

Senza fissa dimora e senza comunità: l'intervento di psicologia di comunità

di **Gioacchino Lavancoⁱ**, **Floriana Romanoⁱⁱ**, **Carola Messinaⁱⁱⁱ**, **Mauro Croce^{iv}**

(ⁱprofessore ordinario di Psicologia di comunità, Università di Palermo; ⁱⁱdottoranda di ricerca, Università di Palermo; ⁱⁱⁱcoordinatore di progetti di intervento sociale; ^{iv}dirigente ASL Verbania)

1. Premessa

La riflessione attorno al tema dei senza fissa dimora si inserisce all'interno del più ampio dibattito sulle nuove povertà, caratterizzate non solo dalla precarietà economica, ma anche da una carenza affettivo-relazionale e da una condizione di esclusione sociale. Dalla letteratura sull'argomento, infatti, emerge che tra le caratteristiche degli homeless vi sono: la tendenza all'autoisolamento, in particolare riguardo alla rete sociale primaria, una storia costellata da crisi relazionali, la presenza di malattie cronic-degenerative.

Il fenomeno dell'homelessness costituisce per l'Italia un oggetto di studio alquanto recente; ciò è comprensibile per via delle difficoltà che gli studiosi hanno incontrato nel cercare di descrivere un fenomeno mutevole e poco definito. Tali difficoltà sono rappresentate dall'impossibilità di pervenire all'esatta entità numerica del fenomeno, a causa della irreperibilità dei soggetti e del fatto che non esiste un'unica definizione di persona senza dimora, condivisa da tutti gli studiosi, rendendo così questa popolazione poco inquadrabile secondo le categorie più comuni alle diverse discipline.

Numerosi sono i termini usati attualmente in letteratura per indicare le persone che non hanno una casa e magari vivono sulla strada: *barbone*, *clochard*, *homeless*, tutti termini che, pur riferendosi allo stesso soggetto, ne veicolano comunque un'accezione differente.

Il termine italiano *barbone*, che proviene da *birbone*, cioè *delinquente e malfattore* (Bonadonna, 2001), rimanda alle situazioni di degrado fisico e mentale delle persone costrette a vivere senza una casa. È comunque inevitabile notare l'assonanza con la parola *barba*, che pur non costituendone la radice, è in genere associata a poca pulizia, scarsità morale, devianza e quindi di fatto alla figura del barbone. Ha anche accezione negativa il termine francese *clochard*, da *clocher* che significa zoppiare, spesso riferito a persone poco intelligenti.

Bisogna sottolineare la differenza semantica fra le espressioni inglesi *houseless* e *homeless*. Con il primo termine, letteralmente "senza tetto", solitamente ci si riferisce alla sola mancanza di una casa; con il secondo, "senza dimora", si evidenzia come alla mancanza di un tetto si associ la mancanza di un ambiente di vita, di un luogo di protezione e sviluppo del sé e delle proprie relazioni affettive. Utilizzando quindi *homeless* privilegiamo la componente psico-affettiva rispetto a quella fisica e materiale, sottolineando che questi individui, oltre a non avere più una casa, non hanno più un lavoro, un ruolo sociale riconosciuto, una dignità civica, legami affettivi protettivi, e a volte nemmeno più un'identità anagrafica.

Volendo attenzionare tali fenomeni di esclusione, bisogna chiedersi come abbia origine e come si articoli la realtà di individui così gravemente emarginati, a quali irreversibili danni possa condurre una vita trascorsa sulla strada, e infine quali siano le risposte sociali e gli interventi dei servizi. Svariate ricerche hanno esplorato come tali individui riescono a sopravvivere fisicamente, psicologicamente e socialmente in strada, quali forme di adattamento elaborano, come si assicurano la sopravvivenza materiale, quali relazioni intrattengono con l'ambiente sociale in cui vivono (Valtolina, 2003).

2. Una prima riflessione sul fenomeno

Nonostante la comprensibile diversità dei percorsi esistenziali dei singoli individui che vivono sulla strada, esistono dei gruppi di homeless accomunati da alcune caratteristiche individuali e alcuni specifici bisogni. Ed è proprio lo studio di tali caratteristiche a risultare utile nel comprendere e prevedere se un individuo si orienterà verso la condizione di homeless. È a questo livello, infatti, che si possono individuare i fattori di rischio e quelli protettivi, utili alla progettazione di interventi di prevenzione.

Da diverse ricerche effettuate, emerge un dato interessante: l'*homelessness* è un fenomeno eminentemente urbano. Mentre nelle campagne la presenza più accentuata di reti di solidarietà e di controllo sociale svolge una funzione di freno riguardo il manifestarsi di forme di anomia e devianza, è la città stessa a produrre povertà e allentamento dei legami sociali. In particolare, per quanto riguarda la realtà italiana, quasi la totalità del fenomeno sarebbe riscontrabile nelle grandi città del centro-nord, mentre nei piccoli e medi centri dell'Italia meridionale il fenomeno sarebbe quasi del tutto assente (Caritas Ambrosiana, 2001).

La condizione di senza dimora è un problema prevalentemente maschile, anche se le ricerche più recenti mostrano un incremento delle donne che vivono sulla strada. Fra le ragioni di questa disparità numerica, possiamo includere: le politiche residenziali, che in genere danno la priorità a donne con figli piuttosto che a uomini single; il problema della disoccupazione: in una famiglia la perdita del lavoro ha conseguenze più pesanti per l'uomo che, sperimentando un senso di sé fallimentare per il disfacimento del proprio progetto di vita, avrà difficoltà a conservare il suo ruolo nel focolare domestico; la maggiore capacità delle donne a conservare relazioni sociali significative e supportive.

Per le donne, a segnare l'inizio di un percorso verso la povertà estrema e l'emarginazione sociale, sono spesso le crisi nei rapporti affettivi e relazionali, com'è dimostrato dal gran numero di donne vedove o separate che vivono in strada. La condizione femminile di senza dimora risulta multiproblematica, rispetto a quella maschile, a causa del maggior numero di psicopatologie presenti e del ricorso a forme di prostituzione come pratiche per garantirsi la sopravvivenza. Per quanto riguarda gli uomini, invece, la spinta verso questa condizione è rappresentata solitamente da crisi economiche e dalla perdita del lavoro. Gli uomini sono, inoltre, meno soggetti a patologie psichiatriche e più coinvolti in situazioni di tossicodipendenza e alcolismo.

Secondo alcuni ricercatori, gli homeless sono in prevalenza single o separati, e si pensa che proprio l'assenza o la perdita del sostegno della rete familiare possa essere fra le cause di simili percorsi verso il degrado. Inoltre, questa mancanza di supporto relazionale rappresenta un ostacolo per eventuali percorsi di recupero di questi soggetti, poiché né gli operatori né le strutture possono supplire a tale mancanza.

Nel nostro Paese, l'età media dei soggetti senza dimora si colloca nelle fasce centrali, fra i 18 e i 47 anni. Per quanto riguarda i più giovani si tratterebbe, nella maggior parte dei casi, di ragazzi scappati da situazioni familiari caotiche e intollerabili per un'identità ancora fragile. Risulta invece bassa la percentuale di bambini che vivono in strada, grazie al supporto di reti amicali e all'efficienza dei servizi che tutelano i minori.

I disturbi psichiatrici costituiscono sicuramente un fattore che può condurre un soggetto all'isolamento della vita in strada. Le opinioni degli studiosi in merito sono comunque diverse e contrastanti fra loro, in quanto non si riesce a definire con esattezza se una grave patologia psichica possa essere causa o conseguenza di simili situazioni. Appare, infatti, ragionevole pensare che l'elevato livello di stress, cui è sottoposto quotidianamente un uomo che vive per la strada, sia eziologicamente significativo. A livello psicologico, non avere una casa in cui abitare compromette il proprio senso di appartenenza sociale e rafforza la propria tendenza alla marginalità e all'isolamento (Valtolina, 2003).

Dalle storie di vita della maggior parte dei senza fissa dimora emergono episodi che possono essere visti come la causa della loro triste condizione. L'arrivo in strada è, quindi, l'esito di eventi critici avvenuti nel passato. Secondo questa prospettiva, si tratta di soggetti che, sottoposti all'effetto spiazzante di situazioni difficili, come la perdita del lavoro, una crisi matrimoniale o malattie, perdono le risorse e le motivazioni per avere una casa. Gli eventi critici, per essere affrontati, richiedono adeguate capacità di *coping*, quindi di valutazione, in quanto è la percezione soggettiva ad incidere sullo stato di salute e sulla vita di un individuo, piuttosto che la natura oggettiva dell'evento stesso.

Questi concetti sono alla base di un approccio teorico conosciuto come "teoria dell'evento critico", dove per evento critico si intende qualunque avvenimento provochi un cambiamento nella vita di un uomo, il quale dovrà impegnarsi per ristabilire un nuovo equilibrio. Le prime formulazioni del concetto di evento stressante hanno analizzato le conseguenze di determinate circostanze e fasi della vita sulla salute psicofisica degli individui.

Applicata alla realtà degli homeless, la teoria dell'evento critico sostiene che determinati episodi traumatici sono in grado di provocare la perdita dell'abitazione e quindi il vivere in strada. Per alcuni avvenimenti, come lo sfratto, la disoccupazione di lunga durata, la rottura del nucleo familiare, gli studiosi si trovano d'accordo, mentre in merito ad altri quali l'alcolismo, la tossicodipendenza e la malattia mentale, i teorici non sempre concordano.

Tuttavia non tutti i licenziamenti, le malattie o i divorzi sono vissuti nello stesso modo. La letteratura mostra come ogni evento rappresenta sì una transizione, ma il suo significato per la persona dipende da molteplici fattori: la sua storia personale, le risorse materiali e simboliche di cui dispone, l'ambiente in cui è inserito e il

momento in cui si verifica. Si può quindi dedurre che le conseguenze non sono riconducibili a caratteristiche intrinseche dell'evento (Meo, 2000).

Bisogna, dunque, sottolineare che è pur sempre l'uomo a percepire, elaborare, dotare di senso qualunque evento. Non si può parlare di un vero e proprio evento critico che spezza l'equilibrio precario di certi individui, piuttosto è possibile affermare che tale equilibrio degeneri progressivamente a causa dell'interazione fra la vulnerabilità del soggetto e gli agenti stressanti. Posto in questi termini il percorso di emarginazione sociale sarebbe processuale e non sequenziale, come invece è concepito dalla teoria dell'evento critico (Bonadonna, 2001).

3. Il mito della scelta di vita

È tuttora diffusa nell'opinione pubblica l'idea che il vagabondare dei senza fissa dimora sia simbolo di libertà e indipendenza, attribuendo quindi al vivere in strada carattere di scelta. Secondo la tradizione, per il barbone classico, simile alla figura romantica del *clochard*, la libertà, l'anticonformismo e l'avventura sarebbero i valori fondamentali.

Contrariamente a quanto si ritiene, infatti, questa è una categoria minoritaria all'interno del fenomeno dei senza dimora. Probabilmente il confine tra chi ha scelto la vita in strada e chi vi è finito è molto sottile. Bisogna forse valutare fino a che punto coloro i quali affermano di aver scelto quella vita, l'abbiano realmente voluta (Caritas Ambrosiana, 1996). D'altra parte questa, come ogni scelta, sarebbe «una scelta alle condizioni che ci sono note. È la migliore combinazione possibile di scelte e adattamenti che abbiamo scoperto, sulla base degli elementi dell'esperienza che abbiamo a disposizione» (Gui, 1997).

Chiarificatore risulta a questo punto il concetto di adattamento per rinuncia: si tratta di una sorta di risposta esistenziale data dopo aver fatto un bilancio fra le diverse esperienze vissute, positive e negative. Da qui scatta un percorso di non-ritorno, caratterizzato da una rassegnata accettazione della situazione, senza avere più la capacità o l'intenzione di progettare una via d'uscita. Il cambiamento è quindi vissuto negativamente, con angoscia e rifiuto, con quegli atteggiamenti che erroneamente inducono a pensare che la persona si trovi bene in una simile situazione di disagio. È questo il percorso che porterà il soggetto a raggiungere un nuovo equilibrio in strada e, quindi, alla cronicizzazione del suo essere homeless.

I percorsi che possono condurre un individuo alla condizione di homeless sono molteplici. I fattori sociali e macro-economici sono importanti nella determinazione dei livelli generali del fenomeno, mentre le caratteristiche di personalità, insieme al più ampio ventaglio di eventi stressanti, predispongono gli individui a diventare o meno homeless. Una volta homeless e malato, un individuo può venire a trovarsi in condizioni talmente gravi da compromettere seriamente la possibilità di uscirne.

Sulla strada, quelli che per la maggior parte della gente sono piccoli e banali eventi di routine (come mangiare o dormire), divengono invece difficoltà a volte insormontabili. E sono proprio queste due basilari operazioni, mangiare e dormire, ad alterare il senso stesso del tempo e della giornata del senza tetto. La giornata sembra essere una sfida, una lotta continua per ottenere le minime condizioni indispensabili alla sopravvivenza. Questo può in parte spiegare perché nella vita del

barbone la giornata sia l'unica scansione temporale esistente: per ognuno di noi esiste un tempo lavorativo, orari settimanali, scadenze annuali e il tempo libero, ma tutto ciò si annulla nella vita di un homeless.

Il tempo in strada è fatto di lunghe attese (l'attesa che apra il dormitorio, che si liberi una panchina, che si possa racimolare qualcosa da mangiare), momenti vuoti, noia, apatia. Ed in una realtà così poco strutturata, i confini fra passato e presente si sfumano, i ricordi si confondono con le esperienze presenti, e senza un ordine cronologico, si finisce col perdere il senso della propria storia.

Se il passato compare in termini di eventi traumatici e rotture dolorose, e il presente è fatto di giornate piene di imprevisti e difficoltà da affrontare, ne deriva che il futuro risulta quasi sempre una dimensione assente. Il presente, sempre uguale a se stesso, si dilata, e la rassegnata accettazione della situazione non dà spazio a progetti e aspirazioni (Goffman, 1959).

Oltre alla dimensione temporale, anche quella spaziale è alterata. Lo spazio urbano viene ad essere mappato in funzione della distribuzione delle risorse, creando così degli itinerari che verranno percorsi ogni giorno, ciclicamente. Inoltre, queste persone finiscono con l'attivare inusuali modalità di appropriazione del territorio, comportandosi negli spazi pubblici come se fossero in un luogo privato, mostrando anche una totale perdita del pudore.

Un esempio di questi luoghi, scelti dai barboni per vivere la propria esclusione sociale, sono le stazioni ferroviarie, definibili come "non-luoghi" per chi sceglie solamente di passarvi, ma non per un senza dimora, per il quale la stazione ferroviaria diventa un luogo polifunzionale, sede delle poche relazioni possibili e di attività che possono garantire un minimo sostentamento. Un'area, normalmente di transizione, che per questi soggetti viene ad essere luogo privilegiato di risorse e protezione. Le sue caratteristiche di luogo di confine rendono la stazione dei treni il territorio in cui più di tutti gli altri si intrecciano diverse esperienze di marginalità: profughi, tossicodipendenti, povertà, prostituzione. È per questo che la rappresentazione esterna che i cittadini hanno delle stazioni, è un'immagine che suscita insicurezza e paura.

L'importanza delle relazioni sociali nell'evitare l'insorgere di processi di impoverimento che conducono, in ultima istanza, l'individuo sulla strada, prima ancora che a livello teorico, la si può cogliere nei numeri relativi alla condizione affettivo-relazionale dei senza dimora: oltre i 2/3 dei senza dimora non ha alcuna relazione con la propria famiglia, i 3/5 sono persone celibi o nubili, e ben 1/4 è reduce da un'esperienza di separazione o di divorzio. Se i rapporti fra gli esseri umani sono quindi indispensabili ed inevitabili, in che modo allora un individuo senza fissa dimora vive la relazione con l'altro?

Per quanto riguarda i rapporti con la rete primaria di origine, generalmente sono interrotti, a causa di problemi antecedenti la vita in strada oppure per la vergogna di mostrarsi alla famiglia in un simile stato di bisogno e degrado. Anche il rapporto con i pari, ovvero gli altri barboni, risulta piuttosto complicato. Un qualsiasi soggetto, appena inseritosi nei circuiti della vita di strada, tenderà ad evitare contatti con altri homeless. Questo non solo per timore o per una naturale diffidenza, ma anche per la paura di farsi vedere con loro, paura che l'identità sociale di coloro con i quali ci si trova possa essere utilizzata come fonte di informazione sulla propria (Meo, 2000).

Dal momento che il neo-barbone si sente diverso da chi vive stabilmente in strada e attribuisce alla sua situazione un carattere temporaneo, sperimenterà dei sentimenti di rifiuto per coloro che conducono quel tipo di vita così miserevole, rifiuto per il modello di identità che rappresentano, rifiuto di concepirsi uguale a loro. Tale rifiuto si manifesta, ad esempio, nell'instaurare i primi rapporti con i servizi assistenziali, in quanto sembra essere uno di quegli eventi che sanciscono l'acquisizione dello status di senza dimora, con le conseguenze in termini di stigmatizzazione che ne derivano. Nel momento in cui la condizione di senza dimora si cronicizza, l'identità del soggetto viene sottoposta ad una serie di smentite e mortificazioni, e il timore di essere stigmatizzato finisce con il condizionare i contatti con gli estranei alla realtà della strada.

Analizzando la salute fisica dei senza dimora si apprende che due terzi delle donne ha problemi ginecologici come infezioni e alterazioni del ciclo mestruale. Molto diffuse sono le malattie della pelle (oltre il 50% del totale): in particolare infiammazioni croniche ed infezioni micotiche. Seguono i problemi riguardanti il sistema cardiovascolare: ipertensione arteriosa, aritmie cardiache, disturbi della circolazione periferica, quali vene varicose e ulcerazioni alle estremità inferiori. Si registrano artriti nel 30% di entrambi i sessi, anemia nel 18% degli uomini e nel 35% delle donne. Meno frequenti, ma di particolare severità, sono problemi quali la positività per la gonorrea o per la sifilide (8% uomini, 11% donne), e le malattie infettive trasmesse per via sessuale che coinvolgono quasi un terzo dei soggetti di entrambi i sessi (Bolongaro, Maranesi, 1996). Gli autori dell'indagine sostengono che a determinare le condizioni per un'esistenza in cui il contrarre malattie gravi è frequente, non sia tanto l'indigenza materiale, quanto le modalità di vita e la povertà psichica.

La malattia mentale e l'emarginazione sociale sono due argomenti complessi e molto discussi dagli studiosi, e questo vale ancora di più nel momento in cui vengono messi in relazione. La malattia mentale è genericamente ritenuta una delle cause della condizione di senza dimora, anche se nelle graduatorie dei fattori chiamati in causa per spiegare il percorso che ha portato l'homeless a tale condizione, viene indicata dagli stessi soggetti solo al terzo posto, dopo i problemi economici e socio-relazionali.

La questione aperta riguarda, quindi, il considerare la psicopatologia, di cui soffrono la maggior parte di homeless, causa o conseguenza del loro vivere in strada. Il distacco dai propri legami affettivi e sociali, dai luoghi conosciuti e frequentati prima, dai comportamenti e dalle abitudini personali, cioè da tutti quegli elementi che davano senso e significato all'esistenza, può sicuramente costituire terreno fertile per la comparsa di stati di disagio psichico.

Lo spazio e il tempo, non più scanditi da eventi significativi, perdono senso, i ricordi sfumano e spesso vengono sostituiti da storie fantasiose, compaiono i deliri, spesso di carattere persecutorio e i comportamenti regressivi, che portano talvolta a stati di passività assoluta. Da qui si sviluppa un ampio spettro di psicopatologie, in particolare psicosi schizofreniche, disordini della personalità, dipendenza da alcol e da altre sostanze.

Sono pochi gli studi epidemiologici sulla popolazione degli homeless pubblicati in Italia. In tutte le indagini, condotte sia in Italia che in altri Paesi, la schizofrenia è indubbiamente la psicosi più rappresentata, seguita dalla depressione conclamata e

dal disturbo bipolare. Anche le patologie meno gravi, ma indubbiamente invalidanti, sono presenti: disturbi d'ansia, fobie, attacchi di panico. Tra gli homeless è frequente la *comorbidità*: psicosi o disturbi dell'umore si riscontrano spesso associati a disturbi di personalità o ad abuso di sostanze.

In conclusione, per creare servizi di salute mentale in grado di dare risposte efficaci agli homeless è necessario partire da un'analisi che non si limiti a considerare cosa manca a questi individui e cosa il servizio, in base alle risorse disponibili, sia in grado di offrire. Il punto di partenza non dovrebbero essere tanto le carenze, reali o presunte, dei senza fissa dimora, ma i loro bisogni, le necessità avvertite come più impellenti, le aspettative che possono far nascere nuove motivazioni per ricercare percorsi di risalita. Pur se molto difficile, è estremamente importante riuscire a mettersi nella loro prospettiva, per non cadere nel rischio di attribuir loro bisogni che in realtà derivano solo dal confronto con gli standard sociali e culturali dominanti. È inoltre importante analizzare quali siano le difficoltà specifiche che l'utente incontra nell'approccio ai servizi e cercare strumenti che rendano possibile la comunicazione e che favoriscano i rapporti con i servizi sociali pubblici.

«In molti casi i pazienti senza dimora sono fra le persone più gravemente e cronicamente malate che uno psicologo ha la probabilità di incontrare. Essi sono molto resistenti alla cura e hanno risorse minime in termini materiali, così come in termini di relazioni sociali. Alcune persone senza dimora possono essere riluttanti a contemplare il cambiamento nel loro stile di vita oppure possono non credere che sia realizzabile, per loro, un modo di vita migliore [...]. Ad alcuni è come se la strada offrisse un rifugio nell'anonimato più assoluto, un ambiente al quale essi hanno fatto un bizzarro adeguamento, ma un ambiente che in un certo senso soddisfa i loro bisogni» (Bachrach, 1994: p. 199).

4. Quali strategie di intervento di comunità

Un punto di svolta può essere considerato lo studio apparso nel 1999 sul *Journal of Community Psychology* che descrive un programma d'assistenza che provvede all'accesso immediato ad una abitazione permanente ed indipendente, rivolto ad individui che sono senza tetto ed hanno problemi psichiatrici. Tale programma che segue l'ottica dell'ATC (*Assertive Community Treatment*) viene paragonato all'LRT (*Linear Residential Treatment*) e al PSH (*Pathways Supported Housing*) (Tsemberis, 1999).

L'LRT si rivolge a persone senza dimora con problemi psichiatrici, usando una serie di programmi residenziali passo a passo che, eventualmente, conducono ad un alloggio indipendente. Questi passi includono alloggi transitori, comunità residenziali, residenze sorvegliate a stanza singola e, alla fine del percorso, alloggi permanenti indipendenti. Dopo un periodo di tempo trascorso in ciascun tipo di residenza, gli utenti sono giudicati da uno staff e, se migliorati, vengono inviati al passo successivo del percorso. I residenti in genere rimangono per lungo tempo in ogni tappa, che si caratterizza per una progressiva diminuzione della sorveglianza e un conseguente aumento delle libertà personali. L'ultima meta per il soggetto è, infatti, quella di essere autosufficiente.

Per essere ammessi al programma LRT le persone senza fissa dimora con problemi psichici, dovevano aver superato un periodo di sobrietà dai sei ai diciotto mesi. L'ammissione avveniva, comunque, in seguito a visite mediche volte ad accertare i loro livelli funzionali, in modo da determinare l'alloggio appropriato per ogni utente.

Nonostante la diffusa popolarità del modello, questo presenta una serie di debolezze, come lo stress creato da spostamenti multipli, i tempi lunghi richiesti per arrivare alla meta finale e, la destabilizzazione che si crea quando lo stato dell'alloggio degli utenti è vincolato ai loro trattamenti.

Il PSH (*Pathways Supported Housing*) è un programma basato sull'idea che il ritornare a vivere in casa sia la giusta base per uscire da una situazione di emarginazione, per cui offre un immediato accesso all'alloggio indipendente e programma i servizi in accordo con le priorità degli utenti. Il programma è basato sui seguenti punti: il servizio degli alloggi e i trattamenti individuali sono provveduti da agenzie diverse; i servizi sono disponibili ventiquattro ore al giorno per tutta la settimana; i piani di servizio sono individualizzati per ciascun individuo; gli utenti sono pienamente partecipi dello sviluppo dei piani di servizio.

L'*Assertive Community Treatment* è un servizio di presa in carico intensiva, sia per la durata, sia per la completezza delle cure offerte: esso comprende la gestione dei sintomi acuti, il counseling di supporto, attività rivolte al far fronte al disagio sociale e all'apprendimento di competenze utili alla vita quotidiana e all'autonomia personale, un'assistenza legale e prestazioni psichiatriche. Il *community worker*, o operatore di comunità, ha il compito di incentivare la risocializzazione del paziente anche attraverso la gestione del tempo libero. I team ACT provvedono ai servizi di trattamento e supporto, seguendo obiettivi, quali far perdere alle persone la tendenza ad auto-definirsi "pazienti", aumentare la loro efficacia personale e intensificare le abilità sociali, occupandosi dei loro bisogni di base, aumentando l'impiego delle opportunità che la vita offre e seguendo una politica di riduzione del danno per eventuali dipendenze patologiche.

In Italia, la realtà degli interventi può essere riassunta attraverso tre tipologie di servizi.

Una prima tipologia di servizi è sostenuta da coloro che identificano nei bisogni primari, quali il cibo o un riparo per la notte, le necessità più urgenti su cui intervenire, al fine di garantire quanto meno la sopravvivenza degli homeless. Si tratta di servizi che non si propongono di eliminare il problema o di curare una patologia, ma semplicemente di tamponare l'emergenza e fornire un aiuto immediato e concreto, agendo in modo complementare ad altri servizi con obiettivi più a lungo termine.

Una seconda tipologia di servizi nasce dalla convinzione che l'esigenza fondamentale dei senza dimora sia la salute mentale, o quantomeno il contenimento di eventuali sintomi; i programmi di intervento che si attivano con questo obiettivo utilizzano unità mobili, frequentemente in movimento e, avendo un orientamento strettamente medico-psichiatrico, si propongono soprattutto di fornire una terapia farmacologica.

Un terzo tipo di servizi si propone di offrire sia assistenza verso i bisogni primari, sia un trattamento psichiatrico; l'obiettivo è migliorare la salute mentale

degli utenti e, al tempo stesso, attivare un percorso di integrazione sociale, in un progetto complessivo di riabilitazione e reinserimento sociale (Bergamaschi, 1997).

Il rapporto tra homeless con disturbi psichiatrici e servizi di salute mentale è certamente molto difficile e complesso, spesso caratterizzato da rifiuto e diffidenza reciproca. Tra i sintomi che la letteratura rileva come correlati al rifiuto dei servizi, troviamo, per esempio, i sintomi negativi della schizofrenia e quelli connessi alla paranoia, in particolare la sospettosità; quando a questi sintomi si uniscono effettive esperienze di contatto negativo con i servizi, il rifiuto verso questi diventa ancor più radicale. I servizi psichiatrici vengono sempre più percepiti non come un aiuto, ma al contrario come qualcosa di estraneo o nemico: essi non vengono riconosciuti come un diritto individuale, ma al contrario come un tentativo di controllo e di omologazione da parte di una società alla quale gli homeless non sentono più di appartenere (Acosta, Toro, 2000).

Gui (1997) propone un'altra ipotesi e ritiene che questo difficile rapporto non sia da attribuire né al rifiuto, su base patologica, da parte degli homeless, né alla discriminazione da parte dei servizi, bensì ad una sorta di incapacità di comunicare da entrambe le parti. Ad ostacolare la comunicazione sarebbe soprattutto la mancanza di flessibilità dei servizi, che rende inefficace l'aiuto a persone multiproblematiche, come i senza dimora con patologie psichiatriche; ogni rigida settorializzazione dei servizi, che tendono a chiudersi su un solo ambito di azione, risulterebbe, quindi, non solo inutile, ma anche ulteriormente patologizzante per un'utenza così eterogenea.

Massari (2000) ha elaborato un'interessante rappresentazione dei modi in cui si esplica il rapporto fra l'utente e l'intervento, individuando tre diverse trame-tipo:

- *L'ala impigliata e il suo operatore*: la relazione operatore-utente è rappresentata come direttiva. Il compito del servizio è eliminare i problemi dell'utente, spronandolo verso nuove capacità che lo portino ad avere sempre meno bisogno di altri. Le relazioni esterne sono considerate meno importanti rispetto a quelle con l'operatore. L'operatore ha il compito di guida. In tal senso l'autore suggerisce una metafora: "l'utente è un'ala impigliata che l'operatore e il servizio possono liberare".
- *La prostituta e il cliente difficile*: la relazione operatore-utente è considerata adattiva. L'intervento ha la funzione principale di mediare tra la durezza del mondo e l'utente. All'utente è richiesto di essere collaborante. Le relazioni esterne dell'utente sono lette sulla base del fatto che famiglia e amici siano pronti o meno a riaccogliere l'utente. L'operatore ha la funzione di mediatore. Qui il rapporto fra operatore e persona senza dimora è assimilato a quello di una prostituta per un cliente difficile.
- *Accompagnamento attivo*: la relazione è rappresentata come reciproca, con degli elementi direttivi. L'utente è considerato una persona con dei problemi, ma anche dei possibili pregi, una persona pur sempre in crescita, anche se crescita problematica. Ha bisogno di essere aiutato a credere che sia possibile stare meglio. All'utente è richiesta disponibilità al confronto e a ricercare attivamente la soluzione dei problemi. L'operatore si pone accanto all'utente, alternando momenti di relazione gratuita a momenti di rapporto finalizzato. Le relazioni con famiglia e amici vanno valorizzate e costruite. La metafora che sintetizza

questo rapporto è un utente in crescita, accompagnato nella sua evoluzione dall'operatore.

5. Il lavoro di strada: un progetto a Palermo

Per quanto riguarda l'efficacia degli interventi adottati per contrastare il fenomeno, le attività sociali di strada si presentano come nuova strategia in grado di raggiungere le persone in difficoltà che non si rivolgono ai servizi. Gli operatori che dagli uffici scendono in strada ribaltano completamente l'ottica di funzionamento dei servizi sociali. Questi interventi sul territorio costituiscono una realtà forte in Italia e rappresentano un prezioso aggancio relazionale per le persone che si trovano in grave isolamento. Gli operatori di strada, ormai presenti in tantissime città italiane, predispongono progetti individuali o rivolti a gruppi, i cui obiettivi si possono riassumere nei seguenti punti: la riduzione del danno tramite l'assistenza diretta, la distribuzione di generi di prima necessità e di conforto; un servizio informativo sui servizi presenti sul territorio; un costante censimento della popolazione utenza per il monitoraggio delle situazioni di rischio e la predisposizione di interventi mirati; la proposta di un percorso di recupero e l'accompagnamento degli utenti presso i servizi di riferimento; l'eventuale realizzazione di campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini.

Un'esperienza in questo senso è rappresentata dal progetto di ricerca-intervento "La strada non è la sola via", realizzato nella città di Palermo da alcune associazioni del privato sociale in collaborazione con l'Università di Palermo.

Obiettivi del progetto sono stati: rispondere ai bisogni primari e relazionali dei senza fissa dimora, costruire una tipologia di soggetti homeless, ricavare delle indicazioni operative sull'intervento efficace con tali utenti.

Per raggiungere il primo obiettivo, è stato istituito un centro di accoglienza, in cui al soddisfacimento dei bisogni primari è stata affiancata l'opportunità per le persone accolte di instaurare relazioni significative con gli operatori e di pensare a possibili percorsi di cambiamento. Fondamentale, a tal proposito, è stata la possibilità di raccontare e ripercorrere la propria storia di vita, primo passo verso l'elaborazione dei vissuti e delle difficoltà e verso il recupero delle relazioni interpersonali, in particolare il riavvicinamento al proprio nucleo familiare.

Gli operatori coinvolti si sono, infatti, interrogati su cosa significasse il luogo per persone senza dimora e sui cambiamenti osservati in questi individui che da tempo non vivono in un luogo stabile e conosciuto. Osservando poi, in questi soggetti, la difficoltà ad instaurare un rapporto con i servizi istituzionalizzati, gli operatori sono giunti ad ipotizzare e sperimentare un progetto di "psicologia di strada" rivolto ai malati psichici senza dimora.

I luoghi scelti per l'attuazione del progetto sono state le stazioni ferroviarie e la strada vera e propria nei punti in cui si possono incontrare potenziali utenti. Le stazioni ferroviarie sono luoghi di aggregazione e di vita per molti soggetti italiani e stranieri che abitano la città, vivendo ogni giorno i problemi connessi all'esclusione sociale. Sono, dunque, luoghi particolarmente significativi e simbolici per il numero e la tipologia di individui che, quotidianamente, vi cercano risposte a bisogni di sussistenza e relazione.

Gli operatori del progetto si sono rivolti agli utenti utilizzando sia il sapere tecnico che la disponibilità affettiva. Il progetto si è mosso verso la costruzione di un'unità di strada, espressione del tentativo di andare verso l'utenza e non limitarsi ad attenderne l'arrivo, con le finalità di osservare e monitorare i dati raccolti, di riconoscere i bisogni dell'utente e di inviarlo al servizio più idoneo. Si è dunque realizzata una struttura operativa di riferimento, per approfondire la rilevazione dei bisogni.

Questi soggetti possono essere abituati ed abili a chiedere ed ottenere il soddisfacimento dei bisogni primari e fisiologici, ma sprovvisti della capacità di sentire e riconoscere dentro di sé i bisogni più profondi e complessi. Occorre dunque facilitare l'espressione di tali bisogni silenti attraverso la disponibilità affettiva e l'ascolto competente. Ecco perché il soddisfare immediatamente alcuni bisogni ha lo scopo di "agganciare" per poter poi offrire all'utente un luogo con alcune caratteristiche simili a quelle descritte da Winnicott con il concetto di *holding*.

All'interno dell'esperienza di sostegno e di aiuto è stato possibile svolgere una ricerca descrittiva per meglio definire i bisogni e le strategie di coping dei senza fissa dimora, costruendo da un lato una griglia di sistematizzazione dei bisogni, dall'altro un primo strumento di indagine attraverso anche le indicazioni degli operatori. Si debbono considerare l'uno e l'altro strumenti di ulteriore approfondimento e riflessione, soprattutto tenendo conto che durante lo svolgimento del progetto sono stati incontrati 126 senza fissa dimora, di cui solo 15 donne. 38 erano extracomunitari con bassissimo livello di alfabetizzazione in lingua italiana (11 di essi senza documenti di soggiorno).

La diversa tipologia di soggetti ha fatto sì che il periodo di "contatto" andasse dai 3 giorni ai 14 mesi, con evidenti differenze sia nella raccolta delle informazioni che nella reale configurazione dei bisogni, proprio per questo si è scelto di utilizzare a fondamento dei materiali di ricerca solo quanto raccolto con 66 soggetti (di cui 9 donne), il cui periodo di contatto è stato fra i 3 e i 14 mesi. Dai risultati della ricerca emerge una tipologia di homeless, comprendente diverse categorie, ognuna contraddistinta da specifiche richieste e da particolari resistenze (cfr. tab. 1).

Tabella 1 – *Tipologia dei soggetti senza fissa dimora*¹

<i>Tipologia</i>	<i>Numero soggetti</i>	<i>Richieste</i>	<i>Resistenze</i>
Utenti con trascorsi di disturbi psicopatologici documentati	16	Cibo, vestiario, aiuto farmacologico	Restare a dormire la notte nel Centro, narrare la propria storia
Utenti con trascorsi di disturbi psicopatologici autoattribuiti	5	Cibo, vestiario	Restare a dormire la notte nel Centro, dare indicazioni sulla reperibilità
Utenti con dipendenza da alcol	14	Cibo, vestiario, liquori, denaro per acquistarli	Aderire alla richiesta di astinenza se si dorme nel Centro
Utenti con dipendenza da tabacco	41	Cibo, sigarette, denaro per acquistarli	Fissare incontri periodici
Utenti senza nuclei familiari a cui	49	Cibo, vestiario, accudimento	Restare a dormire la notte nel Centro, fissare incontri periodici

¹ Gli stessi soggetti possono rientrare contemporaneamente in più tipologie.

ricondurli			
Utenti con trascorsi di dipendenza da sostanze stupefacenti	7	Cibo, aiuto farmacologico	Fissare incontri periodici, narrare la propria storia
Utenti con alternanza di ospedalizzazione	45	Cibo, vestiario, aiuto nei ricoveri, aiuto farmacologico	Nessuna
Utenti con esperienze di detenzione e reati contro il patrimonio	14	Cibo, vestiario, assistenza legale	Dare indicazioni sulla reperibilità
Utenti con esperienze di detenzione e reati contro la persona	9	Cibo, assistenza, denaro	Fissare incontri periodici
Utenti con domicilio inutilizzato	6	Cibo, vestiario, essere lasciati in strada	Dare indicazioni sulla reperibilità
Utenti senza domicilio in affidamento ai servizi sociali	36	Cibo, vestiario, essere accompagnati ai servizi, aiuto farmacologico	Nessuna
Utenti migranti (senza fissa dimora perché allontanati dal comune di origine)	22	Cibo, vestiario, non essere inviati nel comune di origine	Restare a dormire la notte nel Centro, narrare la propria storia
Utenti che incontrano familiari anche se con scadenza aperiodica	10	Potersi lavare e vestire prima dell'incontro, cibo, avere uno spazio dove incontrarli che non sia la strada	Dare indicazioni sulla reperibilità
Utenti che si rifiutano di incontrare i familiari	35	Cibo, vestiario, essere lasciati in pace, non mortificare i familiari, non organizzare incontri	Restare a dormire la notte nel Centro, socializzare, narrare la propria storia
Utenti che vivono in stazione o nei pressi	20	Cibo, vestiario, cartoni	Confrontarsi con altri, rifiuto di coinvolgere pari
Utenti che vivono per strada lontani dalle stazioni	37	Cibo, vestiario (in particolare scarpe), possibilità di ricovero temporaneo	Fissare incontri periodici, dare indicazioni sulla reperibilità
Utenti che vivono in giardini pubblici	6	Cibo, vestiario usato, luogo caldo durante le notti particolarmente fredde	Restare a dormire la notte nel Centro, narrare la propria storia
Utenti che vivono insieme ad altri senza fissa dimora	4	Cibo, aiuto farmacologico	Narrare la propria storia, rifiuto nel coinvolgere i pari

Lo studio, con esclusive finalità descrittive, ha voluto evidenziare la relazione fra variabili sociodemografiche e alcune variabili (bisogni, percezione del proprio status, sicurezza, disturbi, apertura al cambiamento, malesseri relazionali), attraverso un questionario costruito ad hoc. Tale questionario indaga la percezione dello status del soggetto e dei cambiamenti che vive durante la permanenza nel Centro; si pone obiettivi di implementazione e di valutazione delle prassi operative e della soddisfazione dell'utente, anche in funzione del sostegno ricevuto e percepito; propone stili relazionali e comunicativi; stimola riflessioni sulla dimensione narrativa della propria storia; propone l'autovalutazione della sicurezza

percepita. Ad eccezione della prima parte del questionario dedicato alla raccolta delle informazioni socio-demografiche, le informazioni vengono raccolte tramite l'utilizzo di una scala Likert a quattro punti che va da un minimo di "mai" (punteggio 1) ad un massimo di "spesso" (punteggio 4). Il questionario viene somministrato a distanza di tre settimane dall'inizio di frequentazione del Centro, per intercettare i soggetti più motivati e non quelli che si recano saltuariamente al Centro.

Il questionario è stato somministrato a 102 soggetti, ma si è scelto di utilizzare solo 66 protocolli che individuassero un range di permanenza nel Centro ritenuto soddisfacente ai fini della ricerca (maggiore stabilità negli incontri e nei dialoghi, riconoscimento della struttura, riconoscimento degli operatori). L'età media del gruppo coinvolto è di 47,3 anni, con una deviazione standard di 8,3 anni. Il 21,1% dei soggetti risulta celibe/nubile, il 65,4% sposato, il 4,5% separato/divorziato, il 4,5% vedovo; per il 4,5% non è stato possibile raccogliere informazioni precise. 44 di essi dichiarano di avere dei figli, solo 13 danno precise indicazioni sullo svolgimento delle scuole elementari, 8 delle scuole medie, 4 sul completamento di scuole superiori, 1 di aver conseguito la laurea in filosofia (come confermato dalla famiglia); 51 di aver svolto una o più attività lavorative anche se non sempre contrattualizzate.

Per l'affidabilità del questionario si è calcolata l' α di Cronbach (.74), mentre si è proceduto ad una analisi fattoriale che ha permesso di individuare gli item che saturano la scala: "Ho bisogno di aiuto per andare avanti", "Gli operatori sono disponibili quando ne ho bisogno", "Ci trattano tutti allo stesso modo", "Provo ad aiutare gli altri", "Ascolto le loro storie", "Passo del tempo con gli altri", "La strada è pericolosa", "La notte ho paura", "Non mi fido degli altri". L'analisi della varianza, infine, ci ha permesso di individuare alcuni fit legati alle variabili. Qui è solo opportuno sintetizzare:

- esistono differenze significative fra fasce di età riguardo alla percezione del proprio bisogno di aiuto (media 19; $F=7,19$; sig.=.008);
- esistono differenze significative fra soggetti con disturbi psichiatrici rispetto alla percezione della sicurezza (media -.163; $F=5,18$; sig.=.024);
- esistono differenze significative fra percezione della sicurezza e bisogno di narrare la propria storia (media 18,1; $F=1,32$; sig.=.051).

Nel complesso emerge che la variabile sicurezza percepita è in grado di modificare il bisogno di aiuto e il sostegno percepito, nonché la disponibilità alla narrazione della propria storia. Nel futuro sarà opportuno indagare ulteriormente queste variabili allo scopo di costruire strategie di intervento funzionali.

Sono stati raccolti, inoltre, delle indicazioni operative, suggerite dagli stessi soggetti coinvolti (cfr. tab. 2), i quali potevano fornire più di una risposta.

Tabella 2 – Indicazioni operative emerse dalla ricerca-intervento

Indicazioni di miglioramento	%
Valorizzazione della storia personale	18
Maggiori informazioni	13,5
Maggiore aiuto per strada	40,5
Maggiore presenza durante le notti fredde	4,5

Più punti di raccolta e di aiuto	9
Meno distanza fra il Centro alcuni quartieri	4,5
Più distribuzione di indumenti	13,5
Più distribuzione di farmaci	36
Più occasioni di ascolto	18

6. Conclusioni

I dati raccolti orientano verso interventi che puntino all’empowerment degli homeless, attraverso una ricostruzione del loro rapporto con i servizi sociali, che valorizzi le competenze dei soggetti, riduca gradualmente il bisogno di assistenza e attivi un processo di responsabilizzazione che favorisca il passaggio da una “vita protetta” ad una “vita comune”.

Il progetto realizzato a Palermo sembra essere in assonanza, dunque, con la chiave di lettura del fenomeno dei senza fissa dimora e degli interventi volti ad un loro recupero, proposta da Policicchio e Formentin (2006). Tale contributo focalizza l’attenzione sugli interventi per i senza fissa dimora, operati negli ultimi anni in Italia, portando ad una riflessione critica su obiettivi, processi, esiti. Viene proposta una rilettura dei progetti di intervento, utilizzando gli strumenti concettuali e operativi della psicologia di comunità, in particolare *l’empowerment*. Questo viene inteso sia come processo operativo che coinvolge i soggetti portatori di disagio nella costruzione di un nuovo rapporto con i servizi sociali, sia come obiettivo da raggiungere in un intervento fondato sulla riduzione del danno.

Per ottenere *l’empowering* dei senza fissa dimora, evitando che qualunque aiuto venga solo dall’alto, è stato proposto un metodo relazionale negoziale, che implica una recensione delle competenze (intrapersonali, interpersonali, comportamentali) dei soggetti, promuovendo dei piani individualizzati di intervento, realistici e a termine, per incrementare la consapevolezza critica, il controllo e la partecipazione, tramite gruppi *self-help*, *training*, gruppi progetto, *mentoring*. Inoltre, si vuole fornire una mentalità *empowering* ai servizi, a livello delle organizzazioni e della formazione degli operatori, senza però sostituire gli approcci esistenti, concependo anzi *l’empowerment* come integratore, correttore e moderatore degli interventi attuali. Infine, una valutazione partecipata fra i vari attori (*self report* sulla qualità della vita, sulla soddisfazione per l’interazione con i servizi, *self efficacy*, autostima), per definire e operationalizzare il costrutto di *empowerment* dal punto di vista dei senza fissa dimora.

Un primo passo verso *l’empowerment* confermato dal progetto di Palermo sarà non identificare più in modo semplicistico i fenomeni di povertà con *l’homelessness*, non etichettare più i senza fissa dimora con una definizione in negativo, e quindi concepire la perdita della casa come un’esperienza, che attribuisce tratti comuni a questi individui. Creare dei senza fissa dimora *empowered* non significa spingerli a cambiare del tutto vita, possono piuttosto rimanere in strada, aumentando però il proprio potere personale e la loro possibilità di “essere nomadi” all’interno di spazi condivisi.

Bibliografia

- Acosta, O. & Toro, P. A. (2000). Let's Ask the Homeless People Themselves: A Needs Assessment Based on a Probability Sample of Adults. *American Journal of Community Psychology*, 28, 343-366.
- Bachrach, L. L. (1994). Reflections on mental health service delivery in Canada: One American's view. In L. L. Bachrach, P. Goering, & D. Wasylenki (Eds.), *Mental Health Care in Canada* (87-95). California: Jossey-Bass Inc.
- Bates, D., & Toro, P. A. (1999). Developing measures to assess social support among homeless and poor people. *Journal of Community Psychology*, 27, 137-156.
- Bearsley, C., & Cummins, R. A. (1999). No Place Called Home: Life Quality and Purpose of Homeless Youths. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 8, 207-226.
- Bergamaschi, M. (1997). Il senza dimora all'interno del circuito dell'assistenza. In P. Guidicini, G. Pieretti, & M. Bergamaschi (Eds.), *Gli esclusi dal territorio*, Milano: Franco Angeli.
- Bergamaschi, M. (1999). *Ambiente urbano e circuito della sopravvivenza*. Milano: Franco Angeli.
- Bologaro, G., & Maranesi, T. (1996). Senza dimora e salute mentale: revisione critica della letteratura e alcune indicazioni operative. *Riv Sper Freniatr*, 6, 1200-13.
- Bonadonna, F. (2001). *Il nome del barbone. Vite di strada e povertà estreme in Italia*. Roma: DeriveApprodi.
- Caritas Ambrosiana (1996). *Barboni: per amore o per forza? Senza dimora, esclusione sociale, povertà estreme*. Torino: Gruppo Abele.
- Caritas Ambrosiana (2001). *Le persone senza dimora e i luoghi dell'esclusione: le stazioni ferroviarie*. Milano.
- Goffman, E. (1959). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Tr. it. Bologna: Il Mulino, 1969.
- Grunberg, J. (1998). Homelessness as a Lifestyle. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 7, 241-261.
- Gui, L. (Ed.). (1997). *L'utente che non c'è: emarginazione grave, persone senza dimora e lavoro di rete*. Milano: Franco Angeli.
- Guidicini, P., & Pieretti, G. (Eds.). (1993). *Le residualità come valore. Povertà urbane e dignità umana*. Milano: Franco Angeli.
- Guidicini, P., Pieretti, G., & Bergamaschi, M. (Eds.). (1995). *Povertà urbane estreme in Europa*. Milano: Franco Angeli.
- Guidicini, P., Pieretti, G., & Bergamaschi, M. (Eds.). (1997). *Gli esclusi dal territorio*. Milano: Franco Angeli.
- Guidicini, P., Pieretti, G., & Bergamaschi, M. (Eds.). (2000). *L'urbano, le povertà. Quale welfare*. Milano: Franco Angeli.
- Leticq, B., Anderson, E., & Koblinsky, S. (1996). Social support of homeless and permanently housed low income mothers with young children. *Family Relations*, 45, pp. 265-272.
- Massari, L. (2000). Lavorare con gli homeless. *Animazione sociale*, 141, 70-77.
- Meo, A. (2000). *Vite in bilico. Sociologia della reazione a eventi spiazzanti*. Napoli: Liguori.
- Passero, J., Zax, M. Zozus, R. (1991). Social network utilization as related to family history among the homeless. *Journal of Community Psychology*, 19, pp.70-78.
- Policicchio N., & Formentin S. (2006). *Empowerment e interventi per senza fissa dimora*. 6° Convegno Nazionale Sipco, "Psicologia per la politica e l'empowerment individuale e sociale. Dalla teoria alla pratica", Lecce, 7-9 settembre 2006.
- Roll, C. N., Toro, P. A., & Ortola, G. L. (1999). Characteristics and experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *Journal of Community Psychology*, 27, 189-198.
- Toro, P. A. (1999). Advances in research on homelessness: an overview of the special issue. *Journal of Community Psychology*, 27, 115-117.
- Toro, P. A., & Warren, M. G. (1999). Homelessness in the United States: Policy considerations. *Journal of Community Psychology*, 27, 119-136.
- Toro, P. A., Wolfe, S. M., Bellavia, C. W., Thomas, D. M., Rowland, L. L., Daeschler, C. V., & McCaskill, P. A. (1999). Obtaining representative samples of homeless persons: A two-city study. *Journal of Community Psychology*, 27, 157-177.

- Tsemberis, S. (1999). From streets to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27, 225-241.
- Valtolina, G. (2003). *Fuori dai margini. Esclusione sociale e disagio psichico*. Milano: Franco Angeli.
- Wolfe, S. M., Toro, P. A., & McCaskill, P. A. (1999). A comparison of homeless and matched housed adolescents on family environment variables. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 53-66.