



Politiche e servizi sociali

fio.PSD

Federazione Italiana Organismi
per le Persone Senza Dimora

SAFYA. UN APPROCCIO TRANSDISCIPLINARE ALLA SALUTE DEGLI HOMELESS IN EUROPA

a cura di Miriam Castaldo,
Anna Filoni, Ignazio Punzi

FrancoAngeli

Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

INMP



NIHMP
National Institute for Health
Migration and Poverty

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

SAFYA. UN APPROCCIO TRANSDISCIPLINARE ALLA SALUTE DEGLI HOMELESS IN EUROPA

a cura di Miriam Castaldo,
Anna Filoni, Ignazio Punzi

FrancoAngeli

I curatori

Anna Filoni, psicologa, referente del progetto Safya per la fio.PSD, con la quale collabora nello studio e nella ricerca del fenomeno della homelessness.

Miriam Castaldo, Phd in Antropologia medica presso l'Universidad Nacional Autonoma de México (UNAM) e l'Instituto de Investigaciones Antropológicas (IIA). Ha realizzato ricerche in America Latina, in Algeria e in Libano. Pubblica su riviste scientifiche internazionali. Dal 2008 lavora presso l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle Malattie della Povertà (INMP).

Ignazio Punzi, psicoterapeuta, supervisore, formatore. Autore di diverse pubblicazioni. Si è occupato di homeless dall'inizio della sua carriera. Direttore scientifico del progetto Safya per la fio.PSD. Esperto di politiche familiari e di comunità. Co-ideatore del percorso "In Viaggio verso l'Isola Sconosciuta".

Ringraziamenti

I ringraziamenti vanno a tutti coloro che hanno reso possibile questo lavoro realmente inter- e transdisciplinare, non solo all'INMP e alla fio.PSD di Roma, all'Health Team for Homeless di Copenaghen, al St. Mungo's di Londra e all'Ospedale Galliera di Genova, ma a chi è dedicato questo testo collettivo, a coloro per i quali ci siamo permessi di prendere la parola, sperando di non averla snaturata e frammentata: le persone in condizione di profonda fragilità.

Il lavoro è stato svolto nell'ambito del progetto di sperimentazione gestionale in collaborazione e con il contributo dell'INMP, all'interno del progetto di ricerca dal titolo *Progetto pilota per la sperimentazione del modello socio-sanitario multidisciplinare e transculturale dei fattori rilevanti e prevalenti nella popolazione senza dimora secondo la classificazione Ethos.*

Le traduzioni dei capitoli 3 e 4 sono a cura di Kim Chomiak e Anna Filoni.

Immagine di copertina di Paolo Spigariol

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.*

Indice

Prefazione , di <i>Marco Iazzolino</i>	pag.	9
Introduzione , di <i>Ignazio Punzi</i>	»	11
1. Il progetto Safya , di <i>Anna Filoni</i>	»	15
1. Le ragioni e la genesi del progetto pilota Safya	»	15
2. Safya: la stesura del progetto e la collaborazione con l'INMP	»	17
2.1. Gli altri partner	»	17
3. Gli staff di Safya	»	19
4. Gli obiettivi del progetto e il tempo di realizzazione	»	19
5. La popolazione soggetto dello studio	»	20
6. L'importanza di un quadro teorico di riferimento: il contributo della rete europea e italiana alla definizione del fenomeno	»	21
7. Il Modello da sperimentare	»	23
7.1. Le precondizioni per l'uso del Modello	»	23
7.2. Le fasi del Modello	»	24
7.3. Il Modello ed il protocollo di sperimentazione	»	25
8. I tempi del progetto pilota	»	25
2. Dispositivi clinici transdisciplinari: la sfida della cura delle povertà presso l'INMP di Roma. Politiche ed esercizi di diritto alla salute pubblica , di <i>Miriam Castaldo, Daria Maggio, Laura Porry Pastorel</i>	»	27
Introduzione, di <i>Concetta Mirisola</i>	»	27
1. <i>Pauper-pauca pariens</i> : i corpi offesi degli homeless	»	28

2. La salute esportata	pag.	30
3. Il modello transdisciplinare e transculturale nella circolarità dell'incontro	»	31
4. Prospettive teoriche e storico-metodologiche dell'antropologia della povertà	»	35
5. I processi di produzione sociale del disagio	»	39
6. Intorno all'analisi di un caso	»	41
7. Cecile	»	42
7.1. Biografia e contesto di azione terapeutica	»	42
Postfazione, di <i>Roberto Testa</i>	»	61
Riferimenti bibliografici	»	64
3. St. Mungo's e il progetto Safya, di <i>Peter Cockersell</i>	»	67
Introduzione	»	67
1. L'Health & Recovery Directorate	»	69
2. I PIE – Psychologically Informed Environments	»	70
2.1. Gestione dei Rapporti	»	72
2.2. Quadro psicologico	»	73
2.3. L'Ambiente fisico e gli spazi sociali	»	76
2.4. Formazione e supporto allo staff	»	77
2.5. Valutazione dei risultati	»	79
3. Collaborazione con l'INMP e con il progetto Safya	»	80
Conclusioni	»	85
Riferimenti bibliografici	»	86
4. L'Health team for homeless di Copenaghen e il progetto Safya, di <i>Henrik Thiesen</i>	»	88
Introduzione	»	88
1. Partecipazione al progetto Safya	»	90
2. Risultati	»	91
5. Ospedali Galliera e il progetto Safya, di <i>Valentina Roccati</i>	»	93
Introduzione	»	93
1. La struttura: organizzazione e attività	»	101
2. Progetti di miglioramento dell'accoglienza e della presa in carico	»	103
3. Partecipazione al Progetto Safya	»	105
4. Il gruppo di lavoro	»	108
5. Passaggi migliorativi	»	109
Équipe di lavoro	»	110

6. La sperimentazione Safya tra limiti e opportunità, di		
<i>Anna Filoni</i>	pag.	111
1. Il Modello fra limiti e opportunità	»	111
2. La struttura della scheda transdisciplinare	»	113
3. La storia del caso D del St. Mungo's	»	115
4. La chiave di volta dell'approccio antropologico	»	116
5. La popolazione coinvolta fra differenze e analogie	»	116
6. Discussione sul caso D: elementi presenti e assenti nella scheda	»	117
7. Swot analysis del progetto	»	120
7.1. Ospedali Galliera di Genova	»	121
7.2. St. Mungo's - Londra	»	122
7.3. Sundheds Team - Copenaghen	»	123
8. Conclusioni	»	124
Riferimenti bibliografici	»	126

Prefazione

di *Marco Iazzolino*¹

Il vissuto quotidiano degli oltre 100 soci della Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora (fio.PSD) è fatto d'incontri. Persone segnate spesso da un disagio talmente profondo da cui sembra impossibile emergere. Il tempo presente è dominato da una fragilità che attraversa mondi sociali diversi e che rende “liquida”, pervasiva e diffusa la precarietà.

In questi ultimi due anni si sono moltiplicate domande nuove e complesse a cui l'operatore, il volontario e la comunità locale non riescono a dare una risposta non solo per mancanza di risorse, ma soprattutto per un'incapacità strutturale a comprendere la domanda d'aiuto che viene posta nei luoghi ordinari d'accoglienza e intervento come i dormitori, i centri d'ascolto, ma anche i pronto soccorso e gli ospedali.

Riuscire a leggere la domanda complessa ed articolata d'aiuto, spesso frammentata e letteralmente disperata, rappresenta una sfida che non esonera da ambiguità.

Da un lato la persona senza dimora, colei che vive la precarietà dell'abitare, non riesce che a ripetere il suo “appello” al fine di ottenere risposte concrete (un letto, una medicina, un lavoro, una doccia, un panino...) dall'altro l'operatore e l'équipe vivono percorsi di profonda frustrazione e solitudine nel tentare soluzioni frammentate e povere di risorse.

Il progetto Safya, di cui il testo rappresenta un primo passo verso la sintesi scientifica, vuole essere uno sforzo di leggere la complessità in vista di un'integrazione che attraversa discipline diverse (dall'antropologia, alla psicologia, alla medicina), ma che ha in comune il desiderio di essere esemplare nel promuovere luoghi che situano al centro la persona e non i suoi problemi o patologie, la comunità professionale e non i singoli servizi, la

¹ Responsabile amministrativo del progetto Safya, segretario nazionale della fio.PSD.

relazione che si rende prossima e non la prestazione che interviene, il tempo che cura e non ha fretta invece della performance.

La parola Safya, salute dalla lingua swahili, è stata scelta per tentare di descrivere la necessità di andare alle radici al fine di ripensare un approccio sanitario, garantendo quello sguardo di cura che è capace di creare integrazione, dando fiducia all'uomo e alla sua storia, cercando di superare quelle dinamiche di contenzione socio sanitaria che con tristezza (ed enorme dissipazione di risorse) caratterizzano le azioni nei confronti delle persone che vivono una condizione di grave marginalità.

Ogni singolo capitolo rappresenta una sfida e un invito costante a riflettere per costruire percorsi scientifici e umani nuovi, capaci di vedere al di là delle singole discipline.

Lavorare con le persone fragili rappresenta un modo per pensare e progettare il benessere di tutta la comunità. Modellizzare nuove e integrate modalità di intervento ha come orizzonte il ripensamento dell'intero sistema di presa di cura partendo dai margini.

Il tentativo di incrociare culture e modelli di cura diversi (inglesi e danesi, oltre che italiani) è stato prezioso soprattutto se visto all'interno di un lavoro più ampio che la fio.PSD sta promuovendo nello scenario europeo con la *European Federation of National Organisations working with the Homeless* (Feantsa), insieme ad altre reti europee che si occupano di salute.

Anna, Miriam e Ignazio hanno curato con attenzione il testo e il progetto, ma soprattutto con passione e competenza hanno creato le condizioni scientifiche e progettuali, in chiave nazionale ed europea, affinché questo percorso di sperimentazione possa proseguire in altri luoghi, continuando ad "aprire la mente", non dando nulla per scontato, costruendo e ricostruendo un tessuto di riflessione che ha l'orizzonte di un'autentica ed efficace inclusione sociale.

Introduzione

di *Ignazio Punzi*¹

Quando nell'inverno 1989 l'Ostello Caritas di Roma andò in sovraffollamento a causa dell'emergenza freddo, uno dei ricoverati, un signore alto, di circa 65 anni, meno sporco dei suoi compagni, ma ugualmente carico di quelle borse di plastica che ognuno di loro aveva attaccato al corpo come fossero protesi (in realtà contenenti un mondo intero), indicò un angolo del corridoio e mi disse sorridendo: «Io dormo qui, il mio letto datelo ad un povero. Vede» aggiunse guardandomi con occhi trasparenti, autenticamente disarmati e fermi «io non appartengo alla società, io ci passo attraverso» e con la mano aperta a paletta disegnò una rotta che tagliò l'aria in due.

Sono passati molti anni, ma io ricordo ancora quel viso e quelle parole, perché, per tutto il tempo in cui ho lavorato nei servizi per le persone senza dimora della Caritas Diocesana di Roma, non mi è mai più capitato – e sì che ne ho conosciuti, e tanti, di “uomini e donne con le borse di plastica” – di ascoltare parole che descrivessero la condizione del vagabondare per strade e stazioni come una scelta, magari leggera da portare e, perché no?, semplice da dire. La realtà che tutti gli operatori sociali e i volontari hanno invece conosciuto, e con la quale continuano a combattere ogni giorno, è una realtà amara e povera, un condensato di lacerazioni progressive vestite di dolore muto. Povertà, dolore, perdita.

La perdita: ecco una delle parole chiave da utilizzare per immaginare un mondo che, continuando a ri-generarsi come inevitabile scarto di processi (talvolta inarrestabili) di rarefazione dei legami sociali, di allentamento delle reti di supporto, di impoverimento economico e di marginalizzazione sociale, si presenta sovente, almeno nelle sue forme più croniche, al limite della pensabilità stessa.

Perdita di cosa?

¹ Psicologo, psicoterapeuta familiare, supervisore, formatore. Direttore scientifico del progetto Safya per la fio.PSD.

Perdita di una casa e di una dimora, innanzitutto. Che non è, sappiamo, solo lo spazio perimetrato da pareti e chiuso al di sotto di un tetto. La casa è la dimora della memoria, e la memoria è ciò che siamo stati, le fondamenta della nostra identità. La casa è il luogo da cui siamo partiti ma anche il luogo dove si dovrebbe poter tornare. È sicurezza, sia esterna che interna. È la casa, per esempio, che permette il vero sonno ristoratore, perché è in casa, nella propria casa, che accade il vero abbandono notturno, preconditione per poter affrontare un nuovo giorno. La casa raccoglie mobili, colori, oggetti, odori, foto, che continuamente ci ricordano chi siamo, e a chi apparteniamo. Le case parlano di chi le abita, tanto che se volessimo conoscere qualcuno nella sua intimità più propria dovremmo poter sbirciare dentro la sua casa. E per chi non ha casa – ci chiediamo – dov'è la sua intimità?

La persona senza dimora non ha perso solo la sua casa, ma ha subito anche una sostanziale perdita delle appartenenze e degli affetti. Si finisce per strada perché privati delle reti naturali e significative di supporto, oppure incapaci di utilizzarle. Il riverbero esistenziale più profondo di questa condizione è che l'atto d'amore, che è intenzione, gesto, sguardo, certezza di dimorare nel cuore dell'altro ma anche attesa desiderante dell'altro, questo atto non esiste più, non appare più possibile, non è più praticabile. Nessuno attende e nessuno mi attende. Il pensiero d'amore, quando ha ancora la forza e la possibilità di una sua presenza, è soprattutto memoria dolorosa e ferita. Il desiderio, allo stesso modo, si è eclissato.

Ma in strada si perde anche il nome. Perché per panchine e stazioni il nome non serve più. E anche laddove qualcuno (pochi) dovesse conoscerlo e pronunciarlo, esso è oramai un nome astorico, poiché privo di racconto. Un nome svuotato della narrazione originale di sé, della propria famiglia, della primigenia dimora. Un nome che appare più come soprannome, che al massimo può assurgere a descrivere l'oggi, e per ciò stesso non più capace di svelare una storia. Il nome, infatti, è il primo tratto identitario donatomi da un altro. Io mi approprio e interiorizzo questo dono perché continuamente pronunciato da altri. Il nome nasce, cioè, in una relazione e rivive nella bocca di un altro, nella sua parola intenzionalmente dialogica, rivolta a me. Laddove avviene un depauperamento delle relazioni si verifica allora la perdita del nome.

Se il nome prende corpo e rivela tutto il suo senso perché detto a qualcuno, a un "tu", a maggior ragione si potrebbe dire della parola, la quale, fin dal suo primo apparire all'alba dell'umanità (che divenne tale proprio in virtù della comparsa della parola), è stata sempre parola rivolta ad altri. Perché l'altro abbia possibilità di parola deve poter sperimentare nel suo orizzonte intenzionale presenze che si pongono come suo "tu". Presenze

che, incrociando i reciproci sguardi, tacciono per fare spazio e accogliere la parola dell'altro. La parola ha senso se si è almeno in due, altrimenti è più simile a un delirio. Spesso la persona senza dimora non ha a chi consegnare le sue parole. Allora produce delirio, o, più semplicemente, silenzio.

Prendendo in prestito le parole di von Gebsattel, potremmo dire che per molte di queste persone:

la perdita della comunicazione, e la conseguente perdita del *poter-vivere* dilagano così che l'intera esistenza si fa esangue e vuota, ogni futuro sta davanti come sbarrato, una realtà di abbattimento e disperazione prende posto nella vita. L'iniziativa e la spontaneità agonizzano, l'angoscia, lo smarrimento e la debolezza crescono, il non-voler-più-prendere-parte alla vita, e anzi il non *poter-più-prendere* parte ad essa, diviene parola tematica. [...] L'esistenza non vive più in programmi e progetti, ma, rivolta al passato, non fa se non ruotare intorno ad esperienze di perdita (von Gebsattel, 1964).²

Perdita del futuro come conseguenza della disconnessione e perdita del passato. Il girovagare è un presente dilatato a dismisura. L'oggi della persona senza dimora è un giorno che si ripete ogni giorno. Non c'è più "ieri", non ci sarà "domani". Nella cristallizzazione del tempo, il futuro si eclissa e il progetto non ha più dimora. Il cambiamento non si produce, non c'è più tensione né direzione al proprio cammino, non c'è più meta ma nemmeno percorso.

In questo quadro di umanità ferita si muovono quotidianamente in Italia e in Europa decine e decine di operatori sociali e sanitari. Essi, pur in un contesto di riconoscimento istituzionale spesso non adeguato (specialmente in Italia), spendono se stessi sperimentando approcci, metodologie, strumenti, con l'unico fine di lenire il dolore e di rimettere in cammino esistenze che appaiono bloccate.

Poiché, come nota la dott.ssa Filoni nel primo capitolo, "le persone senza dimora hanno una bassa *compliance* al trattamento che emerge nel gap tra il bisogno reale di cura e la domanda (solo l'1%)", la domanda di fondo che emerge è: come avvicinare queste persone? Quali metodologie adottare per aumentarne la *compliance*?

A queste domande si aggiunge una grande maturazione avvenuta in questi anni da parte delle organizzazioni e che potremmo tradurre così: la complessità e l'unicità della storia di ogni persona senza dimora incontrata per strada, in una mensa, in un ostello, in un centro d'ascolto o in un ospedale chiedono, per poter essere accolte, rispettate e affrontate nei loro elementi

² V.E. von Gebsattel, *Imago Hominis*, Neues Forum, Schweinfurt 1964.

di disagio grave, un approccio capace di includere e connettere tra loro varie discipline. Qui è il cuore del progetto Safya. Il quale non poteva che assumere in sé tutta la fatica e la bellezza dell'incontro tra diversità. Alla base dell'approccio di Safya c'è la consapevolezza, se si vuole tragica, ma proprio per questo potente e vitale, della limitatezza di ogni singolo approccio. Il metodo proposto da Safya, infatti, chiede di accettare la parzialità della propria disciplina e, come causa e al contempo effetto di questa assunzione, di entrare in dialogo continuo con chi è portatore di una parola diversa, di un pensiero distinto, di un codice altro.

Safya allora ci ha portato ad intraprendere molti viaggi.

Il viaggio che da un professionista conduce al rappresentante di un'altra disciplina fino a costituire, incontrandone altri, un gruppo di lavoro vero, capace di confronti schietti e di progettazione condivisa.

Il viaggio che ci ha permesso di visitare altri gruppi e altre organizzazioni a Roma, Genova, Londra e Copenaghen, portatori e rappresentanti di culture, di politiche, di povertà e di approcci diversi e a scoprirne la bellezza e la ricchezza.

Il viaggio che ogni giorno ci porta ad incontrare persone senza dimora, riuscendo ad offrire loro una nuova modalità, certamente più articolata e complessa, ma al contempo in grado di restituire quella parola che ora finalmente svela significati più rispettosi e capace di produrre un cambiamento più autentico.

Molti saranno, però, ancora i viaggi da progettare, molte le rotte da tracciare e le navi da costruire. Almeno fino a quando non sentiremo più nessuno dire: «Io a questa società non appartengo».

1. Il progetto Safya

di *Anna Filoni*¹

Pensare cambiamento, promuovere percorsi che non si accontentano di rispondere a una molteplicità di bisogni è il desiderio di ogni studioso del sociale. La centralità della relazione e della vulnerabilità psicologica nello studio della fascia di popolazione che viene definita senza dimora non rappresenta solo un ambizioso obiettivo scientifico, ma anche la necessità di pensare nuove forme di lettura, studio e ricerca che provino a mettere in dialogo chi opera con chi è chiamato a leggere i processi e gli esiti dei processi di marginalizzazione. Il progetto pilota Safya, per la sperimentazione del Modello socio-sanitario multidisciplinare e transculturale dei fattori socio sanitari rilevanti e prevalenti nella popolazione senza dimora secondo la classificazione Ethos, vuole porre al centro la persona, non solo come somma di bisogni a cui rispondere, ma come risorsa vitale anche se sofferente per la sua vulnerabilità.

1. Le ragioni e la genesi del progetto pilota Safya

Alla base del progetto vi è la centralità di promuovere un'azione sistematica e articolata di ricerca, sia in chiave nazionale, sia europea: studiare il fenomeno dell'homelessness dal punto di vista della salute e del benessere psicologico rappresenta una sfida importante da cogliere nella sua complessità.

Per questo nel 2010, la fio.PSD si è fatta carico di portare avanti un progetto pilota europeo che andasse, in primo luogo, a connettere esperienze e buone pratiche in alcuni contesti dell'Unione Europea.

¹ Psicologa, referente del progetto Safya per la fio.PSD.

Gli studi e le politiche di intervento svolte sino ad oggi sono incentrate su una lettura prevalentemente sociologica del fenomeno e gli organismi che operano sul territorio sono schiacciati dal fronteggiare situazioni di emergenza e di risposta ai bisogni primari. I soci della Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora (fio.PSD) esprimono la necessità di confronto tra le varie forme di intervento, per gran parte portate avanti singolarmente sulla base delle competenze acquisite sul campo, di ricerca di punti di riferimento comuni e di protocolli strutturati e sistematici di presa in carico totale di queste persone. Per questo la Federazione avvertiva da tempo l'urgenza di promuovere percorsi di ricerca, centrati sull'intervento sanitario, che portassero a un sostanziale cambiamento nell'intervento normale ed ordinario tragicamente legato all'emergenza.

Da queste necessità e urgenze è nato il progetto Safya, frutto di un lavoro di costruzione comune con la rete europea di Feantsa di cui fio.PSD è full member.

Il processo di ricerca dei partner italiani ed europei è stata una prima sfida importante. L'essere parte della rete europea, che raduna intorno alla sua mission oltre 110 reti di carattere nazionale, ha portato naturalmente ad un lavoro di selezione interessante quanto articolato. Il primo draft del progetto pilota è stato oggetto di confronto, nel novembre 2010 a Milano, all'interno del gruppo europeo di Feantsa, che si occupa di salute. Una vera e propria *peer review* che ha coinvolto esperti di health and homelessness provenienti da nove paesi (Germania, Olanda, Inghilterra, Francia, Belgio, Finlandia, Danimarca, Austria oltre che Italia) in un lavoro di revisione approfondito sul senso e sulle modalità del progetto sperimentale.

Due sono stati gli elementi principali che hanno caratterizzato la discussione e accompagnato il percorso che ha portato ad individuare i partner e i principali indicatori del progetto. Il primo elemento rilevante affrontato nella *peer review* è stato il tema della multidisciplinarietà. Pensare di avviare un processo di sperimentazione multidisciplinare, ha suscitato un dibattito interessante che ha sostanzialmente evidenziato il gap esistente fra la necessità "strutturale" di un intervento sanitario di emergenza e il desiderio di promuovere percorsi di salute biopsicosociale capaci cioè di prendere realmente in carico la salute integrale della persona. L'articolarsi del dibattito sulla multidisciplinarietà è stato certamente la premessa del secondo elemento fondativo del Progetto: la centralità della relazione e della dimensione psicologica. Con gli esperti europei dell'*health group* di Feantsa abbiamo speso molto tempo nel cercare di definire il concetto della centralità della dimensione relazionale per la salute della persona senza dimora, costruendo un costrutto di riferimento comune. Il lavoro di Milano e le suc-

cessive *review* a Bruxelles hanno portato comunque ad avviare un percorso che per articolazione e per contenuti rappresenta un unicum a livello europeo.

2. Safya: la stesura del progetto e la collaborazione con l'INMP

Nella fase di stesura definitiva, avvenuta nel febbraio 2011, si è cercato di superare le criticità indicate nel processo europeo di *peer review* trasformandole in opportunità da cogliere nella fase di sperimentazione.

Per segnare il percorso nelle sue criticità/opportunità la scelta del titolo ha avuto un ruolo importante. Il voler validare la multidisciplinarietà dell'approccio, il porre la centralità della relazione, la constatazione che ci trovavamo a lavorare in uno scenario segnatamente multiculturale ha portato quasi naturalmente a scegliere come titolo una parola che in qualche maniera rimandava a queste accentuazioni: Safya. Un termine swahili che significa salute integrale, olistica intesa come benessere pieno, globale, in altre parole una grande sfida per chi si occupa di persone senza dimora.

Si trattava allora di scegliere i compagni di viaggio con cui iniziare il cammino. Il partner primo e fondamentale con cui si è strutturato il percorso è stato l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) di Roma. L'Istituto ha rappresentato negli ultimi anni un vero laboratorio di ricerca sul tema della salute legato al mondo della grave emarginazione. In particolare l'INMP aveva sperimentato un modello analogo alla nostra idea iniziale che poteva essere oggetto di lavoro del progetto. L'equipe coordinata dall'antropologa, specializzata in antropologia medica, Miriam Castaldo è stata da subito un alleato prezioso con cui costruire la sfida.

Il problema era quindi cercare luoghi diversi in Europa che rispondessero alle criticità evidenziate e che in più fossero selezionati per provenienza (dal punto di vista socio-geografico) e per tipologia (dal pronto soccorso dell'ospedale, ad attività di cura e accoglienza, diagnosi destinata alle persone senza dimora).

2.1 Gli altri partner

La ricerca dei potenziali partner europei è stata indirizzata non solo alla collaborazione di quelle che sembravano le migliori expertise del settore, ma anche di realtà che avessero voglia di puntare a creare realmente dei

processi nuovi, ponendosi in un atteggiamento di apertura nei confronti dei percorsi di lavoro e del team tenendo conto di quelli che ci sembravano i prerequisiti del progetto (la differenza geografica e la tipologia di intervento).

Il Sundheds Team (Health Team for Homeless) di Copenaghen s'inserisce in una cornice di assistenza primaria, creando un ponte tra i servizi sanitari e l'individuo e quindi di accesso all'assistenza secondaria. Il team interviene su strada, dove sono i pazienti e utilizza il trasporto con la bicicletta, cerca di intervenire in modo tempestivo, dando la priorità alle situazioni più urgenti. Il target del gruppo è di stabilire un contatto con il senza dimora, dove gli altri servizi sanitari hanno fallito, e nei casi in cui la persona ha difficoltà a rapportarsi con situazioni maggiormente strutturate.

Il St. Mungo's di Londra è stato scelto come realtà significativa per la sua rete, infatti, opera sia a Londra che a Reading, Oxford e Bristol. Fornisce ospitalità, centri diurni, unità di strada e servizi nelle carceri, servizi sanitari, di salute mentale e disintossicazione, così come servizi di reinserimento ed impiego, addestramento e sviluppo delle capacità. Il lavoro viene svolto con una strategia di coinvolgimento dell'assistito, in modo da renderlo partecipe su più aspetti.

L'ospedale Galliera di Genova E.O. Ospedali Galliera si inserisce nel progetto Safya con una propria specificità relativa sia alle origini della sua fondazione sia alle particolarità della realtà territoriale in cui opera. Il Galliera rappresenta inoltre l'ospedale di riferimento per aree della città ad alta presenza di immigrazione e forme di disagio sociale, in un paese destinazione di molti gruppi etnici e in cui il fenomeno immigrazione, seppur relativamente recente, ha raggiunto dimensioni significative e stabili. Alla luce di questa peculiarità l'ospedale, come vedremo, ha adottato, sin dalle sue origini, interventi e progetti per offrire risposte sempre più adeguate e responsabili per le persone che vi accedono. La realtà territoriale in cui opera il Pronto Soccorso, partner del progetto Safya, presenta quindi caratteristiche differenti rispetto alle altre unità operative² soprattutto per l'alta presenza di persone straniere e per la loro eterogeneità. L'ospedale Galliera, per il suo particolare bacino di utenza, il centro storico genovese, rappresenta la struttura di riferimento a cui stranieri regolari e irregolari si affidano per la propria salute.

² Unità in seguito U.O.

3. Gli staff di Safya

Le finalità del progetto, il disegno e gli obiettivi concordati hanno portato alla composizione di staff multidisciplinari orientati a condividere il Modello proposto.

Nello specifico si è deciso di includere un medico, uno psicologo, un mediatore culturale ed un antropologo. Il concordare l'impiego di tali figure professionali è stato un passaggio che potrei definire centrale nel prosieguo del percorso. La figura del mediatore culturale ad esempio è stata oggetto di un vero e proprio confronto legato alle differenti matrici culturali e di welfare. Nel nord Europa si pensa infatti alla figura del mediatore culturale soprattutto con funzione di *peer mentor*³ con variazioni di significato determinanti. Il lavoro di tessitura e di comprensione dei termini, a cura dello staff di coordinamento, non è stato affatto semplice ed ha rappresentato certamente una preconditione fondamentale per il successo del progetto.

4. Gli obiettivi del progetto e il tempo di realizzazione

L'obiettivo principale inizialmente concordato era la condivisione sperimentale di un Modello socio-sanitario multidisciplinare inerente ai fattori socio sanitari rilevanti e prevalenti nella popolazione senza dimora secondo la classificazione Ethos⁴ mediante un approccio transdisciplinare e transculturale, attraverso un'azione di supervisione e formazione sistematica e sistemica degli staff delle tre U.O. coinvolte. Attorno a questa sfida ambiziosa sono stati articolati cinque obiettivi secondari che hanno caratterizzato in buona parte il lavoro svolto:

1. sperimentazione del protocollo del Modello socio-sanitario multidisciplinare inerente ai fattori socio sanitari rilevanti e prevalenti nella popolazione senza dimora secondo la classificazione Ethos mediante un approccio transdisciplinare e transculturale a Copenaghen, Londra e Genova, attraverso un'analisi condotta sul campo (*fieldwork analysis*);
2. analisi dei processi di implementazione del Modello in contesti e tipologie, di servizi e di utenza, diverse;

³ Sono persone che hanno condiviso la stessa esperienza di vita di strada delle persone senza dimora, e che nel cammino di reinserimento sociale sono state coinvolte, con la loro esperienza e competenza, nei servizi di accoglienza e di intervento.

⁴ Per la classificazione Ethos si rimanda al sito di Feantsa dove è disponibile anche in italiano: www.feantsa.org.

3. attivazione di uno start up di una *european network peer to peer scientific review* sulla sperimentazione del protocollo del Modello;
4. raccolta e studio dei dati rilevati nella sperimentazione condotta nell'ambito del progetto;
5. promozione di una *agreement* conference degli esperti europei con gli staff delle U.O. coinvolte.

Il tempo all'interno del quale si è deciso di articolare il Progetto è stato di 12 mesi anche se quello effettivo di sperimentazione è stato 8 mesi.

5. La popolazione soggetto dello studio

Se il diritto alla salute per gli homeless è riconosciuto in tutti i Paesi Europei, in quasi nessuno esso risulta sufficientemente esigibile, perché è difficile conoscere ed accedere ai servizi se si è senza dimora, a causa di ostacoli burocratici e di scarsità di risorse economiche. Per queste persone il pronto soccorso rimane, quindi, l'unico punto di contatto realmente accessibile con il sistema sanitario; ma qui si rivela il contrasto tra il loro bisogno di essere accolti ed essere curati per uno stato febbrile o per le conseguenze di un'intossicazione da eccessivo consumo di alcool e la bassa considerazione che queste patologie riscuotono per il sistema che governa economicamente la sanità.

Le persone senza dimora hanno una bassa *compliance* al trattamento che emerge nel gap tra il bisogno reale di cura e la domanda (solo l'1%). Normalmente la salute viene considerata secondaria rispetto ad altre necessità (un letto, del cibo, delle coperte o degli indumenti puliti); a questo si collega la scarsa igiene personale che si aggrava nei casi di sofferenze psicologiche e lo scarso valore che viene dato alla salute e alle prospettive di vita.

Nelle persone immigrate, poi, la domanda di assistenza è spesso legata a problemi di natura sociale (al progetto migratorio e all'incontro-scontro fra il proprio contesto socio-culturale e quello attuale).

Alcune patologie, di cui sono portatrici le persone senza dimora (problemi cutanei, gastrointestinali e infettivi), sono legate ad una non corretta alimentazione e a una scarsa igiene personale. Altre situazioni patologiche fanno riferimento a disabilità fisica o all'utilizzo di ausili ortopedici.

Le risorse a disposizione ed il percorso definito hanno creato le condizioni per individuare un target di 21 persone senza dimora su cui operare il processo di esportazione del Modello con una chiara attenzione procedurale. Si è deciso in itinere di non definire il target individuato con ulteriori