

sono congrue con i contenuti della nostra professione e non hanno, quindi, la necessità di essere discusse. Ciò che, invece, merita essere discusso è quanto il sistema formativo universitario (Classi di laurea di Medicina e Scienze della formazione) del nostro Paese è disposto a investire nella formazione della nostra figura professionale «tenendo insieme» ciò che non può essere diviso.

Martina Vitillo è presidente nazionale dell'ANEP - presidente@anep.it

Lavorare con le storie difficili

Cosa abbiamo imparato insieme ai senza dimora?

LEOPOLDO GROSSO

Nello scorso numero di rivista abbiamo pubblicato un inserto dal titolo «Riaprire al futuro storie di cronicità». L'ipotesi di fondo era che la «cronicità» nelle storie di disagio non è un destino ineluttabile. È semmai una profezia che si autoavvera, se viene usata come categoria per leggere le storie delle persone. Cronicità è infatti una categoria che si sta facendo spazio dentro servizi che fanno i conti con la scarsità delle risorse e che sono portati a investire nelle situazioni a più alta evolutività, disinvestendo su chi vive storie più difficili. Tra queste figure «a rischio di cronicità» ci sono sicuramente i senza dimora: una popolazione rispetto alla quale però gli operatori, soprattutto in questi ultimi dieci anni, hanno maturato apprendimenti importanti.

Le schiere dei senza dimora si sono progressivamente ingrossate in questi ultimi decenni. Non c'è più città di grande o anche

media dimensione in cui di sera non ci si imbatte in giacigli di cartone malamente sistemati in qualche androne, sotto un porticato o dove sia possibile stare a stretto contatto con qualche tubo di aria calda.

L'aumento delle disuguaglianze sociali, la crisi economica, la precarietà occupazionale hanno comportato l'incremento della povertà assoluta e relativa, indebitando le frange più deboli del ceto medio, sempre più sospinte in un'area al limite, di pre-marginalità. Sempre più migranti in difficoltà nella realizzazione del loro progetto migratorio sono scivolati nell'esclusione sociale.

Parallelamente la mancata realizzazione di un adeguato sistema di welfare sociale ha creato una evitabile spirale perversa tra mancanza di reddito, perdita della residenza e accesso ai diritti, sociali in particolare.

Provvedimenti tampone di molte amministrazioni cittadine (ma non di tutte) sono riusciti in qualche caso ad ampliare il numero dei posti letto nei dormitori, a creare strutture agili e interventi mobili per l'emergenza freddo, ma sono mancate nel risolvere alla base, in termini preventivi, il problema di un tetto per tutti, la difesa del diritto ad abitare, in particolare a fronte di sfratti improrogabili per chi è divenuto insolvente a causa della perdita delle proprie fonti di reddito.

Per chi è relegato a una vita di strada l'assunzione di sostanze psicoattive, legali e illegali, assume ulteriori e particolari significati.

Sulla strada le sostanze sono un riparo

Le sostanze stupefacenti costituiscono, paradossalmente, un riparo per i senza dimora. Un rifugio illusorio, fugace, con conseguenze indesiderate, ma dal beneficio incontrovertibile per chi vive alla giornata. Le droghe, da sole o in combinazione, tolgono la fame, fanno sentire meno il freddo, smorzano la fatica, danno vigore, risolvono dolori, tengono svegli se non si deve perdere di vista il pericolo, così come riescono a conciliare il sonno in condizioni anche difficili. Anestetizzano la sofferenza fisica e mentale. Tacitano le ansie

delle incertezze di una giornata da sbarcare e lasciano dietro alle spalle le angosce delle insicurezze accumulate. Sembrano poter restituire speranza, comunque aprono a uno stato momentaneo di maggior spensieratezza e di auspicata leggerezza.

Alleviano la solitudine, supportano le capacità di intraprendenza interpersonale. E, soprattutto, consentono sprazzi di piacere. Un piacere chimico, autoreferenziale, transitorio: unica gratificazione accessibile, da afferrare non appena se ne presenta l'occasione. Poco importa se il prezzo da pagare può improvvisamente diventare molto alto: non solo l'overdose, ma molte altre malattie connesse all'uso di droga e alla vita di strada; oppure l'imprevisto, l'incidente di percorso: dal congelamento non percepito, alla rissa per il proprio giaciglio, all'aggressione subita con pregiudizio, alla disattenzione, a volte fatale, per chi vive senza protezione alcuna.

L'uso di sostanze stupefacenti, legali e illegali, costituisce una costante della vita di strada: dall'alcol per i «tradizionali» clochard e per molti immigrati senza permesso di soggiorno, all'eroina per le persone tossicodipendenti, al consumo di cocaina e anfetamine funzionali alle svariate prestazioni richieste dalla necessità di arrangiarsi per sopravvivere, alla coca basata per alcune minoranze etniche, alla ketamina per i «punkabestia», ad altri farmaci e psicofarmaci, al mercato «grigio» in combinazione con birra e cartoni di vino per molti pazienti psichiatrici.

Di fatto si è ormai imposto un policonsumo e un poliabuso che va al di là delle caratteristiche e delle diverse culture dei suoi assuntori.

Chi è oggi a più alto rischio di smarrimento

Distinguere, anche in queste situazioni, tra *uso*, *abuso* e *dipendenza*, consente di cogliere l'articolazione e, al tempo stesso, il profondo radicamento della problematica.

Il consumo di sostanze si pone come elemento costitutivo della vita in strada, si «incolla» ma non stravolge, di per sé, la vita dei consumatori. Al popolo della strada e dei senza

dimora appartiene senza alcun dubbio un cospicuo numero di persone tossicodipendenti, ma il consumo di sostanze oltrepassa di gran lunga la loro consistenza. È un uso trasversale, diffuso e capillare, che segna e caratterizza il vivere in strada. L'abuso si pone come il possibile *trait d'union* tra consumo e dipendenza. L'abuso è tentazione ricorrente, costituisce un rischio incombente, è un passaggio obbligato per un'eventuale evoluzione nell'addiction.

Tra strada e dipendenza il rapporto è biunivoco. Si può giungere alla vita di strada direttamente dalla dipendenza (tossicodipendenza e alcoldipendenza), come punto di arrivo dato da una «sregolatezza» di uno stile di vita che ha bruciato ogni legame e ogni tutela. Viceversa si può giungere alla dipendenza dall'acquisizione delle abitudini della vita di strada, tramite una continua esposizione e contaminazione dei comportamenti di consumo, nell'abbinamento in negativo tra la condizione di forte vulnerabilità sociale e la propria vulnerabilità individuale.

Gli *stranieri* che non trovano le opportunità e la tenacia per far decollare il loro progetto migratorio iniziato in salita, le *persone disabili mentali*, *chi perde lavoro e casa* senza i quali si sfilacciano i legami affettivi più prossimi e si rischia di scivolare in spirali depressive sempre più avvolgenti: sono queste le figure sociali a più alta probabilità di smarrimento e che trovano nelle sostanze stupefacenti non solo la protesì al vivere in strada, ma l'illusoria consolazione alla loro solitudine, alla perdita di significanza sociale, al sentimento persistente e corrosivo del proprio fallimento esistenziale.

Dopo un anno la soggettività si indebolisce

La vita di strada rappresenta l'intreccio più emblematico tra problematiche sanitarie e sociali.

Il contesto ambientale non consente una buona cura di sé, e chi ha già poca cura di sé sa meno difendersi da condizioni di vita avverse. Le differenti problematiche sanitarie,

dalla diffusione delle varie malattie infettive fino alla precarietà dello stato di salute mentale, trovano origine e s'aggravano all'interno di situazioni sociali che costituiscono sia l'agente patogeno che il veicolo del contagio.

Sono situazioni sociali che ammalano, mai curano, molto difficilmente aiutano. Sono situazioni sociali in cui il soggetto è più sovente perdente nel confronto con le forze oggettive del contesto e la soggettività personale viene progressivamente risucchiata e conformata dall'«oggettività» della pressione ambientale. Un dato, sottolineato da più di una ricerca, forse scontato ma sottovalutato dalla prassi di molti servizi, è particolarmente significativo al proposito. L'intervento si rivela più efficace quanto più è precoce.

Si delinea quasi un'«epoca d'oro» dell'intervento per chi è in strada: entro un anno dal «debutto», altrimenti il rischio di cronicizzazione aumenta e con essa l'indebolimento della soggettività, il credere meno che sia possibile un futuro diverso, che richiede la convinzione e l'ingaggio nel rimontare un presente avverso.

Sorprende e colpisce, e sorprende da vicino, *l'estensione e la gravità della sofferenza psichica* nella popolazione dei senza dimora. L'asse I, secondo i criteri del DSM IV, contro ogni aspettativa, sembra farla da padrone. Chi pensava che i disturbi di personalità, da quello antisociale a quello borderline, fossero preminenti, deve rivedersi e riesaminare la situazione. Appare una prevalenza di disturbi psicotici e depressivi gravi che indica un alto grado di sofferenza mentale, un più pesante livello di destrutturazione, in cui l'aggressività non è solo eterodiretta o assume la forma della provocazione, della pretesa o della maschera di ruolo, ma risulta fortemente autoindirizzata, con un esame di realtà molto più indebolito, con comportamenti meno prevedibili e maggiormente a rischio.

Quali interventi sono proponibili?

Quali interventi sono proponibili in una popolazione di senza dimora che appare

sempre più in aumento e non solo unicamente confinata negli interstizi delle grandi aree urbane che tradizionalmente producono e calamitano aree di diversa emarginazione?

Il lavoro di bassa soglia – dall'intervento in strada ai dormitori, dalle mense ai drop-in, dall'accesso ai luoghi per l'igiene personale e la cura di sé alle prime cure mediche e allo *screening* per le infezioni – ha impegnato molte delle risorse delle associazioni, dei servizi e delle istituzioni che hanno mostrato sensibilità alla problematica.

Gli ultimi dieci anni, non solo in risposta alle esigenze dell'ondata immigratoria, *sono stati un'importante stagione di impegno e sperimentazione*, che ha raggiunto successi parziali e significativi, anche se incompleti, non definitivi e, soprattutto, non uniformemente diffusi sul territorio nazionale.

Che cosa abbiamo imparato?

Quali indicazioni qualitative per il nostro lavoro, per un investimento ulteriore che non si riduca a una replica e a una pur necessaria implementazione quantitativa dei servizi a bassa soglia?

I servizi di outreach

I servizi di *outreach*, che vanno incontro alle persone in risposta ai loro bisogni materiali, riescono a offrire il meglio di sé quando sanno coniugare la prestazione specifica con una forte prossimità relazionale. Offerta di opportunità e costruzione della relazione vanno di pari passo.

Ognuna delle due funzioni si appoggia sull'altra. La disponibilità relazionale ha più *chance* di aggancio con numeri ridotti e molteplicità dei luoghi di accoglienza. No ai grandi casermoni dell'assistenza. L'economia di scala, nel momento in cui preclude la qualità, può rivelarsi un boomerang anche sul piano economico.

L'accesso ai servizi

L'accesso ai servizi di aiuto deve mantenersi generalista.

Non è immaginabile una specializzazione dei servizi a seconda dell'utenza di riferimento,

erogando prestazioni affini e sovrapponibili. È pensabile piuttosto che all'interno dei servizi per tutti si sviluppino competenze specifiche in grado di declinare, secondo i bisogni maggiormente caratterizzanti aree di utenza, risposte più adeguate e personalizzate.

I mediatori culturali

Per le persone straniere si è rivelata di grande utilità la presenza nei servizi di mediatori culturali. Il passo successivo consiste nell'inserire nelle équipes sociosanitarie dei servizi con maggiore affluenza di stranieri, veri e propri operatori etnici. Nei paesi europei dove da tempo sono state condotte tali esperienze, è aumentato sia l'accesso che l'assiduità della frequenza.

Gli interventi di riduzione del danno

Da tempo ormai gli interventi di riduzione del danno non solo non si sono affatto mostrati in contrapposizione agli interventi riabilitativi, ma sono risultati sinergici. Un buon servizio di riduzione del danno ha probabilità, tramite la vicinanza relazionale, l'attenzione alla persona e un atteggiamento non giudicante, di stimolare richieste evolutive che necessitano di essere accolte e valorizzate nella costruzione di percorsi di graduale superamento dello stato di emarginazione.

Il raccordo tra i servizi

La domanda evolutiva che molti operatori di numerosi servizi hanno saputo accogliere e sostenere subisce una strozzatura all'interno della rete dei servizi di secondo livello. Il raccordo tra i servizi a bassa soglia di riduzione del danno sociale e di riduzione del danno sanitario, con i servizi preposti alla cura e alla riabilitazione, è carente al punto tale da pregiudicare il successo di molti «invii». Esiguità di risorse e personale, tagli alla spesa, culture difensive delle singole organizzazioni a rischio di autoreferenzialità, insufficienza di una pratica del lavoro di rete che non sia solo nominalistica e formale, mancanza di formazione congiunta degli operatori, paiono

costituire i maggiori ostacoli a un'indispensabile collaborazione.

Le politiche di inclusione

Politiche abitative di secondo livello (oltre i dormitori), politiche di inserimento lavorativo (differenziate in base ai diversi bisogni e capacità complessive) a volte anche solo «residuali» si pongono come questioni urgenti per portare avanti istanze di inclusione sociale ampiamente raccolte ed evidenziate. È questo il settore che necessita del maggiore investimento di risorse, a partire dalla questione carceraria e dalla dimissione dei detenuti che rappresentano ancora una quota considerevole di senza dimora.

La voce diretta dell'utenza è, a oggi, troppo esigua. Le strategie di «empowerment» hanno prodotto più in termini di esito positivo di storie personali che non protagonismo collettivo da parte dei diretti interessati nel confronto istituzionale e nella costruzione delle politiche di territorio.

Più sicurezza sociale e sanitaria per tutti

È necessaria una piena consapevolezza, da parte degli operatori, della profonda ricaduta del loro lavoro con le fasce marginali, in termini di sanità pubblica e di sicurezza pubblica. Il loro lavoro è testimonianza concreta della protezione della salute di tutti i cittadini. Ed è anche a difesa di una maggiore incolumità dei loro territori. Solo cogliendo appieno la connessione che gli interventi sulla marginalità hanno rispetto alla generalità della popolazione, anche alle Amministrazioni non viziata da pregiudizio ideologico risulterà chiaro quanto un investimento nella direzione auspicata si traduca in maggiore sicurezza sociale e sanitaria per tutti i cittadini e in un risparmio di spesa a cascata in molti altri settori.

Leopoldo Grosso, psicologo e formatore, è vice-presidente del Gruppo Abele e responsabile dell'Università della Strada - e-mail: universtrada@gruppoabele.org