



L'Associazione fondata dalle persone senza dimora di Bologna

Relazione dell'Associazione

Amici di Piazza Grande Onlus

Per la commissione del Senato rispetto al Disegno di Legge

**Per la modifica all'articolo 19 della legge 23
dicembre 1978, n.833, in materia di assistenza
sanitaria alle persone senza fissa dimora.**

- 1. L'inizio della storia. Basaglia e il Dormitorio Gozzi.**
- 2. Dall'emergenza freddo al sistema dei dormitori.**
- 3. Il modello Housing First**
- 4. Persone Senza Dimora e Salute Mentale.**
- 5. Persone Senza Dimora e Benessere della persona.**

1. L'inizio della storia. Basaglia e il Dormitorio Gozzi.

E' una storia lontana, che inizia oltre trent'anni fa quando i collaboratori di un medico che non era ancora diventato così famoso, Franco Basaglia, iniziano a lavorare sul dormitorio triestino "Gaspare Gozzi".

Fin dall'inizio era chiaro all'equipe di Basaglia che si stava occupando della chiusura di questo dormitorio che il problema del dormitorio non era un problema di assenza di case. Non c'era nessuna giustificazione strutturale alla permanenza di un dormitorio, fonte oltretutto di specifiche e gravissime distruzioni umane, in una città in cui la popolazione diminuiva e, almeno sulla carta, vi era "sovrabbondanza" di case."

Quelle equipe comprese rapidamente che, al di là delle cause originarie del ricovero in dormitorio di un alloggiato, la causa della sua sedimentazione era da ricercarsi principalmente nelle difficoltà, una volta persa la propria casa, di ritrovarne un'altra a condizioni eque e sostenibili. La perdita della casa originaria, non sempre dovuta a cause primariamente economiche, una volta avvenuta sprofonda comunque, con un netto stacco, la persona nel circuito dell'istituzione totale sradicandola completamente da qualsiasi altro circuito sociale in cui sia precedentemente inserita.

Per le persone costrette a vivere nel dormitorio, il mondo esterno diveniva in breve irraggiungibile anche dal desiderio del nuovo alloggiato. A mano a mano che l'alloggiato si

abituata a vivere in questa nuova condizione cambia la struttura dei suoi bisogni, la situazione precedente svanisce e il passato diviene sempre più labile e indefinito.

La soluzione che l'equipe di Basaglia individuò trent'anni prima dell'Housing First era quella di "individuare l'obiettivo della casa privata di abitazione nel territorio come fondamentale ha significato pertanto unire praticamente, in un unico canovaccio, l'azione aggressiva verso la cultura della struttura dell'istituzione totale e l'azione pur essa aggressiva verso la cultura e l'"economia" emarginate del mondo esterno".

Attraverso quei metodi che Basaglia stava sperimentando direttamente sui manicomi, l'equipe del Gaspare Gozzi riuscì ad accompagnare "nella comunità" la maggior parte degli ospiti del dormitorio.

Questa storia si è però persa nel corso degli anni. Quei temi sull'istituzione del dormitorio, sulla casa e sulla comunità sono andati smarriti. Il sistema di accoglienza per gli adulti in Italia, e a Bologna, si è sviluppato esattamente nella direzione opposta. Abbiamo continuato e continuiamo a "ghettizzare" le persone dentro le istituzioni delle persone senza dimora (mense, centri diurni e dormitori).

Questo sistema non solo non aiuta le persone ma costa moltissimo. E' grazie a questo grimaldello (il tema dei costi) che il modello Housing First si sta diffondendo ovunque. Anche Piazza Grande con il progetto Tutti A Casa sta cercando di adattare questo modello in Italia.

2. Dall'emergenza freddo al sistema dei dormitori.

Tutto nasce con il freddo. Perché solo quando arriva l'inverno le autorità locali cominciano a preoccuparsi delle persone che vivono in strada. Oggi ci sembra quasi naturale pensare che ci siano così tante persone che vivono in strada, ma non è sempre stato così.

Trent'anni fa, quando in Occidente le diseguaglianze erano al minimo storico, il fenomeno dell'Homelessness era quasi scomparso. Uno studioso canadese, Culhane, definì lo Shelter, dormitorio newyorkese degli anni '70, una vestigia del passato che ospitava soprattutto cinquantenni americani con gravi problemi di alcolismo.

Il fenomeno dell'homelessness moderno nasce proprio negli Stati Uniti sul finire degli anni '70. In quel periodo le amministrazioni locali cominciano ad affrontare il problema per rispondere all'emergenza legata all'aumento di decessi per ipotermia. La risposta sono dormitori allestiti inizialmente per l'emergenza freddo che diventano rapidamente

dormitori aperti 365 giorni l'anno e vanno a costituire il modello di accoglienza dominante in tutto l'occidente. Tra i più famosi, almeno per gli addetti ai lavori, ci sono Camp La Guarda e Municipal Shelter.

E questa è anche la storia di Bologna. La prima esperienza di gestione per l'emergenza freddo nasce proprio su stimolo di Piazza Grande. Il 14 dicembre 1995, in un giorno di neve e di freddo, viene aperto il Riparo Notturmo in Emergenza Freddo. La struttura predisposta inizialmente è una vecchia palestra in disuso, in via Rosselli, che deve accogliere 20 persone. I servizi sociali hanno previsto un sacco a pelo per ogni persona e poco altro; c'è solo un bagno e le docce non funzionano, mancano reti e materassi. In pochi mesi l'accoglienza raggiunge il numero di 48 persone.

Dopo l'esperienza di via Rosselli, nei primi anni del 2000, una nuova emergenza freddo porta all'aggregazione di una rete di associazioni che prende il nome della via in cui era collocato il nuovo dormitorio (Rete Carracci). Anche il Carracci diviene rapidamente un dormitorio Stabile. Dieci anni dopo, nel 2010 di nuovo Piazza Grande spinge l'amministrazione a trasformare l'emergenza freddo di via Capo di Lucca in un dormitorio stabile.

Due città lontanissime New York e Bologna eppure il racconto è lo stesso: più persone in strada, più posti letto in emergenza freddo e quindi, infine, nuovi dormitori.

I numeri però raccontano il fallimento di questa strategia. A New York le persone ospitate nei primi anni '80 erano poco più di 12.000 persone, nell'ottobre 2014 gli ospiti che vivono nei dormitori sono 59.246. A Bologna la prima emergenza freddo doveva ospitare 20 persone. L'emergenza Freddo di quest'anno prevede oltre 250 posti letto.

In vent'anni le politiche per le persone senza dimora hanno moltiplicato i posti letto ma non sono riuscite a ridurre il numero delle persone senza dimora. E' un esempio perfetto di quello che la fondazione Zancan ha definito Welfare Degenerativo. Le risorse sono mal investite, contengono l'emergenza ma non aiutano le persone ad uscire dalla condizione di povertà.

Rispetto al tema della povertà, il nostro paese ha uno dei peggiori sistemi di Welfare europei. L'emergenza freddo è un esempio perfetto di come sprechiamo i soldi. E' tempo di cambiare. Occuparci dell'emergenza non basta, dobbiamo investire per aiutare le persone ad uscire dalla condizione di povertà.

Per questo da qualche anno Piazza Grande ha cambiato paradigma: non più dormitori ma case. Il modello si chiama Housing First e scommette sul fatto che le persone possano

migliorare la loro condizione di salute. Grazie agli investimenti decisi dal Comune di Bologna la scommessa possiamo vincerla.

Noi vorremmo che Bologna diventasse la prima città senza persone senza dimora.

3. Il modello Housing First.

Il primo progetto di housing First nasce a New York negli anni 90. Nel 1992 lo psicologo Sam Tsemberis, fondatore dell'associazione "Pathways to Housing" stava lavorando per il progetto "New York City's Project Homeless Outreach Program". Il suo compito era quello di convincere quelle persone senza dimora più restie all'intervento di aiuto, e con problemi di salute mentale, ad iniziare un percorso di cura psichiatrico.

Di fronte alle difficoltà iniziali, dovute al continuo rifiuto da parte delle persone senza dimora contattate in strada, Tsemberis decise di cambiare la sua modalità di intervento. Non si pose più l'obiettivo di convincere le persone senza dimora ad entrare in un programma deciso da altri, ma iniziò a costruire un intervento che cercasse di rispondere alle richieste che gli venivano poste dalle stesse persone senza dimora, ed in particolare alla richiesta-desiderio di una propria casa.

I risultati non tardarono ad arrivare. Le persone senza dimora cominciarono ad accettare la relazione di aiuto che Tsemberis stava cercando di costruire. Una relazione di aiuto che non si fondava più su un approccio coercitivo ("ti dico quello che tu devi fare"), ma implementava un approccio assertivo di co-progettazione con l'utente-cliente, il cui primo fondamentale passaggio era rappresentato dall'ingresso in un'autonoma abitazione.

Negli anni questa metodologia di lavoro si è diffusa negli Stati Uniti, in Canada e solo recentemente in Europa. Nel 2010, l'amministrazione Obama ha pubblicato il Piano Strategico dell'Amministrazione Federale per prevenire e contrastare la povertà estrema ("Opening Doors. Federal strategic plan to prevent and end homelessness"), ispirato ai Programmi di Housing First. Sempre nel 2010 la Commissione Europea ha avviato una sperimentazione dei PHF in cinque città europee, Amsterdam, Budapest, Copenaghen, Glasgow and Lisbona. In Italia invece l'Housing First è ancora una petizione di principio e non esiste alcuna sistematica sperimentazione di questa strategia.

4. Persone Senza Dimora e Salute Mentale.

È stato spesso osservato che la popolazione senza dimora è maggiormente affetta da problematiche legate alla salute mentale rispetto al resto della popolazione, ma non abbiamo dati certi. Nel 2008 è stata realizzata una ricerca per valutare l'impatto della malattia mentale sulla popolazione senza dimora: "The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis".

La ricerca ha analizzato i precedenti studi su questo tema svolte tra il Gennaio del 1966 e il Dicembre del 2007. Lo studio ha raccolto 29 ricerche che hanno incluso 5.684 individui. In queste ricerche emerge che la principale problematica legata alla salute mentale è rappresentata dalla dipendenza di alcol e/o droga, con una stima per l'alcol pari al 37,9%, con una variabilità tra il 27,8% al 48%, e con una stima per la dipendenza da stupefacenti pari a 24,4%, con una variabilità tra il 13,2% e il 35,6%.

Anche le diagnosi relative alla psicosi variano dal 2% al 31%, le diagnosi di depressione variano dal 4% al 41%, e i disturbi di personalità dal 3% al 71%.

I dati che emergono non ci permettono quindi di delineare uno scenario certo, a causa delle enormi differenze sui dati raccolti dalle diverse ricerche. Colpisce, per esempio, come i dati relativi al disturbo di personalità varino dal 3% fino al 71%. L'analisi dei dati ci conferma quindi solo la presenza di problemi legati alla salute mentale nella popolazione senza dimora.

Nel 2009 è stata condotta una ricerca in Francia con l'obiettivo di descrivere la prevalenza di disturbi psichiatrici (psicosi, disturbi dell'umore, ansia) tra la popolazione senza dimora (Samenta: Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France).

La ricerca si è svolta a Parigi dove sono state intervistate, in lingua francese, 840 persone adulte, contattate in diversi luoghi di assistenza per le persone senza dimora, mensa, centri diurni, dormitori, ecc.

Le interviste sono state condotte da un intervistatore professionale e uno psicologo. Secondo i dati della ricerca, il 31% delle persone intervistate presentava almeno una delle tre tipologie di disagio (psicosi, disturbi dell'umore, ansia). Si conferma quindi il fatto che nella popolazione senza dimora vi sia una maggiore incidenza delle gravi problematiche legate alla salute mentale. Tuttavia questa prevalenza non è in alcun caso vicino a percentuali del 90% come talvolta viene riportato.

La letteratura internazionale tende ad attribuire questa maggiore incidenza alla decisione di chiudere i Manicomi. In realtà questi dati possono anche essere letti come il segnale dell'esistenza di un legame tra povertà e sofferenza psichica che deve essere preso in considerazione nell'intervento rivolto alle persone senza dimora. La clinica psico-sociale francese lavora proprio in questa direzione.

5. Persone Senza Dimora e Benessere della persona.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come *“stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”*, riconoscendo che su di essa incidono una serie di fattori di vario tipo: i cosiddetti “determinanti della salute”.

L'essere senza dimora è per sua natura una condizione di malessere, anche in assenza di patologie riconosciute. La precarietà delle condizioni abitative, inoltre, può determinare l'insorgere di patologie o aggravare quelle eventualmente già esistenti. In altre parole, numerose ricerche internazionali concordano con l'affermazione che il fatto di vivere un periodo “senza dimora” aumenta notevolmente le possibilità di avere gravi problematiche di salute.

Lo stato italiano garantisce la tutela di questo diritto attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), affermando che la fruizione dei servizi sanitari non urgenti debba essere vincolata esclusivamente alla residenza. Questo vincolo rischia di essere un ostacolo all'esercizio del diritto alla salute per tutte quelle categorie di persone che la residenza non ce l'hanno.

Questa problematica affligge almeno metà della popolazione senza dimora italiana. In particolare ricade sui cittadini dell'Unione Europea, essi possono circolare liberamente nel territorio degli Stati membri per un massimo di novanta giorni, durante i quali, pur non potendo iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale, possono utilizzare alcune strutture sanitarie, come il pronto soccorso e la guardia medica turistica, o essere ricoverati in ospedale in caso di urgenza e per altre cure medicalmente necessarie, attraverso la Tessera Europea Assicurazione Malattia.

Per quanto riguarda invece i cittadini extra-comunitari non regolarmente soggiornanti, la tutela della salute avviene in quasi tutte le regioni italiane attraverso i codici STP (straniero

temporanea- mente presente), rilasciati dalle ASL e dalle aziende ospedaliere. I codici STP hanno una validità di sei mesi e sono rinnovabili per tutto il periodo di permanenza sul territorio regionale.

Infine, una percentuale minoritaria di persone prive di residenza si riferisce a persone che da lungo tempo vivono in strada, soprattutto italiane, che potrebbero richiedere la residenza, almeno in una via fittizia, ma che, a causa delle gravi condizioni di salute, non sono in grado di adempiere alle normative relative alla domanda di residenza.

Questo è il quadro italiano delle persone che non hanno una residenza e quindi non possono accedere alle prestazioni del servizio sanitario:

- cittadini europei
- cittadini extra-comunitari non regolarmente soggiornanti
- persone “croniche”.

Tuttavia, nel nostro paese questa lacuna normativa è attenuata dalla presenza di servizi sanitari specialistici che si rivolgono alle persone in condizione di estrema povertà senza nessun riferimento alla residenza. La carenza più grave del nostro paese risulta essere la completa assenza di una discussione teorica e pratica sulla strategie di implementazione del benessere delle persone senza dimora.

In particolare, la divisione tra interventi sociali, in capo alle amministrazioni locali, e gli interventi sanitari, in capo alle aziende delle aziende regionali locali, ha provato un solco che appare quasi incolmabile per raggiungere quella integrazione socio-sanitaria definita dall’Oms come obiettivo primario per costruire una strategia efficace per la cura del benessere della persone.

Se è quasi ovvio che l’”essere senza dimora” provochi dei gravi problemi di salute, quello che manca al dibattito italiano sulla salute delle persone senza dimora è una precisa analisi dei costi economici della “non salute” delle persone senza dimora.

Il problema della “salute” delle persone senza dimora dovrebbe essere discusso non solo nei termini della privazione di diritti, seppure fondamentali, per le persone senza dimora, ma dovrebbe essere anche analizzato come problema di pubblico nei termini dell’utilizzo dei servizi di emergenza da parte delle persone più povere con conseguente aumento dei costi.

Si potrebbe così scoprire un'idea molto ovvia a livello internazionale. Il fatto che le politiche di contrasto alla povertà estrema ci permettono non solo di fare la cosa giusta, ma anche di ridurre i costi economici della spesa sociale.