

# ***QUALE "BUSSOLA" IN PSICHIATRIA?***

***Luca Tarantola***

***Direttore S.C. Psichiatria ASL VERCELLI***

***Direttore Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL VC – ASL BI – ASL VCO***



**DIRITTO AL  
TRATTAMENTO**

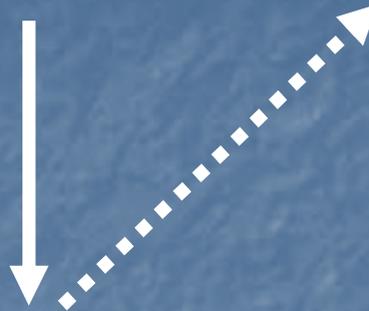


CONSENSO  
INFORMATO



**DIRITTO DI RIFIUTARE  
IL TRATTAMENTO**

*INSIGHT*



**GUARIGIONE**



restitutio ad  
integrum

**EFFICACIA  
DELLA CURA**



**PERSISTENZA DI  
SINTOMI: RECOVERY  
oppure CRONICITA'**

*ASSENZA  
INSIGHT*

**TRATTAMENTO  
SANITARIO  
OBBLIGATORIO (TSO):  
MAI PER PERICOLOSITA'  
SOCIALE**

**MISURE DI SICUREZZA  
IN PSICHIATRIA:  
SOLO PER  
PERICOLOSITA'  
SOCIALE (C.P.203)**

# ***In «La psichiatria di comunità in Lombardia»***

***Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)***

***A cura di  
Mauro Percudani  
Giorgio Cerati  
Lorenzo Petrovich  
Antonio Vita***

## ***Capitolo 5***

***«La rete, gli attori, l'associazionismo,  
l'empowerment. Esperienze attuali e  
prospettive»***

***Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini  
Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi  
Castiglioni***

***McGraw-Hill Education - ed.2013***

# ***QUALI OBIETTIVI PER I SERVIZI RIABILITATIVI?***

*L'inclusione sociale del cittadino/utente passa  
attraverso l'EMPOWERMENT e il LAVORO SUL  
RECOVERY.*

*«Come i servizi di salute mentale si stanno formando sui temi  
del recovery?»*

*«Come si stanno orientando le associazioni sui temi del  
recovery?»*

# **«Rete sociale (social network) è un gruppo di individui connessi tra di loro attraverso diversi tipi di legami sociali»**

*Elementi costitutivi della rete sociale:*

- *i soggetti (i punti della rete) - definibili come unità;*
- *i nodi (le maglie della rete) - simboleggiano i singoli individui, o i gruppi, o le istituzioni;*
- *le relazioni (le linee e le trame) - legano tra loro le unità e i nodi della rete sociale, con andamenti monodirezionali, bidirezionali o multidirezionali*

*Intervenire, favorire, promuovere la rete è un lavoro sociale: «...lavorare sulla rete significa mettere in moto degli input, intervenire sugli snodi, promuovere riferimenti multi-direzionali...». Autonomamente, concorrono le iniziative promosse con il terzo settore*

*«Il risultato, a volte, è quello di scoprire che la risposta a un bisogno incontra l'offerta di chi può rispondere a quel bisogno in un contesto di mutualità o di reciproco accordo»*

## **SI RIPRISTINA L' INCLUSIONE SOCIALE**

*«La rete, gli attori, l'associazionismo, l' empowerment . Esperienze attuali e prospettive» - Capitolo 5  
Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi Castiglioni  
In «La psichiatria di comunità in Lombardia» - Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)  
A cura di Mauro Percudani Giorgio Cerati Lorenzo Petrovich Antonio Vita  
McGraw-Hill Education*

# **«...l'operatore deve aprirsi culturalmente per considerare le risorse che ha a disposizione...»:**

- *Siamo auto-referenziali*
- *Tendiamo al controllo generale della situazione clinica*
- *Spesso disconosciamo nel paziente le risorse di auto-cura*
- *Consideriamo il paziente un «recipiente di aiuti e di terapie»*

## **L'intervento di rete:**

**Serve particolare flessibilità per poter conciliare «risorse formali con risorse informali, snodi più professionali con approcci più solidali»**

**«PRATICA ETICA»? ... consentire al paziente di essere «cittadino» nel territorio ...**

**«I servizi e gli operatori impegnati nel settore del disagio sono sempre più chiamati a promuovere questi “modelli della competenza” (Levati W., Saraò M., 1998) dove i contributi istituzionali si mischiano a quelli informali»**

*«La rete, gli attori, l'associazionismo, l'empowerment. Esperienze attuali e prospettive» - Capitolo 5*

*Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi Castiglioni*

*In «La psichiatria di comunità in Lombardia» - Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*

*A cura di Mauro Percudani Giorgio Cerati Lorenzo Petrovich Antonio Vita*

*McGraw-Hill Education*

# ***Cosa significa per l'operatore aprirsi culturalmente?***

***«...anche l'operatore (se è onesto e non si nasconde dietro a eccessiva onnipotenza) è portatore di un proprio disagio, quello dell'insuccesso, quello dello sperimentare i limiti della cura che offre fino all'esperienza frustrante della cronicità...»***

*«La rete, gli attori, l'associazionismo, l'empowerment. Esperienze attuali e prospettive» - Capitolo 5  
Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi Castiglioni  
In «La psichiatria di comunità in Lombardia» - Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)  
A cura di Mauro Percudani Giorgio Cerati Lorenzo Petrovich Antonio Vita  
McGraw-Hill Education*

## **SEMBRA CHE....**

**«...allo psichiatra venga chiesto di prevedere il comportamento del proprio paziente nell'intento di proteggere la società (posizione di garanzia)...»**

**«...e al paziente sia concesso o di guarire e diventare produttivo o di non nuocere e passare la propria esistenza in comunità (i nuovi manicomi).»**

## **CREDERE ANCORA IN UNA RESPONSABILITÀ INDIVIDUALE DEI NOSTRI PAZIENTI**

**...così nasce il «Fareassieme tra operatori, utenti, familiari e volontari», che rappresenta un diverso modo articolato per affrontare il disagio mentale...**

### **Possono nascere e prendere forma:**

- **«proposte di rinnovamento sia nel servizio sia nella collaborazione con la comunità locale»**
- **«collaborazioni per promuovere percorsi di sensibilizzazione, di formazione, di prevenzione primaria a livello cittadino»**
- **«coinvolgimento nel lavoro di promozione di salute interno dei servizi»**
- **«condivisione» verso empowerment, recovery, advocacy**

*«La rete, gli attori, l'associazionismo, l'empowerment. Esperienze attuali e prospettive» - Capitolo 5*

*Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi Castiglioni*

*In «La psichiatria di comunità in Lombardia» - Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*

*A cura di Mauro Percudani Giorgio Cerati Lorenzo Petrovich Antonio Vita*

*McGraw-Hill Education*

## ...PASSARE ALLA PRATICA...

*...«La funzione del supporto tra pari non è sempre accettata e condivisa; tante sono le obiezioni che incontriamo presso i servizi.»*

*Esempi di dubbi tra i più scettici:*

- *«Come tutelare la privacy?»*
- *«Come fidarsi di un utente che può ancora avere dei sintomi?»*
- *«E se sbaglia?»*
- *«Se fa interventi dannosi su di un altro paziente?»*

*«...forse l'unico modo per modificare il parere contrario è provare, vedere, assistere alle trasformazioni e alle potenzialità che un gruppo di supporto alla pari può innescare.»*

# In concreto, quali possibilità per i DSMD?

*Servizi che si avvalgono della partnership di pari  
("peerpartnership")*

*Sono riconducibili a due tipologie:*

- 1. «...collaborazioni nei servizi territoriali e ospedalieri...»*
- 2. «...associazioni miste operatori/utenti,... sviluppate monitorando e promuovendo il più possibile il trasferimento al loro interno sia della gestione sia della governance agli utenti...»*

*Gruppi di auto-mutuo-aiuto autonomi e ibridi*

- «...gruppi gestiti da operatori possono essere utili in fase iniziale anche per la formazione di pari in grado di condurre gruppi di auto-mutuo aiuto autonomi.»*

*Gruppi offerti o gestiti da pari*

- «...nel contesto di strutture o servizi istituzionali o gestiti autonomamente da pari... svolgono attività sociali, culturali, sportive, ricreative»*

*Supporto via internet*

- Attività di facilitazione all'utilizzo di social network come Facebook*

*Attività di comunicazione*

- Sviluppo di attività di «comunicazione, rivolta sia all'interno delle reti formali e informali per la salute mentale, sia alla comunità in generale»*

*«La rete, gli attori, l'associazionismo, l'empowerment. Esperienze attuali e prospettive» - Capitolo 5*

*Marco Goglio – Roberta Venieri – Nicolò Parini Antonio Mastroeni – Claudio Cetti – Pierluigi Castiglioni*

*In «La psichiatria di comunità in Lombardia» - Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione (2004-2012)*

*A cura di Mauro Percudani Giorgio Cerati Lorenzo Petrovich Antonio Vita*

*McGraw-Hill Education*



# OUR SMILING FACE

La comunità psichiatrica si racconta  
Foto e parole dal polo riabilitativo Torchietto

13 maggio 2017 - dalle 10:00 alle 19:30  
Giornata internazionale dell'infermiere

Palazzo del Broletto  
Piazza della Vittoria, Pavia

Ingresso Gratuito



# OUR SMILING FACE

La comunità psichiatrica si racconta  
Foto e parole dal polo riabilitativo Torchietto

13 maggio 2017 - dalle 10:00 alle 19:30  
Giornata internazionale dell'infermiere

Palazzo del Broletto  
Piazza della Vittoria, Pavia

Ingresso Gratuito



**“Our smiling face” – La comunità psichiatrica si racconta – rappresenta l’esito di un progetto riabilitativo psichiatrico del Polo “Torchietto” del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) dell’A.S.S.T. di Pavia: tale progetto è stato finalizzato al superamento dell’auto-stigma che frequentemente colpisce le Persone affette da disturbi psicopatologici, anche se inserite in percorsi specialistici di cura; sfruttando le potenzialità terapeutiche della fotografia, con le riflessioni che scaturiscono dal “rivedersi” nelle immagini, è stato possibile, per ciascuno, “ricostruire” immagini positive di sé.**

# ***Come definire la «recovery», come riconoscerla, come misurarla?***

## **DEFINIZIONE - OBIETTIVI**

**«Recovery è un processo, profondamente personale e unico, di cambiamento di atteggiamenti, di valori, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli. E' un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza e in grado di dare un contributo agli altri, malgrado le limitazioni causate dalla malattia...» (Anthony, 1993)**

**Sono state identificate cinque dimensioni della «recovery»: clinica, esistenziale, funzionale, fisica e sociale. (Whitley, Drake, 2010).**

## **COME SI PUO' MISURARE - INDICATORI?**

- A. «Le misure di esito positivo tradizionali – l'attenuazione dei sintomi e la dimissione dai Servizi – devono essere sostituite da domande sull'acquisizione, da parte delle persone, della capacità di fare ciò che dà senso e scopo alla loro vita, indipendentemente dalla persistenza dei loro problemi e della necessità di aiuto e supporto» (Repper, Perkins, 2003).**
- B. Serve un impianto teorico, con nuove misure di esito. Per es. due classi di esito possono essere: lo sviluppo di ruoli sociali validi e lo sviluppo di un'identità positiva: «...la **Personal Recovery Framework** offre un riferimento teorico sostenibile per l'identificazione di indicatori sensibili alle differenze individuali e a ciò che è più importante per l'individuo.» (Slade 2009).**

# **Possono esistere «tecniche» orientate alla «recovery» nei DSM?**

## **QUALI AZIONI?**

**Sono disponibili varie tipologie di intervento per i Servizi. Cinque esempi in letteratura:**

- 1) Peer support workers (definiti anche Utenti e Familiari Esperti, Facilitatori Sociali, Esperti in supporti tra pari – Davidson, Bellamy, Guy et al. 2012)**
- 2) Le «volontà in caso di crisi» ( piano condiviso con la persona preliminarmente ad eventuale crisi - Campbell, Kisely, 2009)**
- 3) L'intervento REFOCUS (aumenta l'orientamento alla recovery degli operatori dei servizi – Bird, Leamy, Le Boutillier et al. 2011)**
- 4) Lo Strengths Model (si basa sull'aiuto necessario per raggiungere gli obiettivi personali della persona – Rapp, Goscha, 2012)**
- 5) L'inserimento e il supporto lavorativo individuale – IPS (interventi per aiutare le persone a trovare e mantenere un lavoro – Grove, Locket, Shepherd et al. 2009)**

## ***Peer support workers***

***(definiti anche Utenti e Familiari Esperti, Facilitatori Sociali, Esperti in supporti tra pari)***

### ***L'intervento...***

***Sono persone, già affette da disturbi mentali, che si rendono disponibili ad offrire sostegno ad altre persone con problemi di salute mentale utilizzando le competenze acquisite dalla propria esperienza personale vissuta.***

### ***Efficacia***

***Prove empiriche solide e studi pubblicati nell'ultimo decennio in diversi Paesi sul self-management di peer support workers hanno mostrato che contribuiscono a:***

- costruzione di un modello di ruolo orientato alla recovery***
- assunzione di un comportamento atto al perseguimento degli obiettivi***
- incremento della speranza***
- miglioramento complessivo autovalutato***
- riduzione della gravità dei sintomi***
- miglioramento della qualità di vita.***

## ***Le «volontà in caso di crisi»***

***(piano condiviso con la persona preliminarmente ad eventuale crisi - Campbell, Kisely, 2009)***

### ***L'intervento...***

***Si tratta di azioni che devono essere attuate per la salute della persona nel momento in cui la capacità di decidere dovesse nel futuro venire meno: viene indicato il trattamento a cui dare priorità secondo la volontà dell'interessato, oppure definito il sostituto da consultare quando debbano essere prese delle decisioni.***

***Rientra in questo contesto la «joint crisis plan» che consiste in un piano condiviso tra curanti e persona interessata rispetto alle possibili azioni di intervento.***

### ***L'efficacia***

***L'efficacia di tale metodologia è stata valutata su soggetti psicotici con i seguenti risultati:***

- ***Riduzione dei ricoveri obbligatori***
- ***Contenimento dell'utilizzo dei Servizi***
- ***Maggiore controllo personale della malattia***

## ***L'intervento REFOCUS***

***(aumenta l'orientamento alla recovery degli operatori dei servizi – Bird, Leamy, Le Boutillier et al. 2011)***

### ***L'intervento...***

***Si tratta di un intervento volto ad aumentare l'orientamento alla recovery delle équipes dei servizi di salute mentale: ha una base teorica ed è codificato attraverso un manuale.***

#### ***Tre le attività di addestramento degli operatori:***

- ***Identificazione dei valori e preferenze di trattamento dell'utente***
- ***Valutazione dei punti di forza***
- ***Offerta di supporto nell'impegno per il raggiungimento degli obiettivi***

***Questa metodologia è oggetto di un studio multicentrico con randomizzazione a cluster (Slade, Bird, Le Boutillier et al., 2011)***

## **Lo Strengths Model**

**(«modello dei punti di forza»: si basa sull'aiuto necessario per raggiungere gli obiettivi personali della persona – Rapp, Goscha, 2012)**

**L'intervento si svolge attraverso...**

**L'identificazione, l'assicurazione e il sostegno delle risorse offerte dal contesto e di quelle personali; si distingue da tutti quegli approcci orientati al deficit tradizionalmente presenti nei Servizi preposti alla salute mentale.**

**I deficit non sono ignorati, ma considerati come in funzione di quanto e come condizionano le capacità della persona nella recovery.**

### **Efficacia**

**L'adozione di un case management basato sul «modello dei punti di forza» ha evidenziato esiti positivi in molti ambiti, tra i quali l'ospedalizzazione, la collocazione abitativa, l'impiego, la formazione, la riduzione dei sintomi, il tempo libero, il supporto sociale, il carico familiare, ecc.).**

# ***L'inserimento e il supporto lavorativo individuale – IPS***

***(tecnica per aiutare le persone a trovare e mantenere un lavoro – Drake, Bond, Becker, 2012 )***

## ***L'intervento***

***«Individual Placement and Support (IPS) è un intervento basato sulla metodologia di «schemi a responsabilità individuale» («supported employment»), che aiuta le persone a scegliere, trovare e mantenere un lavoro. Attualmente è manualizzato sulla base di otto principi:***

- 1) Lavoro competitivo***
- 2) Sostegno integrato con il trattamento del disturbo mentale.***
- 3) Zero exclusion.***
- 4) Partire dalle preferenze del cliente.***
- 5) Consulenza sulle opportunità economiche.***
- 6) Rapida ricerca del lavoro.***
- 7) Lavoro sistematico di sviluppo professionale (territorio, datori di lavoro).***
- 8) Sostegno a tempo illimitato.***

## ***Efficacia***

***Nello studio EQOLISE, primo trial controllato e randomizzato condotto in Europa (6 centri, tra cui Rimini) evidenzia un tasso di occupazione tra il 40 e 50%.***

# Quale riabilitazione «versus recovery»?

- L'impostazione tradizionale di Luc Ciompi, negli anni ottanta e novanta, ha strutturato il percorso riabilitativo secondo il paradigma «stimolazione – stress», ove l'intervento trova un equilibrio tra la promozione e recupero delle abilità e la protezione del paziente da scompenso e ricaduta: viene quindi creato un setting di apprendimento delle abilità (skills) necessarie al recupero funzionale.
- Si evidenzia la criticità del trasferimento di tali abilità, acquisite nel setting riabilitativo, nella vita reale: viene così proposta la figura del «case manager», che rinforza in vivo quanto appreso in contesto sanitario.
- Il principio del «prima preparare e poi collocare» (train and place) rischia di prolungare la dipendenza istituzionale, lo stigma interno ed esterno, la demotivazione della persona.

**Dove cercare obiettivi, azioni, indicatori per la riabilitazione?...partire dalla vita reale...**

**Le persone devono apprendere dalle esperienze reali (place and train): le disabilità ambientali, sociali e personali devono essere affrontate e superate come ostacoli reali e attuali (Corrigan, McCracken, 2005).**



con interventi di  
PEPPE DELL'ACQUA  
FRANCO ROTELLI

# BASAGLIA A TRIESTE

## CRONACA DEL CAMBIAMENTO

### FOTO DI CLAUDIO ERNÈ

STAMPA ALTERNATIVA/NUOVI EQUILIBRI



# **Una disciplina virtuale e non sempre virtuosa per un malattia reale**

da B. Saraceno - Sulla povertà della psichiatria – DeriveApprodi 2017

- 1) «...la constatazione per cui in psichiatria l'influenza dei fattori di confondimento generati dalla realtà «consuma» le tecniche e i modelli e »crea» tecniche e modelli operativi che sono di fatto degli oggetti ignoti e non descritti.»
- 2) «...la «storia naturale della malattia» non incontra modelli e tecniche, ma incontra «storie naturali di servizi», ossia costellazioni di condotte che sono la risultante di variabili connesse al paziente, alla sua famiglia, al servizio e alla sua organizzazione.»
- 3) «La fragilità epistemologica della psichiatria biomedica è specialmente evidente se si osserva da vicino la questione dei trattamenti psicofarmacologici, dell'uso razionale dei farmaci psicotropi e del ricorso variabile alla medicina basata sulle evidenze...».
- 4) «La fragilità della psichiatria medica risiede fundamentalmente nel disconoscimento del primato conoscitivo dell'esperienza del malato.»

**«...prendere atto del doppio scacco della psichiatria medica che da un lato si dota di uno sguardo oggettivante..., dall'altro, tradisce le regole intrinseche a quello sguardo (la medicina basata sulle evidenze). Ossia scienziati e sciamani a giorni alterni.»**

# **Aporie della diagnosi psichiatrica e politiche di salute mentale**

da B. Saraceno - Sulla povertà della psichiatria – DeriveApprodi 2017

- 1) «La diagnosi psichiatrica non ha a che fare con l'esperienza della persona diagnosticata...»
- 2) «La diagnosi trasforma l'esperienza della sofferenza in un codice verbale, luogo riconoscibile soltanto dallo psichiatra ma inaccessibile (e sostanzialmente irrilevante) per il paziente.»
- 3) «...fare diagnosi significa fondamentalemente perseguire due obiettivi: *sapere cosa fare e sapere come andrà a finire*, ossia sapere fare terapia e sapere fare prognosi. La diagnosi psichiatrica non fornisce risposta a nessuna delle due domande...».
- 4) «Certamente un linguaggio comune è necessario e abbiamo bisogno di strumenti diagnostici per comunicare. Tuttavia...dobbiamo avere chiaro che il grado di artificialità e fallacia delle categorizzazioni diagnostiche è elevatissimo e che i raggruppamenti discreti di sintomi che oggi utilizziamo non esistono *in natura*.»

Tratto da Benedetto Saraceno, «Sulla povertà della psichiatria», p. 21/44 – comunità concrete di Aldo Bonomi – 2017 DeriveApprodi, Roma

# Aporie della diagnosi psichiatrica e politiche di salute mentale

da B. Saraceno - Sulla povertà della psichiatria – DeriveApprodi 2017

1) *cit. Angelo Barbato - «La sola definizione clinica, cioè, non è sufficiente a spiegare la malattia e tanto meno la disabilità, il cui sviluppo richiede l'ingresso in gioco di altri fattori contestuali o soggettivi. L'importanza dei fattori soggettivi fa emergere prepotentemente il ruolo degli utenti e del loro sapere, alimentando le richieste che da essi vengono di mettere in questione le modalità e l'uso del procedimento diagnostico.»*

2) *«In realtà disponiamo di strumenti utili anche se difficilmente standardizzabili a disposizione: l'ascolto, la solidarietà, l'affettività, l'accoglienza, la possibilità di promuovere un confronto tra interessi del paziente e interessi del contesto familiare, la possibilità di modificare il contesto materiale della vita quotidiana del paziente, la possibilità di favorire scambi affettivi fra paziente e altri.»*

*«**Non vi sarà dunque una tecnologia da applicare al soggetto ma semplicemente una praxis che utilizzando la conoscenza del «patrimonio di rischi e protezione» che il soggetto detiene, lo accompagna nella costruzione di spazi negoziali. Si assume cioè che lo scambio (negozio) preceda e definisca la relazione (e non il contrario)...**»*

*Tratto da Benedetto Saraceno, «Sulla povertà della psichiatria», p. 21/44 – comunità concrete di Aldo Bonomi – 2017 DeriveApprodi, Roma*

# Aporie della diagnosi psichiatrica e politiche di salute mentale

da B. Saraceno - Sulla povertà della psichiatria – DeriveApprodi 2017

## IN SINTESI

*cit. «...soltanto a partire dal diritto attivo all'esercizio del negozio (dello scambio di opportunità materiali) il soggetto è messo nella condizione di esercitare il diritto alla relazione.»*

**«Detto in altre parole, la costruzione del diritto di cittadinanza come asse prioritario non è una scelta solo etica ma anche tecnica: soltanto il cittadino pieno potrà esercitare i suoi scambi (e con essi scambiare anche la follia) mentre il cittadino dimezzato non saprà che farsene delle acquisite (se davvero acquisite) abilità relazionali, poiché non avrà diritto né accesso all'esercizio di relazioni o accederà a relazioni deprivate della materialità che li rende reali»**

*Tratto da Benedetto Saraceno, «Sulla povertà della psichiatria», p. 21/44 – comunità concrete di Aldo Bonomi – 2017 DeriveApprodi, Roma*

# *HOUSING FIRST?*

- *L'Housing First (HF) è un modello di intervento nell'ambito delle politiche per il contrasto alla grave marginalità basato sull'inserimento diretto in appartamenti indipendenti di persone senza dimora con problemi di salute mentale o in situazione di disagio socio-abitativo cronico allo scopo di favorirne percorsi di benessere e integrazione sociale.*

Questa metodologia di intervento sociale si sostanzia in **due dimensioni**: quella **individuale** e quella **ambientale**.

- Rispetto a quella **individuale**, viene riconosciuta la **capacità intrinseca dell'individuo di riacquisire uno stato di benessere psico-fisico** pur in presenza di gravi condizioni di vulnerabilità sociale o problemi di salute mentale.
- A livello **ambientale**, la disponibilità di una casa, il supporto dell'equipe per ridefinire il proprio ruolo sociale, l'integrazione sociale e il ritorno progressivo alla vita di comunità, rappresentano la **struttura relazionale e comunitaria imprescindibile**.

# *HOUSING FIRST?*

Gli elementi essenziali che distinguono l'HF da altri approcci sono:

1. **housing choice**: la persona è invitata a scegliere dove abitare, **housing availability**: programmi di accesso alla casa con o senza sussidi all'affitto, disponibilità della casa senza limiti di tempo o vincoli al raggiungimento di obiettivi; **affordable housing**: le persone partecipano all'affitto con il 30% del proprio reddito);
2. **separazione tra il diritto alla casa e il trattamento terapeutico**;
3. **libertà di scelta e autodeterminazione della persona**;
4. **supporto intensivo dello staff/equipe nei confronti della persona** (visite frequenti, accompagnamento presso i servizi sociali, sanitari, di collocamento lavorativo, educativi, ricreativi);
5. **attenzione privilegiata alle persone senza dimora croniche con problemi di salute mentale o dipendenza da droga e/o alcol**;
6. **approccio di riduzione del danno**.

# *HOUSING FIRST?*

Tra i **principali risultati ottenuti** da progetti HF vi sono:

- **l'housing stability**: l'80% delle persone inserite nel programma mantiene l'appartamento a distanza di due anni;
- **- stabilizzazione o diminuzione considerevole nell'uso di droghe e alcol**;
- **- miglioramenti nella salute mentale**;
- **- efficienza dei costi**: riduzione nell'uso di dormitori, riduzione nell'uso di servizi di pronto soccorso e servizi psichiatrici, riduzione dei costi di assistenza laddove i soggetti ritrovano un impiego retribuito;
- **- riduzione degli arresti per crimini compiuti** da persone senza dimora;
- **- ontological security**: le persone inserite nei programmi HF godono di un senso di sicurezza, controllo e felicità dato dall'abitare.

Il modello HF pone certamente delle sfide interessanti nel contesto italiano dove sembra ancora mancare una strategia unitaria di contrasto all'homelessness.

In Emilia-Romagna il Comune di Bologna e il Comune di Rimini hanno avviato sul loro territorio esperienze di HF.