InREACH : ☒ accogliere all'interno p e r accedere ai servizi

Networking

Complessità: Caratteristica di comportamento di un sistema o modello i cui componenti interagiscono in modi molteplici e seguono regole interne. Non esistono ragionevoli istruzioni di più alto livello per definire le varie interazioni possibili. (<https://en.wikipedia.org/wiki/Complexity>)

Facilitatore: qualcuno che aiuta una persona o un'organizzazione a fare qualcosa più facilmente o a trovare la risposta a un problema, discutendo e suggerendo modi di fare le cose. (<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/facilitator>)

Meta-organizzazione: così sono definite organizzazioni che sono formate da altre organizzazioni, piuttosto che da individui. (<https://en.wikipedia.org/wiki/Meta-organization>)

Networking: Un processo che promuove lo scambio di informazioni, idee e pratiche tra gli individui appartenenti a gruppi che condividono un interesse comune.

(<https://www.investopedia.com/terms/n/networking.asp>)

Win-win position: si tratta di trasformare le divergenze da attacchi e difesa tra avversari in cooperazione. È un forte cambiamento di atteggiamento che altera l'intero andamento della comunicazione: voglio vincere, e voglio che anche tu vinca.

(http://www.consultpivotal.com/win_win.htm)

Staff Care

Staff: Chiunque contribuisca direttamente ai progetti e ai programmi di un'organizzazione, e verso cui l'organizzazione ha un dovere di cura. Lo staff può essere composto da lavoratori a tempo pieno o part-time; ne fanno parte anche i volontari e gli operatori esterni impiegati per aiutare un'organizzazione ad assolvere alla propria funzione.

Cura e formazione del personale: L'efficacia di un'organizzazione dipende da un personale che abbia le giuste qualifiche, sia formato adeguatamente e sia motivato. Il modo più semplice per ottenere un'organizzazione efficiente è assicurarsi che tutto il personale stipendiato e volontario riceva una formazione sufficiente a sviluppare le giuste abilità per adempiere alle proprie responsabilità. La formazione del personale avviene in svariati modi, ma si può comunque dividere in formale e informale. La formazione informale è in un certo senso accidentale e casuale; è la formazione e l'apprendimento tramite l'esperienza durante il lavoro. Quella formale è un programma definito nel quale i traguardi e gli obiettivi sono ben delineati; è strutturata e progettata e rilascia una certificazione ai partecipanti. La cura del personale include il supporto e la supervisione, sia per quanto riguarda i casi che le dinamiche di gruppo e dell'organizzazione.

Pratica riflessiva – Quando i lavoratori riflettono sulle loro conoscenze ed esperienze, esprimendo i loro pensieri e sentimenti a riguardo. Non è necessaria una risposta immediata, questa può anche giungere dopo un periodo di discussione e riflessione. Tutto questo aiuta a prevenire il burn-out, che è un fenomeno diffuso dal momento che lavorare con persone traumatizzate come le persone senza dimora con problemi di salute mentale ha un forte impatto sullo staff.

Burnout: “Il burn-out professionale deriva da un lungo, irrisolvibile, stress da lavoro. Nel 1974, Herbert Freudenberger è stato il primo ricercatore a pubblicare in una rivista legata alla psicologia un articolo contenente il termine “burnout”. L’articolo si basava sull’osservazione da lui effettuata del personale volontario (incluso lui stesso) in una clinica per tossicodipendenti. Il burnout veniva caratterizzato da diversi sintomi, tra cui l’esaurimento causato dalle eccessive esigenze lavorative così come sintomi fisici come mal di testa e insonnia, irritabilità e difficoltà di concentrazione. Osservò che i lavoratori colpiti da burn-out “sembrano, appaiono e si comportano da depressi”.

(https://en.wikipedia.org/wiki/Occupational_burnout)

https://www.researchgate.net/publication/232515466_Understanding_stress_and_burnout_in_shelter_workers

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009365095022002001>

Team multidisciplinare: Un gruppo di persone che lavorano insieme in team, che hanno gli stessi scopi e obiettivi, ma che provengono da background professionali ed esperienze di vita diversi ma complementari.

Bibliografia

Introduzione

Fabio Bracci. *European Exchange and Inter-Vision Project on Homeless Pathways and Interventions with Homeless and mentally ill people*. SMES-Europa in collaboration with Fondazione Istituto, Andrea Devoto. 2017.

Sociale

Universal Declaration of Human Rights (articles 2, 22 and 25) http://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf

Louise Christensen: *On the Margins – Exploring the Phenomenon of Social Marginalization and the Social Work for Socially Marginalized People*; Centre for Alcohol and Drug Research. Department of Psychological and Behavioural Sciences, Aarhus University (2018)

U.S. Departments of Housing and Urban Development and Health and Human Services, Arlington, VA. (1998) <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/167051/6817.pdf#page=357>

World Social Protection Report 2017–19 *Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*, (ILO, International Labour Organization)

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf

Glen Bramley & Suzanne Fitzpatrick: *Destitution in the UK* (2018) <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673037.2017.1344957>

Dennis, D. L., Cocozza, J. J., & Steadman, H. J.: *What do we know about systems integration and homelessness?* Paper presented at the National Symposium of Homelessness research: What works?

John R. Belcher & Bruce R. DeForge: *Social Stigma and Homelessness: The Limits of Social Change*, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22:8, 929-946, (2012)

Brandt, P.: *Proposal for a social psychiatry theory based on experiences from a programme for the homeless mentally ill*. *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume 50 (1996)

Magazine 'Are we Europa' October 23 2017: *Homeless Women in a Men's World*
<https://www.areweeurope.com/homeless-content/homeless-women-in-a-mens-world>

The European Commission against Racism and Intolerance: Recommendation n. 16; 2016: **Safeguarding Irregularly Present Migrants From Discrimination**

<https://www.coe.int/en/web/children/-/all-policies-affecting-irregularly-present-migrants-must-respect-children-s-righ-2>

To live in health and dignity, European Report of Study & Action Project in the promotion of Mental Health & Social Reinsertion for disadvantaged people. SMES- Europe & Mental Health Europe, (1999 – 2000; <http://www.smes-europa.org/H&D1%20FINAL%20REPORT-uk.pdf>

Salute

EPRS (2016) *The public health dimension of the European migrant crisis*, EPRS briefing paper, January 2016

Nishio, Akihiro & Horita, Ryo & Sado, Tadahiro & Mizutani, Seiko & Watanabe, Takahiro & Uehara, Ryosuke & Yamamoto, Mayumi. (2016). *Causes of homelessness prevalence-The relationship between homelessness and disability.* Psychiatry and clinical neurosciences. 71. 10.1111/pcn.12469.

Fazel S, Geddes JR, Kushel M. Lancet. (2014) 384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132 *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations.*

Aldridge et al. (2018) *Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis* Lancet Volume 391, ISSUE 10117, P241-250, January 20, 2018

Jeffrey, R. (1979) *Normal rubbish: deviant patients in casualty departments* *Sociology of Health and Illness.* 1:1, 91-107.

Luchenski, S. *What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations.* Lancet Volume 391, ISSUE 10117, P266-280, January 20, 2018

WHO (2018) EPH05: *Disease prevention, including early detection of illness.* <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>

Pickett and Wilson (2009) *The spirit level: why equality is better for everyone.* Allen Lane, London.

Tudor Hart, J. (1971). *"The Inverse Care Law"*. The Lancet. 297: 405–412.

Leng (2007) *The impact on health of homelessness.* Local Government Association, London.

https://www.feantsa.org/download/22-7-health-and-homelessness_v07_web-0023035125951538681212.pdf

Canavan et al. (2012) *Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities.* BMC Health Services Research 2012:222. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-222>

MHE (2016) October 2016. *The need for mental health and psychosocial support for migrants and refugees in Europe.* <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Position-Paper-on->

Mental-Health-and-Migration.pdf

European Parliament (2016) Briefing, January 2016. *The public health dimension of the European migrant crisis*. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI\(2016\)573908_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/573908/EPRS_BRI(2016)573908_EN.pdf)

Pathway (2016). Mental health service assessments for rough sleepers – tools and guidance.

<https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Mental%20Health%20Service%20Guidance%20for%20Rough%20Sleepers.pdf>

Coldwell, C.M. & Bender, W.S. (2007) *The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis*. *Am J Psychiatry* 2007; 164:393–399).

Housing

Housing Regulations 2017 Statutory Instrument SI No 17 2017 the Irish Department of Housing, Planning and Local Government. In terms of supporting people with mental health support needs who have experience of homelessness, standards set out above can be seen as a minimum

Tsemberis S (2010) *Housing First The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*. Hazelden USA

Tsemberis S, Gulcur L, Nakae, M (2004) “*Housing First, Client Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with Dual Diagnosis*” *American Journal of Public Health* 94 (4), 651-656.

Hutchinson et al., 2014; Sznajder-Murray and Selznick, 2011.

Recovery

American Academy of Family Physicians (1983) (2015 COD)

Appleby, L. (2007). *Breaking down barriers: The clinical case for change*. London: Department of Health. Retrieved from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074579

Anthony, W.A. (1993). *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Cockersell, Peter (2018). *Social Exclusion, Compound Trauma and Recovery*. Jessica Kingsley Publishers.

Deegan, P.E. (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Munoz, Vásquez e Panadero. *Stressful Life Events in David Levinson and Marcy Ross (2007). Homeless Handbook*. Berkshire Publishing Group.

Repper, J. & Perkins, R. (2006). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. Edinburgh: Bailliere Tindall.

Recovery and Independent Living Professional Expert Group (R&IL PEG) (2010). *Recovery orientated prescribing and medicines management*. Retrieved from http://www.recoverydevon.co.uk/download/prescribing_project_report_FINAL_PEG_Advisory_Paper_8.pdf.

Outreach

<https://www.eaof.org/>

<https://www.mungos.org/our-services/outreach-teams/>

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED364617.pdf>

<http://homelesshub.ca/resource/value-outreach>

<http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/OutreachCurriculum2005.pdf>

<http://homelesshub.ca/resource/homeless-outreach-practises-bc-communities-volume-1>

<https://dmh.mo.gov/docs/mentalillness/litreview.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3441802/>

<http://www.mhwilliams.com/community-outreach-important/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482410>

https://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach_work_among_marginalised.pdf

<https://missioncommunityservices.com/homeless-outreach>

<http://homelesshub.ca/solutions/emergency-response/outreach>

<https://www.linkedin.com/pulse/20140706223307-50642561-nonprofits-benefits-of-community-outreach/>

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/15/secret-life-homeless-outreach-worker-abuse>

<https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/outreach-aller-a-la-rencontre-des-gens-en-contexte-ditinerance/>

Staff care

<https://www.nhchc.org/resources/clinical/tools-and-support/core-competencies-for-the-hch-setting/>

<https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14608791211288589>

<https://conted.ucalgary.ca/public/category/courseCategoryCertificateProfile.do?method=load&certificateId=6347688>

<http://www.homeless.org.uk/connect/blogs/2015/aug/19/do-you-know-your-tic-from-your-pie>

http://www.feantsa.org/download/feantsa_traumaandhomelessness03073471219052946810738.pdf

Ringraziamenti

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Camara Municipal de Lisboa; NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo); Associação Conversa Amiga; Projecto Casas Primeiro-AEIPS; Projecto É uma Casa- Associação Crescer; C.A.S.A- SCML; Centro de Alojamento Temporário de Xabregas; Espaço Aberto ao Diálogo- Comunidade Vida e Paz; Projecto Orientar; Centro Porta Amiga- AMI; Centro de Apoio Social de S. Bento; Unidade móvel Médicos de Mundo; Unidade móvel Ares do Pinhal; NAL de Arroios;

The Board and Staff of Midlands Simon Community and Sophia Housing, Mark Cooney Chairperson of Midlands Simon Community, Denis Doherty Chairperson of Sophia, Jean Quinn D.W, EoghanMurphy TD Minister for Housing, Planning and Local Government, Eileen Gleeson Dublin Regional Homeless Executive, Dr Bernie O'Donoghue Hynes Head of Research Dublin Regional Homeless Executive, Paul Gilligan CEO St Patricks Mental Health Services, Crosscare Family Hub Drumcondra, Anna Liffey Drug Project, De Paul - Back Lane Hostel, Peter McVery trust - St Catherines Foyer Hostel, Councillor Daithi Doolan and the Lord Mayors Office of Dublin City Council, Keiran Butler - Regional Coordinator for Homeless services in the Midlands, Ciaran Cannon TD - Minister for the Diaspora & International Development, Antoinette Kinsella Coordinator with the Midlands Regional Drugs Task Force.

Municipality of Florence, Coordinamento Toscano Marginalità, Università di Scienze Sociali Firenze, Council of Social Workers of Tuscany , Mental Health Department, Usl Centro Toscana and ASP Montedomini

Maria Stratigaki, Vice Mayor of Athens for Social Solidarity, Welfare and Equality. Greek Housing Network (especially former President Ioanna Pertsinidou and Vice President Spyros Psychas). Eleni Katsouli, President of City of Athens Homeless Shelter. NGO PRAKSIS and especially the Day Center for Homeless (D.C.f.H.) in Piraeus. Christos Alefantis (Editor), Aimilia Douka, Dora Maslinski, Street Paper "Shedia". Nikos Gkionakis, Scientific Associate of BABEL Day Center. Dimitra Siatista, Housing Researcher/Advisor of the Alternative Minister of Social Solidarity, Ministry of Labour, Social Security and Social Solidarity. All people in homeless situation and mental distress who shared their stories with us and/or contributed in different ways to the project, i.e during study visits.

Ajuntament de Barcelona, Càritas Diocesana de Barcelona, Suara Cooperativa, Grup Sant Pere Claver, Arrels fundació. Fundació ASSIS, Sant Joan de Déu Serveis Socials, Servicios Salud Mental Madrid, Institut Català de la Salut, Ambit Prevenció Fundació, Obra Social Santa Lluisa de Marillach, Associació Sarau, Obertament, Federació Veus, Radio NiKosia, Red sin Gravedad and Projecte Sostre

Regionens Psykiatriske Gadeplansteam, Aktivitetscentret, Sundholm, Mette Marie Hjemmet, Mændenes Hjem, Hjemløseenheden, Københavns Kommune, Gadens stemmer

Rzecznik Praw Obywatelskich
Ogólnopolska Federacja na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności

Questa guida è stata realizzata con il contributo della Commissione Europea. Il sostegno della Commissione Europea a questa pubblicazione non costituisce l'approvazione dei contenuti che riflettono il punto di vista esclusivo degli autori e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per gli usi che possono essere fatti delle informazioni contenute al suo interno.





Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



