

Importanza della libertà di scelta e del senso di controllo nei servizi per senza dimora: analisi dell'impatto sui sintomi psichiatrici e sull'uso di alcool e sostanze

Il fenomeno delle persone senza dimora si configura come una grave forma di esclusione sociale ed ha dimostrato essere in crescita in quasi tutti i paesi d'Europa. La recente panoramica sull'esclusione abitativa (*Fourth Overview of Housing Exclusion in Europe*) risalente al marzo del 2019, riporta che sarebbero 700mila le persone che, ogni notte, dormono senza un tetto in Europa. Un'altra recente indagine condotta tra cittadini di otto nazioni europee ha evidenziato che il 4,96% dei partecipanti ha sperimentato la condizione di senza dimora durante l'arco della vita (Taylor *et al.*, 2019). In Italia le persone a rischio povertà sono circa 20 milioni (Eurostat, 2016), ed il *trend* relativo a chi vive senza dimora nel Paese stima la presenza di 50.724 persone nel 2014 (ISTAT, 2015).

Nonostante il costante e progressivo espandersi del fenomeno negli ultimi anni (FEANTSA e Fondazione Abbé Pierre, 2019), esiste ancora una grande lacuna conoscitiva che caratterizza la suddetta categoria di persone. Lacuna, questa, che si evince già a partire dalla mancanza in letteratura di una definizione condivisa sul che cosa significhi essere una persona senza dimora (Cortese e Iazzolino, 2016). Punto di riferimento per gli studiosi europei è diventata così la classificazione ETHOS (*European Typology of Housing Exclusion*), che individua quattro diverse situazioni di disagio abitativo:

1. *Persone senza tetto*: tutti coloro i quali vivono per strada o in alloggi di fortuna;
2. *Persone prive di una casa*: individui ospiti in alloggi temporanei, in centri di accoglienza, richiedenti asilo, ecc;
3. *Persone che vivono in condizione di insicurezza abitativa*: coabitazione con amici o famiglia, occupazione abusiva, sfratto esecutivo, ecc;
4. *Persone che vivono in condizioni abitative inadeguate*: coloro i quali si sono stabiliti in luoghi impropri (roulotte, tende, ecc).

Le molteplici conseguenze dell'essere senza dimora devono essere messe in luce per comprendere l'importanza del fenomeno stesso. La condizione di senza dimora, infatti, influenza in maniera significativa la longevità, la salute fisica e mentale ed il benessere (Greenwood *et al.*, 2005). Uno studio italiano condotto nel dormitorio comunale di Padova ha trovato come i senza dimora che vi hanno accesso riportano un peggiore stato di salute mentale, con maggiori livelli di ansia e depressione, una maggiore frequenza di accessi al pronto soccorso e malattie croniche. In generale, circa il 73% del campione dichiara di soffrire di qualche malattia, prime fra tutte polmonite, infarto miocardico ed epatite C (Leverato *et al.*, 2017).

Un dato preoccupante riguarda i tassi di suicidio. Nella ricerca di Eynan e collaboratori (2002) il 66% delle persone senza dimora partecipanti allo studio avevano avuto ideazioni suicidarie ed il 34% aveva messo in atto tentativi di suicidio veri e propri (Eynan *et al.*, 2002). Inoltre, in confronto alla popolazione generale, nelle persone senza dimora si registra una maggiore presenza di disturbi psichiatrici e abuso di sostanze (Aubry, Ecker & Jetté, 2016; Greenwood *et al.*, 2005). Più specificatamente, alcuni studi attestano una prevalenza doppia di schizofrenia, depressione e disturbo bipolare tra le persone che vivono in condizione di senza dimora (Greenwood *et al.*, 2005). L'abuso di sostanze, a sua volta, appare essere legato ad un rischio più elevato di rimanere in una condizione cronica di senza dimora, di incorrere in malattie infettive e di morire prematuramente (Somers, Moniruzzaman & Palepu, 2015; Urbanoski *et al.*, 2017). Ciò che va sottolineato, quindi, è il fatto che coloro i quali presentano problematiche come disturbi psichiatrici ed abuso di sostanze sperimentano conseguenze ancora più negative, rispetto a quelle già associate alla condizione di senza dimora.

Di grandissima importanza è specificare quali sono le pratiche messe in atto per il contrasto del fenomeno perché, come riportato nel *Fourth Overview of Housing Exclusion in Europe*, "come il pubblico risponde all'*homelessness* è parte del problema" (FEANTSA e Fondazione Abbé Pierre, 2019,

p. 20). Recentemente, due sono i modelli di lavoro maggiormente diffusi per contrastare il fenomeno: l'approccio a scalini (*staircase approach* o *Coontinum of Care Model*) e il modello "Housing First".

Lo *staircase approach* è oggi uno dei modelli più usati nel contrasto al fenomeno delle persone senza dimora. Come si evince dal nome medesimo, alla persona viene fornita una sistemazione abitativa più o meno permanente solo se passa attraverso una serie di fasi. Il modello, infatti, si basa sull'assunto che la persona senza dimora debba essere "pronta per la casa", e le condizioni imposte agli utenti affinché questo si verifichi sono, in genere, l'astinenza da sostanze e la partecipazione a trattamenti psichiatrici – laddove necessario – (Collins, Malone & Larimer, 2012). Fallire nel tentativo di conformarsi ai criteri enunciati (ricadere, per esempio, nell'uso di alcol o droga) significa per la persona scendere i gradini anziché salirli, cioè perdere il diritto alla casa (Greenwood *et al.*, 2005).

In letteratura negli ultimi anni è aumentato il *corpus* di evidenze che mette in luce le criticità di un modello di questo genere, che sarebbe poco efficace nella riduzione del fenomeno per diversi aspetti intrinseci al modello stesso (Henwood, Padgett & Tiderington, 2014). Infatti, anche le persone che riescono ad accedere all'abitazione fanno fatica a mantenerla o perché smettono di aderire alle richieste del programma o, comunque, perché preferiscono continuare a vivere per strada in maniera autonoma ed indipendente piuttosto che restare in un servizio che limita la loro possibilità di scelta (Stefancic & Tsemberis, 2007; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004).

Emerge, quindi, la necessità di allargare l'orizzonte verso nuovi modelli che sono oramai entrati a far parte del panorama nazionale ed internazionale, come Housing First (Lancione *et al.*, 2018). Housing First si caratterizza per essere un approccio innovativo perché la persona senza dimora, nel momento in cui entra nel progetto, ha accesso immediato ad un'abitazione permanente. I principi che sarebbero alla base del modello vengono citati da Pleace (2016) nella Guida Europea su Housing First. Partendo dal riconoscimento del diritto alla casa, il modello poggia sul concetto della separazione tra casa e trattamento: non esistono prerequisiti per accedere alla casa e la persona può continuare a rimanervi anche se decide di non sottoporsi a nessun tipo di trattamento (per eventuali sintomi psichiatrici) o continuare ad usare alcool e sostanze. Viene preservato il diritto di scelta dell'utente, che è coinvolto attivamente senza però essere costretto ed ha la possibilità di decidere se e come usufruire del supporto che gli viene offerto (Gaboardi *et al.*, 2019). La finalità ultima del modello Housing First è la promozione del senso di appartenenza e della partecipazione dell'utente nella propria comunità al pari di qualsiasi altro individuo (Ornelas e Duarte, 2016).

Gli appartamenti forniti agli utenti sono individuali, possono essere anche affittati nel mercato privato; sono distribuiti per tutta l'area cittadina e non concentrati in un unico edificio o quartiere per evitare il fenomeno della "ghettizzazione" e per favorire l'integrazione all'interno della comunità.

Con l'ingresso nel progetto l'utente ha la possibilità di usufruire di un'équipe multidisciplinare, disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Gli unici due obblighi a cui i partecipanti devono sottostare sono: contribuire al pagamento dell'affitto con il 30% di quello che si possiede o guadagna ed accettare la visita settimanale dell'équipe nella propria casa.

Nel 2007 l'*U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's* ha inserito l'Housing First nell'elenco delle pratiche *evidence-based* (Szeintuc, 2011). Dati sempre crescenti dimostrano come i tassi di mantenimento della casa e di stabilità abitativa siano attorno all'80%, anche in persone con bisogno elevato di assistenza (Ornelas & Duarte, 2016; Padgett, Gulcur, & Tsemberis, 2006). Housing First ha già dimostrato di avere un'efficacia maggiore rispetto al modello a scalini su di una serie di *outcome* (Gaboardi *et al.*, 2019; Greenwood *et al.*, 2019) tra cui, ad esempio, la qualità della vita e la salute fisica e psicologica (Stergiopoulos *et al.*, 2015). Tuttavia, relativamente alla riduzione dei sintomi psichiatrici e dell'abuso di alcool e sostanze i risultati sono controversi (Somers, Moniruzzaman & Palepu, 2015). Esiti contrastanti mostrano come in alcuni casi il programma porti ad una riduzione effettiva dei sintomi e dell'abuso di sostanze, mentre in altri casi questa riduzione non avviene.

Housing First enfatizza la possibilità di scelta (*consumer choice*) e, nella pratica, è stato dimostrato come effettivamente gli utenti di Housing First percepiscano maggiori livelli di scelta rispetto ai fruitori degli altri servizi (Greenwood *et al*, 2019); la scelta percepita è associata, a sua volta, a maggiori livelli di autonomia e senso di controllo (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004).

Inoltre, in letteratura viene sottolineata proprio l'importanza del senso di controllo (o *mastery*) come fattore di protezione del benessere di un individuo. Il costrutto della *mastery* è stato definito come il «grado con cui gli individui hanno la percezione di controllare i fattori che influiscono in maniera importante sulla loro vita» (Pearlin *et al*, 1981, p. 340). La *mastery* contribuisce alla riduzione degli effetti negativi di numerosi *stressor* (Greenwood *et al*, 2005), correla positivamente con salute e qualità della vita migliore (Kempen *et al*, 1997) e con un miglior funzionamento mentale (Roberts, Dunkel, & Haug, 1994).

L'unico studio nell'ambito della letteratura sull'*homelessness* ad essersi concentrato su possibilità di scelta e senso di controllo è quello di Greenwood e collaboratori (2005). In questa ricerca è stato mostrato come il programma a cui i partecipanti erano stati assegnati (Housing First o Servizi Tradizionali) predice in maniera significativa il livello di scelta percepita che, a sua volta, attraverso la mediazione della *mastery*, è responsabile di una riduzione dei sintomi psichiatrici esperiti dai partecipanti durante un periodo di tre anni.

Relativamente al modello Housing First, nella letteratura di riferimento appaiono poco indagati i meccanismi di azione del programma. Non sappiamo, cioè, *perché* Housing First sembri funzionare e a quali aspetti del modello siano da imputare gli esiti positivi. Per di più, si registra una scarsità di studi in ambito italiano che abbiano approfondito i meccanismi attraverso cui maggiori livelli di scelta possono associarsi ad un maggior benessere negli utenti di servizi per senza dimora.

Il presente elaborato si inserisce nel dibattito sugli effetti che i servizi di housing hanno sull'andamento dei sintomi psichiatrici e sull'abuso di alcol e sostanze, le variabili più refrattarie ad essere modificate e co-occorrenti alla condizione di senza dimora (Stergiopoulos *et al*, 2015). Nello specifico, la ricerca ipotizza che:

- a) l'uso di sostanze, di alcool e i livelli di sintomi psichiatrici sono maggiori nei servizi tradizionali rispetto ai servizi di Housing First; contrariamente, la *mastery* e la *consumer choice* sarebbero percepite come minori da utenti dei servizi tradizionali;
- b) la possibilità di scelta (*consumer choice*) percepita dall'utente e promossa dal servizio incrementa il senso di controllo che la persona sente di avere sulla propria vita (*mastery*) e quest'ultimo, a sua volta, si associa a livelli più bassi di sintomi psichiatrici ed abuso di alcool e sostanze.

Il presente studio ha, quindi, lo scopo di testare uno dei possibili meccanismi di azione del programma: la mediazione del senso di controllo nell'associazione tra la possibilità di scelta e i sintomi psichiatrici, l'uso di alcool e di sostanze. La *consumer choice* contribuirebbe a spiegare la riduzione di sintomi psichiatrici ed uso di sostanze perché si configura come un ingrediente fondamentale del modello Housing First e come una delle principali differenze con il modello tradizionale (Greenwood *et al*, 2005; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004).

Metodo

La ricerca si inserisce all'interno del progetto europeo HOME_EU "Homelessness as unfairness" (2016), finanziato da Horizon 2020, in cui sono coinvolti 12 enti di 9 diversi Paesi Europei: Italia, Portogallo, Olanda, Francia, Svezia, Spagna, Irlanda, Polonia, Belgio. Lo scopo ultimo del progetto è quello di fornire un quadro generale e comprensibile del fenomeno dell'*homelessness*, indagare le differenze tra servizi tradizionali e servizi Housing First attivati nei paesi coinvolti, elaborando linee di intervento efficaci per il contrasto del fenomeno stesso.

Per il presente contributo sono stati usati i dati del campione italiano, raccolti tra Febbraio e Settembre del 2017 attraverso la somministrazione di questionari a persone senza dimora. Il campione in questione conta in totale 84 persone, di cui 71 maschi (84,5%) e 13 femmine (15,5%). 46 (54,8%) partecipanti provengono dai “Servizi Tradizionali” e i restanti 38 (45,2%) da servizi “Housing First”. Relativamente alla procedura di campionamento, tutti gli utenti dei servizi di entrambe le tipologie che si sono dichiarati disponibili a partecipare sono stati inseriti nel campione.

La richiesta del consenso informato a ciascun partecipante ha preceduto l’inizio della misurazione. La somministrazione è avvenuta da parte di operatori formati, seguendo un protocollo comune ai diversi Paesi Europei coinvolti. Ai partecipanti è stato consegnato un buono spesa di 20 euro come incentivo per la partecipazione allo studio. La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica dell’Università di Padova.

Misure

Il questionario somministrato, contenente diverse scale, indaga un elevato numero di variabili. Le scale e le misure usate per valutare le variabili su cui la seguente ricerca si concentra sono presentate qui di seguito.

Proporzione di tempo senza dimora nell’arco della vita: La scala è composta da 4 item che chiedono quanto tempo nell’arco della vita (in mesi) sono stati trascorsi nelle seguenti sistemazioni: dormire in strada/all’aperto; stare in strutture per persone senza dimora; stare in un alloggio precario con il rischio di essere sfrattati; stare in alloggi inadeguati. La misura deriva dalla somma delle risposte date ai quattro item.

Percezione di scelta: per indagare il costrutto della *scelta* è stata modificata la scala creata da Srebnick e collaboratori (1995), in cui i partecipanti sono chiamati ad indicare quanta libertà di scelta sentono di avere su una serie di aspetti della sistemazione e del servizio. La scala si compone di 18 item totali. Sono previste risposte in scala likert da 1 a 5 punti, dove 1 indica “Nessuna scelta” e 5 “Completamente mia scelta”.

Senso di controllo: la scala usata per misurare il senso di controllo è la *Pearlin Mastery Scale (PM)*, formata da 7 item, che intende valutare il senso di controllo che la persona sente di avere sui fattori che influenzano la sua vita (Pearlin *et al*, 1981). I partecipanti devono indicare il loro grado di accordo con le affermazioni riportate su di una scala likert a 4 punti: maggiore è il valore del punteggio totale, più il senso di controllo sperimentato cresce.

Sintomi psichiatrici: Il *Colorado Symptom Index (CSI)* è lo strumento di misura usato per raccogliere informazioni sulla salute mentale dei partecipanti e, nello specifico, sulla frequenza dei sintomi psichiatrici riconducibili, tra le altre cose, a psicosi, depressione, ansia, ideazioni suicidarie ed ideazioni omicide. Gli item sono 14 in totale: un punteggio maggiore indica una maggiore frequenza della sintomatologia.

Uso di alcool e di sostanze: le scale utilizzate per valutare il consumo di alcool e sostanze sono state sviluppate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e sono, rispettivamente, l’AUDIT (*The Alcohol Use Disorder Identification Test*) ed il DUDIT (*The Drug Use Disorders Identification Test*). Gli strumenti si prefiggono lo scopo di individuare coloro i quali fanno un uso eccessivo di alcool e sostanze e hanno sviluppato patterns di consumo pericolosi o possibili dipendenze. Lo strumento prevede un criterio normativo per stabilire se l’utilizzo sia problematico o meno per quella particolare persona. Per l’uso di alcool il *cut-off* è 8 per i maschi e 6 per le femmine; nel caso del DUDIT, invece, visto lo scarso numero di soggetti che presentavano problemi legati all’uso di sostanze, è stato deciso di usare i punteggi solo per ricavare informazioni circa l’uso o meno della sostanza, indipendentemente dalla sua problematicità.

Risultati

1. Valutazioni delle differenze tra gruppi

Sono qui di seguito esposti i risultati relativi al confronto tra Housing First e Servizi tradizionali in relazione alle variabili di interesse per la ricerca e su cui le ipotesi sono focalizzate (Tabella 1 e Tabella 2). Per valutare se le differenze tra i due gruppi risultino significative è stato effettuato il *t-test* per le variabili quantitative della Tabella 1 e il *test di chi-quadro* per le variabili dicotomiche contenute in Tabella 2.

Tabella 1. Medie e deviazioni standard riferite all'intero campione e differenziate per servizio di appartenenza, N=84 per Possibilità di scelta e Sintomi psichiatrici e N=80 per Senso di controllo

Variabili	Media (ds)		Media (ds)	P-value
Possibilità di scelta	2,95 (1,2)	ST	2,00 (0,6)	.000***
		HF	4,00 (0,6)	
Senso di controllo	19,70 (3,9)	ST	18,60 (3,5)	.003**
		HF	21,00 (3,9)	
Sintomi psichiatrici	1,89 (0,8)	ST	2,00 (0,8)	.013*
		HF	1,70 (0,6)	

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Tabella 2. Frequenze nel campione totale, frequenze nei due gruppi e test di Chi-quadrato, N=84 per uso di alcool e N=82 per uso di sostanze

Variabili	N (%)		N (%)	P-value
Uso problematico di alcool	27 (32,2%)	ST	16 (19%)	.569
		HF	11 (13%)	
Uso di sostanze	11 (13,4%)	ST	8 (9,7%)	.232
		HF	3 (0,4%)	

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

Gli utenti di Housing First riportano punteggi maggiori nella possibilità di scelta (p < .001) e nel senso di controllo (p < .01) rispetto agli utenti degli altri servizi ed inoltre, in confronto ad essi, sperimentano minori livelli di sintomi psichiatrici (p < .05). Non emergono differenze significative tra i due gruppi relativamente all'uso di alcool e di sostanze.

2. Influenza della scelta e del senso di controllo sui sintomi psichiatrici

Si è proceduto con il valutare se i sintomi psichiatrici risultassero associati con la possibilità di scelta ed il senso di controllo e se, quest'ultimo, fungesse da mediatore nella relazione tra sintomi e scelta percepita. Per fare ciò sono state seguite le indicazioni di Byron e Kenny (1986), secondo cui perché ci possa essere mediazione devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

1. La variabile indipendente (possibilità di scelta) deve avere effetto sul mediatore (senso di controllo). La Tabella 3 riassume quanto emerso dall'analisi della regressione che vede come predittore la scelta dell'utente (e le variabili di controllo: genere, età, tempo che la persona ha passato come senza dimora e servizio in cui è inserita, analogamente a tutti gli altri modelli valutati) e come dipendente il senso di controllo.

Tabella 3. Modello corrispondente alla prima condizione. Stime coefficienti e significatività degli effetti, N=79. Variabile dipendente = senso di controllo

	β	P-value
Età	-.08	.05

Genere (F)	.21	.85
Gruppo (HF)	.61	.88
Tempo senza dimora	.00	.97
Possibilità di scelta	1.05	.01**

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

La prima condizione appare soddisfatta perché l'effetto della scelta percepita è significativo ($p < .01$).

2. La variabile indipendente (*possibilità di scelta*) deve essere associata alla variabile dipendente (*sintomi psichiatrici*). Questo modello è presentato nella Tabella 4.

Tabella 4. Modello corrispondente alla seconda condizione. Stime coefficienti e significatività degli effetti, $N=79$. Variabile dipendente = *sintomi psichiatrici*

	β	P-value
Età	-.00	.73
Genere (F)	-.19	.60
Gruppo (HF)	-.10	.65
Tempo senza dimora	.00	.41
Possibilità di scelta	-.12	.02*

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Anche in questo caso, questa condizione è soddisfatta. I sintomi psichiatrici si associano negativamente alla percezione di scelta che gli utenti sentono di avere in relazione all'abitazione e al servizio.

3. Il mediatore (*sensu di controllo*) deve avere effetto sulla variabile dipendente (*sintomi psichiatrici*) nel modello in cui viene testato l'effetto combinato del mediatore e della variabile indipendente. La Tabella 5 è riferita a questa condizione.

Tabella 5. Stime coefficienti e significatività degli effetti per il Modello 1, $N=79$. Variabile dipendente = *sintomi psichiatrici*

	B	P-value
Età	-.01	.46
Genere (F)	-.15	.55
Gruppo (HF)	.02	.78
Tempo senza dimora	.00	.17
Possibilità di scelta	-.07	.02*
Sensu di controllo	-.07	.00**

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Vediamo come il sensu di controllo predice negativamente la frequenza dei sintomi psichiatrici ($p < .01$). Inoltre, secondo Byron e Kenny (1986), se tutte le condizioni precedenti sono soddisfatte, nel terzo modello di regressione l'effetto della possibilità di scelta deve essere minore rispetto al secondo modello. Anche nei nostri dati si verifica questa condizione: sebbene l'effetto della scelta si mantenga significativo ($p < .05$), la stima del coefficiente di regressione nel modello che valutava la seconda condizione era di $-.123$ mentre in questo terzo modello è di $-.067$.

4. Dal momento che ci si aspetta che la variabile indipendente predica il mediatore, allora queste due variabili devono essere correlate. La correlazione tra le due risulta significativa e di moderata entità ($r = .36$).

È possibile, quindi, concludere che l'effetto di mediazione del senso di controllo tra la possibilità di scelta ed i sintomi psichiatrici è significativo in quanto risultano soddisfatte tutte le condizioni esplicitate.

3. Influenza della scelta e del senso di controllo sull'abuso di alcool

Per testare l'ipotesi secondo cui la libertà di scelta percepita da parte dell'utente ed il senso di controllo siano associati ad una minore probabilità di fare uso problematico di alcool è stato creato un modello di regressione lineare, dal momento che la variabile indipendente è dicotomica. I risultati del modello sono riassunti in Tabella 6. Precisamente, la tabella contiene gli *odds ratio*: quando esso è inferiore ad 1 per una data variabile sta ad indicare che al crescere dei punteggi di quella variabile diminuisce la probabilità di rientrare nel gruppo che fa un uso rischioso dell'alcool. Punteggi *odds ratio* di 1 implicano assenza di influenza.

Tabella 6. Odds ratio ed intervalli di confidenza per il modello che testa l'effetto della possibilità di scelta e del senso di controllo, N=79. Variabile dipendente = uso problematico di alcool

	OR	95% CI
Età	1.01	.959 - 1.07
Genere (F)	2.44	.662 - 8.966
Gruppo (HF)	.165	.018 - 1.50
Tempo senza dimora	1.00	.998 - 1.01
Mastery	1.03	.897 - 1.20
Consumer choice	1.84	.760 - 4.48

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Dal momento che nessuna delle variabili esaminate sembra predire in modo significativo il consumo problematico di alcool, non si è proceduto all'analisi degli effetti di mediazione.

4. Influenza della scelta e del senso di controllo sull'uso di sostanze

Secondo le ipotesi di ricerca, la scelta percepita dall'utente, incrementando il senso di controllo sulla propria vita, porterebbe ad una minore probabilità di aver fatto uso di sostanze nell'ultimo anno. I risultati del modello di regressione lineare per testare l'ipotesi sono mostrati nella Tabella 7.

Tabella 7. Odds ratio ed intervalli di confidenza per il che testa l'effetto della possibilità di scelta e del senso di controllo, N=77. Variabile dipendente = uso di sostanze

	OR	95% CI
Età	.940	.873 - 1.02
Genere (F)	1.53	.209 - 11.3
Gruppo (HF)	.581	.028 - 12.2
Tempo senza dimora	1.01*	1 - 1.02
Mastery	1.08	.888 - 1.31
Consumer choice	1.22	.375 - 4

$p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

L'*odds ratio* riferito alla proporzione di tempo come senza dimora è l'unico a risultare significativo ($p < .05$): sembra che maggiore sia il tempo che la persona trascorre senza dimora e maggiore sia il rischio di fare uso di sostanze stupefacenti. Anche in questo caso, gli effetti delle variabili di interesse nella ricerca sono ininfluenti sull'uso di droga e, conseguentemente, non si è proceduto con l'analisi degli effetti di mediazione.

Discussione

La presente ricerca ha testato l'ipotesi secondo la quale usufruire di un programma di Housing First riduce la frequenza dei sintomi psichiatrici e la probabilità di fare abuso di alcool e di fare uso di sostanze. Per spiegare questa relazione sono state chiamate in causa la percezione della possibilità di scelta degli utenti, elemento chiave del modello, unitamente con il senso di controllo che questi hanno sulla propria vita, coerentemente con la letteratura precedente sul tema (Greenwood *et al*, 2005).

Sono state riscontrate alcune delle differenze attese tra il gruppo Housing First ed il gruppo Servizi Tradizionali; specificatamente, la percezione della scelta e la *mastery* sono risultati maggiori nei servizi di Housing First mentre i sintomi psichiatrici si sono dimostrati più frequenti per gli utenti degli altri servizi.

Gli esiti relativi alla possibilità di scelta sono perfettamente in linea con quanto emerso dagli studi precedenti: i partecipanti di Housing First sperimentano livelli maggiori di scelta, a prescindere da età, genere e tempo trascorso come senza dimora (Urbanoski *et al*, 2017; Ornelas & Duarte, 2016; Greenwood *et al*, 2005; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004; Tsemberis & Eisenberg, 2000). Lo stesso fondatore del modello Tsemberis dichiara che Housing First “enfatica il rispetto per l’individuo senza dimora e legittima il suo diritto di scelta” (Tsemberis, Gurcur & Nakae, 2004, p. 651), a conferma del fatto che la libertà di scelta dell’utente è uno dei fattori fondanti del modello. Anche a proposito della *mastery*, i nostri risultati sono in linea con quelli di Greenwood e colleghi (2005): i partecipanti di Housing First non solo avvertono una maggiore percezione di controllo rispetto al gruppo degli altri servizi ma sussiste un’associazione tra la *mastery* e l’appartenenza al gruppo Housing First.

L’articolo di Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel e Tsemberis (2005) è anche uno dei pochi a trovare effetti significativi dei programmi di Housing First sui sintomi psichiatrici. Sono molti di più gli studi nei quali, al contrario, Housing First non si dimostra efficace sul versante psicologico e psichiatrico di quanto non facciano gli altri servizi (Urbanoski *et al*, 2017; Somers, Moniruzzaman & Palepu, 2015; Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004). Il presente elaborato si configura proprio come un contributo a questo *corpus* di evidenze: l’analisi delle differenze tra i due gruppi sperimentali dimostra come effettivamente i partecipanti di Housing First sperimentano minori livelli di sintomi rispetto agli utenti dei servizi a scalini.

In relazione ai processi responsabili di minori sintomi psichiatrici, i risultati mettono in evidenza come, considerando il senso di controllo come mediatore, la scelta percepita sia responsabile dei cambiamenti nella *mastery* e come questa, a sua volta, lo sia della riduzione dei sintomi. A livello teorico, infatti, la maggiore libertà di scelta sugli aspetti della propria vita e del servizio, tipica di Housing First, fa in modo che le persone percepiscano un maggiore senso di controllo (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004). Il senso di controllo sulla propria vita è conosciuto in letteratura per essere un importante fattore di protezione per la salute mentale e per il benessere generale degli individui (Kempen *et al*, 1997). Sembra migliorare la qualità della vita e promuovere il processo di recupero (Davidson & Strauss, 1997), esito sperato in qualsiasi programma di contrasto all’*homelessness*. Sarebbe questa la ragione per la quale incrementare il livello di *mastery* porterebbe ad una riduzione dei sintomi psichiatrici. Questi risultati si sovrappongono a quelli già citati di Greenwood *et al* (2005).

I risultati di questo studio evidenziano, ancora una volta, l’importanza di privilegiare programmi di *housing* che diano agli utenti la piena possibilità di prendere decisioni e mostrano come questo aspetto non sia trascurabile nel valutare i risultati dei servizi, soprattutto se vengono considerati *outcomes* di tipo psicologico.

Passando, poi, all’esame dell’uso problematico di alcool e droga, non emergono differenze significative tra gli utenti di Housing First e quelli dei servizi tradizionali.

Gli stessi esiti vengono riprodotti anche nei modelli di regressione: nessuna delle relazioni ipotizzate si realizza e né la *consumer choice* né la *mastery* predicano un cambiamento di qualche tipo nell’uso di alcool e sostanze. Questo risultato non stupisce affatto perché i dati provenienti dalla letteratura sono estremamente contrastanti. Alcuni studi non trovano nessun tipo di effetto del programma sul consumo di sostanze di qualsiasi genere, nemmeno dopo uno o due anni (Urbanoski *et al*, 2017; Tsemberis, Gulcur e Nakae, 2004; Somers, Moniruzzaman e Palepu, 2015). Altre ricerche, invece, arrivano ad esiti discordanti, in cui si realizza un miglioramento nell’ambito dell’uso di alcool ma non in quello delle sostanze e viceversa (Stergiopoulos *et al*, 2015). Il presente elaborato, dunque, si aggiunge alla mole di studi che non sono stati in grado di dimostrare gli effetti del modello su specifiche problematiche, come

quelle appena esaminate. Nonostante il modello Housing First promuova maggiore libertà di scelta, quest'ultima da sola non basterebbe per una riduzione del consumo di alcool e sostanze, i più refrattari da modificare. Proprio per questo motivo, è tuttavia possibile che i cambiamenti in queste aree richiedano una quantità di tempo maggiore e che siano difficili da rilevare anche dagli studi longitudinali che sono stati portati avanti. In aggiunta, alcuni programmi basati sul modello tradizionale hanno registrato un peggioramento nei sintomi psichiatrici e nell'uso di alcool e sostanze (Tsemberis, Gulcur e Nakae, 2004): il fatto che, nel presente campione, per i servizi di Housing First queste variabili si attestino su di un livello costante senza peggiorare potrebbe già essere un buon risultato.

In relazione alle variabili individuali, la proporzione di tempo che la persona ha passato come senza dimora sembrerebbe responsabile dei cambiamenti nel consumo di sostanze molto più della percezione di avere una scelta. Dato che i relativi indici mostrano che maggiore è il tempo come senza dimora e maggiore è la probabilità di consumare droghe, questo potrebbe essere dovuto al fatto che la severità del problema aumenta con l'aumentare dei mesi passati in strada ed è possibile che il consumo sia un'abitudine che si radica col passare del tempo, diventando sempre più difficile da cambiare.

Limiti della ricerca

La ricerca non è sicuramente esente da limiti.

Primo fra tutti, la scarsa numerosità campionaria che non permette di trarre risultati solidi e generalizzabili. In alcune analisi, in aggiunta, si è dovuto ulteriormente ridurre il numero dei partecipanti a causa di dati mancanti. È presente, inoltre, una sproporzione numerica tra maschi e femmine, rispecchiante la proporzione nella popolazione degli *homelessness*. Tuttavia, i risultati sarebbero più rappresentativi se studi successivi cercassero di ridurre questa differenza numerica e tentassero, in aggiunta, di fare un'analisi differenziata sulla base del genere per studiare se gli effetti del programma varino in base ad esso.

Alcuni specifici risultati potrebbero essere stati influenzati dagli strumenti usati, disponibili in inglese e tradotti in italiano. Non è presente, quindi, al momento attuale una validazione italiana dei questionari somministrati ma sono state usate procedure standardizzate per la traduzione, seguendo le indicazioni della letteratura (Beaton *et al.*, 2000).

Le misure usate, inoltre, sono questionari e, nonostante non siano autosomministrati, sono comunque soggetti per definizione ad alcuni problemi che potrebbero aver influito sui risultati, tra cui la desiderabilità sociale, distorsioni del materiale recuperato dalla memoria ed effetti legati alla formulazione delle domande.

Per di più, sono stati considerati solo i dati derivanti da un solo momento nel tempo, non permettendo uno studio longitudinale ed un disegno di ricerca entro i soggetti che avrebbe potuto valutare i cambiamenti nel corso del tempo dei singoli partecipanti.

Per superare suddetti limiti sono state usate strategie, quali: bilanciamento degli utenti nei due gruppi Housing First e Servizi Tradizionali; condivisione del protocollo di ricerca; uso di ricercatori esterni ai servizi e garanzie sull'anonimato dei partecipanti.

Applicazioni pratiche e conclusioni

Gli esiti della presente ricerca confutano gli assunti stessi del *Continuum of Care Model*: fornire, all'individuo la scelta di aderire o meno al trattamento influenza i sintomi psichiatrici nella direzione per cui maggiore è la possibilità di scelta e minori sono i sintomi, al contrario di quanto affermato dal modello a scalini. Infatti, nei servizi di Housing First, in cui si percepisce una libertà di scelta maggiore, i sintomi psichiatrici sono più bassi. Sicuramente bisogna tenere in considerazione il fatto che i sintomi psichiatrici non sono spiegabili solo dalle variabili esaminate, ma sono dovuti ad un intreccio di fattori personali e sociali. Nonostante questo, la ricerca può dire che il miglioramento della sintomatologia è

possibile grazie ad un incremento nella possibilità di scelta piuttosto che un decremento (Greenwood *et al.*, 2005).

Anche le evidenze relative all'uso di sostanze ed alcool, sebbene non confermino le ipotesi, mettono in luce un altro errore di pensiero alla base del modello a scalini, quello secondo il quale lasciare la possibilità di scelta alla persona di decidere se continuare o meno a fare uso di alcool e droga porterebbe ad un aumento del consumo stesso e sarebbe un ostacolo al mantenimento della casa (Greenwood, Schaefer-McDaniel, Winkel e Tsemberis, 2005). Questo risultato non emerge dalla presente ricerca.

Considerando la casa come elemento necessario ad assicurare uno standard adeguato di vita, nonché come diritto, l'*homelessness* si pone come una violazione dei diritti umani fondamentali ed, in quanto tale, come problema sociale a cui bisogna rapidamente dare una risposta. La speranza è quella di influenzare i decisori politici a più livelli affinché si arrivi alla comprensione di quanto il problema dell'*homelessness* abbia necessità di essere trattato nell'immediato e come Housing First rappresenti una valida opzione nei servizi di *housing*.

Nonostante le crescenti evidenze a favore del modello e la sua diffusione sempre maggiore, è necessario tener presente che il modello è lontano dall'essere perfetto. Restano ancora ambiti particolarmente controversi: aree in cui i risultati sono ancora poco chiari sono, ad esempio, l'uso di sostanze e l'integrazione dei partecipanti all'interno della comunità. Poco approfonditi risultano, inoltre, i modi ed i meccanismi di influenza di Housing First sulla vita degli utenti. Sarebbe auspicabile che studi futuri individuino le caratteristiche dei progetti di *housing* che sono responsabili della riduzione o dell'aumento della scelta percepita e del senso di controllo sulla propria vita; nonché che contribuiscano all'identificazione di ulteriori meccanismi di azione e mediatori.

Sono senza dubbio doverose ulteriori indagini, ma, nel complesso, è possibile affermare che è necessario implementare e diffondere sempre più servizi di *housing* che riconoscano il diritto di scelta e promuovano il senso di controllo. Bisogna procedere con un cambiamento di paradigma affinché la persona in condizione di senza dimora venga considerata innanzitutto come una persona.