



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Scienze Politiche

Corso di Laurea Magistrale in
Sociologia e management dei servizi sociali

Classe LM-87

Tesi di laurea

**Le persone senza dimora in Italia. Nuovi profili, modelli di
intervento integrati e criticità tra pandemia e innovazione sociale
a Livorno**

Candidata:

Vittoria Mingoia

Relatore:

Prof. Gabriele Tomei

Anno Accademico 2021-2022

*Alle persone della mia vita
Nei cui cuori troverò sempre un porto sicuro ove rifugiarmi*

Indice

Introduzione	5
---------------------	---

Capitolo 1

Homelessness e homeless: chi sono i senza dimora?

1.1. Persone senza dimora, senza tetto, senza che cosa? Un problema di definizione	8
1.1.1. Povertà estrema e grave marginalità sociale	17
1.2. Complessità dei percorsi biografici: verso una tipologia di homeless	21
1.2.1. Le indagini nazionali sulle persone senza dimora	23
1.2.2. Contributi complementari e tendenze attuali	35

Capitolo 2

Analisi del quadro di policy: caratteristiche e limiti

2.1. Presupposti normativi del quadro di policy	42
2.1.1. La questione della residenza: un diritto da tutelare	47
2.2. Servizi e modelli di intervento per i senza dimora	51
2.2.1. Il modello tradizionale “staircase”	59
2.2.2. Housing first e Housing led	65
2.3. Politiche di sostegno al reddito e misure di contrasto all’homelessness	74
2.4. Quale integrazione per i senza dimora?	82
2.5. Un esempio di innovazione sociale: il progetto HOOD	86

Capitolo 3

Interventi integrati, salute delle persone senza dimora e pandemia

3.1. La necessità di un intervento integrato	91
3.1.1. La presa in carico integrata	95
3.2. Un problema sociale e sanitario: l’integrazione sociosanitaria	101
3.2.1. I determinanti sociali della salute	119
3.2.2. La programmazione sociosanitaria	121
3.3. La mancanza di un tetto durante la pandemia	127

Capitolo 4	
Strategie di contrasto all'homelessness nel territorio di Livorno: un'indagine qualitativa	
4.1. Presentazione dell'oggetto di ricerca	136
4.2. Metodologia e disegno della ricerca	139
4.2.1. Gli strumenti di rilevazione	144
4.3. Analisi dei dati: le evidenze raccolte	147
4.3.1. La precocità della presa in carico	147
4.3.2. Il grado di integrazione della presa in carico	159
4.3.3. Il coinvolgimento attivo delle persone senza dimora	166
4.4. Discussione conclusiva	174
Conclusioni	180
Bibliografia	185
Sitografia	191
Riferimenti normativi	191
Appendice	193

Introduzione

La popolazione senza dimora assume, nel nostro paese, la forma di una realtà silenziosa, ma dirompente. Frequentemente oggetto del dibattito pubblico-politico in veste di problema di ordine e sicurezza pubblica, la questione dell'*homelessness* rappresenta forse uno tra i fenomeni sociali maggiormente oggetto di incomprensioni e fuorvianti processi di stereotipizzazione. L'immagine del *clochard*, del barbone "per scelta" con problematiche di alcolismo o dipendenza – prevalente nell'immaginario comune – viene ampiamente smentita da un'attenta analisi dei dati rilevati su scala nazionale, dai quali si evince immediatamente una forte e complessa multidimensionalità posta a base di tale condizione, in cui, non di rado, la deprivazione abitativa si interseca a forme di grave esclusione sociale e relazionale, in una morsa stringente dalla quale, lo scorrere del tempo in strada, rende sempre più difficile emanciparsi.

Discutere di *homelessness* nell'attuale periodo storico assume, inoltre, ancor più carattere di urgenza: proprio l'avvento della pandemia sembra aver costituito occasione di rinnovato interesse mediatico nei confronti della popolazione senza dimora, specialmente laddove, in corrispondenza dei periodi di *lockdown*, il governo nazionale aveva imposto ai cittadini di rimanere al sicuro presso le proprie abitazioni tralasciando, al contrario, quanti non disponessero di un luogo sicuro ove rifugiarsi.

Sulla base delle premesse effettuate, l'elaborato si articolerà in un percorso logico suddiviso in quattro sezioni concatenate, con l'obiettivo di fornire una panoramica di un fenomeno eterogeneo e multiforme, nei suoi caratteri fondamentali, allo stato attuale in Italia. A tale scopo, il primo capitolo tenterà di individuarne una definizione, ripercorrendo la complessità dei percorsi biografici che inducono alla condizione di *homeless*. In questo modo, sarà possibile estrapolarne alcuni profili in prospettiva diacronica, al fine di comprendere chi siano le persone senza dimora oggi e a quali modificazioni sia stata soggetta la loro composizione nel tempo. Tale operazione sarà accompagnata dall'osservazione delle più recenti tendenze evolutive – anche in connessione alla sfera di influenze generate dalla pandemia – a partire dalle quali nuove povertà e nuovi rischi sociali prendono forma, predisponendo nuove categorie di individui a percorsi di progressiva emarginazione. La pandemia sembra infatti essersi scagliata ancor più violentemente contro le componenti fragili della nostra società, di cui la popolazione senza dimora costituisce, certamente, parte integrante.

A seguire, il secondo capitolo tenterà di ricostruire e di analizzare il quadro di policy entro il quale il fenomeno si inserisce nel nostro paese, in una prospettiva evolutiva tesa ad

evidenziarne le principali caratteristiche, ma anche limiti e criticità. L'intento sarà infatti quello di discutere i principali modelli di intervento adoperati nel settore, dai più tradizionali (lo *Staircase approach* o modello a gradini) ai più innovativi (*Housing first* e *Housing led*, oggetto di recente sperimentazione anche da parte del Network Housing First Italia). Il capitolo includerà inoltre nel suo raggio d'osservazione i risvolti economici dell'*homelessness*, effettuando una disamina delle principali misure di sostegno al reddito, in grado di agire in funzione di supporto nei confronti della popolazione senza dimora (quali, a titolo esemplificativo, il Reddito di cittadinanza). Uno spazio sarà inoltre dedicato ai meccanismi di integrazione di tali individui, nonché ad alcuni principi innovativi nell'approccio al fenomeno oggetto di indagine, dei quali si vuole qui mettere in luce le potenzialità, relativamente ad un'offerta dei servizi coprogettata con l'utenza beneficiaria, capace di agire attivamente sulle persone, favorendo processi di *empowerment* e incrementandone autonomia e capacità di autodeterminazione.

Successivamente, il terzo capitolo si farà portavoce dell'esigenza e dell'opportunità di adottare modelli di intervento integrati, i quali siano in grado (agendo non soltanto sul piano abitativo, bensì lavorativo, socio relazionale e sanitario, laddove necessario) di riconoscere e accogliere la frequente condizione di "fragilità multipla" che accompagna la persona senza dimora, nel tentativo di erogare risposte adeguate alla crescente complessità dei bisogni che la contraddistinguono. Un approccio integrato all'*homelessness*, dunque, il quale permetterà di entrare a pieno titolo nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, con uno sguardo ai principali strumenti di programmazione e ai determinanti sociali di salute, nel tentativo di cogliere rischi e implicazioni per il diritto alla salute delle persone senza dimora (un'area spesso critica, quest'ultima, specie in presenza di bisogni sociosanitari complessi, cui la strada non può in alcun modo offrire tutela e che assume, per tali ragioni, nuova e ancor più forte centralità nell'attuale momento storico). Fondamentale sarà inoltre uno sguardo teso a valorizzare le molteplici realtà del Terzo settore, il cui apporto si è rivelato irrinunciabile anche nel corso della pandemia, laddove, come vedremo, soluzioni innovative sono state ideate dai diversi sistemi di servizi presenti sul territorio nazionale, intravedendo nel Covid-19 non soltanto un ostacolo, quanto piuttosto una sfida volta a scorgere nuove possibilità.

Infine, il quarto ed ultimo capitolo presenterà i risultati di un'indagine qualitativa, condotta secondo il metodo del *case study* e dell'intervista qualitativa aperta, volta ad osservare alcune aree tematiche particolarmente sensibili – emerse durante l'analisi della precedente letteratura – al fine di ricercarne un'applicazione concreta all'interno di pratiche e modelli di intervento messi in campo entro un ambito territoriale determinato: la città di Livorno.

Proprio tali questioni fungeranno da direttrici in grado di orientare la ricerca, con l'obiettivo di approfondire il sistema di contrasto all'*homelessness* caratterizzante la realtà livornese. Il riferimento è dunque ai seguenti elementi di ricerca: la necessità di una presa in carico precoce della persona senza dimora (anche in relazione alla problematica della residenza anagrafica, la quale sembra costituire una zona d'ombra negli interventi di contrasto all'*homelessness*, che verrà opportunamente approfondita nel corso della trattazione); il grado di integrazione tra gli attori e i servizi protagonisti della presa in carico e, infine, la presenza (e le potenzialità) di forme di coinvolgimento attivo dell'utenza nei processi di progettazione ed erogazione dei servizi offerti sul territorio da differenti organismi.

Tali aree d'indagine verranno esplorate attraverso interviste semi-strutturate, somministrate in modalità telefonica a figure di riferimento nel sistema di contrasto all'*homelessness* livornese, provenienti sia dall'ambito pubblico, quali Responsabili dei servizi e Coordinatori d'area impiegati nel Comune di Livorno, sia dal Terzo settore, ad esempio volontari della Comunità di Sant'Egidio, operatori, coordinatori e profili dirigenziali appartenenti alla Cooperativa Sociale Il Simbolo (realità, queste, le quali verranno brevemente introdotte nel corso del quarto capitolo). Obiettivo dell'elaborato è dunque quello di fornire utili spunti di riflessione, ai fini dell'implementazione di processi di intervento efficaci ed efficienti, rispondenti alle peculiari esigenze della popolazione senza dimora. Ciò, nel tentativo di sostenere la necessità di un agire innovativo, teso a riconoscere il diritto all'abitare (seppur non sancito in quanto diritto soggettivo assoluto dalla Costituzione italiana) quale presupposto imprescindibile ai fini di una società più equa ed inclusiva, dunque traguardo meritevole di attenzione politica e legislativa, in direzione di quell'obiettivo *HomelessZero* avanzato nel 2016 dall'omonima campagna, promossa dalla Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora.

Capitolo 1

Homelessness e homeless: chi sono i senza dimora?

1.1. Persone senza dimora, senza tetto, senza che cosa? Un problema di definizione

Nel 2019 la “Quarta panoramica sull’esclusione abitativa in Europa” rivelava che le persone senza dimora erano almeno 700.000 (Fondation Abbé Pierre, FEANTSA). Di queste, ben 50.724 si trovavano in Italia, secondo la più recente indagine nazionale risalente al 2014.

Sebbene ad un primo impatto possa apparire chiaro a cosa – dunque a quali individui – si stia facendo riferimento nel momento in cui si discute di “*homelessness*”, di “senza tetto” o “senza dimora”, è sufficiente constatare la varietà di definizioni con le quali la ricerca, la letteratura, nonché il senso comune sono soliti riferirsi al fenomeno dell’esclusione abitativa, per rendersi conto di quanto, al contrario, la questione richieda un’indagine approfondita, ai fini di una sua corretta interpretazione.

L’*homelessness* si presenta infatti come un fenomeno altamente complesso, il quale per essere analizzato richiede uno sguardo multidisciplinare, svincolato dai comuni pregiudizi¹. In tal senso, risulta forse più opportuno guardare ad esso come uno “spettro”, entro il quale trovano spazio forme di disagio differenti, per natura ed intensità. Tali situazioni differiscono infatti, come verrà argomentato in seguito, sia per percorsi e contesti di vita che hanno accompagnato i soggetti in tale condizione, sia in relazione al fatto che, vivere la marginalità, implica necessità e problematiche multiple e tra loro interconnesse, le quali non attengono necessariamente e in maniera esclusiva alla sola sfera individuale, bensì a quella relazionale, nelle sue diverse sfaccettature (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). È perciò importante chiarire, sin da subito, come i termini impiegati nella descrizione del fenomeno non debbano essere identificati quali categorie etichettanti – dunque, di conseguenza, stigmatizzanti – quanto piuttosto con una condizione complessa entro la quale, soggetti anche completamente diversi tra loro, possono venire a trovarsi condividendo analoghe difficoltà.

Approfondire il fenomeno risulta ad oggi ancor più urgente, specie in relazione all’eccezionale stato di emergenza sanitaria al quale, il mondo intero, ha inaspettatamente dovuto far fronte: proprio nel corso delle fasi di cosiddetto “*lockdown*” – rese necessarie dalla pandemia da COVID-19 – la questione abitativa è emersa in tutta la sua forza, acuendo la necessità di far fronte alla condizione dei senza dimora, con particolare riguardo

¹Uno stereotipo comunemente diffuso concerne, ad esempio, una lettura superficiale dell’*homelessness* come atto di libera scelta.

ai maggiori rischi di contagio implicati dalla mancanza di una adeguata abitazione per queste persone costrette, pertanto, a vivere in luoghi pubblici nei quali è naturalmente stato difficile dare attuazione alle rigide norme di sicurezza imposte dalle autorità, a tutela della salute pubblica (Meo, 2020). Una problematica già presente, quella dell'esclusione abitativa come area di fragilità estrema, tuttavia esacerbata dal Covid-19 (*ibid.*). È dunque su queste basi, che la pandemia ha esteso la fascia dei soggetti in condizione di senza dimora includendone, come vedremo, di nuovi al suo interno.

Sebbene il fenomeno sia contraddistinto, secondo Antonella Meo (2008), da un'entità certamente inferiore rispetto ad altri contesti – quali quello americano e relativamente ad altri paesi europei – anche in Italia è in crescita l'area dei soggetti a rischio di esclusione sociale, legata a precarietà lavorativa e relazionale. Tali motivi rendono di fatto imprescindibile la necessità di far fronte alla questione della deprivazione abitativa, anche al fine di conseguire concretamente quel traguardo *HomelessZero*² che già la campagna promossa da fio.PSD si era proposta di raggiungere. Un traguardo condiviso anche dallo stesso Parlamento europeo, il quale ha infatti dichiarato di voler finalmente porre fine, entro il 2030, ad una problematica così avvilente della dignità e della condizione umana³.

Ciò si rivela tanto più necessario se la società ambisce a realizzare concretamente principi di inclusione sociale, equità, giustizia sociale ed eguaglianza, di cui la stessa Costituzione italiana, nonché numerose leggi negli anni si sono fatte promotrici⁴. Tutelare i diritti di qualsiasi individuo è un dovere morale e giuridico, anche quelli di coloro i quali talvolta, agli occhi della società, sembrano essere “invisibili” (Pellegrino et al., 2011). La rinnovata attenzione, negli ultimi anni, nei confronti del fenomeno affonda infatti le sue radici anche in ragioni di interesse politico, nonché legate alla crescita dello stesso nei contesti delle medie e grandi città italiane (Meo, 2020).

Sulla base delle considerazioni effettuate, prima ancora di tentare di comprendere chi siano gli *homeless* e quali siano le loro caratteristiche peculiari, è necessario circoscrivere semanticamente l'area del fenomeno in questione. L'*homelessness* rappresenta “una delle forme più estreme di povertà nelle società avanzate” (*ibid.* : 7) della quale è perciò fondamentale valorizzare la rilevanza sociale⁵. La stessa Commissione Europea (2010; in

² L'obiettivo fa riferimento alla volontà di “azzerare” il fenomeno dell'*homelessness*.

³ Per approfondimenti: <https://www.europarl.europa.eu/portal/it>.

⁴ Il primo ed irrinunciabile riferimento è qui ai principi fondamentali della Costituzione italiana, i quali sanciscono i diritti inviolabili degli uomini nonché la loro eguaglianza formale e sostanziale e che si rintracciano, rispettivamente, negli artt. 2 e 3 Cost.

⁵ Una povertà tale, come si vedrà, da mettere a rischio gli stessi diritti del cittadino e a causa della quale, neanche la nuda sussistenza può più essere data per scontata (Meo, 2008).

Meo, 2020 : 8) la definisce analogamente nei termini di “una delle forme più estreme di povertà e privazione”.

Tuttavia, l’etimologia del termine affonda le sue radici nei lontani Stati Uniti, laddove per iniziativa di un collettivo di attivisti viene inizialmente impiegato per identificare una questione sociale emersa con forza agli inizi degli anni Ottanta. Una scelta, questa, motivata dall’espansione in tale momento storico dei cosiddetti “poveri di strada”, individui che vagabondavano per le strade della città, in cerca di cibo e rifugi di fortuna (Grande, 2017 : 105; in Meo, 2020 : 7). La stessa attenzione al fenomeno verrà data, nel contesto europeo, soltanto a partire dal decennio successivo, a motivo della crescente differenziazione interna e del suo aumento in termini quantitativi (*ibid.*).

È ormai una consapevolezza pressoché unanime che l’*homelessness* si qualifichi come fenomeno poliedrico e per il quale si evidenzia, anche nella letteratura internazionale, una sostanziale difficoltà nell’individuare una definizione esauriente e inequivocabile (*ibid.*). Ciò, anche in considerazione del fatto che ciascun termine utilizzato nella descrizione di un fenomeno gioca un ruolo nella costruzione sociale dello stesso e, più in generale, della realtà che lo circonda, enfatizzandone alcuni aspetti e trascurandone, al contempo, altri.

Ciononostante, la terminologia utilizzata per identificare e descrivere la condizione di senza dimora è quantitativamente e qualitativamente rilevante – sia sul piano nazionale che internazionale – tanto che si è parlato di *homelessness* e *homeless* nei termini di “*rooflessness*”, “*street homelessness*”, “*housing exclusion*”, “senza fissa dimora”, “senza tetto” e molte altre espressioni (*ibid.*).

La presenza di un lessico così variegato è spiegabile anche in virtù della duplice natura del concetto di *homelessness*, il quale si compone di due elementi principali: il disagio abitativo e il disagio sociale. Queste due anime si pongono tra loro in una complessa interrelazione, in grado di conferire un alone di ambiguità al concetto e di ripercuotersi sulle possibilità di intervento concrete, creando dunque, anche dal punto di vista operativo, maggiori difficoltà in tale direzione (*ibid.*). È tuttavia fondamentale acquisire consapevolezza del fatto che i due fattori menzionati non sono necessariamente presenti nello stesso tempo, in una stessa situazione: le persone senza dimora rappresentano infatti soltanto una parte dell’universo più ampio dell’esclusione abitativa, la quale ricomprende, al contrario, anche individui non affetti da problematiche relazionali o di marginalità sociale (Meo, 2008).

Eppure, le due forme di disagio sono state solitamente analizzate ed enfatizzate nella loro singolarità, facendo sì che venisse a mancare una visione d’insieme in grado di individuarne, al contrario, le inevitabili connessioni (Pleace, 2016; in Meo, 2020). Infatti:

Homelessness in any case is a double problem, a two-fold question in the debate. It refers to housing exclusion and to social marginalization or social exclusion. This duplicity means that research must run along two lines: the problems of housing (exclusion) and those of poverty/social exclusion. It is impossible to exclude one of the two dimensions. To separate the two fields, as has occurred in Italy, is not a good way of treating this duplicity, the resort to additive or disjunctive definitions of the type 'and', 'or', 'also' is elusion of the question (Tosi, 2003: "Conceptualisation problems", b).

In particolare, nel nostro paese il fenomeno è stato interpretato prevalentemente quale problema di povertà estrema ed emarginazione sociale, enfatizzando la componente sociale del disagio, a discapito di quella abitativa. Una tendenza opposta, questa, a quella assunta dalla discussione sull'*homelessness* a livello internazionale, che riconosce proprio alla componente abitativa un rilievo peculiare (Meo, 2008).

È dunque evidente come le definizioni per mezzo delle quali istituzioni, società civile, letteratura – anche internazionale – nonché gli ambiti scientifici e operativi hanno fatto nel tempo riferimento al fenomeno dell'*homelessness* (e conseguentemente anche ai soggetti che si trovano in tale condizione) sono molteplici. Siamo di fronte ad un fenomeno multidimensionale, difficilmente contenibile entro netti confini o categorie rigide (Meo, 2020). Questa è anche la ragione in grado di spiegare la scarsa mole di dati attendibili per i quali si possa effettuare una comparazione, nel tempo e nello spazio: la complessità della questione definitoria si dimostra, infatti, di grande spessore anche per le significative implicazioni sul conteggio dei senza dimora – tendendo ad ostacolarne la rilevazione – nonché sulla conseguente presa in carico degli individui che possono sperimentare tale condizione (Consoli, 2020). Individuare una definizione utile e significativa a descrivere un fenomeno sociale risulta, dunque, un prerequisito fondamentale per evitare distorsioni o letture improprie da parte di ogni ricercatore.

A tal fine – anche in vista dell'elaborazione di *policies* e strategie di intervento efficaci – sembra opportuno soffermarsi sulla relazione esistente tra definizioni e natura del regime di welfare, analizzando come, ciascun sistema, sia in grado di produrre determinate definizioni del fenomeno e come, contemporaneamente, alcune definizioni si riflettano sulle modalità di contrasto dell'*homelessness*. Ciò, a partire da una riflessione sul grado di inclusività dei diversi sistemi e, conseguentemente, su quali soggetti e situazioni vengano incluse o meno in tale definizione, dunque quali siano le motivazioni alla base della produzione di tali definizioni e le loro conseguenze (Tosi, 2003).

In tal senso, un tentativo sistematico di definire l'*homelessness* si è avuto nel 2005 con l'elaborazione della tipologia ETHOS⁶ ad opera di FEANTSA⁷, organizzazione che costituisce, nel contesto europeo, un punto di riferimento fondamentale nella gestione della stessa (Meo, 2020).

ETHOS parte dal presupposto che l'inclusione sociale non possa prescindere dal godimento del diritto all'abitare, fungendo così da riferimento essenziale nella definizione di politiche di contrasto e azioni di monitoraggio del fenomeno e rappresentando, attualmente, la formula definitoria più condivisa sul piano internazionale. È infatti questa la tipologia che le stesse "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia"⁸ elaborate nel 2015 hanno scelto di adottare a modello nelle loro argomentazioni, accolta inoltre dall'ISTAT quale fondamento per la definizione di "persona senza dimora" utilizzata nelle due indagini nazionali, che verranno analizzate in seguito.

L'intento di ETHOS è duplice: da un lato, diffondere adeguate conoscenze circa meccanismi e percorsi dell'esclusione abitativa; dall'altro, stabilire una definizione concettuale misurabile e condivisa dai diversi paesi d'Europa (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). A partire da questi presupposti, viene individuata una griglia concettuale contenente quattro macro categorie attinenti alla grave esclusione abitativa, le quali differiscono per intensità scandendosi, in maniera più dettagliata, in tredici categorie operative, capaci di classificare i soggetti senza dimora mediante l'identificazione e il riconoscimento della relativa condizione abitativa. Tale operazione è resa possibile dall'utilizzo di una serie di indicatori, i quali ambiscono a identificare la grave esclusione abitativa. Secondo ETHOS infatti, la condizione di *homelessness* si manifesta laddove sussista la mancanza di tre ambiti, volti a rappresentare il concetto di casa e di abitare, i quali fungono da precondizioni per una piena abitabilità: l'ambito fisico, inerente alla possibilità di poter disporre di un alloggio o di un adeguato spazio in cui, i propri bisogni, possano trovare risposta assieme a quelli della propria famiglia; l'ambito sociale, che sia idoneo a consentire la tutela della propria privacy, dunque a preservare la sfera delle relazioni sociali; l'ambito legale, tale per cui si possa, infine, disporre in via esclusiva della propria abitazione, con annesso titolo legale di godimento e sicurezza di occupazione (Meo, 2020).

⁶ Acronimo inglese traducibile con l'espressione "Classificazione Europea sulla grave esclusione abitativa e la condizione di persona senza dimora".

⁷ "Federazione Europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora".

⁸ Si ricordi che esse hanno rappresentato il primo documento ufficiale di programmazione nazionale nell'ambito dell'*homelessness*.

La situazione più grave si riscontra proprio nella casistica delle persone senza dimora, per le quali si configura una condizione di esclusione abitativa totale.

Sulla base di queste premesse, essere esclusi da uno o più dei suddetti ambiti predispone, a sua volta, una vasta gamma di situazioni di povertà abitativa, che includono molteplici categorie:

- *Senza tetto*: individui che si trovano in strada o che trovano riparo presso sistemazioni di fortuna, si avvalgono di dormitori o strutture di accoglienza notturna;
- *Senza casa*: coloro che usufruiscono dell'ospitalità entro strutture apposite per i senza dimora, ma anche una serie di categorie fragili quali ad esempio donne vittime di violenza, immigrati, rifugiati, soggetti che attendono di essere dimessi da un'istituzione oppure, ancora, persone beneficiarie di interventi di sostegno di lunga durata, poiché senza dimora;
- *Sistemazioni insicure*: qui si collocano gli individui che alloggiano in sistemazioni non garantite, che vivono nel rischio costante di perdere la propria abitazione o di essere vittime di violenza domestica;
- *Sistemazioni inadeguate*: categoria in cui rientrano tutti quei soggetti che vivono in abitazioni inadeguate rispetto agli standard abitativi oppure in strutture temporanee, in alloggi impropri o in condizioni di estremo sovraffollamento.

La tipologia ETHOS ha pertanto rappresentato un tentativo di comprensione più approfondita ed esauriente del fenomeno, prendendo in considerazione le varie configurazioni che possono venire a determinarsi nel momento in cui, a mancare, non sono soltanto tutti e tre i domini discussi simultaneamente, ma anche soltanto uno di essi. È così che ETHOS riesce a includere al suo interno le diverse condizioni personali – dovute a difficoltà economiche e sociali – in grado di determinare un disagio abitativo e di esporre le persone ad un maggior rischio di esclusione sociale. Ciò, pur non riuscendo a fornire il giusto riconoscimento alle peculiarità dei contesti locali, tralasciandone al contrario le implicazioni non solo psico-sociali, bensì economiche e culturali, che contraddistinguono la grave emarginazione (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

ETHOS si è pertanto dimostrata uno strumento dai pregi molteplici: dalla capacità di fornire una lettura globale della problematica abitativa⁹ (*ibid.*), all'aver intuito la presenza

⁹ La globalità si esprime qui nella capacità di promuovere una concezione ed una attuazione della presa in carico dei soggetti che ambisce all'inclusione sociale, la quale non prescinda dalla presenza

di una quota nascosta di *homeless*¹⁰ e individuato una definizione di *homelessness* ed esclusione abitativa che raccordasse le diverse prospettive nazionali, superando un'immagine statica del fenomeno (ISTAT, 2014). Ulteriore merito della classificazione consiste nell'aver ampliato l'osservazione del fenomeno oltre le manifestazioni più estreme dell'esclusione abitativa, al fine di meglio comprendere le dinamiche sociali e i cambiamenti che lo caratterizzano, rendendolo così eterogeneo (Meo, 2020). Infatti, in assenza di una definizione condivisa, a lungo l'ambito del *policy making* internazionale ha ritenuto la deprivazione abitativa elemento sufficiente per qualificare un soggetto come *homeless* (Edgar e Meert 2013, in Meo, 2020). Tuttavia, negli ultimi decenni il fenomeno ha cominciato ad essere osservato non più esclusivamente mediante il filtro della residenzialità o della stanzialità, bensì attraverso la lente dei rapporti sociali, carpendone anche la dimensione relazionale di sradicamento dal tessuto sociale e i tratti di disaffiliazione sociale (Castel, 1993; in Meo, 2020), dunque di indebolimento dei *network* sociali, i quali verranno approfonditi in seguito.

La definizione ETHOS è stata inoltre predisposta a adattamenti annuali incrementali, volti a cogliere le inevitabili dinamiche evolutive di un fenomeno in costante divenire nei paesi europei e del quale diviene pertanto necessario indagare i fattori di vulnerabilità (ISTAT, 2014). Ciononostante, la questione definitoria non può dirsi definitivamente chiusa: permangono infatti problematiche di classificazione legate a condizioni incerte o temporanee (si pensi a quanti vivono in insediamenti informali o in edifici occupati) (Meo, 2020).

In collegamento alla problematica poc'anzi accennata, l'individuazione di una definizione operativa condivisa a livello europeo non rappresenta soltanto lo scopo di tale tipologia, bensì una necessità imprescindibile ai fini di rilevazioni dei dati comparabili anche al di fuori dei confini nazionali, soprattutto se si considera come ciascun termine sia in grado di veicolare significati diversi nonché, eventualmente, pregiudizi screditanti e fuorvianti (Filippini, 2007).

Un filo rosso connette però le diverse definizioni. Alla base di tale fenomeno vi sono una serie elementi in grado di accomunare queste ultime: in primo luogo, una irriducibile multifattorialità dei percorsi di emarginazione, che vede la concorrenza di molteplici elementi ed eventi biografici nel predisporre l'entrata nella condizione di senza dimora; un

e dalla possibilità, per le persone, di fruire di una sistemazione idonea (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

¹⁰ È necessario riconoscere l'esistenza di una porzione di persone in condizioni di disagio abitativo che sfugge alle rilevazioni, non usufruendo dei servizi messi a disposizione dallo Stato e dalla società civile.

percorso di emarginazione progressiva, favorito dall'interazione degli aspetti appena citati; non riuscire con facilità ad instaurare e preservare relazioni significative e, infine, l'essere esclusi dalle prestazioni fornite dal welfare. Tutti questi elementi contribuiscono ad una rappresentazione multiforme del disagio, legata ad una condizione di povertà non solo materiale, bensì immateriale (ISTAT, 2014).

Per tali ragioni, ad oggi parlare di “senza tetto” (in collegamento agli stati di dipendenza e di malattia mentale) non appare più un'espressione adeguata a descrivere la complessità di un fenomeno che non può continuare ad essere interpretato unicamente mediante categorie appartenenti al mondo della salute (dunque attraverso un processo di medicalizzazione)¹¹ o attraverso l'esclusiva osservazione dell'aspetto economico e materiale; è invece oggi necessario analizzare anche il ruolo della comunità territoriale in cui il cittadino si colloca (*ibid.*)

Analizzando in particolare il contesto italiano, è facile constatare come anche in esso sussistano una pluralità di termini, volti a rappresentare il fenomeno (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). Se sul piano internazionale la questione terminologica ha ormai consolidato l'uso del termine *homeless*, in Italia invece la discussione risulta più controversa (Pellegrino, 2011).

Nel nostro paese si inizia a far luce sul fenomeno soltanto nel primo convegno nazionale dell'ottobre 1990, svoltosi a Bologna e durante il quale si affaccia sul panorama dell'*homelessness* la allora nascente Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora, d'ora in avanti fio.PSD (*ibid.*). A quel tempo, il fenomeno veniva unicamente ricondotto ad una definizione dal sapore amministrativo-burocratico, quella di “senza fissa dimora” dal momento in cui, in quella fase storica, l'Italia non disponeva ancora di adeguati riferimenti, né sul piano normativo, né su quello accademico o di senso comune (*ibid.*).

Tuttavia, nel tentativo di fornire una definizione, due sono stati i filoni principali, i quali hanno tenuto in considerazione aspetti differenti (Tosi, 1996; in Pellegrino, 2011). Un primo filone si identifica nelle molte formule utilizzate nel nostro paese per descrivere e trattare l'*homelessness* come “carenza o mancanza” di qualcosa: si pensi alla formula appena discussa “senza fissa dimora”¹² impiegata laddove, il soggetto in questione, non sia

¹¹ Con tale termine si intende fare riferimento al concetto, di origine foucaultiana, secondo il quale numerose problematiche sociali che possono presentarsi nella vita umana vengono lette, spesso, in chiave medica e di conseguenza trasformate in vere e proprie patologie da curare; un'estensione della conoscenza medica e delle sue pratiche, dunque, che oltrepassa finalità e confini tradizionali, con implicazioni rilevanti sul piano individuale e collettivo (Biancheri, 2019).

¹² Fattispecie che, in base alla legge 24 dicembre 1954, n. 1228 “Ordinamento delle anagrafi della popolazione residente” trova applicazione nel caso di nomadi, commercianti ambulanti, giostrai, individui privi di residenza o domicilio stabili, ma non necessariamente in condizioni di

in condizione di poter dichiarare un domicilio abituale, trovandosi perciò sprovvisto di residenza anagrafica e possedendone, tutt'al più una fittizia (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015); si vedano le espressioni *clochard*, “barbone”, che incentrano la lettura del fenomeno sulla libera scelta del soggetto; più in generale, basti rammentare la descrizione dell'*homelessness* come forma di povertà estrema, di grave emarginazione adulta, esclusione abitativa, sociale (*ibid.*). Si è poi parlato anche di “senza ambiente” (Martinelli, 1995; in Pellegrino, 2011) o “senza territorio” (Berzano, 1992; in Pellegrino, 2011): definizioni queste, che sottolineavano con forza la dimensione privativa della condizione di *homeless* per cui, persone ritenute prive di un elemento o di un altro, hanno finito per ritrovarsi deprivate dei propri diritti di cittadino. Ciò, finché un'espressione più comprensiva ha iniziato a diffondersi tra le definizioni ufficiali, quella di “persona senza dimora” (Pellegrino, 2011), mostrandosi in grado di cogliere gli aspetti di *home* piuttosto che di semplice *house*, dunque di interpretare la casa non come mero edificio, quanto ancoraggio dell'individuo alla società, il quale consente l'instaurarsi di relazioni significative (Meo, 2008).

Un secondo filone fornisce invece una definizione del fenomeno maggiormente incentrata sulla problematica abitativa, dunque sull'assenza di una *house* che rispetti gli standard e si dimostri in grado di assicurare sicurezza e relativi diritti. Ciò, al prezzo di tralasciare e porre sullo sfondo la condizione umana implicata da tale posizione abitativa (Pellegrino, 2011). Si è parlato in proposito di persone prive di sistemazioni, oppure in condizioni alloggiative inaccettabili (Tosi, Ranci, 1995; in Pellegrino, 2011).

Attualmente, il costrutto più diffuso nel dibattito italiano sull'*homelessness* è proprio quello di “persona senza dimora” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015), alla cui proliferazione ha certamente contribuito, con la sua stessa denominazione, anche la stessa fio.PSD. Con tale espressione, si intende superare la concezione materialistica accennata – della casa come struttura all'interno della quale disporre di uno spazio – per riconoscerla, piuttosto, quale luogo intimo e personale, contraddistinto da stabilità e sicurezza, che permetta ad una persona di esprimersi appieno e senza vincolo alcuno (*ibid.*). Una simile prospettiva si rivela in grado di dare spazio anche ad elementi immateriali (quali la dimensione sociale, culturale, psicologica e di appartenenza ad una comunità) che, inevitabilmente, l'abitare comporta (Meo, 2008). In particolar modo in Italia, l'espressione senza dimora si è identificata frequentemente con soggetti socialmente emarginati, deprivati e contraddistinti da tratti di de socializzazione (Tosi, 2003).

deprivazione al pari delle persone senza dimora (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

La difficoltà a definire il fenomeno riflette, ad ogni modo, una irriducibile eterogeneità interna, legata ai fenomeni più ampi e strutturali che attraversano la società (Meo, 2020): si pensi, ad esempio, ai processi di flessibilizzazione dell'economia e di precarizzazione sociale, ai massicci flussi migratori, oltre naturalmente al più ampio quadro di *policy* nel quale il fenomeno si inserisce (Meo, 2008).

Assecondando pertanto la posizione di fio.PSD, la scelta nella presente trattazione è quella di adottare la definizione di “senza dimora”, la quale si dimostra andare oltre la sola anima abitativa della problematica, per cogliere anche gli elementi di marginalità sociale che purtroppo questa, spesso può implicare. A contraddistinguere lo status dei senza dimora non è infatti il “semplice” disagio abitativo, quanto piuttosto una sua manifestazione che si iscrive all'interno di una cornice più ampia di povertà estrema, fondata su un bisogno urgente e indifferibile poiché strettamente connessa alla sopravvivenza stessa della persona (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). Abituarsi alla vita in strada, o in ogni caso ad una condizione abitativa instabile e precaria impatta, infatti, in maniera significativa sulla vita di questi soggetti, esponendoli a tassi di malattia maggiori, nonché ad una ridotta speranza di vita rispetto al resto della popolazione ed a una più elevata vulnerabilità ad atti di violenza e illegalità (*ibid.*).

È sulla base di queste considerazioni che, come si argomenterà nei capitoli a seguire, l'esigenza primaria della politica sociale è quella di provvedere, al più presto, ad una sistemazione abitativa idonea e dignitosa per ogni persona senza dimora, dunque alla stesura di un progetto personalizzato sulla base delle sue esigenze, con irrinunciabili finalità di reinserimento ed inclusione sociale (*ibid.*).

Acquisire un'opportuna conoscenza di un fenomeno così composito e differenziato, per darne la lettura più aderente possibile alla realtà, si rivela perciò un obiettivo essenziale anche allo scopo di un progressivo miglioramento delle strategie di contrasto e prevenzione degli interventi nel settore, affinché essi rispondano agli obblighi morali e legali inerenti ai diritti umani e sanciti anche dalla normativa internazionale (ISTAT, 2014).

1.1.1. Povertà estrema e grave marginalità sociale

“La presenza delle persone senza dimora costituisce al tempo stesso la punta più tangibile nella povertà ed il lato più invisibile delle politiche sociali” (Pellegrino, 2011 : 11).

Parole dense di significato, in grado di rendere conto di quello che rappresenta lo sfondo concettuale all'interno del quale si inserisce il fenomeno dell'*homelessness*: la povertà e, in particolare, la povertà estrema.

Sin dalle prime ricerche, in una fase storica come gli anni Ottanta in cui la questione della povertà stava tornando in auge a motivo di un sensibile incremento, l'*homelessness* è stata infatti interpretata entro una cornice di problematiche quali l'estrema povertà, la grave emarginazione e l'esclusione sociale (Meo, 2020). Sono infatti queste, generalmente, le caratteristiche che accomunano molti individui senza dimora: trovarsi in una condizione di povertà estrema, tale per cui la propria posizione sociale appare caratterizzata da una più o meno forte marginalità, che espone in modo significativo al rischio di esclusione sociale. Se la povertà viene definita nei "Principi guida delle Nazioni Unite su povertà estrema e diritti umani", adottati dal Consiglio dei Diritti umani delle Nazioni Unite il 27 settembre 2012 come "una condizione umana caratterizzata dalla privazione continua o cronica di risorse, capacità, opzioni, sicurezza e potere necessari per godere di un tenore di vita adeguato e dei diritti civili, culturali, economici, politici e sociali" (in Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015 : 15), la povertà estrema si identifica invece in "una combinazione di penuria di entrate, sviluppo umano insufficiente ed esclusione sociale" (*ibid.*): una condizione, quest'ultima, in grado di ostacolare l'esercizio o la riacquisizione dei diritti di cui ciascun cittadino dovrebbe godere, ma che nella pratica si vede negati, per una perdurante assenza di sicurezza (ISTAT, 2014). Un paradosso questo, in un mondo che contrappone un progresso inesorabile alla retrocessione dei diritti dei cittadini.

Tuttavia, sebbene queste caratteristiche possano riguardare anche fasce di popolazione più estese rispetto ai soli *homeless*, resta pur vero che laddove sussista un disagio abitativo si manifestano anche, non di rado, espressioni concrete di povertà estrema. Per tale ragione, le persone senza dimora non rappresentano altro che la "punta di un *iceberg*" (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015 : 15): l'*iceberg* dell'esclusione sociale.

Si rivela dunque di primaria importanza ricondurre la marginalità sociale all'attenzione dei processi di solidarietà istituzionale, riaffermando la necessità di leggere l'*homelessness* anche come problema pubblico (Meo, 2020) e non come interesse esclusivo dell'azione volontaria dei cittadini (per quanto, quest'ultima, rappresenti anch'essa una componente fondamentale nel suo contrasto) (ISTAT, 2014). Solo in questo modo diviene possibile fornire una lettura complessa e in grado di scindere il fenomeno dalla sua rappresentazione sociale stereotipata (*ibid.*), così da renderlo visibile agli occhi delle istituzioni, quindi oggetto di adeguati interventi.

Processi di intensa disgregazione sociale attraversano ancora oggi le nostre società industriali avanzate, per cui la condizione di forte deprivazione – non solo abitativa, ma più in generale materiale, nonché relazionale o addirittura identitaria – impediscono il godimento dei diritti annessi ad una piena cittadinanza sociale di una parte di popolazione,

ricca (per varietà di caratteristiche) ed eterogenea, alla quale è opportuno riconoscere la dovuta attenzione, anche e soprattutto sul piano istituzionale (Pellegrino, 2011).

La marginalità si identifica infatti, in misura sempre maggiore, nell'estromissione dai processi istituzionali, produttivi e culturali, quale processo che non di rado funge da preludio all'espulsione dalla società stessa di tali individui, circoscrivendoli in aree specifiche e separate dal resto della società (si pensi ad esempio alle carceri, ai ghetti urbani etc.) (Tomei, 2011). È così che “la marginalità è [...] l'eliminazione del deviante attraverso la sua segregazione, la risoluzione dei processi di emarginazione attraverso l'occultamento dei marginalizzati alla vista degli inclusi ma anche (e soprattutto) alla loro stessa capacità di vedersi in quanto persone” (Castel, 2007; in Tomei, 2011 : 105).

Dunque, quali sono i processi attraverso cui i marginali subiscono processi di occultamento? La spersonalizzazione è certo il più forte: l'identità (sia sociale che individuale) viene svuotata, ponendo i senza dimora in una condizione di impossibilità all'azione formale, legale e regolare (Tomei, 2011). Trovarsi in una posizione di marginalità rispetto alla società induce allora ad una condizione di “non-essere-più-persona” (*ibid.* : 105), in cui i soggetti vivono all'interno della società ma venendone costantemente esclusi e diventando, pertanto, invisibili, cosicché l'emarginazione corrisponde alla negazione dei diritti e delle identità, a processi di stigmatizzazione debilitanti e destrutturanti (*ibid.*). Le politiche sociali di contrasto alle povertà estreme odierne si confrontano perciò con una nuova accezione di emarginazione e marginalità, mettendo in luce il legame inscindibile tra conoscenza e intervento (*ibid.*).

Secondo l'art. 6 della Carta dei Valori fio.PSD (Cortese, 2016), la grave emarginazione si presenta inoltre quale fenomeno fortemente complesso, dinamico e multiforme, sconfinante ben oltre i semplici bisogni primari della persona, capace di coinvolgerne la più ampia sfera di necessità e aspettative, anche di natura relazionale e affettiva, nonché emotiva.

Vivere la condizione di senza dimora significa pertanto trovarsi, talvolta, in uno stato non solo di esclusione abitativa, bensì anche di esclusione sociale ed essere socialmente esclusi può indurre il soggetto a un graduale isolamento, rispetto alle diverse componenti del sistema sociale entro il quale si trova inserito (ad esempio il sistema politico e normativo, quello economico, nonché culturale e, più in generale, sociale) (Pellegrino, 2011).

Quando e come, allora, l'esclusione si trasforma in emarginazione? La transizione avviene nel momento in cui ci si ritrova privati degli abituali ruoli e delle usuali funzioni, dunque delle relative risorse, non solo materiali ma anche immateriali, sociali e relazionali: si tratta di un processo che può comportare, inoltre, una perdita di capacità e autonomia personale,

fino al rischio di venire espulsi dal tessuto relazionale e civile, con significative implicazioni anche sull'esigibilità dei diritti e sul loro godimento (*ibid.*). L'esclusione sociale rompe il legame che interconnette individuo e società, originando in tal modo processi di disgregazione sociale che minacciano il grado di integrazione del soggetto, entro un contesto di appartenenza.

Tuttavia, come precedentemente argomentato, parte integrante del retroterra concettuale dell'*homelessness* concerne la povertà. Un riferimento centrale nel suo studio è rappresentato, indubbiamente, dal pensiero di Simmel (1908/2011; in Leonardi, 2020): della condizione di povero, l'autore evidenzia la natura relazionale e socialmente costruita, dimostrando come il concetto di povertà assuma significato solo nella relazione con gli altri, manifestando, forse troppo spesso, la tendenza a conferire una nuova identità ai soggetti, l'identità di povero. Non si dimentichi inoltre, che gli stessi servizi resi disponibili nel settore dell'*homelessness* giocano un ruolo fondamentale nella costruzione dell'identità dei loro stessi utenti (*ibid.*). Nel momento in cui si discute di tale fenomeno è pertanto fondamentale riferirsi agli individui coinvolti sempre in qualità di "persone", al fine di sottolineare come, l'essere privi di una stabilità abitativa, costituisca per questi soltanto una tra le tante caratteristiche personali e non, al contrario, una fonte di riconoscimento identitaria (Honneth, 2007; in Leonardi, 2020).

Tuttavia, neanche la povertà rappresenta un fenomeno statico: il concetto di vulnerabilità si rivela in grado di coglierne la dinamicità, ponendo l'accento sulle cosiddette "carriere di povertà" (Pellegrino, 2011 : 18) dunque su quei percorsi di progressiva emarginazione che inducono all'esito più drastico, la perdita della propria dimora. È infatti soltanto cogliendo la fluidità della povertà ed il suo costante divenire che si rende possibile superare il limite di un'interpretazione mono causale dei suddetti percorsi, la quale attribuisce ad un unico evento – il cosiddetto "evento precipitante" – lo scivolamento nelle condizioni di senza dimora, agevolando al contrario una lettura multidimensionale del fenomeno, in grado di cogliere il combinarsi di molteplici avvenimenti biografici che possono spingere il soggetto in una condizione di disaffiliazione sociale (*ibid.*). Tant'è vero che in letteratura si è parlato inoltre di "fasi di precipitazione", le quali possono manifestarsi nella vita di un individuo, accompagnandolo verso l'emarginazione (*ibid.* : 23). Una concezione, questa, forse ancor più in grado di cogliere la dinamicità dei processi di esclusione che possono precipitare il soggetto nello stato di senza dimora.

L'*homelessness* sembra allora rappresentare il punto di arrivo, piuttosto che di partenza¹³, di un percorso di progressiva emarginazione avviato da problematiche di natura non abitativa: si pensi ad esempio alla mancanza di un lavoro o di uno stato di buona salute, oppure di una piena integrazione nella società etc. (Meo, 2020). In particolare, il concetto di esclusione sociale assume significato nel momento in cui la persona, così gravemente deprivata dal punto di vista materiale, non viene più riconosciuta come cittadino (Negri, 1991; in Meo, 2020) perdendo di conseguenza la possibilità di prendere parte alla vita sociale della comunità e manifestando quello che Meo (2020 : 15) definisce il “nesso fra sindrome della povertà e crisi di cittadinanza”.

Ma chi sono i senza dimora? Quali presupposti, quali aspetti di difficoltà possono sfociare in una simile condizione? Sono queste le domande alle quali si propone di rispondere il prossimo paragrafo. Pertanto, al fine di progettare gli interventi più opportuni nel contrasto alla grave emarginazione, si rivela di fondamentale importanza indagare le traiettorie biografiche dei soggetti, così da coglierne quelli che Amartya Sen descrive come i loro “funzionamenti” (Pellegrino, 2011).

I dati verranno analizzati in una prospettiva diacronica, tentando di fornirne una lettura dinamica che tenga conto del mutamento dei profili delle persone senza dimora nel corso del tempo, dunque dei relativi percorsi di emarginazione.

1.2. Complessità dei percorsi biografici: verso una tipologia di homeless

Come anticipato addietro, essere senza dimora non equivale a far parte di una categoria omogenea di individui con medesime caratteristiche, quanto piuttosto di una fascia di popolazione composita e internamente differenziata per storie personali, stili di vita, caratteristiche individuali e molte altre variabili, tali per cui il fenomeno può essere definito soltanto in maniera multidimensionale, nella sua intrinseca e irriducibile complessità (Pellegrino, 2011). È in questa prospettiva che assume pieno significato un'analisi delle caratteristiche e dei percorsi di emarginazione dei soggetti senza dimora.

Grazie alla prima generazione di ricerche in tale ambito¹⁴, la concezione dell'*homelessness* come libera scelta viene finalmente scardinata: da quel momento, le indagini cominciano a concentrarsi non più sulle persone (intese come quei soggetti di cui si tendeva a voler sottolineare le carenze e i tratti “patologici”, caratteriali, quando non addirittura morali)

¹³ Tale espressione non deve intendersi in modo statico, poiché la condizione di *homeless* non è irreversibile.

¹⁴ Tali indagini hanno avuto luogo tra la fine degli anni Ottanta e gli anni Novanta. Per una panoramica sui primi contributi di ricerca di stampo sia nazionale che locale, si vedano ISTAT, 2014 e Pellegrino, 2011.

bensì sulla vita in strada, per poi spostare nuovamente l'attenzione, in seguito, sulle dinamiche sociali ed i processi sottostanti, insieme alle circostanze strutturali in cui il fenomeno si origina. Vivere in strada non è quasi mai il frutto di una scelta meditata o di un unico evento scatenante, quanto piuttosto l'unica via percorribile a seguito del concatenarsi di una pluralità di fattori – sia individuali che di natura socioeconomica¹⁵ – e di avvenimenti di vita, come esito talvolta inesorabile e non riducibile ad una logica di causalità lineare (Meo, 2020). È proprio a partire dalla consapevolezza della stretta interdipendenza tra queste due tipologie di fattori, che le persone senza dimora – e più in generale emarginate – hanno smesso di essere osservate come individui “colpevoli” bensì portatori, all'opposto, di un determinato ruolo sociale (Gaboardi e Santinello, 2020 : 134). Stando agli studi più recenti, siamo in presenza di un fenomeno dai confini al quanto incerti: l'incertezza non afferrisce unicamente all'aspetto quantitativo – legato alle già analizzate difficoltà di rilevazione del fenomeno – bensì anche alla spazialità e alla temporalità dello stesso. La condizione di *homeless* può infatti avere durata più o meno estesa, nonché essere intermittente e le persone possono spostarsi più o meno frequentemente da un luogo all'altro (Meo, 2008).

Come precedentemente anticipato l'*homelessness* assume, soprattutto in Italia, i tratti dell'emarginazione grave: le persone senza dimora rincorrono la sopravvivenza giorno dopo giorno, navigando nella più totale precarietà, materiale e relazionale. Dall'analisi delle più recenti fonti di dati disponibili emergerà come, alla base di tali situazioni, vi siano spesso eventi critici e/o traumatici di differente natura: oltre alla già menzionata precarietà lavorativa, i soggetti possono ad esempio manifestare disagi legati a forme di tossicodipendenza o alla malattia mentale¹⁶ (quando non entrambi contemporaneamente, configurandosi dunque come casi di doppia diagnosi), nonché interruzione/debolezza dei legami familiari, alcolismo ed altre problematiche.

¹⁵ Per quanto riguarda i fattori personali, il riferimento è ad esempio all'abuso di sostanze, alle disabilità fisiche o mentali, ma anche all'assenza di un adeguato sostegno sociale etc. (Anderson; Christian 2003; Shinn 2010; in Gaboardi e Santinello, 2020); circa i fattori strutturali, si pensi invece ai tassi di povertà, di disoccupazione, alle disuguaglianze sociali (Shinn, 2007/2010; in Gaboardi e Santinello, 2020).

¹⁶ Se per la componente italiana delle persone senza dimora nel nostro paese è più frequente riscontrare patologie psicotiche gravi ormai sedimentate e spesso trascurate, nella componente immigrata, particolarmente i richiedenti asilo, il disturbo che si evidenzia con maggior frequenza a causa di guerre e torture subite è il Disturbo Post Traumatico da Stress o DPTS (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

1.2.1. Le indagini nazionali sulle persone senza dimora

Prima di discutere dei dati forniti dalle rilevazioni ISTAT, è anzitutto necessario chiarire quale sia la definizione di “persona senza dimora” adottata da tale istituto ai fini delle indagini:

Una persona è considerata senza dimora quando versa in uno stato di povertà materiale e immateriale, che è connotato dal forte disagio abitativo, cioè dall'impossibilità e/o incapacità di provvedere autonomamente al reperimento e al mantenimento di un'abitazione in senso proprio. Facendo riferimento alla tipologia ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), così come elaborata dall'Osservatorio europeo sull'homelessness, nella definizione rientrano tutte le persone che: vivono in spazi pubblici (per strada, baracche, macchine abbandonate, roulotte, capannoni); vivono in un dormitorio notturno e/o sono costrette a trascorrere molte ore della giornata in uno spazio pubblico (aperto); vivono in ostelli per persone senza casa/sistemazioni alloggiative temporanee; vivono in alloggi per interventi di supporto sociale specifici (per persone senza dimora singole, coppie e gruppi). Sono escluse tutte le persone che: vivono in condizione di sovraffollamento; ricevono ospitalità garantita da parenti o amici; vivono in alloggi occupati o in campi strutturati presenti nelle città (ISTAT, 2012).

Le indagini nazionali di cui si dispone attualmente nel panorama dell'*homelessness* in Italia sono due, ormai risalenti rispettivamente al 2011 ed al 2014. Entrambe hanno avuto luogo nell'ambito di una ricerca volta ad approfondire la condizione degli individui che versano in uno stato di povertà estrema, frutto di una convenzione tra l'ISTAT, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Caritas Italiana e fio.PSD ed entrambe aventi ad oggetto 158 comuni italiani, scelti sulla base di un criterio di estensione demografica¹⁷.

Le variabili prese in considerazione riguardano aspetti sociodemografici, quali ad esempio l'età, ma anche la durata della condizione di senza dimora al momento dell'intervista, il titolo di studio e molto altro. L'analisi di tali variabili consentirà di approfondire la composizione del fenomeno, dunque di delinearne alcuni profili.

Se un tempo, infatti, l'idea della persona senza dimora era prevalentemente riconducibile all'uomo in età adulta, privo di una dimora e invischiato in problematiche di alcolismo o dipendenza, non solo le indagini nazionali, bensì altri contributi che verranno presi in considerazione in via integrativa mettono in risalto un'evoluzione temporale nella composizione di tale fenomeno.

¹⁷ Per approfondimenti si veda “Nota metodologica” ISTAT, 2012.

Nell'analizzare gli esiti delle indagini, è però fondamentale effettuare una serie di premesse e considerazioni. Innanzitutto, il numero di persone senza dimora che usufruiscono dei servizi censiti non equivale all'utenza effettiva: questo perché l'utente che decide di rivolgersi ai servizi non si trova necessariamente in condizioni di *homelessness* (seppure possa trovarsi in situazioni di difficoltà) oppure perché uno stesso individuo, in uno stesso anno, può avvalersi di molteplici servizi esponendo la ricerca al rischio di conteggiarlo più volte, erroneamente (*ibid.*).

In secondo luogo, è opportuno precisare che l'approccio metodologico utilizzato nelle indagini sulle condizioni delle persone senza dimora differisce da quello normalmente impiegato dall'ISTAT ai fini delle rilevazioni aventi ad oggetto individui e famiglie. Per sopperire alla mancanza di un elenco dei soggetti che si vogliono indagare, si è scelto di utilizzare, in qualità di base di campionamento, un universo di individui del quale sussista, al contrario, una lista di campionamento indirettamente connessa alla popolazione oggetto di studio. Tale universo è rappresentato dalle prestazioni (quali distribuzione dei pasti e offerta di accoglienza notturna) fornite da servizi presenti sul territorio (mense e dormitori notturni)¹⁸. Non risulta infatti possibile rilevare le persone senza dimora con le usuali tecniche di cui l'ISTAT si avvale nei confronti delle famiglie, poiché tali individui non risultano reperibili mediante indirizzo di residenza (*ibid.*).

Un confronto tra le due indagini nazionali, integrate successivamente dai più recenti contributi di ricerca in materia, permetterà di riconfermare o al contrario smentire le diverse tendenze nel tempo.

Innanzitutto, contrariamente all'immaginario comune, la popolazione *homeless* non deve essere considerata quale organo non funzionante di quel corpo che chiamiamo società: essa deve essere piuttosto riconosciuta nelle sue potenzialità, dunque posta in condizione di raggiungere il suo massimo grado di funzionamento. Infatti, la popolazione senza dimora si è rivelata dalle indagini pur sempre giovane e provvista di abilità relazionali, nonché spendibili nel mondo del lavoro, in opposizione a quella prospettiva riduzionista che tende a rappresentarla come un collettivo di soggetti privi di qualsivoglia risorsa, materiale o intellettuale, sulla quale far leva per risollevarsi (*ibid.*). Gli individui senza dimora sembrano rappresentare piuttosto un'entità fluida e in costante cambiamento, seppur

¹⁸ Per approfondimenti sulle modalità di costruzione della lista dei servizi considerati si veda ISTAT, 2012.

concreta, la cui struttura interna ed entità numerica possono variare in seguito ai cambiamenti stessi della società, nonché a movimenti demografici¹⁹ (*ibid.*).

Entrambe le rilevazioni sulle persone senza dimora si sono articolate in un arco di tempo pari a trenta giorni, rispettivamente tra il 21 novembre e il 20 dicembre 2011 la prima e tra il 21 novembre e il 20 dicembre 2014 la seconda. Lo scopo è stato quello di coinvolgere un quantitativo di utenti dei servizi sufficientemente vasto.

Stando ai risultati della prima indagine, la stima campionaria²⁰ delle persone senza dimora le quali, nei mesi presi in considerazione, si sono avvalse almeno di un servizio di mensa o accoglienza notturna nel totale dei 158 comuni oggetto di rilevazione, è pari a 47.648 individui.

Dalle rilevazioni condotte si evidenzia che più della metà della popolazione senza dimora che usufruisce dei servizi ad essa dedicati si trova nel Nord Italia (58,5%). A seguire, il 22,8% vive nel Centro, l'8,7% nel Sud e il 10,1% nelle Isole. È però importante effettuare una considerazione: la popolazione senza dimora si concentra in maniera considerevole nei grandi centri, al punto che le città di Roma e Milano, da sole, ospitano al 2011 ben il 71% della popolazione stimata, spiegando in tal modo i più alti valori per l'area Nord-ovest e Centro. In terza posizione, dal punto di vista dell'accoglienza delle persone senza dimora, tra i 12 comuni maggiori si posiziona nello stesso anno la città di Palermo, seguita dal capoluogo toscano di Firenze, Torino e Bologna.

Dai dati riscontrati nel 2011, si delinea un profilo sufficientemente chiaro delle persone senza dimora: la maggioranza sono uomini (86,9%) sotto i 45 anni di età (57,9%), che vivono e affrontano questa condizione in solitudine (72,9%). Il titolo di studi più elevato che si evidenzia, nella maggioranza dei casi, è la licenza media inferiore, mentre la cittadinanza prevalente è quella straniera (59,4%) – in particolare rumena – seguita da quella marocchina e tunisina.

La condizione di senza dimora sembrare perdurare, in media, da 2,5 anni per i soggetti intervistati, tra i quali il 63,9% dichiara di aver precedentemente vissuto nella propria casa, il 15,8% di aver usufruito, nel periodo anteriore all'entrata in tale condizione, di ospitalità all'interno della rete amicale o parentale²¹ e il 13,2% di aver trovato ospitalità in istituti,

¹⁹ L'entità numerica di questa fascia di popolazione può variare a seconda di quale sia il lasso di tempo considerato per l'osservazione, motivo per cui si rende necessario, ai fini delle operazioni di stima del fenomeno, delimitarne i confini temporali (ISTAT, 2014).

²⁰ Osservare esclusivamente una porzione di popolazione espone tale stima al rischio di errore. Pertanto, l'intervallo di confidenza entro cui il numero stimato di persone senza dimora può variare, con una probabilità del 95%, è compreso tra 43.425 e 51.872 individui (ISTAT, 2012).

²¹ Le informazioni inerenti alle relazioni amicali e familiari risultano di particolare importanza, dal momento che anch'esse rappresentano, per questi individui, una forma di integrazione sociale.

case di cura o strutture detentive. Infine, una percentuale residua del 7,5% afferma di non aver mai potuto godere di una casa.

L'età media che si riscontra nella popolazione senza dimora è complessivamente di 42,2 anni, con il 31,8% dei soggetti al di sotto dei 35 anni ed il 5,3% con più di 64. Tuttavia, se si scompone il fenomeno nelle sue due componenti italiana e straniera, si evidenzia una differenza nell'età anagrafica tra le persone senza dimora italiane e straniere. Nel 2011, queste ultime sembrano essere più giovani degli italiani: se infatti l'età media dei primi è pari a 36,9 anni, la stessa grandezza per la popolazione italiana si attesta a ben 49,9 anni. Inoltre, il 46,5% degli stranieri risulta al di sotto dei 35 anni di età (mentre, al contrario, una quota del 10,9% di italiani si attesta al di sopra dei 64).

L'età appare strettamente correlata, da questo punto di vista, ad un'altra variabile: la durata della condizione di senza dimora. L'età più elevata per gli italiani equivale, infatti, al perdurare per un lasso di tempo più esteso della condizione di *homelessness*, ragion per cui questi risultano, al 2011, in tale condizione da un periodo più lungo di tempo. Siamo dunque in presenza di una significativa differenza con riguardo a tale variabile: gli stranieri permangono in questa condizione da 1,6 anni, gli italiani da ben 3,9. In aggiunta, sembra che gli stranieri senza dimora condividano più frequentemente la loro condizione con altre persone, specialmente appartenenti alla rete amicale o familiare, ma che non siano il coniuge o i figli. La convivenza con questi ultimi soggetti o con eventuale partner risulta, infatti, minoritaria. Considerando, infine, che il 20% delle persone straniere senza dimora si trovava già in condizione di *homelessness* prima di raggiungere l'Italia, è possibile supporre che tali individui vivessero in condizioni di grave disagio già prima dell'arrivo nel nostro paese, scelto forse, proprio per inseguire la speranza di un futuro migliore.

Tuttavia, una correlazione sussiste inoltre tra età e titolo di studio. La giovinezza degli stranieri si accompagna infatti a titoli di studio in media superiori, tanto che il 40,8% degli stessi dispone di un titolo almeno pari alla licenza media superiore, a dispetto della percentuale italiana, pari al 22,1%. Ciò, tenendo a mente che parte degli stranieri non è in grado di leggere o scrivere, mentre il 51,5% della popolazione senza dimora italiana intervistata dichiara di possedere la licenza media inferiore.

Tuttavia, non tutti gli intervistati hanno avuto modo o capacità per interagire nel corso dell'indagine: in questo caso, le informazioni ricercate sono state estrapolate anche avvalendosi degli operatori del servizio, dal momento che in percentuale del 9,3% i soggetti hanno manifestato difficoltà d'interazione. Si tratta di una variabile interessante da analizzare, in quanto in grado di fornire maggiori indicazioni sul profilo di una porzione di popolazione senza dimora: stando alle rilevazioni, il 76% degli intervistati che hanno

palesato difficoltà di interazione è affetto da limitazioni fisiche o disabilità manifeste (ad esempio malattie mentali) oppure si trova in condizioni di dipendenza²² o ancora, sperimenta entrambe le problematiche. Queste ultime incidono invece soltanto per una percentuale del 31% sulle persone in grado di interagire regolarmente. In entrambi i casi, i soggetti sono prevalentemente uomini (più dell'80%), di cui circa la metà italiani. Ciononostante, tra coloro i quali hanno manifestato difficoltà ad interagire, vi è poi una quota di soggetti pari a un quarto del totale, per la quale la problematica di interazione è connessa ad una scarsa padronanza della lingua italiana.

Un aspetto interessante dell'indagine consiste nel fatto che essa non si limita all'osservazione di variabili sociodemografiche, ma si inoltra piuttosto nelle reti amicali, familiari e parentali dei soggetti intervistati, al fine di esplorarne le caratteristiche e la solidità. Ciò, oltre a porre attenzione ad ulteriori ambiti di primaria importanza nella vita di ogni cittadino, quali ad esempio l'ambito lavorativo (dunque il tipo di attività eventualmente svolta), lo stato di salute e le fonti di sostentamento delle quali, le persone senza dimora, possono avvalersi.

Tuttavia, sebbene le persone senza dimora si trovino in condizione di forte difficoltà sotto numerosi punti di vista, dalla prima indagine emerge come talvolta esse dispongano di un'occupazione. Ciò è vero, al 2011, per il 28,3% dei soggetti interpellati, i quali affermano di essere impegnati in una qualche attività lavorativa.

Sebbene ad un primo sguardo questo possa apparire un dato pienamente positivo, è necessario considerare che ben il 24,5% di tali attività risultano poco sicure o occasionali, se non a termine e riguardanti in prevalenza mansioni appartenenti al settore dei servizi, ma caratterizzate da bassa qualificazione²³. Per rendersi conto della difficoltosa condizione economica in cui versano questi soggetti, basti pensare che mediamente, nel 2011, il reddito da lavoro delle persone senza dimora è pari a 347 euro mensili, senza significative differenze tra le due componenti, italiana e straniera. Ciononostante, purtroppo la grande maggioranza delle persone senza dimora non risulta attiva nel mercato del lavoro (71,7%) anche se solo il 6,7% dichiara di non aver mai svolto alcuna attività lavorativa.

²² Stando ai risultati di molti studi nazionali e internazionali, tali problematiche non sono infrequenti tra le persone senza dimora; per quanto riguarda le sostanze, in particolare, ciò è vero anche a causa della grande disponibilità delle stesse in strada (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

²³ In una percentuale dell'8,6%, al 2010 le persone senza dimora sono impegnate in mansioni quali il facchino, addetto al carico scarico/merci, alla raccolta dei rifiuti, lavapiatti etc., in percentuale del 4% nell'edilizia, specialmente in qualità di muratore, manovale etc., oppure per il 3,4% nei diversi settori produttivi svolgendo attività di falegnameria, bracciante, fornaio. Infine, il residuale 3,8% risulta attivo nel settore delle pulizie (ISTAT, 2012).

Proprio la variabile occupazionale consente di individuare la perdita di una occupazione stabile quale uno degli eventi che, maggiormente, hanno inciso nell'entrata nella condizione di senza dimora. Tra le persone intervistate, si evince infatti che il 61,9% è incorso nella perdita di un lavoro stabile a causa di molteplici motivazioni: si pensi a chi, dopo aver avviato una propria attività, l'ha vista fallire; a coloro che hanno dovuto interrompere l'attività lavorativa a causa di cattive condizioni di salute o ancora a quanti sono stati colpiti dal licenziamento e/o dalla chiusura dell'azienda in cui erano impiegati.

A questo punto, ci si potrebbe chiedere per quale ragione le persone senza dimora non svolgano alcuna attività lavorativa. Ebbene, dall'indagine del 2011 si evince che più della metà degli intervistati (51,5%) non riesce a procurarsi un lavoro, il 9,8% non è occupato in attività lavorativa per motivazioni legate al proprio stato di salute e, in un residuo 3,3% le persone senza dimora non svolgono attività lavorativa a causa di problematiche giudiziarie o per la mancanza di documenti regolari (2,7%). Proprio rispetto alla variabile occupazionale si manifesta una maggiore e più accentuata difficoltà nel procurarsi un impiego da parte della componente straniera. Infine, come affermato in precedenza, la componente italiana si contraddistingue per una più significativa anzianità, la quale ha inevitabili implicazioni anche su una maggiore incidenza delle condizioni di salute, elemento che si riflette sulle motivazioni che inducono a non poter lavorare.

Ad ogni modo, il lavoro non rappresenta necessariamente l'unica fonte di reddito a disposizione delle persone senza dimora. Nel 2011, solo il 28,3% percepisce un reddito dal lavoro, mentre il 17,9% degli intervistati non dispone, sfortunatamente, di alcuna fonte di reddito. Una quota del 9% usufruisce del reddito derivante dalla pensione, mentre l'8,7% si avvale di sussidi pubblici.

In questo caso, di significativa entità risulta la percentuale – pari al 27,2% – di coloro i quali affermano di percepire sostegni in denaro erogati da soggetti appartenenti alla rete amicale, parentale o familiare, con un 37% che dichiara di ricevere denaro da parte di estranei (in quest'ultima definizione, secondo l'indagine rientrano non solo le collette, bensì i sostegni forniti da associazioni di volontariato e altri organismi). Pertanto, i soggetti economicamente sostenuti da questi diversi attori costituiscono una percentuale maggioritaria del 53,4% della popolazione intervistata. Talvolta proprio questa tipologia di aiuti economici può rappresentare l'esclusiva fonte di sostentamento della quale, le persone senza dimora, possono avvalersi.

Con riguardo al tentativo di individuare alcuni percorsi che hanno indotto questi soggetti nella condizione di *homelessness*, l'indagine del 2011 asserisce che la perdita del lavoro e la separazione dal coniuge (ma anche dai propri figli) costituiscono gli avvenimenti di

maggiore impatto nel percorso di entrata nella condizione di senza dimora: proprio tali eventi possono spesso avviare, oppure contribuire significativamente al percorso di emarginazione progressiva dell'individuo, che può sfociare nell'*homelessness*. In tal senso, anche godere di condizioni di salute precarie può influire sensibilmente, sebbene in misura più contenuta. Infatti, una significativa maggioranza del 61,9% dei senza dimora intervistati dichiara di aver perduto un'occupazione stabile, mentre il 59,5% di aver vissuto una separazione dal coniuge e/o dai figli; il 16,2% non si trova, sfortunatamente, in buone condizioni di salute²⁴ (sta male o anche molto male).

Interessante constatare come solo una minoranza dichiara di non essere stata protagonista di avvenimenti simili o di averne vissuto soltanto uno: le recenti trasformazioni della letteratura (ad esempio Pellegrino, 2011) evidenziano, infatti, un superamento dell'iniziale chiave di lettura della condizione di senza dimora come frutto esclusivo di un unico evento critico, preferendo invece una spiegazione multi causale del fenomeno, quale esito di un processo multifattoriale di progressiva emarginazione che vede, alla sua base, un complesso intreccio di avvenimenti, avversi e difficilmente gestibili, potenzialmente conducibili ad un condizione di esclusione abitativa e sociale.

Tuttavia, forse a dispetto delle rappresentazioni sociali che vedono le persone senza dimora come soggetti completamente isolati dalla società e privi di contatti con il mondo, emerge che il 78,3% degli stranieri mantiene contatti con i familiari (ad esempio genitori, figli o coniugi) sebbene, talvolta, solo via internet o di natura epistolare. Anche per gli italiani, i contatti con la famiglia vengono coltivati in una percentuale del 58,6%, ma in più il 50,8% afferma di vedere tali familiari. Una simile informazione mette in luce come, vivere in condizioni di *homelessness*, non significhi necessariamente essere del tutto sradicati dal tessuto relazionale della società.

Ponendo infatti l'attenzione sulla rete amicale dei soggetti senza dimora, scopriamo invece che il 76,2% degli italiani afferma di avere amici, anche non in condizione di senza dimora (66%), con percentuali simili per la componente straniera (rispettivamente 71% e 57%). Gli amici si rivelano un'importante risorsa, anche perché in grado di fornire aiuto al momento del bisogno (ad esempio denaro, cibo, oppure ospitalità a titolo gratuito).

Un aspetto interessante e forse sottovalutato dallo sguardo comune al fenomeno è poi quello delle relazioni di coppia che nascono in strada, nella piena condivisione di una medesima condizione di difficoltà: a questo proposito, il sistema dei servizi non si dimostra

²⁴ Con particolare riguardo allo stato di salute, dal report ISTAT si evince, inoltre, che la componente italiana delle persone senza dimora versa in condizioni di salute mediamente peggiori rispetto a quella straniera, anche se il confronto si effettua a parità di età.

in grado di far fronte a tale problematica, dal momento che generalmente le strutture di accoglienza notturna non consentono di ospitare coppie al loro interno (Meo, 2008). Il circuito assistenziale sembra dunque osservare tali relazioni con sguardo diffidente e giudicante, interpretandole come forma di consolidamento del legame con la strada (che potrebbe indurre a non volerla lasciare) piuttosto che con un altro essere umano, non riuscendo pertanto a valorizzarne la natura affettiva, quale aspetto positivo su cui far leva per la ripresa della persona (*ibid.*), quasi come se il diritto all'affetto non fosse contemplato per le persone senza dimora. Non tutti i soggetti in tale condizione sono infatti completamente soli ed isolati: i servizi dovrebbero dunque tenere conto dell'unicità di ogni situazione creando, di conseguenza, interventi personalizzati e specifici per ciascun utente. Tuttavia, un elemento davvero interessante e che forse, nell'immaginario comune, si tende ad ignorare o quantomeno ad oscurare è che tra le persone senza dimora non vi sono soltanto uomini, bensì una componente femminile, degna di alcune osservazioni. Le donne senza dimora ammontano a circa 6000 (13,1%) nel 2011 e presentano tratti analoghi alla componente maschile: il 10% manifesta difficoltà ad interagire, mentre tra quelle che non dimostrano problematiche simili, una percentuale del 43,3% è di nazionalità italiana. Le cittadinanze straniere prevalenti sono quella rumena, ucraina, bulgara e polacca. Le donne senza dimora hanno in media 45,1 anni e il 21,9% si trova in tale situazione da meno di un mese, mentre il 14,6% è senza dimora da quattro anni o più.

All'interno della componente femminile sono il 25,3% le donne che affermano di svolgere una qualche attività lavorativa, il cui guadagno medio appare inferiore a quello constatato per la componente maschile (314 euro). Tuttavia, più diffusi sono i casi in cui le donne vivono con i figli o con un coniuge, rispetto agli uomini: uno dei motivi, questo, per cui la maggior parte trova riparo e nutrimento in strutture di accoglienza notturne (75,4%), riducendo in tal modo il ricorso alle mense. In proposito, Saraceno (2002 : 149; in Pellegrino, 2011) mette in luce come, secondo la ricerca sia italiana che internazionale, le donne dimostrino capacità maggiori di preservare nel tempo relazioni sociali significative, nonostante il rischio più elevato di entrare in povertà.

Le particolari forme di disagio in cui le donne sperimentano l'*homelessness* meritano un approfondimento ulteriore. Se l'essere senza dimora si presenta di per sé come una condizione di forte ed evidente difficoltà sotto molteplici aspetti, vivere questa esperienza da una prospettiva femminile assume un colorito ancor più drammatico: a partire da una forte esposizione alla violenza – elemento che pone a rischio l'incolumità di questi

soggetti²⁵ – la vita in strada espone inoltre a problematiche igienico-sanitarie sconosciute alla natura maschile (si pensi all'impossibilità di curare la propria igiene in modo appropriato, che può condurre le donne a serie problematiche ginecologiche), per non parlare delle “fratture” subite dall'identità femminile, che vede entrando nella condizione di *homeless* strapparsi via quel ruolo cui, molte donne, sono tutt'oggi ancorate e retaggio di un passato lontano, quello di madre e garante della stabilità familiare. Più genericamente, le donne soffrono lo stigma che il vivere in strada incolla sulla loro pelle, dal momento che gli stereotipi comuni tendono ad additarle come cattive madri o prostitute. Si tratta, a tutti gli effetti, di un vero e proprio attacco alle loro identità, dall'impatto dirimpente e in grado di inibire anche le loro stesse capacità di chiedere aiuto. Infine, anche tra le donne si riconferma l'importanza di analoghi eventi critici che hanno favorito l'entrata nella condizione di senza dimora, specie quale percorso multifattoriale: tra di esse, ben l'86,3% ha sperimentato (secondo le rilevazioni del 2011) almeno uno di tali avvenimenti critici di vita.

Come si evince dalla prima indagine nazionale, il tasso di femminilizzazione ha perciò entità ridotta rispetto alla totalità del fenomeno. Tuttavia, non per questo assume minor rilievo: stando a quanto affermato nelle già menzionate “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia”, la componente femminile si spande lungo tutte le età, con differenti percorsi alle spalle di ogni donna: distacchi dalla famiglia di origine nel caso delle più giovani, legati a dipendenze (alcol e droghe), malattia mentale o storie d'abuso familiare; per le più mature (almeno 50 anni), alla radice si individua un evento traumatico di cesura dal nucleo familiare acquisito (oppure una estromissione dal contesto familiare, poiché i mariti le hanno abbandonate nel momento in cui hanno fondato altre famiglie), accompagnato da situazioni lavorative instabili (anche per la debolezza delle competenze fruibili), oppure situazioni in cui le donne sono vittime di qualsivoglia forma di violenza intra familiare, psicologica o fisica. È dunque a fronte di una scena tanto tragica che le donne senza dimora non di rado vengono assorbite dai canali della prostituzione al fine di racimolare denaro, in condizioni igieniche e di sicurezza inaccettabili (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Tuttavia, come precedentemente anticipato, a distanza di 36 mesi dalla prima indagine su base nazionale, nel 2014 viene condotto un secondo rilievo, volto all'analisi della condizione delle persone che versano in situazioni di povertà estrema.

²⁵ È però necessario riconoscere come, la vita di strada, esponga non solo le donne ma anche gli uomini senza dimora al rischio di essere coinvolti in azioni violente (prevalentemente in luoghi pubblici e, solo in minor parte, aventi luogo all'interno di servizi quali mense, dormitori, comunità).

Stavolta, le persone senza dimora stimate sono ben 50.724 (sebbene tale stima escluda tutti coloro i quali, pur senza dimora, non abbiano usufruito di alcun servizio tra mense e strutture di accoglienza nel corso del periodo di rilevazione, insieme a quanti hanno trovato ospitalità tramite privati – come, ad esempio, amici e parenti – nonché soggetti come Rom e minori).

Anche in questo caso, la stima è soggetta all'errore discusso nella precedente indagine e si inserisce pertanto in un intervallo di confidenza che varia, con una probabilità pari al 95%, tra 48.966 e 52.482 individui senza dimora, i quali hanno usufruito di almeno un servizio in uno dei 158 comuni oggetto della rilevazione (mensa o strutture di accoglienza notturna) nel periodo di novembre e dicembre 2014.

Da subito, si nota come tale valore sia in crescita se confrontato con i dati del 2011. Tuttavia, è importante notare come l'indagine abbia incluso nel totale osservato anche coloro i quali, al momento della rilevazione, non risultassero iscritti all'anagrafe oppure fossero in possesso di residenza in comuni altri, rispetto a quelli in cui si trovavano al momento della rilevazione²⁶.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica del fenomeno, le percentuali di persone senza dimora registrate nell'area delle regioni Nord-ovest (38%), Centro (23,7%) e Isole (9,2%) non si discostano in maniera significativa dalle rilevazioni del 2011. Tuttavia, si rileva una diminuzione nel Nord-est dell'1,7% (da 19,7 a 18%), controbilanciata da una crescita nell'area Meridionale del 2,4% (da 8,7 a 11,1). Tale distribuzione non è casuale: l'esito dell'indagine risulta a sua volta strettamente correlato alla distribuzione dell'offerta di servizi sul territorio nazionale, nonché alla già menzionata (e riscontrata nella precedente ricerca) maggiore densità di popolazione nei grandi centri.

Ciò che qui più interessa è la sostanziale riconferma, rispetto ai dati rilevati nella precedente indagine, delle principali caratteristiche della popolazione senza dimora: per la maggior parte uomini, stranieri e al di sotto dei 54 anni. Il titolo di studio è prevalentemente basso, poiché solamente un terzo degli intervistati è in possesso almeno del diploma di scuola media superiore.

Per quanto concerne l'età media delle persone senza dimora in Italia, si evidenzia nel 2014 un incremento sensibile di quest'ultima variabile: dai 42,2 anni rilevati nel 2011 a 44, dato che sembra essere il frutto della notevole riduzione degli under 34 all'interno della componente straniera. Si evidenzia in tal modo una netta differenza tra l'età media degli

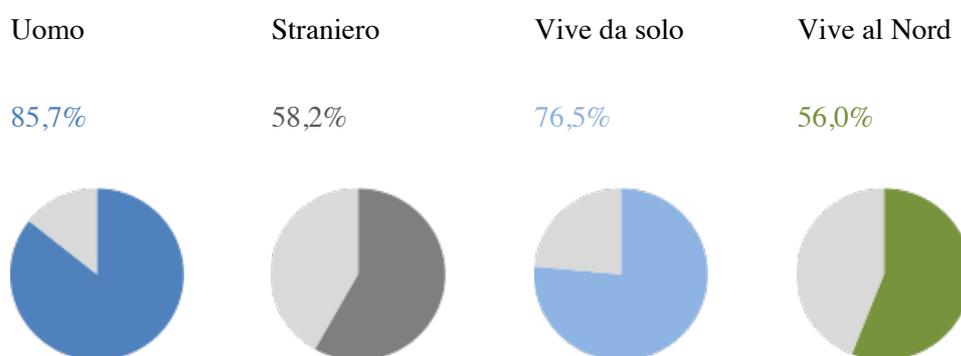
²⁶ A questo proposito, la quasi totalità della componente italiana del fenomeno ha dichiarato di essere iscritta all'anagrafe di un comune italiano (97,2%), contro il 48,1% dei cittadini stranieri.

stranieri (che si accresce dai 36,9 ai 39,8 anni) e l'età media degli italiani, che continua ad attestarsi su valori analoghi ai precedenti (50,3 anni).

Di seguito, dunque, una rappresentazione schematica del profilo principale emergente tra le persone senza dimora, secondo la rilevazione del 2014.

Fig. 1. LE PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE PERSONE SENZA DIMORA. Anno 2014, per 100 persone senza dimora (fonte: ISTAT, 2015).

10 dicembre 2015



Come per l'indagine del 2011, l'età media si associa nuovamente alla durata della condizione di senza dimora. Infatti, al crescere di tale grandezza tra gli stranieri cresce anche, conseguentemente, la durata media in cui tali soggetti permangono in condizione di *homelessness*, passando da una media di 1,6 a un valore di 2,2 anni. Tuttavia, la durata media rimane 3,5 anni per la controparte italiana. Complessivamente, sono però in significativa crescita i soggetti senza dimora da più di due anni e da più di quattro.

In secondo luogo, notiamo che l'incremento dell'età media per gli stranieri si ripercuote negativamente sul grado di istruzione, dal momento che si associa ad un aumento dei soggetti privi di titoli di studio, nonché ad una riduzione di coloro in possesso di un diploma di scuola media superiore. A controbilanciare questa tendenza, nel 2014 cresce la percentuale di italiani provvisti di un'istruzione più elevata.

Sembra perciò possibile affermare che sebbene gli italiani continuino a presentare valori più elevati per quanto riguarda le variabili età media, durata della condizione di senza dimora e al contrario inferiori per il grado di istruzione, il differenziale tra le due componenti dell'*homelessness* in Italia si sia progressivamente ridotto.

Un valore interessante da prendere in considerazione, in aumento rispetto all'indagine precedente, riguarda poi la percentuale di persone che dichiarano di vivere sole: a tal

proposito, nel 2014 si registra un incremento del 3,6% accompagnato, al contrario, da una riduzione di due punti percentuali di coloro i quali condividono la propria condizione con un figlio oppure con un partner.

Confrontando poi i dati raccolti nel 2011 con quelli registrati nel 2014, riguardo alle persone senza dimora che hanno manifestato difficoltà ad interagire (legate alle motivazioni già discusse), si rileva un aumento dal 9,3% al 14,1% a causa dell'incremento di soggetti provvisti di scarsa conoscenza della lingua italiana. Ciononostante, la componente predominante tra i soggetti con difficoltà ad interagire (ben il 70,3%) rimane quella degli individui con limitazioni fisiche o disabilità evidenti, e/o affetti da stati di dipendenza.

Per quanto concerne la variabile occupazionale, siamo invece in presenza di un aumento, al 2014, di quanti dichiarano di non aver mai svolto alcuna attività lavorativa, accompagnata da una ulteriore diminuzione delle occupazioni stabili e sicure e da una costante preponderanza di lavori a termine o occasionali (si vedano le mansioni citate nell'indagine precedente). Tuttavia, il guadagno medio si attesta su valori stabili rispetto al 2011.

Circa il sostegno al reddito di tali soggetti, sembra che nel 2014 le persone senza dimora italiane percepiscano un quantitativo di sostegni economici maggiori da parte della rete familiare, amicale o parentale, sebbene contemporaneamente si registri una diminuzione dei soggetti che possono contare unicamente sul lavoro come fonte di reddito. Si nota però che una quota del 22,2% degli stranieri (a dispetto dell'11,2% degli italiani) non gode di forma di reddito alcuna.

Una differenza significativa interessa particolarmente ai fini della trattazione e riguarda gli eventi in grado di spianare la strada all'entrata nella condizione di *homeless*: ancora una volta, si evidenzia che separarsi dal proprio coniuge e/o dai propri figli, insieme alla perdita di un'occupazione sicura, costituiscono gli avvenimenti che più sono in grado di favorire l'entrata in tale condizione, contribuendo alla graduale emarginazione delle persone; ciononostante, la perdita del lavoro non si riconferma l'evento più comune tra i percorsi di emarginazione delle persone senza dimora. Mantiene un ruolo in tale direzione (in misura minore) anche la mancanza di un buono stato di salute.

A conferma del rilievo del ruolo giocato da questi eventi e della più diffusa multi-causalità alla base del percorso di emarginazione che conduce alla condizione di *homelessness*, il rapporto asserisce nuovamente la residualità dei soggetti che non hanno affrontato nessuno di questi avvenimenti (16,5%) o soltanto uno di essi (32,6%).

Nonostante si accresca il numero di senza dimora che si trovano ad affrontare questa condizione in solitudine – in correlazione all’aumento delle separazioni – rimane preponderante la quota di coloro che mantengono contatti con la famiglia. A dimostrazione del fatto che l’essere senza dimora non comporta necessariamente una cesura netta dal tessuto relazionale e sociale, secondo le rilevazioni del 2014 ben il 74,9% degli intervistati afferma di avere amici e non necessariamente – come si potrebbe pensare in prima istanza – nella stessa condizione, anzi, in maniera prevalente estranei ad essa (63,6%).

Per quanto riguarda la componente femminile del fenomeno, al 2014 non si riscontrano alterazioni nella percentuale di donne senza dimora (14,3%)²⁷. Il 46,1% sono donne italiane, con un’età media di 45,4 anni e che versano in tali condizioni, mediamente, da 2,7 anni (dato vicino alla rilevazione del 2011). Anche la variabile lavorativa non si discosta dai valori precedentemente riscontrati. Eppure, qualcosa sul versante femminile è mutato. Anche le donne vivono sempre più frequentemente sole: elemento, questo, che si associa all’aumento di coloro che hanno vissuto il solo evento della separazione dal nucleo familiare.

In conclusione, a seguito dei confronti effettuati, è importante notare che l’indagine del 2014 compie un passo ulteriore rispetto alla sua antenata: consapevole dell’impossibilità di rilevare, mediante la metodologia adottata, la quota di persone senza dimora che per varie ragioni non usufruiscono dei servizi presenti sul territorio, quest’ultima tenta di stimare tale componente mediante rilevazioni ad opera delle unità di strada²⁸, sebbene limitatamente all’area di Torino.

1.2.2. Contributi complementari e tendenze attuali

Una realtà sfortunatamente in crescita è inoltre quella giovanile in condizioni di grave marginalità (con riguardo alla fascia fra i 18 e i 25 anni), specialmente nel contesto delle città metropolitane e dei centri urbani più estesi (Ministero del Lavoro e delle Politiche

²⁷ Tuttavia, è necessario riconoscere che il ristretto numero di donne riscontrato nelle statistiche si spiega considerando che, frequentemente, queste ultime si avvalgono di forme di riparo differenti rispetto ai servizi dedicati ai senza dimora, facendo riferimento particolare alla rete amicale o a semplici conoscenti e inoltrandosi in situazioni che, seppur in grado di offrirgli un tetto, non possono tutelarne appieno la privacy (O’Sullivan 2020, 27; in Consoli, 2020).

²⁸ Si tratta di unità attive sul territorio, le quali agiscono a partire da un approccio differente e basato sull’elemento della mobilità. Una prospettiva, questa, antitetica a quella tradizionale, secondo la quale spetta alla persona senza dimora recarsi presso il luogo di erogazione di un servizio. Al contrario, per le UDS l’intento è quello di erogare servizi itineranti, spostandosi nei luoghi di maggiore frequentazione da parte delle persone senza dimora. Ciononostante, è necessario riconoscere che tali servizi differiscono da quelli erogati in modo standard per modalità e peculiarità: per tale ragione questa indagine è stata ideata come ricerca indipendente, sebbene integrativa, di quella appena discussa e basata sulle rilevazioni in mense e dormitori. Per approfondimenti in merito si veda ISTAT, 2015.

Sociali, 2015). Tali soggetti sembrano affacciarsi a simili difficoltà poiché privi di una rete sociale e familiare salde e in grado di supportarli, nonché di un impiego per sostentarsi²⁹. Una situazione, questa, alla quale il Covid-19 non sta certamente contribuendo in positivo: stando a quanto asserito da Fondation Abbé Pierre, FEANTSA (2021) una delle categorie maggiormente colpite dalla pandemia è proprio quella dei giovani, al punto di affermare che se l'Unione europea non individuerà al più presto misure e politiche preventive per il contrasto dell'esclusione abitativa giovanile, molti giovani in condizione di indigenza si ritroveranno, anch'essi, senza dimora (*ibid.*).

Tuttavia, in relazione alla tipologia ETHOS, in particolare alla categoria dei “senza casa”, sembra che i giovani i quali al compimento della maggiore età non dispongano di alcuna soluzione abitativa si trovino a percorrere, prevalentemente, alcuni percorsi: vi sono giovani con alle spalle un nucleo familiare già problematico, il quale rappresenta il motivo principale che li ha indotti alla vita in strada; altri finiscono in strada per il distacco dai servizi (ad esempio comunità per minori) con cui avevano precedentemente instaurato una relazione; in crescita anche la quota di giovani in strutture di accoglienza notturna, a causa di adozioni rivelatesi fallimentari o precedentemente interrotte; infine, giovani che si sono incanalati nel mondo della devianza e della dipendenza da sostanze, accompagnati da uno scarso grado, in media, di istruzione e di indipendenza, legata alla mancanza di lavoro (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Il profilarsi di questa nuova categoria di individui senza dimora era già stato confermato anche dai vari rapporti realizzati da Caritas Italiana (2017; in FEANTSA, 2017). In particolare, i dati rilevati nel rapporto del 2017³⁰ rendevano nota una percentuale del 30% di giovani senza dimora, presenti nel panorama italiano.

Come osservato nella più recente indagine nazionale sulle condizioni delle persone senza dimora in Italia (ISTAT, 2015), su un totale di 50.724 persone senza dimora individuate, ben 13.012, nel 2014, erano proprio individui giovani: i soggetti ricompresi all'interno della fascia di età tra i 18 e 34 anni corrispondevano infatti al 25,7% delle persone senza dimora presenti a livello nazionale. A partire da questo dato, anche fio.PSD evidenziava, tra il 2014 e il 2016 (in FEANTSA, 2017), l'emergere di nuovi profili di *homeless*, nonché una crescita quantitativa degli utenti dei rifugi tradizionali. Si qualificavano pertanto come nuove categorie di utenti – e in misura sempre maggiore – non solo i giovani tra i 18 e 25 anni,

²⁹ Ciò sembra essere l'effetto da un lato della congiuntura economica attuale, dall'altro di un grado di istruzione mediamente basso (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

³⁰ Tale rapporto forniva una rappresentazione dello scenario di povertà ed esclusione sociale italiano, mediante un'indagine sui bisogni ad opera di volontari e operatori sociali, impegnati nel sostegno a soggetti fragili.

bensi i richiedenti asilo, gli irregolari, forme di *family homeless* e le persone impegnate nella ricerca di lavoro, ma provviste di basse competenze (*ibid.*). Una condizione, quest'ultima, che induce i soggetti ad una specie di “*homelessness* episodica”, strettamente interconnessa a bassi redditi e a lavori precari. È però importante riconoscere che tale situazione può riguardare anche le donne impegnate in occupazioni di collaborazione domestica o di cura (con ruolo di *caregiver*) nei confronti di persone anziane, le quali garantiscono loro, oltre al lavoro, anche una abitazione. La morte di queste persone può dunque comportare per le donne l'improvvisa perdita di ogni risorsa annessa e una maggiore predisposizione a subentrare nel circuito dell'emarginazione (*ibid.*).

A cogliere le caratteristiche e le specificità della nuova componente giovanile del fenomeno dei senza dimora, è intervenuta poi anche fio.PSD (2019). La Federazione ha evidenziato soprattutto le potenzialità di tale gruppo sociale tra cui, innanzitutto, una grandissima capacità di sopravvivenza alle avversità della vita, anche qualora i giovani siano privi di supporti familiari o istituzionali. Tuttavia, a fare da contraltare a questi aspetti positivi, vi è il fatto che siamo di fronte ad una categoria contraddistinta da un'accentuata mobilità, dovuta all'assenza di legami familiari ed alle difficili traiettorie biografiche. Si rivela dunque, per tale ragione, più ostico introdurli a percorsi di cambiamento positivi.

Da questo punto di vista, essere un giovane in difficoltà abitativa comporta ulteriori specificità rispetto alla “semplice” condizione di senza dimora. Non è infatti inusuale venire a contatto con giovani in una condizione assimilabile a sistemazioni insicure o inadeguate (il riferimento è alla tipologia ETHOS), i quali sperimentano anche il passaggio dall'una all'altra³¹. Un elemento, quest'ultimo, che frequentemente tende ad essere occultato, anziché sottolineato e fronteggiato (*ibid.*).

Fio.PSD evidenzia inoltre la presenza di una componente di giovani senza dimora che definisce “diurni” e i quali, per motivazioni differenti (ad esempio violenza e istituzionalizzazione) conducono una vita da *homeless* durante il giorno, trovando in strada, sembra, i tasselli mancanti della loro vita (legami familiari, amicali e così via). Ciononostante, tale condizione li espone ai rischi già analizzati e implicati dalla vita in strada, tra cui venire a contatto con violenza, pericoli, dipendenze etc. (*ibid.*). Proprio l'assenza di adeguati supporti e la giovane età anagrafica si caratterizzano come forti fattori di rischio per i senza dimora diurni, i quali oscillano continuamente tra *homelessness* diurna e inadeguatezza e/o insicurezza, oppure una condizione di senza tetto. Nel tentativo di

³¹ Si pensi al caso in cui, da una sistemazione che li pone a rischio di violenza e perciò altamente insicura, i giovani in difficoltà sono spinti a spostarsi altrove, anche incorrendo in abitazioni non idonee e, da queste, in condizioni comunque di insicure, sebbene condivise con altre persone (fio.PSD, 2019).

identificare un profilo di questa componente, fio.PSD pone a confronto quattro città italiane (Torino, Treviso, Trieste e Verona) evidenziando le difficoltà dei giovani in condizione di insicurezza³². Risultano qui correlate problematiche di diversa natura: familiare, migratoria, di dipendenza e povertà (*ibid.*).

Per quanto concerne le motivazioni e i percorsi che inducono all'emarginazione la componente giovanile – e dunque alla condizione di senza dimora – secondo fio.PSD (2019) troviamo due ambiti principalmente coinvolti: il retroterra familiare e le istituzioni. Il primo dovrebbe essere in grado di assecondare le esigenze dei figli, garantendo loro amore e protezione, supporto materiale ed emotivo, sebbene vi siano poi degli status ascritti che espongono i giovani a maggiori rischi e a differenti opportunità (si pensi al colore della pelle o al luogo in cui si vive, all'essere parte di gruppi oggetto di emarginazione oppure alla mancanza di una rete familiare o amicale della quale sentirsi parte e dalla quale ricevere sostegno). Fattori di rischio inerenti al contesto familiare sono inoltre rappresentati anche dall'eventuale presenza di disabilità fisiche e mentali o da condizioni di dipendenza, nonché dall'essere vittime di violenza domestica o abusi (*ibid.*).

Per quanto attiene invece all'area delle istituzioni, il riferimento è ai giovani assistiti dai servizi sociali nei casi in cui, le famiglie, non abbiano manifestato capacità o requisiti adeguati a prendersene cura, venendo così incanalati – in mancanza di altre opzioni – nei canali istituzionali, oppure ai giovani autori di reati. Fattori di rischio collegati a simili percorsi sono ad esempio rappresentati da una precoce interruzione del percorso di studi e dal mancato ascolto di bisogni e aspettative giovanili (*ibid.*).

Si noti come, secondo tale prospettiva, anche le condizioni di vita entro un'istituzione rappresentino una forma di *homelessness*, dal momento che non sussiste per queste persone né un'alternativa abitativa, né la capacità di rendersi autonomi al momento del distacco da esse: proprio quest'ultima sembra essere la forma più diffusa di *homelessness* giovanile (*ibid.*). Le criticità poste in rilievo evidenziano perciò la necessità di un'azione preventiva forte, mediante interventi e programmi specificamente studiati allo scopo di tutelare i più giovani dal rischio di caduta in una condizione di marginalità sociale, resa oggi ancor più complessa dal Covid-19.

Tuttavia, vista la stretta interconnessione che sussiste tra povertà e *homelessness*, è importante tenere conto anche di alcuni altri dati allarmanti: secondo la definizione di povertà assoluta³³ – che in Italia corrisponde a quelle persone e a quelle famiglie non in

³² Nell'ambito di questi rilievi si è poi constatata una peculiare categoria giovanile, i cosiddetti NEET (*Not in Education, Employment or Training*) (fio.PSD, 2019).

³³ “La soglia di povertà assoluta rappresenta il valore monetario di quel paniere di beni e servizi (alimentazione adeguata, abitazione, vestiario, salute, ecc.) ritenuti essenziali per ciascuna famiglia,

grado di raggiungere un tenore di vita dignitoso e dunque socialmente accettabile – erano 4.742.000 le persone che nel 2017 versavano in stato di grave povertà nel nostro paese (Caritas Italiana, 2017). Basti pensare come, rispetto al decennio antecedente, il numero dei poveri abbia subito un incremento del 165,2%. Tuttavia, tale conteggio non includeva le situazioni estreme di coloro non in possesso di residenza nel nostro paese – tra cui proprio i senza dimora – nonché altre categorie (ad esempio i richiedenti asilo) (*ibid.*). Ancora, l'elemento che qui interessa sottolineare è il cambiamento nelle categorie maggiormente colpite da tale fenomeno: non più gli anziani pensionati bensì la componente giovanile, i quali conquistano indipendenza dalla famiglia di origine sempre più tardi. Ormai dal 2012, in Italia si manifesta infatti un rapporto di proporzionalità inversa tra incidenza del fenomeno povertà ed età anagrafica (*ibid.*).

Nonostante gli obiettivi sociali che la strategia Europa 2020 si era posta nel momento in cui era stata varata nel marzo del 2010³⁴ dall'Unione europea (tra cui la riduzione della povertà), in Europa e in Italia il quantitativo di soggetti a rischio di povertà ed esclusione sociale si è accresciuto, tanto che al 2015 in Italia era a rischio di povertà ed esclusione sociale il 28,8% della popolazione (*ibid.*).

Dati attuali ci provengono infine dal più recente rapporto ad opera di Caritas Italiana (2021), fonte di grande rilievo nel panorama del dibattito sulla povertà in Italia. Il documento si propone di illustrare la situazione attuale del paese, tenendo conto della perdurante emergenza sanitaria dovuta alla pandemia. L'impatto economico e sociale della crisi è stato fortissimo: stando ai dati pubblicati da ISTAT nel giugno 2020 (in Caritas Italiana, 2021), si trovano in una condizione di povertà assoluta più di due milioni di famiglie (con maggiore incidenza al Sud, sebbene l'aumento più notevole si riscontri al Nord), per un ammontare complessivo pari adesso a 5,6 milioni di poveri assoluti, evidenziando in tal modo una crescita della povertà in Italia (contrariamente alla flessione constatata l'anno precedente, nel 2019) raggiungendo la dimensione più estesa dal 2005: sono più di un milione i poveri assoluti aggiuntivi rispetto al periodo che ha preceduto lo scoppio della pandemia.

Un segnale che dovrebbe destare preoccupazione arriva anche dagli under 34: non solo una conferma, bensì un peggioramento della condizione di disagio di questi soggetti – minori compresi – nonostante tale dato non venga scatenato direttamente dalla crisi, ma da essa

calcolata in base al numero e all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla dimensione del comune di residenza. Una famiglia è quindi definita assolutamente povera se sostiene una spesa mensile per consumi pari o inferiore a tale valore monetario” (Caritas Italiana, 2017 : 10).

³⁴ Si ricordi che proprio il 2010 era stato proclamato dall'Unione europea “Anno europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale”.

certo fomentato. Come afferma infatti il rapporto 2021 delle Nazioni unite “*Sustainable development Goals*”³⁵ (in Caritas Italiana, 2021), la pandemia ha rallentato su scala globale l’avanzamento verso molti dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile che l’Agenda 2030 delle Nazioni Unite si era prefissata, ad esempio in merito alla lotta alla povertà (*Goal 1*). Infatti, i soggetti che versano in una condizione di povertà estrema sono aumentati da 119 a 124 milioni, registrando in tal modo la crescita più significativa secondo le Nazioni Unite dal 1998. È dunque possibile constatare un sensibile aumento della povertà non solo nel nostro paese, bensì nel mondo, nonché dei diversi tipi di disparità sociale, i quali stanno gravando in particolar modo su giovani (anche minori), stranieri, donne e lavoratori in posizioni precarie. Con specifico riferimento alla categoria degli *homeless*, anche Caritas Italiana conferma dunque l’esigenza di non sottovalutare la problematica, la quale risulta qualitativamente e quantitativamente significativa.

Da ultima, non certo per importanza, si evidenzia la rilevanza di alcune variabili le quali, seppur presenti in maniera significativa anche a livello internazionale, risultano ancora troppo poco indagate dal punto di vista statistico: l’identità di genere e l’orientamento sessuale. Le persone che si rispecchiano in una identità la quale, per esprimersi, necessita di fuoriuscire dalla classificazione binaria tradizionale uomo-donna, così come le persone omosessuali, oltre a subire lo stigma conferito dall’essere senza dimora possono subire processi di vittimizzazione ulteriore, discriminazioni a sfondo sessuale o legate all’identità di genere (Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro, 2015). Ciò, anche in ambito lavorativo (aspetto che si manifesta nella maggiore difficoltà ad essere assunti) o attraverso aggressioni fisiche o verbali, legate a concezioni culturali ristrette e non inclusive. Per queste persone, la discriminazione rappresenta pertanto ulteriore fattore di fragilità, in grado di agevolare l’entrata nella condizione di *homelessness*, nonché di influenzare l’esito degli interventi ad esse dedicati.

In conclusione, sulla base delle complesse e variegate tendenze emergenti dai dati più recenti, le quali vedono proliferare nuovi profili di marginalità nel panorama dell’*homeless* non solo italiano, bensì europeo, si rivela di fondamentale importanza procedere al più presto con una terza rilevazione nazionale sulle condizioni delle persone senza dimora: ciò, non solo ai fini di una comparazione con le indagini qui presentate, bensì di un confronto tra le diverse situazioni nazionali a livello intra europeo, tale da ampliare ancor più la conoscenza del fenomeno, dunque mettere i paesi europei in condizione di elaborare ed

³⁵ Si tratta della principale fonte in merito allo stato di realizzazione dell’Agenda 2030 a livello mondiale.

attuare politiche e servizi in grado di contrastarlo nella maniera più efficace ed efficiente possibile (Consoli, 2020).

Capitolo 2

Analisi del quadro di policy: caratteristiche e limiti

2.1. Presupposti normativi del quadro di policy

A seguito del tentativo effettuato di fornire una panoramica sul fenomeno delle persone senza dimora in Italia, dunque avendo individuato le caratteristiche principali della popolazione di riferimento e avendone identificati alcuni profili e i relativi percorsi di emarginazione, il presente capitolo si propone di approfondire il quadro di policy entro il quale, l'*homelessness*, viene affrontata nel nostro paese, esplorandone pertanto caratteristiche, potenzialità e limiti. Una breve presentazione dei presupposti normativi posti a base di tale quadro può rivestire, dunque, un'utile funzione nella comprensione dei differenti approcci, attuati dalla rete di attori presenti sul territorio e attivi in tale ambito.

Un primo riferimento normativo fondamentale nel panorama dell'*homelessness* in Italia si rintraccia certamente nella legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. In particolar modo, l'articolo 28 della medesima concerne l'area degli “interventi urgenti per le situazioni di povertà estrema” e rammenta, al comma primo, la necessità di tutelare gli individui che versano in tali condizioni – tra cui le persone senza dimora – garantendo loro adeguati interventi, mediante la messa a disposizione di un incremento del Fondo nazionale per le politiche sociali³⁶. È dunque tale articolo a riconoscere, in primo luogo, l'esistenza delle persone senza dimora in Italia come problematica sociale degna di attenzione non soltanto normativa, ma anche politico istituzionale (Pellegrino, 2011).

Proprio l'articolo 28 è stato spesso interpretato dagli studiosi alla stregua di un grande paradosso: se da un lato aver riconosciuto l'esistenza delle persone senza dimora costituisce una nota di merito, tale azione potrebbe apparire, contemporaneamente, in aperto contrasto con il tentativo di superare la categorizzazione dell'assistenza sociale per destinatari degli interventi, posto in direzione di un modello integrato delle politiche sociali, che costituiva l'obiettivo stesso della legge 328/2000: l'articolo 28 è infatti il primo riferimento normativo ad individuare le persone senza dimora come categoria specifica, per la quale si prospettano interventi mirati (*ibid.*).

³⁶ L'intento della disposizione era quello di stanziare e garantire, per il biennio 2001-2002, finanziamenti straordinari di azioni e interventi, tesi a incentivare i servizi disponibili per persone in condizioni di grave marginalità sociale e senza dimora. Ciò prevedendo, al comma seguente, che fossero i diversi organismi (di volontariato, non lucrativi di utilità sociale, gli enti locali e le IPAB) ad attuare concretamente tali misure, mediante la proposta di propri progetti (*ibid.*). Si trattava, tuttavia, di interventi che non avrebbero comportato un'assunzione di responsabilità nel lungo periodo (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali: 18).

La logica sottostante all'articolo 28 era quella della transitorietà: il fine ultimo si identificava nell'integrazione graduale, ma sistematica, degli interventi afferenti all'area del contrasto alla povertà e alla prima accoglienza, all'interno di quelli che avrebbero dovuto essere i livelli essenziali di assistenza (cui, l'articolo 22 della medesima legge, offriva la propria tutela) e all'interno della programmazione dei piani di zona, previsti anch'essi all'art. 19 (Pellegrino, 2011).

L'articolo 28 si manifesta dunque in tutto il suo rilievo normativo nel momento in cui vanta il merito di aver colmato quello che non rappresentava soltanto un vuoto normativo, bensì una grande lacuna di giustizia sociale, in aperta contraddizione con la nostra stessa Costituzione e che purtroppo, ancora oggi, rimane in parte tale (*ibid.*).

Come anticipato, l'assistenza sociale italiana si è da sempre caratterizzata per una natura categoriale, fornendo prestazioni di welfare – anche nell'ambito della povertà economica – unicamente ad alcune categorie di cittadini: fino a quel momento, mancava infatti una legge dello Stato che prevedesse interventi e misure specificamente calibrati sulle esigenze delle persone senza dimora, attuati con strumenti appositi come avveniva, all'opposto, per altre categorie, quali pazienti psichiatrici, dipendenti da alcol o sostanze etc. (*ibid.*). Le Regioni italiane non avevano previsto, all'interno dei propri piani, alcun tipo di misura specificamente rivolta a questa categoria di cittadini, sebbene l'ente regionale fosse già titolare, al tempo, di una delega nei confronti delle competenze relative alla programmazione in materia di assistenza sociale. Soltanto oggi le Regioni risultano titolari della potestà legislativa esclusiva relativamente a tale ambito (*ibid.*). L'unica eccezione era costituita, al tempo, da alcuni Comuni del Nord Italia, i quali avevano fondato uffici dedicati (ad esempio nella città di Torino) oppure competenze mirate (come nel caso di Bologna, Brescia e Padova) nei confronti delle persone senza dimora.

Il riconoscimento normativo della realtà delle persone senza dimora in Italia aveva però trovato, a ben vedere, un primo impulso anche nel decreto “emergenza freddo”, il quale attestava uno stato di emergenza nelle aree metropolitane italiane legato a condizioni atmosferiche particolarmente avverse, che aveva condotto alla morte molti individui in strada. Fu sulla base di tali presupposti che il Governo nazionale decise di stanziare appositi fondi, finalizzati alla promozione di servizi di prima accoglienza ma anche di reinserimento, suggerendo la coltivazione di sinergie e strette collaborazioni, dunque di stimolare partnership tra gli attori attivi in questo settore (Saraceno, 2002: 165; in Pellegrino, 2011: 19).

Tuttavia, le “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia” del 2015 asseriscono la necessità di un utilizzo corretto ed appropriato del termine

“emergenza”: è infatti possibile identificare come tale soltanto un avvenimento di carattere straordinario e non preventivabile, il quale richieda interventi specifici che esulano dalle prassi ordinarie del sistema. Per tali ragioni, l’impiego dell’espressione ha subito numerose critiche. Il freddo invernale costituisce infatti una caratteristica tipica dei nostri inverni e che, in quanto tale, richiede di essere affrontata e gestita sistematicamente, anche con attenzione alle persone senza dimora. Una simile consapevolezza indusse, pertanto, alcune città a sviluppare strumenti e dispositivi più idonei alla gestione del fenomeno, basati su una programmazione specifica, quali ad esempio i cosiddetti “piani freddo”, interventi maggiormente strutturati volti a predisporre, nei freddi mesi invernali, sistemi di accoglienza ulteriori e non solo posti letto (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Ad ogni modo, in Italia l’offerta di servizi da parte del Terzo settore e del volontariato, nonché la conversione di alcuni di questi in centri specifici di riferimento per persone in condizioni di grave emarginazione, si verifica a metà degli anni Ottanta: la problematica non di rado permane irrisolta e inalterata, accompagnandosi ad ulteriori condizioni di vulnerabilità individuale, quali tossicodipendenze, povertà economiche, deistituzionalizzazione etc. (Pellegrino, 2011).

Tuttavia, proprio a partire dai primi servizi pubblici e da alcuni gruppi spontanei, la questione delle persone senza dimora inizia ad essere osservata e ricondotta all’interno dell’ambito pubblico, costruendo progressivamente un “fronte” che andava estendendosi dal livello locale a quello nazionale (sebbene, all’aver ammesso la rilevanza della problematica non sia corrisposto – non prima di un lungo periodo – il disegno di un idoneo sistema di interventi e di servizi sociali mirati) (*ibid.*).

Per quanto concerne la legge-quadro, non è soltanto il già citato articolo 28 a schierarsi dalla parte delle persone senza dimora: il riferimento è laddove il testo di legge individua primariamente gli interventi di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito – assieme ai servizi di accompagnamento – tra gli interventi che rappresentano il livello essenziale delle prestazioni sociali, le quali possono essere fornite in forma di beni e servizi, anche alle persone senza dimora presenti sul territorio nazionale (*ibid.*). È perciò possibile affermare che l’articolo 28 abbia avuto una grande portata innovativa nell’ambito del contrasto alla marginalità grave (avendo fornito una continuità finanziaria all’investimento in questo settore, che è poi però venuta a mancare sul piano nazionale), favorendo lo sviluppo progettuale di molti territori e comunità, nella prospettiva di una promozione non solo dell’accoglienza delle persone senza dimora, ma anche di percorsi di accompagnamento e di integrazione sociale nei confronti delle stesse (*ibid.*).

Ciononostante, con l'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione (avvenuta con legge costituzionale numero 3 del 2001) la forza innovativa della legge 328/2000 veniva inevitabilmente affievolita: attraverso l'introduzione del principio di sussidiarietà, la legge costituzionale capovolgeva lo schema distributivo delle responsabilità e delle competenze tra Stato, Regioni ed enti locali, prevedendo – nel nuovo testo dell'articolo 117 – che le politiche sociali e sanitarie spettassero alla competenza esclusiva dell'ente regionale per quanto concerne la potestà legislativa (diventando le regioni competenti, adesso, per legislazione e programmazione dei servizi, anche relativamente all'ambito dell'estrema povertà) e al Comune per la funzione amministrativa, insinuando il dubbio che il livello nazionale fosse titolato ad intervenire in tale ambito (*ibid.*). Tale riforma ha fatto sì che in capo allo Stato rimanesse, come unica area di titolarità e competenza, la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (art. 117, lettera m Cost). In tal modo, lo Stato può intervenire economicamente in favore di politiche tese al contrasto dell'esclusione sociale, dunque delle persone senza dimora, unicamente per la concreta realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (secondo quanto riportato dall'art. 22 della legge 328/2000).

Tuttavia, dei veri e propri livelli essenziali in ambito sociale – garantiti come diritti soggettivi – non sono mai stati definiti, non essendo state previste neanche le apposite coperture finanziarie (ciò vale anche per il settore di intervento relativo alle persone senza dimora). Più in generale, è possibile affermare che gli interventi su scala regionale nell'ambito della grave marginalità si siano caratterizzati per una sostanziale limitatezza, nel tempo e nelle risorse (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Sulla base di tali considerazioni, un importante riferimento normativo è rappresentato anche dall'articolo 8 della legge-quadro, in base al quale i Comuni – singoli o associati in ambiti territoriali – risultano competenti per la progettazione, gestione e conseguente erogazione di servizi e interventi tesi al contrasto della marginalità grave, in maniera libera e svincolata dalle normative regionali e nazionali sebbene, talvolta, con alcune contraddizioni. Infatti: “La funzione programmatica e di coordinamento dell'Ente locale più prossimo (Comune, Ambito territoriale, Città metropolitana) diventa quindi fattore determinante per costruire un sistema capace di valorizzare le risorse delle comunità locali (umane, economiche, progettuali ed esperienziali) e mettere a profitto le (limitate) risorse pubbliche” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali: 18).

A tal proposito, è essenziale ricordare che il Terzo settore, insieme agli organismi che lo compongono, viene riconosciuto come parte integrante del sistema integrato dei servizi e

degli interventi sociali – per come ideato dalla 328/2000 – in funzione di sussidiarietà rispetto all'ente pubblico. Ciononostante, spesso ad intervenire in favore delle persone senza dimora sono, di fatto, soltanto le realtà del Terzo settore, poste quasi a sostituzione della competenza pubblica anziché a supporto della stessa. A dispetto delle indicazioni legislative, accade infatti che gli enti facenti parte di questo corpo di supporto alla funzione pubblica divengano, come vedremo, gli unici attori attivi nel contrasto all'*homelessness*, dunque nello svolgimento e nella gestione di una vera e propria funzione pubblica, che assume così la forma di una delega da parte dello Stato. È perciò doveroso e necessario che lo Stato sociale assolva le sue funzioni pubbliche essenziali, come prescritto dalla legge, attuando concretamente quel principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione – per come riformulato dalla riforma del Titolo V – evitando che la sussidiarietà si trasformi in delega pressoché totale (*ibid.*).

Si rivela pertanto di fondamentale importanza abbandonare fallimentari approcci emergenziali, strutturando al contrario un adeguato sistema di interventi, in cui l'attore pubblico svolga un ruolo centrale di gestione del fenomeno, riconoscendo come l'*homelessness* non costituisca un'emergenza, un evento nuovo e inaspettato, quanto piuttosto un problema stabile e anzi in crescita, da contrastare ed eliminare (*ibid.*). Rappresenta dunque una necessità imprescindibile recuperare il ruolo pubblico dello Stato nella lotta al fenomeno – soprattutto ai fini di una presa in carico integrata della persona senza dimora – così come strutturare un sistema degli interventi per tale popolazione che sia sistematico, organico e integrato a 360 gradi, impegnato in una continua attività di monitoraggio degli interventi, volta a valutarne efficacia ed efficienza. Ciò, considerando l'attuale fase storica del tutto unica, che vede l'emergere perpetuo di nuove categorie colpite dalla povertà e dalla condizione di *homeless*.

Come afferma Palumbo (2011: 8) un “legame biunivoco” interconnette infatti i bisogni sociali (oggi sempre più differenziati e caratterizzati da crescente complessità) e il sistema delle politiche volte a fornire risposta a tali bisogni: questi due elementi si definiscono in maniera vicendevole, contribuendo, le politiche stesse, a modificare la percezione dei bisogni non solo nei destinatari, ma anche nella più ampia comunità scientifica e a darne, conseguentemente, una definizione. A tal fine, presupposto irrinunciabile è una formulazione delle politiche sociali che sia estranea a pregiudizi e a luoghi comuni, capace di dare il giusto spazio ad una partecipazione attiva da parte dei beneficiari degli interventi stessi (come si evincerà nel progetto HOOD, che verrà presentato successivamente).

Sono perciò queste le premesse fondamentali all'attuazione di politiche efficaci e in grado di aprire la strada, per le persone senza dimora, alla riacquisizione dello status di cittadino

che gode pienamente dei propri diritti (*ibid.*). Le persone in condizioni di grave emarginazione – dunque anche le persone senza dimora – devono pertanto essere coinvolte in modo attivo all'interno della relazione tra cittadino utente e apparato istituzionale: un elemento, quello della relazione di aiuto, sul quale dovrebbe fondarsi la costruzione stessa di un adeguato sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2.1.1. La questione della residenza: un diritto da tutelare

Questione centrale – e inestricabilmente connessa alla problematica della corrispondenza tra bisogno della persona senza dimora e servizi ad essa dedicati – concerne l'elemento fondamentale della residenza. Non di rado, infatti, le persone senza dimora difettano di una residenza stabile e certificata, la quale si presenta come requisito fondamentale all'accesso alle prestazioni pubbliche di welfare, dunque al godimento di molti altri diritti (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015).

In questa prospettiva, la residenza certificata si configura quale strumento selettivo di inclusione ed esclusione, identificativo di quanti sono ritenuti titolari della possibilità di partecipare attivamente alla vita della comunità locale e di fruire dei relativi diritti e benefici (Pellegrino, 2011). Una simile situazione fa sì che venga a crearsi una sorta di "limbo" in cui, da un lato, si è inclusi nella società e nel contesto in cui si vive poiché lo si abita quotidianamente, ma ciononostante – dall'altro – non si è considerati residenti in tale luogo (*ibid.*). Si tratta pertanto di un nodo cruciale nella discussione sugli interventi di contrasto alla grave marginalità, che rende necessario un breve *excursus* giuridico sulle origini di questo concetto, oggi di così problematica applicazione.

Il termine trae le sue origini giuridiche dall'art. 43 C.C., il quale asserisce che "il domicilio di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito la sede principale dei suoi affari ed interessi. La residenza è nel luogo in cui la persona ha la dimora abituale". È qui, dunque, che emerge innanzitutto un elemento fondamentale: la residenza anagrafica non equivale unicamente al possesso di un'abitazione rispettosa degli standard abitativi previsti, quanto piuttosto all'elemento simbolico della presenza abituale di un individuo in un determinato luogo (la cui sussistenza verrà considerata ai fini dell'iscrizione nei registri anagrafici dello stesso) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Tuttavia, l'elemento che sembra essere maggiormente in grado di manifestare un legame giuridico più forte tra la persona ed il luogo di sua permanenza è il concetto di "domicilio": è importante far presente come la Corte di Cassazione, con sentenza 7750 del 20 luglio 1999 – Corte di Cassazione – Sezione II, abbia specificato che nell'espressione "affari e interessi" siano infatti da ritenersi inclusi tutti i rapporti afferenti alla sfera relazionale del

soggetto (di qualsiasi natura essi siano, sia personali che familiari o sociali o, ancora, economici e morali) che il soggetto intrattiene, a motivo di interessi di differente natura (*ibid.*).

A fornire indicazioni precise circa la residenza anagrafica dei soggetti, interviene poi l'art. 2, comma 3 della legge 1228 del 24 dicembre 1954 (cosiddetta "Legge anagrafica") per cui: "La persona che non ha fissa dimora si considera residente nel Comune ove ha il domicilio, e in mancanza di questo nel Comune di nascita" dimostrando, in tal modo, che l'elemento del domicilio, così come inteso dalla Corte di Cassazione, basta a far acquisire alla persona senza dimora la residenza anagrafica nel Comune in questione (*ibid.*). È perciò fondamentale acquisire consapevolezza del fatto che siamo in presenza di un vero e proprio diritto, tutelato da una legge nazionale e che, in quanto tale, vi è la necessità di garantire.

La questione della residenza ha pertanto trovato risoluzione, presso le anagrafi comunali italiane che con le proprie prassi rispettano la normativa vigente discussa, focalizzando l'attenzione sui concetti di domicilio e residenza: l'iscrizione anagrafica di quanti non dispongono di una dimora può avvenire in tal modo per mezzo di un domicilio, da intendersi come luogo in cui abitualmente si intrattiene la maggioranza dei rapporti sociali quotidiani, in quanto libertà tutelata dalla stessa Costituzione italiana (Pellegrino, 2011).

Dal momento che, come si è visto, l'iscrizione ai registri anagrafici della popolazione costituisce preconditione ai fini del pieno godimento dei diritti di cittadinanza, la già menzionata legge anagrafica – insieme al regolamento DPR 223 del 30 maggio 1989 – indica soluzioni atte a concretizzare tale iscrizione per le persone senza dimora quali, ad esempio, l'istituzione di un'apposita sezione "non territoriale" presso ciascun Comune, finalizzata al censimento come residenti di coloro i quali, pur senza tetto e senza fissa dimora, abbiano eletto domicilio, in modo da conseguire residenza anagrafica (*ibid.*). A tal fine, verrà identificata una via fittizia, per la quale non si riscontra una reale corrispondenza sul territorio comunale e la cui denominazione verrà definita dall'Ufficiale di anagrafe, evitando terminologie che potrebbero individuare esplicitamente chi vi risulta residente come persona senza dimora (aspetto, questo, che potrebbe costituire una potenziale fonte di stigma).

La sussistenza di un indirizzo determinato sarà essenziale non ai fini dell'elezione di domicilio, quanto piuttosto della reperibilità di chi la richiede: preferibilmente, la via dovrà corrispondere alla sede dell'ufficio di Servizio sociale (affinché alla persona possano essere recapitate posta e atti ufficiali) o ad altra sede operativa dell'amministrazione pubblica. La residenza potrà altresì essere conferita presso associazioni o altri luoghi, sulla base di uno specifico accordo procedimentale con l'anagrafe del Comune di riferimento.

Nonostante i buoni presupposti, nonché le indicazioni normative – ribadite inoltre dalle Linee di indirizzo del 2015 – molteplici sono le distorsioni che questa pratica si trova a subire, misconoscendo il diritto alla residenza e originando una discrasia e un'iniquità nel godimento dei diritti di cittadinanza (dunque nell'accesso al sistema dei servizi assistenziali ma anche sanitari, rendendone, di fatto, non esigibili i relativi diritti) tra le persone gravemente emarginate (Minardi, Masotti, 2019). Molte realtà comunali non hanno infatti adottato le suddette soluzioni in maniera omogenea sul piano nazionale³⁷: a causa di prassi che disattendono le indicazioni dell'ordinamento giuridico vigente, ledendo i diritti dei cittadini, numerose sono le persone che pur presentando i requisiti di presenza stabile nei comuni italiani, si vedono negata la possibilità dell'iscrizione all'anagrafe (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). Quest'ultima avrà dunque il compito di accertare la stanzialità di una presenza sul suo territorio, senza far sì che in tale funzione possano interferire differenti interessi (anch'essi degni di attenzione) i quali richiedano di essere tutelati attraverso appositi strumenti giuridici (ad esempio, la tutela dell'ordine pubblico) (*ibid.*). A questo fine, le Linee di indirizzo raccomandano a tutti i Comuni di prevedere la possibilità, per il cittadino che lo richieda e che sia in possesso dei necessari requisiti, di poter essere iscritto ai registri anagrafici (sulla base delle indicazioni normative vigenti). La residenza dovrà comunque collocarsi entro un più generale piano individualizzato di assistenza, da definirsi nel percorso di accompagnamento e presa in carico della persona da parte del Servizio sociale o sanitario (*ibid.*).

Tuttavia, ancora oggi, le procedure per l'acquisizione della residenza per una persona senza dimora sembrano rimanere ostaggio di interpretazioni più o meno aperte o rigide, da parte delle singole realtà comunali. Inoltre, se la cornice entro la quale si colloca il fenomeno dell'*homelessness* è quella della povertà estrema, tale fenomeno implica importanti ripercussioni sulla sfera dei diritti della persona, che in una simile condizione si ritrova a perdere i propri diritti, sia sociali che civili e politici e, più in generale, umani, divenendo una specie di entità invisibile, poiché deprivata addirittura dal punto di vista identitario: alle persone senza dimora viene così a mancare una "identità riconosciuta formalmente" dal sistema di welfare, fondato su una logica consequenziale tra requisiti, diritti, benefici e obblighi (con ciò intendendo anche la già discussa residenza anagrafica o gli aspetti reddituali e occupazionali) (Fio.PSD, 2016).

³⁷ Si pensi a casi in cui, a dimostrazione della presenza stabile su un territorio, è stato richiesto alla persona senza dimora di anettere documentazione in grado di attestarne l'attività lavorativa entro i confini comunali, oppure di aver ricevuto una valutazione positiva ad opera del Servizio sociale etc. Inoltre, soltanto poco più di 200 Comuni italiani, su un totale di quasi 8000, hanno concretamente provveduto a istituire vie fittizie (sebbene si tratti, fortunatamente, di un dato in crescita).

Dunque, se molte delle persone senza dimora presenti nel nostro paese non dispongono di una residenza anagrafica (oppure sono in possesso di residenza in Comuni altri, rispetto a quelli ove si svolge prevalentemente la loro vita ed altre ancora sono apolidi) tali soggetti incontrano maggiori ostacoli, se non una vera e propria impossibilità, di avere accesso a servizi di natura istituzionale: una consapevolezza che rende di fatto imprescindibile la necessità di riconoscere e tutelare la residenza come diritto esigibile.

Il rilievo degli elementi della residenza e dell'iscrizione anagrafica assume in tal modo connotati, potremmo dire, quasi “esistenziali”: una sorta di “attestato di esistenza” cui ogni cittadino ha diritto, al fine di essere riconosciuto come portatore di diritti soggettivi fondamentali e garantiti dallo Stato. Ciò, è tanto più vero nel caso delle persone senza dimora, per le quali la residenza anagrafica rappresenta la via di accesso al sistema integrato dei servizi sanitari, socioassistenziali nonché abitativi, che l'ente locale deve provvedere ad erogare. Il mancato possesso di tale requisito equivale dunque ad una condizione in cui si è cittadini soltanto a metà, vedendosi precluso il godimento dei diritti essenziali discussi e delle prestazioni ad essi relative.

L'iscrizione all'anagrafe rappresenta pertanto un diritto fondamentale al quale non è possibile rinunciare, poiché presupposto basilare anche al conseguimento dei documenti di cui, ciascun cittadino, deve essere in possesso (la carta di identità, la tessera sanitaria, la tessera elettorale, il permesso di soggiorno). È per tale ragione che l'iscrizione anagrafica deve essere considerata, a tutti gli effetti, un diritto soggettivo per i cittadini italiani e non, purché regolarmente presenti sul territorio nazionale (Fio.PSD, 2020).

A rinforzo della legge anagrafica, la Circolare Istat n. 29/1992 (*ibid.*) sottolinea infatti come il riferimento al criterio del domicilio costituisca un elemento fondamentale per le persone senza dimora, in quanto unico elemento di giuntura tra le stesse e l'ente comunale, ma anche perché la possibilità di iscrizione all'anagrafe comunale costituisce un interesse legittimo della persona senza dimora (Comune che tale persona potrà decidere in piena autonomia). Non sarà necessario che il domicilio corrisponda ad un luogo fisico: sarà sufficiente che questo venga eletto nel Comune che costituisce la sede dei suoi interessi. In tal caso, come argomentato, la persona senza dimora potrà essere iscritta in una via fittizia, la quale sebbene in realtà non esistente beneficerà del medesimo riconoscimento giuridico, costituendo una via di accesso alternativo al godimento dei diritti di cittadinanza. Quando la persona sarà stata iscritta presso l'anagrafe comunale, tale Comune evidenzierà la posizione anagrafica di senza fissa dimora nell'INA, “Indice nazionale delle anagrafi” (un'informazione, questa, che andrà a confluire nel registro delle persone senza dimora).

Negare il diritto alla residenza ad una persona senza dimora rappresenta dunque una violazione concreta ed inaccettabile di innumerevoli diritti (del cittadino) e doveri (dello Stato) sanciti dalla Costituzione italiana, tra i quali: il diritto all'uguaglianza formale e sostanziale (art. 3 Cost); il dovere di solidarietà politica, economica e sociale (art. 2 Cost); la libertà personale e l'inviolabilità del domicilio (art. 14 Cost); il diritto al lavoro (dal momento che viene negata l'iscrizione ai Centri per l'Impiego e la possibilità di aprire una partita IVA) (art. 4 Cost); il diritto alla salute (art. 32 Cost); il diritto all'assistenza e alla previdenza sociale, negando il percepimento di una pensione (art. 38 Cost); il diritto di voto, non avendo una circoscrizione elettorale (art. 48 Cost.); il diritto alla difesa, poiché senza residenza non può esservi accesso al gratuito patrocinio (art. 24 Cost) ed infine, la libertà di stabilire la residenza entro il territorio statale (art. 16 Cost).

2.2. Servizi e modelli di intervento per i senza dimora

Gli approcci da cui i diversi modelli di intervento nell'ambito della grave marginalità hanno tratto ispirazione si sono susseguiti nel tempo, sviluppandosi a partire da presupposti storici e ideologici determinati e strettamente interconnessi a differenti prospettive e concezioni del fenomeno delle persone senza dimora.

Allo stesso modo in cui si è constatato, in precedenza, che le cause dei percorsi di emarginazione progressiva che inducono alla condizione di senza dimora hanno natura multi-causale e multifattoriale, anche il sistema degli interventi di contrasto al fenomeno comprende diverse soluzioni, delle quali nessuna appare sufficiente, nella sua unicità e singolarità³⁸ (Pellegrino, 2011). L'elemento chiave nel contrasto del fenomeno appare, in tal modo, la sinergia tra i molteplici interventi, i quali nella loro unione possono davvero porvi rimedio in maniera definitiva: si vedrà come sia infatti necessaria una forte integrazione tra i diversi assi di policy, in grado di rispondere simultaneamente alle molteplici esigenze del cittadino attuando, al contempo, interventi sia sul piano economico, sia su quello abitativo, sociale e sanitario, dunque perseguendo finalità di integrazione e inclusione, rafforzamento delle risorse e capacità di autodeterminazione, così da condurre una vita in casa nella piena autonomia, attivando processi di empowerment e stimolando una partecipazione attiva alla vita anche sociale, in combinazione con interventi sul piano occupazionale: una integrazione completa, pertanto, dell'individuo nella comunità di appartenenza.

³⁸ Si pensi, a titolo esemplificativo, alla possibilità di disporre di un alloggio adeguato, di una integrazione anche sul piano occupazionale, con conseguente autonomia economica etc. (*ibid.*)

Dunque, se come afferma la letteratura fin qui analizzata l'*homelessness* si presenta quale fenomeno multidimensionale, poliedrico, contraddistinto da una irriducibile polisemia, le politiche tese al suo contrasto non possono non tenere conto di tale eterogeneità, attuando interventi e misure di contrasto specifiche, volte anche alla prevenzione del fenomeno.

Storicamente, la prospettiva ideologica che ha connotato le misure e gli interventi attuati nei confronti delle persone senza dimora in Italia ha sostenuto un approccio di stampo emergenziale, mancando, a livello nazionale, un approccio strategico e programmatico nel sistema dei servizi in tale settore (Celardi, Mazzeo Rinaldi, 2020). La complessità intrinseca del fenomeno rende infatti difficoltosa l'individuazione di opportune strategie di intervento ad opera dei servizi.

Al contrario, un approccio di natura strategica, in grado di strutturare interventi volti a garantire prestazioni appropriate e uniformi sul territorio nazionale si rende sempre più urgente nella lotta all'*homelessness* (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). La logica che si rende necessario adottare in questo momento è dunque quella di progettare interventi i cui benefici si espandano nel lungo periodo, elaborando un modello di policy che possa essere monitorato – anche attraverso la misurazione dei risultati conseguiti – effettuando una valutazione in itinere, tesa a correggere ed affrontare eventuali criticità, che potrebbero verificarsi in corso d'opera (*ibid.*). Fondamentale in questo intento è mantenere una prospettiva di osservazione in grado di valorizzare le specificità di ciascuna situazione e di attuare, pertanto, interventi personalizzati che consentano di utilizzare gli strumenti più adeguati in ogni casistica, affinché le risoluzioni si rivelino stabili e durature nel tempo (*ibid.*).

Come già accennato, la gran parte di servizi messi a disposizione delle persone senza dimora in Italia trova le sue origini in enti privati di diversa natura: religiosa ed ecclesiale, a carattere laico ma tese a promuovere e ad incentivare i diritti civili e il valore della solidarietà (*ibid.*). Tutt'oggi, questi organismi svolgono un ruolo centrale nella lotta all'emarginazione grave. Le ragioni di una simile affermazione sono molteplici: si pensi, innanzitutto, alla capacità di tali organizzazioni di fornire una lettura dei bisogni presenti sul territorio con maggior velocità e flessibilità; alla significativa capacità di accesso a risorse di natura volontaria e informale, rispetto al sistema pubblico dei servizi, grazie a un forte "radicamento comunitario"; infine, tali servizi possiedono un valore anche

relazionale, poiché fondati su ideali di solidarietà che muovono l'operato dei volontari e dei professionisti, agevolando l'accesso alle prestazioni³⁹ (*ibid.*).

Tuttavia, sulla base di queste considerazioni è necessario ribadire un concetto: per quanto questi servizi costituiscano parte fondamentale nella lotta al fenomeno delle persone senza dimora, essi non possono e non devono, in alcun modo, sostituirsi all'attore pubblico: disporre all'interno di uno Stato sociale di un sistema di servizi adeguatamente strutturato e organizzato rappresenta una necessità che non è possibile ignorare. I corpi sociali hanno il compito di esprimere il valore della sussidiarietà, dell'affiancamento al settore pubblico, dal momento che tali servizi rispondono in primo luogo ad una funzione pubblica essenziale: assolvere al dovere costituzionale di salvaguardare, in maniera sistematica e continuativa, i diritti fondamentali di ogni persona. Solo questa stretta collaborazione tra attore pubblico (inteso come sistema pubblico di programmazione degli interventi) e tali organismi potrà favorire pratiche efficaci nella lotta all'*homelessness*. Il rapporto che deve intercorrere tra i due ambiti è perciò quello di una forte valorizzazione da parte del primo nei confronti del secondo, di un coinvolgimento complementare, a integrazione della gestione della funzione e azione pubblica; una *partnership* che non assuma la forma di mera delega e che non guardi a questi organismi unicamente come erogatori di prestazioni (*ibid.*).

Dunque, allo scopo di procedere ad una disamina delle pratiche di contrasto alla grave marginalità adulta, è possibile affermare che queste possono differenziarsi per genere, tipologia, contesto culturale di attuazione, peculiarità sociali e ambientali dei contesti di erogazione, ragioni ed intenzioni di natura politica dei funzionari (cui è preposta la responsabilità di tali pratiche), nonché risorse disponibili all'attuazione di queste ultime (*ibid.*).

A questo punto, appare opportuno fornire una definizione dei sistemi di intervento sociale e dei servizi che ne fanno parte:

I sistemi di intervento sociale contro la homelessness sono costituiti da dispositivi stabili di servizi, orientati da un approccio strategico, per il conseguimento di un fine specifico. Per servizi si intendono in questo contesto delle unità organizzative specifiche atte ad erogare presso una determinata sede tipologie di prestazioni ben determinate, in modo continuativo o ripetuto nel tempo, socialmente riconosciuto e fruibile (*ibid.*: 20).

³⁹ I vantaggi elencati si manifestano in tutto il loro potenziale soprattutto nel momento in cui, tali servizi, siano erogati su base completamente volontaria, come effetto di processi di auto-mutuo-aiuto comunitario (*ibid.*).

Per quanto riguarda i servizi, le stesse Linee di indirizzo adottano la categorizzazione realizzata dall'ISTAT e dai suoi partner, che li distingue per orientamento funzionale, codificandone trentadue, tra loro ripartiti entro cinque grandi macrocategorie⁴⁰: servizi di supporto in risposta a bisogni primari; servizi di accoglienza notturna; servizi di accoglienza diurna; servizi di segretariato sociale; servizi di presa in carico e accompagnamento (*ibid.*).

Tuttavia, altra importante distinzione tra servizi passa per la natura, istituzionale o meno, degli stessi. I servizi in questione possono infatti essere considerati: servizi istituzionali, qualora erogati direttamente da un ente pubblico, nonché nel caso in cui siano strutturati e assimilabili a organismi quali fondazioni, associazioni o cooperative sociali e operanti sulla base di appalti, convenzioni etc. in regime di sussidiarietà riconosciuta; servizi formali o informali, rispettivamente nei casi in cui siano strutturati e riconoscibili dalla disciplina delle associazioni, cooperative sociali e fondazioni, oppure abbiano carattere spontaneo, ma si tratti di interventi ripetuti nel tempo e socialmente riconosciuti (*ibid.*).

Al fine di realizzare una breve panoramica sui servizi presenti nel nostro paese⁴¹, è possibile avvalersi dei dati raccolti dall'ISTAT nel corso delle due indagini nazionali (2011, 2014): se gli enti che nella prima indagine avevano provveduto a fornire risposta al bisogno delle persone senza dimora sul piano nazionale erano 727, il complesso dei servizi erogati ammontava a 1890 (potendo erogare, ciascun ente, anche servizi di diverso tipo). Di questi, un terzo ambiva a fornire risposta a necessità primarie quali la domanda di cibo, igiene personale e vestiario, con una prevalenza nella disponibilità di alloggi notturni rispetto a quelli diurni (17% contro 4%). Significativa era anche, nel 2011, la diffusione di servizi di segretariato sociale⁴² e di presa in carico e accompagnamento. Soprattutto per quanto riguarda la necessità di una forte attenzione pubblica al fenomeno, si noti come i due terzi dei servizi risultassero, allo stesso anno, direttamente o indirettamente garantiti da enti pubblici e dalle relative risorse, mentre il rimanente terzo sostenuto da fonti private.

Per quanto concerne i servizi atti a rispondere alle esigenze primarie delle persone senza dimora, le mense raggiungevano il più ampio numero di utenti, specialmente rispetto ai centri di distribuzione per il cibo, sebbene questi ultimi fossero maggiormente presenti sul

⁴⁰ Per un'elencazione esaustiva dei suddetti, si veda Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015: 20.

⁴¹ Già la Commissione d'indagine sull'Esclusione Sociale, tra il 1999 e il 2001, si era occupata di effettuare una mappatura nazionale dei servizi operanti sul territorio, nell'ambito del contrasto alla grave marginalità (Pellegrino, 2011).

⁴² Oltre ai noti servizi di natura informativa e orientativa nel sistema dei servizi, tra di essi si ritrovano i servizi per il disbrigo delle pratiche amministrative, tra cui proprio la residenza anagrafica fittizia.

territorio (26,1% contro 18,9%). I servizi di docce e igiene personale rappresentavano il 14,5% dell'offerta complessiva, quelli di distribuzione di indumenti il 18,1%. Infine, seppur presenti in misura molto ridotta (l'8% dei servizi erogati), anche le unità di strada sembravano raggiungere un gran numero di utenti. Tra i servizi dedicati all'accoglienza notturna, a prevalere erano i dormitori – anche di emergenza – seguiti dalle comunità residenziali o semiresidenziali e dagli alloggi.

Nella ricerca condotta nel 2014 invece, sebbene diminuiscano i servizi aumentano le prestazioni: tuttavia, tale aumento non equivale ad un incremento delle persone senza dimora, poiché legato ad un utilizzo ripetuto dei servizi da parte delle stesse persone.

Cresce nel 2014 anche l'utilizzo delle unità di strada da parte delle persone senza dimora, così come dei centri di ascolto e il contatto con servizi volti all'erogazione di medicinali. In aumento anche le persone senza dimora che decidono di avvalersi del Servizio sociale. Un dato positivo si evidenzia poi nella riduzione della percentuale di persone senza dimora obbligate a trascorrere la notte in treni, auto e roulotte.

Tuttavia, nonostante la vasta gamma di servizi a carattere emergenziale e di prima accoglienza presente sul nostro territorio, tali servizi non risultano essere diffusi in maniera omogenea e capillare a livello nazionale⁴³, prevalentemente siti in città metropolitane e Comuni medio grandi. Per quanto numerosi, i servizi attivi non sembrano sufficienti ai fini di una realizzazione effettiva del principio di inclusione sociale: come evidenziato dalle indagini ISTAT, buona percentuale delle persone senza dimora dedica il suo tempo a svolgere lavori prevalentemente instabili e saltuari, il cui reddito derivante non costituisce certo, da solo, strumento efficace di integrazione sociale, dal momento che tale cifra non si rivela neanche sufficiente a sostenere i costi legati a un'abitazione, rendendo di fatto difficoltoso l'accesso al mercato immobiliare, sia pubblico che privato. A conferma di questo dato, l'ultima indagine aveva rivelato che le persone senza dimora in Italia trovano prevalentemente all'interno del dormitorio una forma di riparo notturno (il 60%), seguite da coloro che dormono direttamente in strada, all'interno di parchi o aree pubbliche (38%) e in luoghi di fortuna quali ad esempio automobili, vagoni dei treni e roulotte, nel 15% dei casi oggetto d'indagine.

In connessione a quanto prima affermato – con particolare riguardo al livello di strutturazione dei sistemi di intervento – le Linee di indirizzo affermano che, laddove non sussista un sistema strutturato di interventi dedicato alle persone senza dimora, tende ad

⁴³ Dalle indagini emerge un quadro dell'offerta nazionale di servizi per le persone senza dimora debole e frammentato, specie in riferimento ad alcune aree del paese e a determinati ambiti (ad esempio il reinserimento socio-lavorativo delle persone senza dimora) (ISTAT, 2011, 2014; in Celardi, Mazzeo Rinaldi, 2020).

imporsi un approccio di natura residuale o emergenziale nei confronti del fenomeno: è in questi casi che la maggior parte dei servizi disponibili in un territorio hanno natura spontanea e vengono erogati dai corpi sociali intermedi, insieme a servizi istituzionali di stampo tradizionale nel settore delle povertà (quali mense e dormitori). Un atteggiamento emergenziale prolifera laddove si sia in presenza di una forte lacuna istituzionale, denotando l'assenza di strategie di intervento strutturate e di lungo periodo (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Talvolta possono essere previste, in via straordinaria, risorse temporanee ai fini di interventi emergenziali, volte a fornire risposta ai bisogni primari, “urgenti e indifferibili” della popolazione senza dimora, ad esempio nel caso di un rischio concreto per la loro incolumità, di fronte a condizioni ambientali avverse (si pensi all'emergenza freddo) (*ibid.*: 25). Anche all'intervento a carattere emergenziale, tuttavia, può essere conferito un orientamento strategico, impiegandolo in maniera complementare – di fronte a circostanze eccezionali – rispetto ad un sistema dei servizi ordinari già, di per sé, adeguato (*ibid.*).

Un grado di strutturazione superiore si riscontra nel caso dei sistemi in grado di erogare interventi di bassa soglia⁴⁴ e di riduzione del danno, i quali vedono la presenza di servizi di pronta e prima accoglienza di strada e strutture facilmente accessibili, operanti in prossimità della persona senza dimora. Obiettivo primario di questi servizi non è direttamente l'inclusione sociale, quanto fornire agli individui bisognosi una rete di protezione e assistenza primaria, la quale garantisca condizioni dignitose che fungano da presupposto per il proseguimento di veri e propri percorsi socioassistenziali (*ibid.*).

Dal punto di vista delle infrastrutture impegnate nel sistema dei servizi a livello territoriale, le strutture di accoglienza per le persone in condizioni di *homelessness* rappresentano un elemento fondamentale, ma sono in grado di mostrare tutta la loro utilità soltanto all'interno di un contesto orientato strategicamente: in caso contrario, il loro contributo potrebbe assumere la mera forma di un intervento a tamponamento di un problema che richiede, invece, di essere affrontato strutturalmente, su base continuativa (*ibid.*).

Una prima suddivisione tra le diverse tipologie di strutture si rintraccia a livello funzionale: esistono infatti strutture notturne e strutture diurne. Tra le strutture a carattere notturno si individuano a loro volta altre tipologie: prima fra tutte, le strutture a bassa soglia.

⁴⁴ Si configurano quali servizi a bassa soglia quei servizi “caratterizzati da un accesso diretto dell'utenza che può recarvisi senza essere inviata da un servizio sociale di riferimento, e con pochissime regole che ne disciplinano l'accesso” (Leonardi, 2019: 2). Un servizio di bassa soglia è dunque definibile anche come un “servizio di facile accesso, informale, il cui obiettivo è innanzitutto quello di alleviare la condizione di disagio offrendo una risposta immediata a bisogni primari” (Mancini et al, 2020: 175).

Proprio le strutture di accoglienza notturna risultano essere la tipologia di servizi con maggior domanda da parte di questa fascia di popolazione, sebbene siano, paradossalmente, anche le meno presenti sul territorio, rendendo ostico il loro utilizzo da parte delle persone senza dimora⁴⁵ (*ibid.*). Si tratta di un nodo critico legato, da un lato, alla materiale disponibilità di strutture – e dunque di posti letto – all'interno di un territorio, dall'altro agli aspetti di organizzazione interna a tali strutture, mancando normative condivise in maniera uniforme ed omogenea su tutto il territorio nazionale. In particolare, le strutture di accoglienza notturna si articolano in una pluralità di modelli, tra cui i principali sono il dormitorio, la comunità e l'alloggio (*ibid.*). Laddove l'approccio che guida il sistema territoriale di servizi sia quello dell'*Housing led* o dell'*Housing first* (i quali verranno approfonditi in seguito), l'intento è quello di avvalersi delle forme di accoglienza notturna prettamente come soluzione d'emergenza o da utilizzare nella transizione verso un alloggio idoneo e stabile per i soggetti in questione.

Generalmente, ogni servizio di bassa soglia (ad esempio il dormitorio) prevede una propria regolamentazione alla quale, la persona senza dimora, deve sottostare: dal rispetto di orari prestabiliti per accedervi o al contrario lasciare la struttura, ai colloqui di valutazione e molto altro. Utilizzare i servizi a tali condizioni richiede che la persona esprima flessibilità nell'adeguare la propria organizzazione di vita ad essi, anziché strutturare servizi flessibili⁴⁶ che possano assecondare al meglio le esigenze dell'individuo in difficoltà, andando così ad influire fortemente, in direzione inibitoria, sullo sviluppo della propria capacità di autodeterminazione (*ibid.*).

Quella dei dormitori si configura infatti come una risposta di tipo emergenziale, la quale, se utilizzata invece come soluzione anche sul lungo periodo, si rivela controproducente impattando negativamente sul livello di funzionamenti e capacitazioni dell'individuo e deprimendone lo slancio ad intraprendere percorsi di emancipazione dal circuito assistenziale. Per tale ragione, è opportuno che laddove si sia optato per un sistema orientato all'*housing led*, il sistema dell'accoglienza notturna riorganizzi le strutture presenti, così da offrire a tutte le persone senza dimora coinvolte un alloggio stabile e non istituzionalizzante, entro un periodo di circa tre mesi. Laddove, invece, il territorio non disponga di strutture ad uso notturno, le Linee di indirizzo escludono un investimento in

⁴⁵ Secondo i dati ISTAT, non riesce a trovare riparo per la notte in tali strutture neanche la metà delle persone che vivono in strada.

⁴⁶ A questo proposito, Porcellana (2017) sostiene che il sistema e i suoi operatori debbano riconoscere prima di tutto la complessità delle persone con le quali vengono a contatto e che si propongono di aiutare, dando priorità a quelle che sono le loro vere necessità: non è agli individui che si deve chiedere di mostrare flessibilità, quanto piuttosto ai sistemi dedicati alla loro assistenza, adeguando le procedure agli individui e non il contrario.

dormitori permanenti, preferendo la progettazione e messa in pratica diretta di sistemi fondati sull'approccio *housing led* (sebbene sia possibile prevedere, in forma di supporto, strutture emergenziali e di transito) (*ibid.*).

Nel caso di un'accoglienza prolungata, le strutture in uso sono invece le Comunità semiresidenziali o residenziali (le quali dovrebbero promuovere e agevolare contesti relazionali, capacità e il maggior grado di autonomia possibile per la persona) e gli alloggi. Per quanto concerne poi le strutture diurne, anch'esse si suddividono in una pluralità di tipologie di accoglienza: il criterio di differenziazione riguarda due principali necessità, ovvero la presenza di aree dedicate alla socializzazione e di rifugio diurne e l'offerta di contesti protetti, nei quali la persona abbia modo di incrementare le proprie abilità o, più in generale, rendere produttivo il proprio tempo (*ibid.*).

Simili traguardi, per quanto contraddistinti da un profondo significato, comportano anche dei rischi: ad esempio, quello di stimolare sensazioni di frustrazione, disincentivando al contrario la fiducia nei servizi e negli operatori, una volta che si siano progettati percorsi – con annesse speranze e aspettative – che non abbiano avuto modo di concretizzarsi realmente, all'esterno del sistema dei servizi. Per tali ragioni, le Linee di indirizzo suggeriscono ai centri diurni di fornire interventi e prestazioni programmati per la persona, in via preparatoria alla stesura di un progetto di aiuto, volto al sostegno della stessa nel lungo periodo. E proprio qui si evidenzia la necessità di una presa in carico integrata della persona senza dimora, fondata su una stretta collaborazione e coordinamento tra servizi sociali e sanitari pubblici (*ibid.*).

Per quanto riguarda poi i servizi inerenti a mense e centri di distribuzione di alimenti e beni di prima necessità – classificati come servizi di bassa soglia – essi rappresentano come argomentato una realtà rilevante nel contesto italiano, sebbene con alcune difficoltà. Nonostante il grande valore sul piano della solidarietà sociale e dell'inclusività, tali servizi esprimono, su alcuni versanti, anche delle problematiche: una debole differenziazione interna e una altrettanto debole capacità di creare contesti personalizzati (incentrati sulla relazione di aiuto tra utente e operatore dei servizi), ma anche nodi critici legati al fatto che a tali servizi si rivolgono, sempre più spesso, soggetti in realtà provvisti di dimora, i quali ne usufruiscono in quanto sostitutivo del mancato godimento di misure a sostegno del reddito (*ibid.*).

Infine, i servizi di strada rappresentano una forma peculiare di agire sociale, contraddistinta da modalità differenti dalle usuali logiche dei servizi: il presupposto fondamentale consiste in una logica del movimento, dinamica, che cerca di rintracciare i segnali del passaggio di persone senza dimora all'interno di un territorio e delle sue strade (*ibid.*). È in tale contesto

operativo che si inseriscono le già menzionate unità di strada, uno tra i servizi disponibili più diffusi con funzione di prossimità, informazione, prevenzione, sensibilizzazione e ammortizzamento dei rischi implicati dalla vita di strada, nonché riduzione del danno nei confronti di quella fascia di popolazione affetta da stati di dipendenza patologica.

Rappresentando non di rado l'unico punto di contatto tra le persone senza dimora ed il sistema dei servizi, esse rivestono un ruolo centrale nel predisporre l'accesso a tali prestazioni da parte delle persone in condizione di *homelessness* (*ibid.*). Il potenziale dei servizi offerti in strada si evidenzia, dunque, non soltanto nella qualità degli interventi e nella loro natura (fornimento di beni primari quali cibo, bevande e coperte), quanto piuttosto nell'abilità di sfruttare tali canali di contatto per instaurare una relazione di aiuto. Affinché gli interventi di strada raggiungano la massima efficacia possibile, le Linee di indirizzo raccomandano di sviluppare un raccordo, un coordinamento tra gli operatori di strada e il sistema dei servizi (così da fornire un'informazione adeguata e interventi strutturati e coerenti), nonché di dotare le unità di strada di equipe di operatori dal differente profilo – quali assistenti sociali ma anche educatori, personale sanitario e molte altre figure – che possano, in una logica multidimensionale e multidisciplinare, rispondere in maniera efficace alla multi problematicità delle condizioni delle persone senza dimora (*ibid.*).

Di seguito, verranno pertanto discussi i principali approcci a cui si ispirano i modelli di intervento nel campo dell'*homelessness*, sebbene nella realtà dei servizi raramente sia possibile riscontrare un'applicazione integrale di un unico approccio e delle relative pratiche: vi è piuttosto una tendenza ad un utilizzo combinato, il quale comporta influenze vicendevoli. Ciononostante, l'elemento fondamentale affinché l'*homelessness* possa essere contrastata non in modo residuale, bensì strutturale e sistematico è la presenza, all'interno di un sistema, di un orientamento strategico volto all'inclusione sociale, che preveda a tal fine risorse e strutture necessarie, adeguatamente programmate a livello territoriale (*ibid.*). Vi è dunque la necessità di agire al contempo su molteplici fronti: il sistema dei servizi sembra essere assimilabile ad una sorta di marchingegno, i cui molteplici e complessi ingranaggi devono essere attivati simultaneamente per avere successo.

2.2.1. Il modello tradizionale “staircase”

Le origini del tradizionale approccio *staircase* – anche conosciuto come “modello a gradini” – si rintracciano nei processi di deistituzionalizzazione psichiatrica emersi negli Stati Uniti e in Italia tra la fine degli anni Cinquanta e gli inizi dei Sessanta (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). Nel contesto italiano, il riferimento normativo centrale in tali processi è certamente rappresentato dalla legge 13 maggio 1978, n. 180

“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, anche conosciuta come Legge Basaglia.

Il modello nasce con l'intenzione di reinserire socialmente i pazienti psichiatrici, mediante percorsi guidati di uscita dalle strutture ospedaliere: punto di arrivo di tali percorsi sono molteplici modalità di abitazione, che cercano di avvicinarsi all'ordinario nell'intento di perseguire, progressivamente, l'autonomia del soggetto. La diffusione capillare del modello – non soltanto nei paesi europei, bensì negli Stati Uniti ed anche in Australia – ha fatto sì che questo approccio dominasse la scena delle politiche impegnate nella lotta all'*homelessness*, sebbene con delle contraddizioni: nel corso del suo processo di istituzionalizzazione, il modello ha elaborato modalità di intervento talvolta inadeguate alla tutela delle persone senza dimora poiché “standardizzate e omologanti”, contravvenendo in tal modo alla necessità di rispettare e tutelare, innanzitutto, le diverse soggettività ed esigenze di ogni individuo (*ibid.* : 26).

Si è discusso di sistemi di intervento strutturati: lo *staircase approach* rappresenta certo uno dei più capillarmente diffusi. Il paradigma di fondo del modello si manifesta in un intervento educativo entro un contesto sociale – “non sostitutivo e capacitante” – nell'intento di accompagnare la persona da una situazione di disagio, verso la riacquisizione della propria autonomia. Il percorso di aiuto si avvarrà di molteplici strutture di differente natura e l'intervento diminuirà la propria intensità e invasività, in maniera direttamente proporzionale al progredire delle abilità e dell'autonomia del soggetto (*ibid.*). Tale approccio si caratterizza dunque per una progressività degli interventi e dell'accesso ai servizi – connessi da una relazione di propedeuticità – da un servizio di livello inferiore (servizi di prossimità in strada e di bassa soglia, i quali hanno funzione di primo contatto tra individui e servizi sociali) ad uno superiore (strutture di accoglienza di primo e secondo livello, quali alloggi in autonomia, convivenze guidate, strutture popolari) mediante sottoscrizione di un apposito patto/contratto tra i servizi e il cittadino utente (Porcellana, 2017). In questa prospettiva, le strutture stabiliscono a monte la serie di requisiti necessari ad intraprendere la fase successiva, seguendo una logica “educativa” progressiva, volta alla riappropriazione delle abilità e delle capacità che l'essere autonomi richiede (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015: 26). Il modello a gradini si caratterizza quindi per una logica ascendente, in cui all'utente sono richieste una condotta disciplinata, determinazione e buona volontà (Porcellana, 2017). Lo sfondo concettuale dello *staircase approach* è quello di un utente che si attiva e viene responsabilizzato dai servizi per il raggiungimento dei suoi obiettivi. Tuttavia, un simile approccio appare sostenibile qualora sussista, nel territorio di riferimento, un'adeguata quantità dei servizi e strutture a ciascuno

dei livelli di accoglienza, in relazione e in proporzione al quantitativo di persone bisognose in esso presenti.

Ad ogni modo, se è vero che gli stessi servizi dei quali le persone senza dimora usufruiscono sono in grado di contribuire a determinarne l'identità, secondo Porcellana nel caso italiano (vista l'assenza di un'apposita legislazione) anche i regolamenti dei servizi, nonché le circolari amministrative e in particolar modo le prassi quotidiane hanno il potere di plasmare il cittadino, in modo da renderlo degno di percorrere quella scala, volta al conseguimento del bene casa (*ibid.*).

Ancora, secondo l'autrice, l'atteggiamento che sembra prevalere nel nostro paese è quello di una retorica paternalistica, improntata a un modello familistico: anziché relazionarsi all'utente come individuo capace di autodeterminarsi, ha luogo una sorta di ritorno all'infanzia per cui lo stesso è considerato alla stregua di un figlio che ha imboccato una cattiva strada e che deve essere riportato, al più presto, nei binari di un cammino regolare da parte degli operatori; questi ultimi rivestono, in tale dinamica, una sorta di ruolo genitoriale, sostituendosi alla persona nelle sue decisioni (*ibid.*). Proprio questa, purtroppo, sembra essere la dinamica soggiacente ad ampia parte dei servizi pubblici italiani.

Il modello a gradini si declina, tuttavia, in due accezioni: la prima vede un intervento focalizzato sul luogo in cui viene erogato – gli spazi di ricovero e cura – e influenza l'intervento stesso nelle sue modalità, in cui si riscontra un adattamento del soggetto ai criteri del servizio residenziale in un'ottica preparatoria, che attribuisce proprio all'intervento il ruolo di predisporre l'utente ad usufruire del servizio, dovendosi mostrare, quest'ultimo, all'altezza dei requisiti previsti (*place centered approach*); la seconda si concentra sul percorso di sostegno da attuarsi nei confronti della persona utente, focalizzando l'attenzione su di essa e sulle sue necessità, nonché sul percorso implementato dal sistema di supporto, suddiviso in molteplici fasi e livelli, tra loro integrati (*person centered approach*). È proprio questa seconda declinazione ad aver ispirato il modello a gradini in molte realtà all'avanguardia italiane (ad esempio la città di Torino) (De Albertis, 2016).

Tuttavia, affinché sia possibile riscontrare l'effettiva presenza di un approccio a gradini e non di un mero approccio emergenziale, il sistema dei servizi per le persone senza dimora dovrà articolarsi su una pluralità di livelli ulteriori, presentando una rete provvista di differenti obblighi, diritti e possibilità per l'utente coinvolto (*ibid.*). Tali molteplici livelli si identificano in altrettante tipologie di interventi: di prevenzione, posti a fondamento dell'intero sistema (supporto nell'affitto, sostegno al reddito laddove sussista una condizione di disagio economico o sociale se non anche sanitario, assistenza domiciliare e

sostegno all'abitare); servizi educativi di strada e di prossimità, sia diurni che notturni, tesi ad instaurare un contatto con i senza dimora, nonché a fornire interventi di tutela, orientamento e invio ai servizi; servizi di prima accoglienza diurna, il cui accesso sia diretto oppure fondato su criteri limitati, per escludere il minor numero di persone possibile dalla risposta ai bisogni primari (quali ad esempio disporre di cibo e di un bagno pubblico), nonché ai servizi di tutela sociosanitaria (come gli ambulatori sociosanitari)⁴⁷; servizi di accoglienza notturna di bassa soglia, la cui ospitalità ha confini temporali delimitati (quali le case di ospitalità notturna, gli ostelli e i dormitori) e che oltre a fornire supporto per quanto attiene alle necessità primarie, offrono spazi di ascolto e accoglienza, accompagnando l'utente in un cammino che lo condurrà a riacquisire, a pieno titolo, i propri diritti di cittadinanza, dunque una più ampia inclusione sociale; servizi di natura residenziale di secondo livello (le residenze), i quali si configurano come strutture collettive intermedie, dotate di personale multidisciplinare⁴⁸ sempre disponibile (l'ospitalità al loro interno può avere una durata più estesa per predisporre progetti personalizzati e calibrati sulle esigenze del cittadino); alloggi autonomi, dalle dimensioni limitate e utilizzati in coabitazione con poche altre persone, nei quali possono essere presenti, su base occasionale, anche professionisti del settore educativo e, infine, alloggi indipendenti di edilizia residenziale pubblica, gestiti dal Terzo settore, appartenenti al mercato privato o di *social housing* (i quali prevedano la possibilità di usufruire, laddove necessario, di forme di sostegno al reddito e alla vita indipendente) (*ibid.*).

È evidente, dunque, come un sistema dei servizi a gradini debba caratterizzarsi per la presenza di una rete di opportunità che sia il soggetto pubblico, sia gli organismi di volontariato e del Terzo settore, devono poter garantire in maniera integrata e coordinata. Affinché tale rete sia abbastanza flessibile e diffusa, specialmente in relazione alle soglie di accesso e ai tempi di permanenza, tra le differenti risorse del sistema dev'esservi, infatti, una forte connessione (*ibid.*). Si elencano quindi, di seguito, alcune potenzialità e debolezze di tale approccio.

Per quanto concerne gli aspetti positivi e di potenzialità, è possibile riscontrare il tentativo, da parte di questo modello, di ricondurre la lotta al fenomeno della grave marginalità ai diritti di cittadinanza in chiave universalistica, piuttosto che ad una lettura paternalistica e caritatevole (*ibid.*). Inoltre, il target di riferimento include qualunque persona si trovi in condizioni di *homelessness*, a prescindere da quale sia la sua storia (fatta di dipendenza,

⁴⁷ Tali servizi fungono inoltre da intermediari e da connettori tra l'individuo e la rete dei servizi, non solo istituzionali ma anche riconducibili al Terzo settore (*ibid.*).

⁴⁸ I professionisti coinvolti afferiscono a diversi profili professionali, tra cui non solo l'operatore sociale, ma anche l'educatore, lo psicologo, il medico.

devianza, eventi biografici di rottura con la propria famiglia, perdita del lavoro etc.)⁴⁹. Una logica, si potrebbe dire, “responsabilizzante” e “attivante” caratterizza dunque tale modello, il quale ambisce a una cittadinanza attiva da parte di tutti gli attori sociali, per cui gli individui senza dimora non devono essere trattati alla stregua di vittime o colpevoli, bensì riconosciuti in quanto attori in grado di attivarsi, sulla base delle proprie esperienze e competenze sociali (*ibid.*).

Tuttavia, l'approccio in questione presenta anche altri elementi di forza, che si riscontrano principalmente in una facile accessibilità ai primi livelli della scala – con ciò intendendo i servizi di prossimità e di strada, diurni, notturni – permettendo di instaurare un contatto anche a quanti non siano in possesso dei requisiti formali di residenza e/o necessari a soggiornare nel nostro paese (*ibid.*). Tali servizi sono inoltre improntati a un costante miglioramento della qualità offerta, per rispondere alle paure, alle esigenze di tutela inerenti alla propria privacy e incolumità avanzate dagli utenti. Le soglie di accesso sono inoltre differenziate per tipologia di utente – ad esempio donne, coppie – e per durata del periodo di permanenza, a seconda della sussistenza o meno di eventuali requisiti di soggiorno. Infine, per quanto riguarda il tipo di relazione derivante dall'applicazione di un approccio a gradini, sebbene nasca da contesti informali, da contatti saltuari e discontinui (se non, talvolta, da un'imposizione da parte delle istituzioni per rispondere a esigenze ed obiettivi assistenziali, atti a gestire una situazione emergenziale), essa sarà ugualmente in grado di assecondare tutti i requisiti richiesti dalla letteratura del Servizio Sociale, ai fini di una buona relazione di aiuto (assenza di giudizio e formalità, flessibilità e stretta collaborazione in direzione di traguardi comuni, anche malgrado le inevitabili asimmetrie di potere) (*ibid.*). Il cambiamento andrà ricercato e perseguito insieme e non imposto, così che la relazione possa funzionare da presupposto per successivi percorsi di accompagnamento ed *empowerment*, secondo processi metodologici sempre attuati nel pieno rispetto della dignità dell'utente, dei suoi tempi, delle sue scelte e della sua alterità. Per ciò che attiene, invece, agli aspetti di criticità, il pericolo è quello di una cronicizzazione e dello sviluppo di una dipendenza dal circuito della bassa soglia, nonché di trovarsi a dover ricominciare dal punto di partenza, nel momento in cui si commettano degli errori. Al contrario, le forme emergenziali e temporanee di accoglienza dovrebbero limitarsi allo stretto necessario, adoperate quali trampolini di lancio per percorsi di conquista progressiva di diverse forme di autonomia e non essere vissute ed utilizzate come soluzioni permanenti (*ibid.*).

⁴⁹ Il patto sociale sul quale si fonda lo Stato sociale stesso viene qui riproposto, sul piano della relazione di aiuto con il singolo cittadino.

Inoltre, se i diritti di cittadinanza fungono da presupposto per il suo corretto funzionamento, altro limite si riscontra nel momento in cui non sussistano i presupposti per iniziare percorsi di inclusione sociale, per esempio in relazione ad una mancata uniformità di applicazione della legge sulla residenza fittizia sul territorio nazionale (*ibid.*). Ancora, tale approccio pecca nel momento in cui, le capacità acquisite all'interno dei servizi collettivi non risultano, talvolta, applicabili alla vita autonoma.

Con particolare riguardo ad un approccio *place centered*, è poi possibile affermare che esso comprime la capacità dell'individuo di autodeterminarsi, instillando una logica premiale nei confronti dei comportamenti adattivi, che disincentiva una concreta autonomia, stimolando piuttosto un meccanismo per cui, ad ogni sforzo, sembra corrispondere una ricompensa per aver assecondato il volere delle istituzioni, favorendo in tal modo la cronicizzazione di comportamenti strumentali (*ibid.*).

Altro nodo critico inerente ai modelli a gradini concerne la loro articolazione secondo una suddivisione non solo organizzativa, ma anche strutturale del comparto sociale rispetto a quello sanitario, così che la possibilità di avere accesso ai gradini di questa scala – stabiliti in ambito socio assistenziale – risulta subordinata all'accettazione di un contatto anche con i servizi a carattere sanitario, piuttosto che sviluppare percorsi di sostegno integrati per la persona senza dimora (*ibid.*).

Ulteriore problematica, si riscontra nel momento in cui è possibile progredire nel proprio percorso dimostrando di aver raggiunto obiettivi personalizzati, non di rado prestabiliti a monte dagli operatori coinvolti e finalizzati al conseguimento di un'autonomia abitativa ed economica: in una simile prospettiva, il rischio è quello di non attribuire la giusta importanza alla sfera relazionale dell'individuo, concentrandosi unicamente sugli aspetti materiali della sua esistenza e trascurando quell'interconnessione frequente – ormai acquisita dalla letteratura – tra esclusione abitativa ed esclusione sociale (*ibid.*). La rete relazionale rappresenta invece, anch'essa, un ambito di primaria importanza sul quale intervenire, affinché l'intervento non si limiti a conferire alla persona una sicurezza abitativa ed economica, senza poi offrirle alcuna forma di sostegno dal punto di vista socio relazionale, esponendola al rischio di una ricaduta nel circuito dei servizi a bassa soglia.

In conclusione, nel modello *staircase* sembra dunque mancare una progettualità futura che veda l'utente distaccarsi dai servizi emergenziali: è perciò necessario tenere sempre a mente che l'intervento che si sta realizzando prevede, come scopo fondamentale, quello di preparare la persona a reinserirsi all'interno di una società. Il sistema dei servizi emergenziali non deve assumere la forma di un circolo vizioso senza via d'uscita, incapace di fornire mezzi adeguati alla persona per diventare autonoma, bensì proporsi come primo

passo verso un percorso di progressiva acquisizione di indipendenza e benessere, non solo economico e materiale ma anche, e soprattutto, socio relazionale.

2.2.2. *Housing first e housing led*

Altra famiglia di approcci tesi al contrasto dell'*homelessness* e oggetto di sperimentazione anche nel nostro paese è quella degli approcci olistici o multidimensionali (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). Sebbene anche all'interno dei sistemi improntati ad essi si ritrovino molteplici strutture (volte a rispondere a bisogni di differente intensità delle persone senza dimora) diversamente dal modello a gradini, la logica degli interventi non prestabilisce percorsi standardizzati, ma elabora progetti personalizzati entro una relazione di aiuto con l'operatore sociale, a fini di reintegrazione sociale. È in questa famiglia di strategie di intervento che si collocano i modelli *Housing first* e *Housing led* (d'ora in avanti, rispettivamente denominati HF e HL), fondati sulla concezione della casa come diritto⁵⁰ e presupposto imprescindibile al godimento di molti altri – nonché ad un'esistenza dignitosa – e volti al reinserimento in società (*ibid.*).

Proprio l'HF rappresenta ad oggi, sul piano internazionale, la strategia di intervento ritenuta più idonea al contrasto del fenomeno dell'*homelessness*: a partire dalle sue origini in America e nei paesi anglosassoni⁵¹, tale approccio è attualmente in fase di sperimentazione in numerose città italiane ed europee, sotto uno sguardo costante – anche da parte della rete Housing first Italia⁵² – teso a monitorare l'andamento dei progetti che ad esso si ispirano⁵³ (Cortese, Iazzolino, 2014).

L'elemento fondamentale che contraddistingue questo approccio dal suo predecessore, ponendoli in opposizione, consiste nell'individuare la casa quale punto di partenza di un percorso di inclusione sociale duratura (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). Una peculiarità, questa, che si è rivelata in grado di innovare fortemente il settore della lotta all'*homelessness*.

⁵⁰ Il tentativo che i modelli *housing first* ambiscono pertanto a realizzare è quello di tutelare il fondamentale diritto all'abitare.

⁵¹ Il riferimento è in particolare al progetto *Pathways to housing*, un modello di intervento ideato da Sam Tsemberis a New York negli anni 90, finalizzato all'inserimento immediato in appartamenti indipendenti di soggetti la cui condizione di disagio socio abitativo si fosse ormai cronicizzata e affette da difficoltà legate allo stato di salute mentale. Ciò, mediante un supporto costante di operatori sociosanitari (Tsemberis, 2010; in Cortese, Iazzolino, 2014).

⁵² Il network Housing first Italia nasce a Torino nel 2014 come rete di organizzazioni pubbliche e private, coordinato da fio.PSD allo scopo di avviare, anche nel nostro paese, la sperimentazione dell'innovativo modello di intervento HF.

⁵³ L'HF si qualifica infatti come un approccio *evidence-based*, che trova la ragion d'essere dei suoi successi e traguardi applicativi anche in una verifica costante dei risultati, conseguiti nel contrasto all'*homelessness* (*ibid.*). Per approfondimenti sui riscontri positivi della sua applicazione in Europa, si veda Cortese, Iazzolino, 2014.

Se nei modelli ispirati all'approccio a gradini il diritto all'abitare rischia di non essere tutelato in via prioritaria rispetto ad altre necessità (la casa non rappresenta qui il naturale approdo del percorso di intervento)⁵⁴, l'attuazione dell'approccio HF è invece fondata sull'accesso alla casa e su opportuni interventi ad opera dei servizi sociali, le cui ricadute positive si esprimono, innanzitutto, in un miglioramento del benessere psico fisico della persona, nonché sull'integrazione sociale di quest'ultima, senza tralasciare anche aspetti gestionali (relativi ai benefici sul piano dell'efficienza della spesa sociale e sanitaria) (*ibid.*).

Ai fini di una corretta applicazione dell'approccio HF, una presa in carico nei confronti di soggetti fragili (che trovi il proprio punto di partenza nel riconoscimento delle necessità della persona) rappresenta, pertanto, un presupposto fondamentale⁵⁵. L'intervento dovrà essere calibrato sulle esigenze dell'individuo, sotto l'attenta regia dell'attore pubblico e finalizzato al potenziamento delle capacità individuali e alla stimolazione di processi di *empowerment*. A tal fine, la rete integrata dei servizi e degli interventi sociali dovrà perseguire la rimozione di tutti quegli elementi che si pongano ad ostacolo nei confronti di tale finalità. Questo obiettivo potrà essere raggiunto mediante una pianificazione strategica, capace di coordinare e canalizzare le diverse aree di policy in una stessa direzione: quella di fornire alla persona senza dimora la possibilità di tornare a godere di uno stato di benessere e di indipendenza, secondo un principio di inclusione attiva⁵⁶ (*ibid.*).

L'approccio HF si esprime, pertanto, in tutti quei servizi i quali si reggono su due colonne concettuali portanti: la concezione della casa come diritto umano fondamentale (*rapid re-housing*) e una presa in carico integrata, con conseguente accompagnamento in un percorso di integrazione sociale, volto al benessere della persona (*case management*) (*ibid.*).

Secondo il primo principio reggente questo approccio, soltanto disporre di una casa (intesa come dimora stabile e sicura) può dare accesso alla persona che ha vissuto una condizione di *long term homelessness* ad uno stato di benessere. In tale prospettiva, la casa non è

⁵⁴ L'idea stessa trasmessa dalla denominazione dell'approccio – quella della scala – evidenzia da subito le sue criticità: la lentezza e l'incertezza del risultato (De Albertis, 2016).

⁵⁵ In particolare, proprio la presa in carico costituisce l'elemento in grado di differenziare gli approcci strategicamente orientati da quelli di natura emergenziale o residuale: una pratica tesa a riconoscere – e dunque ad accogliere – lo stato di difficoltà e di necessità della persona, la quale non risulta in grado di rispondere autonomamente ai propri bisogni, per mancanza di risorse o di riferimenti esterni (Celardi, Mazzeo Rinaldi, 2020). La finalità che l'operatore sociale dovrà qui perseguire al fine di assecondare il proprio mandato istituzionale è quella di un utente attivo, sempre più partecipe non soltanto alla relazione di aiuto, bensì alla propria vita e alle decisioni che questa comporta (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

⁵⁶ Scopo dei modelli di intervento HF sarà inoltre quello di normalizzare la persona senza dimora, affinché possa tornare pienamente a far parte della società, ripristinando e rinforzando il suo legame con quest'ultima, grazie alle attività di supporto realizzate dall'equipe in gioco nella realizzazione di HF (*ibid.*).

vissuta come il punto di arrivo di un percorso di integrazione sociale, quanto piuttosto presupposto irrinunciabile, a partire dal quale iniziare a integrarsi. L'accezione nella quale intendere l'abitazione secondo HF è allora quella di un luogo connotato da sicurezza, possibilità di godere di uno spazio personale, al cui interno la propria privacy possa essere pienamente tutelata ed entro il quale sia possibile ricreare una propria intimità, perseguendo l'obiettivo della totale autonomia (*ibid.*). Allo stesso tempo, la casa diviene protagonista di interventi mirati e dagli scopi molteplici: migliorare lo stato di salute psico fisica, mediante un opportuno accompagnamento ad opera di un'equipe multidisciplinare, favorendo in tal modo la stabilità abitativa⁵⁷ (*ibid.*).

L'affine *housing led* si articola invece in una serie di servizi i quali – pur condividendo con HF la medesima finalità di tutela del diritto alla casa, sebbene con intensità e durata ridotte – si rivolgono a soggetti che non versano in condizioni di cronicità e per cui si ritiene necessario insistere sugli aspetti del reddito e, conseguentemente, della formazione e dell'occupazione, sfruttando tutte le risorse (formali e non) presenti sul territorio in questione. Ciò, al fine di accelerare i tempi entro i quali la persona avrà modo di reinserirsi dal punto di vista lavorativo, potendo finalmente – grazie a un'occupazione – reintegrarsi anche sul piano abitativo (*ibid.*).

L'efficacia e gli esiti positivi di HL si riscontrano chiaramente nei paesi pionieri nella sua applicazione: nonostante gli ovvi costi di avviamento, i risultati in termini di efficacia e di efficienza si evidenziano già nel medio periodo (non solo sul benessere della persona oggetto di intervento, bensì degli stessi operatori) mostrando vantaggi anche sulle tempistiche dell'accoglienza, sulla maggior attivazione delle persone coinvolte, sul costo del sistema dei servizi etc. (*ibid.*).

Un elemento che può rivelarsi un'utile risorsa in un percorso di HL sono le cosiddette comunità di transito: si tratta di comunità deputate all'accoglienza, per l'intero arco della giornata, di adulti senza dimora e con reti familiari e sociali deboli, ma i quali intendano reintegrarsi, anche dal punto di vista occupazionale, ricostruendo le premesse per una

⁵⁷ Una prassi oggi positivamente affermata nell'attuazione di modelli HF è costituita dall'intermediazione, da parte di un'organizzazione no profit, tra il mercato degli affitti privati da un lato e le persone senza dimora in essi coinvolte, dall'altro. Si tratta della *Social Rental Agency* o "agenzia sociale per l'affitto": oltre ad occuparsi del reperimento degli alloggi, questo organismo deve far fronte a molti altri compiti, tra cui garantire per le persone coinvolte, vigilando sul corretto pagamento del canone di affitto e sull'operato dello staff del programma, al quale sarà richiesto di monitorare lo stato dell'abitazione.

Altra pratica dai notevoli benefici si riscontra anche nel *Self-Help Housing*, che vede un coinvolgimento da parte dei beneficiari nella ristrutturazione di un alloggio reperito dal mercato privato, abbattendo in tal modo i costi relativi alla locazione, ma avvicinando la persona al mondo del lavoro (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

propria progettualità di vita laddove, ad esempio, si sia in attesa di un alloggio stabile e autonomo. Ulteriore strumento di cui avvalersi è rappresentato dalle comunità a spazi condivisi, nelle quali adulti, ma anche anziani, in condizioni *homelessness* pregressa o non in grado di gestire un alloggio autonomo, possono trovare accoglienza costante, in combinazione ad un certo grado di assistenza.

Queste tipologie di accoglienza si prefiggono alcuni fondamentali obiettivi, tra cui: soddisfare bisogni primari a fini di tutela della salute psicofisica del soggetto (si pensi alle azioni routinarie, date solitamente per scontate da chi non versa in condizioni di difficoltà socioeconomica, quali dormire, nutrirsi, curare la propria igiene personale, socializzare, essere padroni della propria indipendenza, ma anche la cura della propria persona generalmente intesa, anche dal punto di vista psico emotivo); riacquisire una progettualità di vita presente e futura, a partire da una maggior consapevolezza di sé e dal potenziamento delle capacità già presenti, predisponendosi all'acquisizione di nuove; avviare percorsi di reinserimento sociale e lavorativo; costruire una solida rete di sostegno formale e informale e, infine, facilitare il contatto e il relativo accesso al sistema dei servizi, da parte delle persone bisognose (*ibid.*).

Più in generale, i due approcci menzionati segnano una netta transizione verso un nuovo paradigma, in cui la logica dei modelli tradizionali viene letteralmente ribaltata, per dare nuova e profonda centralità all'elemento abitativo (sia che siamo in presenza di un individuo singolo, sia che si tratti, al contrario, di un nucleo familiare): la casa, con il fondamentale supporto di un'equipe, fintanto che non verrà riacquisita la capacità di essere autonomi. È per tale ragione che anche la questione del posizionamento dell'alloggio diviene centrale. A questo proposito, sarà fondamentale impedire la concentrazione di individui in condizione di difficoltà all'interno di determinate aree della città, in modo tale da scongiurare rischi di ghettizzazione. Obiettivo ultimo di questo percorso è smettere di essere utenti e tornare, pertanto, ad essere cittadini, in grado di godere pienamente dei propri diritti.

Inoltre, contrariamente a quello che per lo *staircase approach* rappresentava un punto di debolezza, nel caso dei programmi HF l'attenzione al lavoro di comunità – dunque al coinvolgimento della stessa nel percorso di reinserimento sociale dell'utente – costituisce un elemento di primaria importanza, per far sì che l'intervento non si limiti a fornire una nuda abitazione alla persona, quanto piuttosto occasioni concrete di vita sociale (partecipazione ad attività sportive, di volontariato etc.) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Tuttavia, importante è anche valutare il grado di sostenibilità dei progetti HF e HL. Un progetto risulta sostenibile nel momento in cui si dimostra in grado non solo di fornire risposte adeguate ai bisogni della persona coinvolta, bensì di assecondare in modo più ampio quelle di tutti gli *stakeholder*, entro il limite delle risorse economiche disponibili (*ibid.*). A tal proposito, vi sono dei requisiti da soddisfare: affinché un progetto possa dirsi concretamente sostenibile, dovrà prevedere le risorse necessarie al mantenimento dell'abitazione in un'ottica anche futura; inoltre, la vita nell'alloggio dovrà generare un apporto benefico sul benessere della persona, che avrà il compito di mostrare abilità nel preservare l'alloggio stesso (attorno al quale sarà necessario, infine, creare una rete di sostegno)⁵⁸. Inoltre, è necessario riconoscere come, l'attivazione di proposte inerenti agli approcci HF e HL, richieda anche la disponibilità di un investimento iniziale, dunque delle relative risorse⁵⁹ (*ibid.*). Tali modelli rappresentano pertanto anche una sfida, non solo per il contesto sociale ma anche per quello economico, politico, organizzativo e più in generale culturale del nostro paese (Cortese, Iazzolino, 2014).

Un aspetto di notevole pregio dell'approccio HF si rintraccia, poi, nella lettura che propone del fenomeno delle persone senza dimora, in grado di riconoscerne la complessità multidimensionale. Ad integrazione della premessa fondamentale alla sua attuazione (ovvero la considerazione della casa come bene e diritto umano fondamentale) si pongono infatti due ulteriori presupposti: la considerazione, sul piano individuale, che la persona disponga dentro di sé della capacità di ripristinare una condizione di benessere psicofisico, nonostante le attuali e significative difficoltà, che la rendono socialmente vulnerabile; la convinzione, sul piano ambientale (nel quale inevitabilmente l'individuo è immerso) che una struttura relazionale e comunitaria costituisca un prerequisito irrinunciabile ai fini di una maggiore stabilità abitativa, da raggiungersi innanzitutto attraverso la concreta messa a disposizione di una casa e il sostegno dell'equipe, in direzione di una ridefinizione del proprio ruolo sociale (*ibid.*).

Se l'HF simboleggia, dunque, il passaggio ad un paradigma differente, in grado di ribaltare il tradizionale approccio clinico istituzionale all'*homelessness* (sul piano sia sanitario che assistenziale) introducendo la novità di un trasferimento diretto dalla strada ad una propria abitazione, tale approccio non assume l'aspetto di una prova volta a dimostrare la propria

⁵⁸ Le variabili da indagare a fini valutativi riguardano la qualità dell'esperienza abitativa avvertita dal beneficiario, nonché il grado di stabilità della stessa (*ibid.*).

⁵⁹ In particolare, le Linee di indirizzo del 2015 suggeriscono alcune utili raccomandazioni in direzione dell'attuazione di progetti sostenibili tra cui, ad esempio, quella di attivare qualsiasi potenziale fonte di sostegno al reddito – innanzitutto con riguardo all'inserimento lavorativo – dedicando parte delle risorse da esso derivanti al mantenimento della casa (*ibid.*).

sobrietà e capacità di distaccarsi dalle sostanze, e neanche assume la forma di una costrizione a intraprendere trattamenti psichiatrici. Le sembianze che acquisisce l'implementazione di questo approccio non sono dunque quelle dell'obbligo, bensì della proposta, dell'offerta di sostegno, di un accompagnamento costante lungo un cammino, ma volto al recupero di uno stato di benessere che, soltanto l'accesso diretto ad una casa, può garantire o quantomeno stimolare nella prospettiva di HF⁶⁰ (*ibid.*). La persona verrà così accompagnata verso una progressiva autonomia e attivazione (mediante un coinvolgimento assertivo e non coercitivo), anche grazie all'espedito di una compartecipazione, pari al 30% del proprio reddito, al canone di affitto. Ciò, al fine di riconoscere la persona senza dimora come individuo in grado di reagire e di essere protagonista delle proprie scelte. In tal modo, viene resa alla persona la sensazione di un reale contatto e vicinanza con la realtà più ampia che la circonda.

Numerosi studi hanno infatti evidenziato i benefici che, dal punto di vista psicofisico, gli individui senza dimora hanno conseguito, a seguito del coinvolgimento in iniziative ispirate ad HF. A questo proposito, lo studioso Nicholas Pleace (in Cortese, Iazzolino, 2014) ha sintetizzato in maniera esaustiva potenzialità e limiti di questo approccio, riportando alcuni tra i numerosi e più importanti traguardi conseguiti dai modelli che abbiano adottato i presupposti di *Pathways to housing* ed alcune considerazioni, tra cui le seguenti:

- l'utilizzo delle sostanze non si accresce nel corso della permanenza in casa, attestandosi piuttosto su valori stabili (differentemente dal 60% delle persone in programmi riconducibili al modello a gradini, che interrompono gli stessi precocemente, senza essersi ancora disintossicate). Secondo alcuni studi, le dipendenze dei partecipanti ai programmi HF assumono inoltre entità minori rispetto al caso dello *staircase model*;
- evidenze empiriche legate al contesto americano dimostrano una maggiore *housing stability*, rispetto ai programmi basati sul modello a gradini;
- la stabilità abitativa manifesta, secondo alcune evidenze, effetti positivi sul benessere psicofisico;

⁶⁰ Grazie all'approccio HF, il cammino da percorrere verso l'ottenimento di un alloggio autonomo non vede più il superamento progressivo degli step che si dipartono dalla strada al dormitorio, per poi evolversi nelle comunità e nei gruppi appartamento, fino a molteplici forme di convivenza giungendo, infine, a un'abitazione propria: il modello di intervento HF salta tali passaggi, vedendo una transizione immediata dalla strada alla casa, sostenuta e supportata da un servizio sociale presente, in grado di predisporre progetti individualizzati e finalizzati al raggiungimento di uno stato di benessere e all'inclusione sociale. In proposito si veda www.housingfirstitalia.org.

- l'approccio HF sembra agevolare, da alcune ricerche, processi di integrazione sociale, grazie all'inserimento strategico in abitazioni site in quartieri centrali, nei pressi di spazi pubblici e servizi collettivi, dunque nel pieno della comunità;
- da un punto di vista prettamente economico, l'approccio HF si dimostra efficiente sul piano dei costi, diminuendo il ricorso sia ai dormitori che ai servizi psichiatrici e di pronto soccorso, riducendo gli arresti legati a eventuali crimini nonché i costi di assistenza, qualora la persona senza dimora riesca a inserirsi in ambito lavorativo e a conseguire una retribuzione.

Un ulteriore beneficio di grande interesse e colto dalla Padgett (2007; in Cortese, Iazzolino, 2014) consiste nella *Ontological security*, ovvero un benessere ontologico, secondo il quale i partecipanti ai programmi HF sperimentano sentimenti di felicità e maggior sicurezza, dunque anche controllo nell'esperienza dell'abitare.

Nonostante i suddetti apporti benefici che un modello di intervento basato sui principi di HF è in grado di produrre vi sono, però, anche alcuni limiti da prendere in considerazione:

- innanzitutto, un target circoscritto, quello delle persone in situazioni di *homelessness* cronica o con problemi di salute mentale, che ne limita il raggio d'azione⁶¹;
- la capacità di suscitare pareri contrastanti tra i *policy makers*, legati alla mancata imposizione, in questo modello di intervento, di interrompere l'uso di sostanze o alcool;
- la necessità di relativizzare la capacità di HF di produrre risparmi nella gestione del sistema di politiche di contrasto alla marginalità, poiché ciò può dipendere da molteplici variabili, tra cui il sistema di welfare ma anche il sistema giudiziario e sanitario del paese di applicazione (e non solo).
- la mancanza, attualmente, di evidenze empiriche a supporto della capacità del presente approccio di realizzare inserimenti lavorativi;

Proprio in conseguenza delle peculiarità del paese di applicazione, HF assume, al di fuori del suo ambito natale, declinazioni differenti legate non soltanto ai diversi sistemi di welfare ed ai fattori prima menzionati, bensì anche ai profili dell'utenza beneficiaria, alla cultura organizzativa presente all'interno del sistema dei servizi sociali e al quadro politico

⁶¹ Emergerà tuttavia, nel corso della trattazione, un atteggiamento di recente apertura dei modelli HF, anche nei confronti di ulteriori categorie di individui.

istituzionale (non soltanto nazionale, ma anche locale) (*ibid.*). HF sembra dunque adattarsi in modo duttile a ciascun contesto socioeconomico e politico, tanto che anche le esperienze nel nostro paese si sono differenziate per grado di fedeltà al modello tradizionale e adattamento dello stesso ad un contesto specifico, dunque alla popolazione di riferimento. Con particolare attenzione al caso italiano, è proprio Fio.PSD – ormai solido punto di riferimento del settore non profit nell’ambito della marginalità grave in Italia – ad aver assecondato la transizione verso il nuovo paradigma di *policy*, dunque verso l’esperienza italiana di HF. Ormai da alcuni anni, in Italia hanno avuto luogo esperienze connesse ad HF ma anche ad HL, seguendo i principi del welfare mix (Ascoli, Pasquinelli, 1993; in Cortese, Iazzolino, 2014) che si esprime in quel complesso di interazioni, se non di interdipendenze, nell’erogazione di servizi non solo di assistenza ma anche di cura e di tutela, all’interno della rete di attori impegnati nel garantire il benessere sociale⁶².

In conclusione, allo scopo di un riscontro pratico delle potenzialità dei modelli HF, è possibile analizzare i risultati del “Report di Monitoraggio dei progetti del Network Housing First Italia (biennio 2017-2019)” curato dall’Osservatorio Fio.PSD.

Secondo i dati risalenti al 2019, erano ben 292 le persone che al 31 dicembre dello stesso anno si trovavano finalmente a vivere in un’abitazione, per mezzo dei 31 progetti HF attivi nel nostro paese. Le caratteristiche di questi soggetti ricalcavano perfettamente il profilo maggioritario individuato dalle precedenti indagini nazionali tra le persone senza dimora (quello del maschio, italiano tra i 45 e i 54 anni), accolte prevalentemente come nuclei unipersonali, sebbene fossero presenti anche nuclei con un numero di membri più consistente, tra cui genitori e figli (anche minori) o coppie.

Nel pieno rispetto dei principi dell’approccio, il 47% delle persone coinvolte dai programmi alloggiava in case singole, mentre il 42% in coabitazione, sulla base di una scelta personale; l’8% viveva in *Common Housing First* e il restante 3% in sistemazioni provvisorie, in attesa di diversa collocazione. Il report dimostrava inoltre come, a seguito dell’inserimento in tali programmi e grazie al supporto della relativa equipe, molti degli individui coinvolti avessero ottenuto attività lavorative (anche temporanee) ma dalle quali derivava, pur sempre, un’utile fonte di reddito. Aumentavano inoltre, nel 2019, anche le persone percettrici di Reddito di Cittadinanza, mentre grande importanza rivestiva il rafforzamento del diritto alla residenza, poiché a seguito dell’inserimento in tali programmi solo il 2% dei soggetti appariva ancora privo di tale requisito. Un ulteriore elemento

⁶² Proprio gli organismi non profit rappresentano oggi in Italia, secondo l’ISTAT (2014; in Cortese Iazzolino, 2014) l’attore centrale nella produzione di servizi nell’ambito dell’assistenza sociale, rendendo la società civile – nella sua forma organizzata – una colonna portante del nostro sistema di welfare (Accorinti, 2008; in Cortese, Iazzolino, 2014).

positivo denotava poi una progressiva acquisizione di autonomia da parte dei partecipanti al progetto: sempre più spesso le persone divenivano anche titolari dei relativi contratti di affitto.

Altre 128 persone, tuttavia, risultavano fuoriuscite dal programma per ragioni molteplici: su un ammontare complessivo di 420 partecipanti, 98 lo avevano concluso conseguendo, a due anni dal programma, la propria autonomia abitativa, economica e lavorativa, con ricongiungimenti familiari, integrazione nella comunità, oppure sistemandosi presso strutture quali le RSA, in caso di necessità; solo una minoranza invece (pari al 7%) lo aveva abbandonato, a causa di problematiche afferenti all'area della giustizia, alle dipendenze, ad una sostanziale difficoltà di adattamento a questa nuova condizione, ad un cattivo stato di salute oppure a situazioni di multi problematicità del nucleo.

Pertanto, sulla base delle considerazioni fin qui effettuate, si evince chiaramente un nucleo duro di principi che, ai fini dell'effettiva messa in pratica degli approcci riconducibili alla famiglia del modello strategico integrato, è necessario vengano assecondati non solo da parte degli enti pubblici locali, ma anche delle organizzazioni riconducibili al settore privato e del privato sociale. Innanzitutto, fondamentale importanza riveste la concezione della dimora, la quale non dovrà essere vissuta e affrontata come punto di arrivo di un percorso solo per chi si è dimostrato meritevole, quanto piuttosto come diritto umano essenziale, anche a fini di cura. Inoltre, intraprendere percorsi di HF e HL richiede un impegno costante e rivolto all'acquisizione di autonomia da parte della persona in difficoltà, ma anche la capacità di provvedere a individuare adeguati alloggi che, come anticipato, siano dislocati su tutto il territorio locale, inseriti quanto più possibile entro il tessuto sociale cittadino, ad esempio nei pressi di luoghi pubblici e di vita comune (*scattered site apartments*) (Cortese, Iazzolino, 2014).

Fondamentale è anche disporre di una équipe multi professionale, in grado di strutturare un intervento integrato pur rispettando – e anzi cercando di tutelare e di incrementare – la capacità di autodeterminazione della persona: tra i principi fondamentali di questo approccio vi è anche la possibilità, per la persona, di scegliere liberamente e indipendentemente se intraprendere percorsi di uscita da tossicodipendenze o trattamenti di salute mentale (sebbene lo staff dedicato all'implementazione dell'HF sia tenuto ad effettuare una visita settimanale). Presupposto all'avviamento di simili percorsi è infatti la volontà di scindere la dimensione dell'abitare (il diritto alla casa) da eventuali trattamenti (*ibid.*).

Infine, un'ultima preconditione ai fini dell'applicazione di tali approcci innovativi è data dal principio del *recovery*: l'idea è quella di ripristinare la sfera sociale relazionale della

persona, ovvero le relazioni con la comunità (anche al fine di ristabilire un senso di appartenenza alla stessa) tornando in possesso di un ruolo sociale che possa integrarsi in maniera piena e soddisfacente nella società più ampia (*ibid.*).

2.3. Politiche di sostegno al reddito e misure di contrasto all'homelessness

Come argomentato fin qui, l'intervento nell'ambito della marginalità grave si contraddistingue per un carattere multidimensionale, che ai fini della sua efficacia vede protagonista l'integrazione tra diversi assi di *policy*: per tale ragione, a seguito della disamina delle politiche abitative messe in gioco nel campo dell'*homelessness*, una digressione sul quadro delle misure di natura anche economica appare, quantomeno, necessario.

Per quanto concerne in particolar modo il settore del sostegno al reddito, rilievo significativo assume il riferimento ad una misura, varata nel 2019 e ancora oggi vigente: il Reddito di Cittadinanza (d'ora in avanti Rdc). L'istituto viene approvato con D.L. 28 gennaio 2019, n. 4 "Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e pensioni", in sostituzione al predecessore REI (Reddito di Inclusione), in qualità di misura di contrasto alla povertà e configurandosi, dunque, come forma di sostegno economico, finalizzata ad un'azione di reinserimento innanzitutto nel mercato del lavoro, dunque all'interno della comunità più ampia⁶³.

Come si evince dallo stesso decreto istitutivo, all'art. 1 il Rdc viene definito quale:

misura fondamentale di politica attiva del lavoro a garanzia del diritto al lavoro, di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale, nonché diretta a favorire il diritto all'informazione, all'istruzione, alla formazione e alla cultura attraverso politiche volte al sostegno economico e all'inserimento sociale dei soggetti a rischio di emarginazione nella società e nel mondo del lavoro. Il Rdc costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili (art. 1, D.L. 4/2019).

La medesima fonte normativa rende noto che a tale misura hanno accesso quei nuclei familiari, i quali risultino muniti di necessari requisiti a carattere non solo economico, bensì di cittadinanza e di residenza. Tali precondizioni dovranno sussistere non soltanto al

⁶³ Nonostante i suddetti presupposti, un alone di pregiudizio è calato sulla misura nell'immaginario comune durante i suoi anni di applicazione: spesso, infatti, si tende a fornire una lettura del Rdc come strumento passivo e disincentivante, un mero sussidio che non appare in grado, agli occhi dei più critici, di realizzare concretamente l'obiettivo del reinserimento lavorativo. È perciò importante riconoscere, al contrario, come l'intento del Rdc sia proprio quello di supportare la persona nella riacquisizione di uno stato di autonomia e benessere, che costituisce a tutti gli effetti un diritto fondamentale di ogni cittadino.

momento della presentazione della domanda per il beneficio, bensì per l'intero periodo di erogazione dello stesso⁶⁴.

Proprio in relazione al requisito della residenza si sono manifestati i maggiori problemi: pur costituendo il Rdc, per definizione, una misura atta a sostenere gli indigenti, la fascia della popolazione che più ne avrebbe bisogno – quella delle persone senza dimora – ha riscontrato sin da subito serie difficoltà nel richiedere il beneficio. Tali complicazioni sono state analizzate e rese note da molteplici attori: secondo la stessa fio.PSD⁶⁵, i requisiti necessari ai fini del conseguimento del Reddito di Cittadinanza costituiscono un ostacolo significativo al suo accesso, finendo per contraddire – paradossalmente – l'intento stesso del legislatore: quello di sostenere le persone più povere.

Preso coscienza di una simile problematica, fio.PSD ha immediatamente dato inizio ad una mobilitazione presso il Parlamento, presentando nel 2019 in audizione al Senato e alla Camera alcune note, volte a richiedere delucidazioni in merito al decreto istitutivo della misura, con particolare attenzione alla tematica dell'accesso concreto al beneficio da parte delle persone senza dimora. Il decreto istitutivo richiede infatti – all'art.2, comma 1, lettera a – che il requisito della residenza sia posseduto dal potenziale beneficiario da almeno 10 anni, dei quali, gli ultimi due, in maniera consecutiva. Proprio quest'ultima caratteristica si rivela problematica per la popolazione senza dimora, la quale non di rado può risultare residente in maniera intermittente su un territorio, o aver perso il requisito tempo addietro. Inoltre, anche laddove si sia concretizzato il sistema della residenza fittizia, sussiste il rischio che alcune persone vengano cancellate a causa di irreperibilità.

L'accesso a una misura quale il Reddito di Cittadinanza si rivela invece fondamentale per le persone senza dimora, specialmente se si considera che soltanto il 10% degli stessi gode di sussidi erogati dal Comune o da altri enti pubblici, emblema di un accesso al sistema di welfare tradizionale di per sé alquanto problematico (Cortese, 2019). Per tale ragione, allo

⁶⁴ L'erogazione della misura avrà luogo previa adesione ad un percorso di accompagnamento al lavoro e all'inclusione sociale, il quale risulterà vincolante al suo conseguimento. Il percorso menzionato richiederà, a sua volta, necessaria sottoscrizione della Dichiarazione di Immediata Disponibilità al lavoro, nonché del Patto per il lavoro presso il Centro per l'impiego e infine, del Patto per l'Inclusione sociale presso il Servizio Sociale del Comune coinvolto. In particolare, quest'ultimo Patto consiste in un accordo tra il nucleo e il Servizio, al quale è demandato il compito di predisporre specifici impegni a carico della famiglia, in combinazione a molteplici forme di sostegno ad opera del Servizio, qualificate come LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni). Ciò, allo scopo di progettare interventi mirati e personalizzati, in condivisione con le famiglie, nel tentativo di eliminare le cause della povertà e di reimpossessarsi, dunque, della propria autonomia. Si ricorda inoltre che qualora i componenti del nucleo familiare beneficiario presentino età pari o superiore ai 67 anni, oppure nel caso in cui a farne parte siano soggetti in condizioni di non autosufficienza o disabilità grave, la misura è denominata Pensione di Cittadinanza (Pdc). Alcuni soggetti sono inoltre ritenuti esenti dagli obblighi e dai doveri imposti dal Rdc (D.L. 4/2019).

⁶⁵ Si vedano www.fiopds.org e www.welforum.it.

scopo di una reale eliminazione del fenomeno, i meccanismi di accesso alle misure di sostegno al reddito devono essere resi più facilmente accessibili, se non si vuole – al contrario – accrescerne le dimensioni.

Secondo fio.PSD, una risposta plausibile alle criticità esposte potrebbe essere quella di dimostrare, mediante un attestato di presa in carico da parte dell'ente pubblico, la presenza del requisito di una residenza continuativa sul territorio della città, in cui il beneficio viene richiesto. Ulteriore possibilità appare quella di eleggere il domicilio laddove la persona si trovi, a seguito di eventuali sfratti o della perdita del requisito della residenza in corso di erogazione del Reddito di Cittadinanza (*ibid.*). Infine, una presa in carico professionale può rivelarsi fondamentale ai fini del superamento di una serie di vincoli a carattere normativo, così che la misura diventi più facilmente accessibile per i senza dimora e possa fornire un supporto ai costi legati all'abitare.

In tale prospettiva, un rafforzamento dell'infrastruttura sociale e sanitaria locale, nonché della regia regionale, si rivela importante al fine di ricondurre nei canali del welfare le persone senza dimora: per molte di loro non è possibile prevedere occupazioni nel mercato del lavoro ordinario, rendendosi perciò necessario un sostegno specifico all'inserimento sociale nonché, sempre più spesso, cure sociosanitarie legate a condizioni di salute precarie. È proprio in tale contesto che si evidenzia la necessità di un sistema di welfare integrato, in grado di offrire risposte e percorsi differenziati, fondati sull'integrazione tra servizi per il lavoro, la salute, la casa e gli altri ambiti di intervento (*ibid.*).

Al secondo comma dell'articolo 2 del decreto istitutivo del Rdc si prevede, tuttavia, la possibilità di integrare i casi di accesso alla misura di cui al primo comma, qualora le risorse a disposizione si rivelino eccedenti: ciò, in considerazione di una serie di indicatori di disagio socio economico in grado di cogliere le molteplici dimensioni del fenomeno povertà, le quali non si limitano alla mera problematica economica, per estendersi piuttosto alle già analizzate condizioni di deprivazione ed esclusione sociale e abitativa, nonché al mancato godimento dei diritti sociosanitari.

A fare chiarezza, è giunta pertanto la Circolare numero 1319 del 2 febbraio 2020 del Ministero del Lavoro, la quale ha affermato che per quanto concerne l'ottenimento del beneficio da parte delle persone senza dimora, la dimora vale come residenza, oppure, nel caso in cui la residenza non sia stata richiesta, è considerato tale il Comune di nascita (con specifiche per i nati all'estero ed alcune eccezioni). Inoltre, la Nota 1319 ha ammesso anche per questa fascia di popolazione la possibilità di effettuare un'autodichiarazione al pari degli altri cittadini, potendo così anche le persone senza dimora dichiarare di essere residenti e in quale Comune, dunque mostrare di rispettare i requisiti previsti. Le persone

senza dimora potranno pertanto effettuare richiesta del Rdc, anche quando risultassero cancellate all'anagrafe per motivi di irreperibilità. Secondo la Nota, è infatti possibile presumere che il requisito della continuità della residenza risulti soddisfatto anche per le persone cancellate dai registri per irreperibilità, con la sola eccezione del caso in cui, la cancellazione, sia avvenuta a motivo del mancato rinnovo del permesso o della carta di soggiorno, oppure la persona si sia trasferita all'estero. Alla base di una simile decisione vi è la considerazione del fatto che, spesso, le persone possono risultare irreperibili (rispetto all'indirizzo registrato all'anagrafe) a causa della perdita dell'alloggio o di un evidente disagio sociale.

Per le suddette motivazioni, nel 2020 fio.PSD – in accordo con Alleanza contro la povertà in Italia⁶⁶ – ha formulato alcune proposte in merito al Rdc al Governo italiano, in modo tale da rendere la misura più sensibile e inclusiva, rispetto alle emergenze sociali legate alla pandemia: si pensi alla richiesta di un incremento del sostegno economico previsto per le famiglie con figli in situazioni di povertà, al tentativo di includere nella platea dei beneficiari gli stranieri (diminuendo gli anni di residenza richiesti da 10 a 2) e alla ricerca di una conferma, per quanto riguarda l'ammontare del Fondo Povertà (attualmente di 615 milioni per l'anno 2022), destinato a potenziare e supportare il sistema degli interventi e dei servizi sociali.

Un'altra recente misura, attuata dal Governo nell'ambito della promozione dell'inclusione sociale e del sostegno al reddito, è rappresentata dal Reddito di Emergenza (REM): previsto all'interno del Decreto Rilancio del 19 maggio 2020, il REM nasce con lo scopo di fornire protezione a quei nuclei familiari i quali, in condizioni economiche precarie proprio a causa della pandemia da Covid-19, siano rimasti esclusi dagli altri interventi di aiuto. Anche quest'ultima misura ha dunque ricoperto un ruolo importante non solo per le persone singole, ma anche per le famiglie, specie considerando le circostanze assolutamente eccezionali ed emergenziali legate alla pandemia, che hanno comportato la caduta in una condizione di fragilità anche da parte di nuove categorie prima escluse da simili fenomeni. Tuttavia, naturalmente sussiste una soglia di accesso che richiede la presenza di determinati requisiti di natura economica e di cittadinanza (oltre a requisiti riguardanti la soglia Isee, il reddito familiare e il patrimonio mobiliare), ai fini del suo conseguimento: primo fra tutti, proprio l'elemento della residenza in Italia e del quale, il componente della famiglia che richiede il beneficio, dovrà essere in possesso.

⁶⁶ L'Alleanza nasce nel 2013 e riunisce organismi di diversa natura, nell'intento di fare fronte comune contro il fenomeno della povertà assoluta in Italia, mediante la costruzione di opportune politiche pubbliche.

Un'ulteriore novità sul piano delle misure economiche, tesa in particolar modo a tutelare le donne vittime di violenza⁶⁷ nelle condizioni di cui in seguito, è poi rappresentata dal Reddito di Libertà. Si tratta di un contributo economico introdotto dall'articolo 3, comma 1, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 dicembre 2020, che si rivolge alle donne vittime di violenza con a carico figli minori o sole, le quali abbiano intrapreso percorsi presso i centri antiviolenza, in vista di una progressiva acquisizione di autonomia. Il rilievo che la misura assume nella presente trattazione si evidenzia nella sua finalità: quella di sostenere, in primo luogo, proprio i costi connessi alla garanzia di un'autonomia anche abitativa (oltre a quella personale e alla tutela dell'istruzione dei figli minori). In tale prospettiva, il Reddito di Libertà può fungere pertanto da significativo strumento di prevenzione rispetto a percorsi di emarginazione progressiva in cui, tali categorie di donne, potrebbero rimanere intrappolate a seguito del distacco dal nucleo familiare.

Per quanto riguarda invece il quadro più ampio del contrasto all'*homelessness*, anche sul piano europeo, rilevante risulta l'istituzione del fondo FEAD⁶⁸ (avvenuta con Regolamento Ue n. 223, approvato in data 11 marzo del 2014) (Mancini et al., 2020). Al fine di perseguire gli obiettivi che, nel ciclo di programmazione delle politiche europee di coesione sociale 2007-2020, l'Unione si era proposta nell'ambito della lotta alla povertà, tale fondo si prefigge lo scopo di provvedere a fornire supporto materiale a individui in condizioni di povertà estrema, ma verrà assorbito con il ciclo programmatico 2021-2027 nel momento in cui, il nuovo Fondo sociale europeo Plus, includerà all'interno dell'ambito "inclusione sociale" l'obiettivo XI, volto a fronteggiare la deprivazione materiale attraverso il fornimento di generi alimentari e forme base di assistenza materiale agli indigenti, con attenzione anche a misure di accompagnamento opportune (*ibid.*).

Il FEAD nasce perciò con lo scopo di incentivare l'inclusione, la coesione sociale e contrastare la deprivazione estrema, finanziando due tipologie di Programmi Operativi (PO): il PO I (Programma operativo per la fornitura di prodotti alimentari e/o assistenza materiale di base) e PO II (Programma Operativo per l'inclusione sociale delle persone indigenti). In particolare, la misura "Deprivazione materiale dei senza dimora e altre persone fragili" del programma operativo italiano PO I volge lo sguardo anche alle persone senza dimora, per quanto riguarda la messa in atto di una serie di interventi a bassa soglia, che possano soddisfare le loro necessità (*ibid.*).

⁶⁷ Nelle possibilità di accesso alla misura torna il requisito della residenza: ai fini del conseguimento del beneficio le donne dovranno risiedere nel territorio italiano o essere in possesso di regolare permesso di soggiorno, essere rifugiate politiche o godere di protezione sussidiaria (Circolare INPS 8 novembre 2021, n. 166 per requisiti).

⁶⁸ Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti.

Una caratteristica che contraddistingue tali interventi nel settore della povertà estrema è la partecipazione, al Programma, di Organizzazioni Partner (Op) le quali – senza scopo di lucro – si occupano su base volontaria della distribuzione degli aiuti, raggiungendo l'intero territorio nazionale. Tali aiuti vengono erogati in differenti modalità, quali servizi di mensa, sportelli addetti alla distribuzione di pacchi alimentari, consegne a domicilio, unità di strada ed empori sociali.

Ancora, a livello europeo, è necessario rammentare l'Avviso 4/2016, il quale si è configurato (in coerenza con le “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta”, ampiamente discusse) come la prima azione strutturata volta a finanziare, per un totale di cinquanta milioni di euro, gli Enti territoriali⁶⁹ (in cui il fenomeno è più evidente) nella lotta all'*homelessness*, in particolar modo supportandoli nella realizzazione della gamma di interventi progettati nell'arco di tempo tra il 2016 e il 2019 (sebbene la scadenza per la loro attuazione concreta sia stata prorogata al 31 dicembre dell'anno seguente, il 2020) (Celardi, Mazzeo Rinaldi, 2020).

Dei 50 milioni di euro messi a disposizione dall'Avviso 4/2016, si è disposto che una metà andasse a valere sul PO I FEAD, e l'altra sul PON Inclusionione (il quale si pone, anch'esso, a contrasto della marginalità estrema prevedendo – agli Assi 1 e 2, linea di azione 9.5.9 – di rafforzare i servizi dedicati alla popolazione senza dimora nelle aree urbane⁷⁰).

I territori beneficiari di queste misure sono perciò stati supportati, con attività di formazione, accompagnamento e monitoraggio tese a potenziare i servizi nell'ambito della marginalità grave adulta (dunque ad avere un impatto significativo su questa fascia di popolazione) proprio da fio.PSD. Dai dati relativi al monitoraggio dei progetti finanziati dall'Avviso 4/2016 si evincono infatti effetti positivi per quanto concerne il potenziamento dei servizi presenti, mentre in altri territori si è provveduto a crearne di nuovi (*ibid.*). Esiti positivi si sono anche riscontrati nei confronti della rete di servizi, nonché dei rapporti di *governance*: soprattutto la rete dei servizi è stata gestita, in maniera più efficace, attraverso l'impiego di dispositivi innovativi come i tavoli cittadini di coordinamento, grazie ai quali si è consolidata anche l'integrazione tra ambito pubblico e privato, per quanto riguarda la gestione di servizi finanziati (*ibid.*). Infine, proprio il potenziamento di questa rete dei servizi nei territori beneficiari dei finanziamenti ha impattato in modo positivo nei confronti del quantitativo di persone senza dimora in carico ai servizi, le quali hanno accresciuto il loro numero di 1800 unità. Laddove vi sia una maggior concentrazione delle persone senza dimora, nonché un numero più alto di abitanti, i fondi in questione si sono

⁶⁹ Grandi Comuni, Ambiti territoriali e Città metropolitane.

⁷⁰ www.lavoro.gov.it.

occupati prevalentemente di potenziare i servizi esistenti (ad esempio la creazione di percorsi personalizzati, oppure attività di *counseling* e orientamento) (*ibid.*). Nei territori di dimensioni più ridotte e con meno persone senza dimora, sono prevalsi quei servizi abitativi orientati a modelli HF e HL e i fondi si sono adoperati in gran parte per rinnovare i servizi tradizionali, nonché idearne di nuovi (fio.PSD-UniBo, 2020; in Celardi, Mazzeo Rinaldi, 2020).

Tuttavia, come si è visto, negli ultimi due anni il mondo intero si è trovato a far fronte a quella che è stata definita, a tutti gli effetti, una crisi pandemica: una risposta ad una condizione di vita così nuova e complessa è dunque arrivata anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)⁷¹. Si tratta di un innovativo programma di investimenti e riforme che costituisce, per il nostro paese, una grande occasione di crescita, sviluppo e miglioramento. Tra i molteplici obiettivi che l'Italia si propone con questo piano, grande rilievo assume quello di contrastare in maniera ancor più forte proprio la povertà, l'esclusione sociale e le disuguaglianze in essa ancora presenti.

Il Piano si esplica in sei fondamentali Missioni e 16 componenti. Per quanto attiene alla crescita intelligente, sostenibile e inclusiva, ad esso è richiesto (dal NGEU)⁷² di concorrere all'attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali (per ciò che riguarda gli ambiti dell'accesso al mercato del lavoro, dunque anche condizioni lavorative eque, pari opportunità, nonché accesso all'assistenza sanitaria, protezione e inclusione sociale). Proprio l'inclusione sociale costituisce uno dei tre assi strategici (condivisi dall'Unione) del piano in questione, insieme a digitalizzazione e innovazione da un lato, transizione ecologica dall'altro. L'obiettivo di una piena inclusione sociale è inoltre propedeutico ad una maggiore coesione territoriale, nonché allo scopo di sostenere l'economia verso la crescita e oltrepassare quelle disuguaglianze che la pandemia ha, certamente, enfatizzato. Per mezzo del PNRR, dunque, il nostro paese si propone di fornire a tutti i cittadini pari opportunità, con particolare riguardo alle fasce di popolazione non in condizione di esprimere, a pieno, le proprie potenzialità. Si consideri, infatti, come una condizione di disuguaglianza che abbia ad oggetto variabili di diversa natura (quali ad esempio il genere, la provenienza, la disabilità, la religione e così via) costituisca, oltre ad un problema soggettivo, un freno allo sviluppo dell'economia. Le pari opportunità (non solo di genere, ma anche territoriali e generazionali) si configurano, pertanto, come priorità trasversale per le missioni del PNRR.

⁷¹ <https://www.governo.it/>

⁷² *Next Generation EU*.

Sappiamo, ad esempio, che i giovani costituiscono una delle fasce di popolazione più duramente colpite dalla pandemia, sia da un punto di vista sociale che economico e lavorativo, considerato lo sfumare di numerosi posti di lavoro che li espone al rischio di emarginazione: tra gli obiettivi del piano, vi è dunque anche quello di mettere in condizione la popolazione giovanile di tornare ad essere protagonista della nostra società. Proprio per le politiche di inclusione, coloro che vivono in condizioni di marginalità sociale rappresentano una fondamentale priorità: in loro favore vi sono interventi tesi a rafforzare l'edilizia pubblica residenziale e l'*housing temporaneo*⁷³, nonché forme di *housing sociale*⁷⁴.

Ruolo centrale non solo nella definizione ma anche nell'attuazione dei progetti di natura sociale e territoriale della Missione 5 (Inclusione e Coesione) è ricoperto dai Comuni e soprattutto dalle aree metropolitane, laddove disagio sociale e vulnerabilità sono più frequenti ed evidenti. In tale direzione, non va trascurato l'apporto del Terzo settore a integrazione dell'azione pubblica: ai fini di una lettura più complessa ed esaustiva dei bisogni, è necessaria una pianificazione in coprogettazione dei servizi che si avvalga di una stretta collaborazione tra amministrazione, volontariato e impresa sociale; lo scopo è quello di rispondere adeguatamente alle forme di marginalità emergenti ed offrire servizi innovativi, mediante un proficuo dialogo tra Pubblica Amministrazione e Terzo settore.

Di nuovo, la Missione 5 menziona le persone in condizioni di grave marginalità, dunque le persone senza dimora, nel momento in cui si pone l'obiettivo di incrementare il sistema di protezione e le conseguenti azioni di inclusione per questa fascia di popolazione: ciò, rispondendo anche alle forme di deprivazione abitativa, potenziando l'offerta della gamma di strutture e servizi loro dedicati, tra cui quelli a carattere temporaneo, rendendo inoltre più accessibili case pubbliche e private. Scopo ultimo è la prevenzione della marginalità – e dunque dell'esclusione sociale che ne consegue – realizzando interventi capaci di occuparsi della persona fragile sia nella sua individualità, sia nella sua sfera sociale familiare, agendo sui maggiori fattori di rischio a carattere non solo individuale ma anche collettivo, nell'ottica di garantire l'autonomia delle persone.

Il piano si prefigge poi la realizzazione di interventi ulteriori, atti a potenziare le infrastrutture per rispondere a situazioni di povertà materiale, in particolare abitativa: questo, mediante l'impiego di modelli di presa in carico innovativi da attuarsi nei confronti dei soggetti contraddistinti da una maggior fragilità, potenziando – come precedentemente

⁷³ Si pensi alle strutture di accoglienza temporanea per le persone senza dimora.

⁷⁴ Con tale espressione si intende fare riferimento alle forme di *housing* tese a fornire, a quanti ne abbiano la necessità, alloggi a canone ridotto, come studenti e famiglie con un unico reddito (PNRR).

accennato – l'*housing sociale*, sia temporaneo che definitivo. Tale atto ambisce ad aiutare le persone senza dimora ad avere accesso a sistemazioni temporanee, che possano ospitare gruppi (di dimensioni ridotte) o nuclei familiari, offrendo loro un modo per rendersi autonomi ed essere inclusi, mediante servizi integrati.

Il PNRR intende, dunque, effettuare un investimento duplice: da un lato nell'*housing temporaneo*, laddove i Comuni – in forma singola o associata – renderanno fruibili appartamenti per un periodo pari a due anni, realizzando progetti personalizzati per l'utenza, specificamente mirati a raggiungere obiettivi di autonomia e crescita personale; dall'altro, le “stazioni di posta”, dei centri in grado di fornire accoglienza notturna (sebbene limitata) ma anche servizi a carattere sanitario, alimentare, occupazionale. Ciò, per mezzo di una stretta collaborazione tra volontariato e Pubblica Amministrazione e con il prezioso sostegno dei Centri per l'Impiego, finalizzato ad una maggiore inclusione lavorativa e sociale.

A conclusione della presente digressione sui sostegni economici nella lotta all'*homelessness*, è perciò necessario riconoscere sia le misure di sostegno al reddito, sia i finanziamenti discussi come leve fondamentali, in grado di produrre maggior giustizia ed equità sociale all'interno di società purtroppo, ancora oggi, profondamente diseguali.

2.4. Quale integrazione per i senza dimora?

A ben vedere dal cambiamento di paradigma e dalla conseguente innovazione sociale e culturale avutasi con l'introduzione dell'approccio *housing first*, l'elemento della stabilità abitativa è considerato, oggi, il “bisogno guida” in grado di orientare la comprensione e la lotta all'*homelessness* (Santinello et al., 2016). Tale approccio considera infatti l'elemento dell'assistenza abitativa il principale presupposto all'avvio di un percorso più generale di risoluzione dei problemi della persona senza dimora, siano essi a carattere sociale, sanitario oppure occupazionale. È dunque la casa l'elemento dal quale si ritiene possa ripartire la persona, rimettendo a posto i pezzi della propria esistenza, negli altri ambiti di vita (Tsemberis et al., 2004; in Santinello et al., 2016).

Nonostante gli indubbi benefici di un simile approccio, il solo supporto abitativo non risulta, tuttavia, sufficiente ad assicurare un completo stato di benessere della persona: fondamentale è altresì costruire, attorno alla stessa, delle reti di sostegno sociale in grado di spezzare “il ciclo dell'*homelessness*” (Santinello et al., 2016: 131), fornendo una via di fuga dalla condizione di senza dimora. Ciò, è tanto più comprensibile se si considera la più ampia cornice entro la quale si colloca il fenomeno – quella della marginalità grave – che attraverso un processo dinamico e progressivo di esclusione sociale fa mancare alla persona

non soltanto un'abitazione, bensì dei canali di integrazione sociale rispetto al contesto di appartenenza. Per quanto centrale nei modelli HF, disporre di un'abitazione si rivela infatti condizione necessaria ma non bastevole, nella sua singolarità, a contrastare processi di stigmatizzazione ed esclusione non solo abitativa, bensì sociale, cui la persona senza dimora è spesso soggetta (Santinello et al., 2016).

L'integrazione delle persone senza dimora entro il tessuto sociale appare dunque, oggi, un fondamentale obiettivo dei servizi offerti dal sistema (Gaboardi *et al.*, 2019 in Gaboardi e Santinello 2020). Se in passato la ricerca aveva discusso di integrazione nei termini dell'utilizzo e della frequentazione di luoghi di vita comune all'interno di un territorio – ad esempio negozi, bar – l'integrazione è poi stata analizzata nella sua intrinseca multidimensionalità.

In particolare, Wong e Solomon (2002; in Santinello. 2016) hanno costruito un concetto multidimensionale di integrazione, al fine di cogliere il ruolo rivestito dalle caratteristiche dei programmi attuati, secondo cui l'integrazione viene discussa e disarticolata in molteplici dimensioni: innanzitutto una dimensione fisica, che si esplica nella partecipazione a determinate attività, dunque nell'utilizzo di risorse del territorio; una dimensione sociale, la quale inerisce al grado di sviluppo della dimensione relazionale e delle interazioni (dentro e fuori ai servizi) ed una psicologica, con riferimento al consolidamento di un senso di appartenenza alla comunità di riferimento. Insieme, queste tre dimensioni vanno a costituire quella che gli autori definiscono *community integration*, ritenuta il frutto dei processi di interazione tra fattori individuali e caratteristiche dei programmi.

A questo proposito, la ricerca condotta da Santinello et al. (2016) ambisce a sondare il concetto di integrazione sociale delle persone senza dimora, coinvolte in programmi attuati dal Network di Housing first Italia (NHFI), ponendosi come obiettivo lo studio della relazione tra grado di integrazione sociale degli aderenti, soddisfazione connessa al servizio offerto e qualità dell'esperienza abitativa.

I risultati della ricerca evidenziano che, in una scala da 0 a 8, l'integrazione fisica si attesta su un valore medio di 3,06. Per quanto riguarda l'integrazione psicologica, il valore medio riscontrato è di 14,83 su una scala da 4 a 25, mentre la percezione di godere della libertà di scelta, la percezione di qualità dell'abitazione, assieme al grado di soddisfazione per il servizio esprimono valori prossimi ai punteggi massimi.

La soddisfazione nei confronti del servizio manifesta, inoltre, una correlazione con la dimensione dell'integrazione psicologica e con la percezione di qualità dell'abitazione. Quest'ultima variabile appare, invece, correlata con la possibilità di scelta.

Per quanto concerne poi l'integrazione sociale, dal confronto con un campione di individui coinvolti in programmi differenti dall'HF non emergono significative diversità nei valori medi riscontrati sul piano dell'integrazione fisica, mentre l'integrazione psicologica manifesta un valore medio più elevato all'interno del collettivo di individui inclusi in programmi HF.

La ricerca in questione dimostra dunque come le persone coinvolte da programmi HF esprimano un alto grado di integrazione psicologica (traducibile nello sviluppo di un senso di appartenenza non solo alla propria casa, ma più in generale al quartiere in cui essa è collocata) a dispetto, invece, del livello di integrazione fisica.

Tuttavia, presentando la ricerca alcuni limiti, gli autori suggeriscono di realizzare studi longitudinali che vadano a considerare le caratteristiche individuali delle persone coinvolte – nonché del programma – in modo da indagare i fattori in grado di esercitare l'influenza più significativa sull'integrazione sociale, nelle sue molteplici articolazioni. L'intento dei ricercatori è, infatti, quello di dimostrare quanto la declinazione sociale dell'integrazione rappresenti uno dei traguardi fondamentali dei programmi a sostegno delle persone gravemente emarginate: ciò, dal momento che l'integrazione sociale accresce il grado di autonomia entro un contesto sociale, abbattendo stigma e processi di emarginazione. Una conoscenza approfondita delle modalità di integrazione sociale delle persone senza dimora risulta pertanto necessaria, ai fini di adeguate ed opportune scelte operative in tale ambito. Per quanto concerne tale dimensione, Cortese e Pascucci (2020) identificano poi una serie di fattori in grado di funzionare come leve, o al contrario come barriere, all'integrazione socioeconomica delle persone in condizione di *homelessness*: essi vengono identificati in fattori *functioning* o *non functioning*. A questo proposito, le ricercatrici identificano tre livelli attraverso cui i diversi fattori vengono catalogati nelle due categorie menzionate: il livello individuale, strutturale e relazionale.

Per quanto riguarda le leve, sembrano costituire fattori di integrazione sul piano individuale elementi quali la motivazione a fuoriuscire dalla propria condizione, l'agency, le scelte personali, i propri desideri e la capacità di riconoscere il giusto valore alle proprie abilità, dandone anche dimostrazione; sul piano strutturale, si individuano gli elementi dell'inserimento in percorsi abitativi, la partecipazione a laboratori di inclusione e l'instaurazione di opportune relazioni di fiducia con il Servizio sociale di riferimento, in grado di offrire supporto alla persona; sul piano relazionale, infine, si riconosce il peso dei legami non solo familiari ma anche con i *peers*⁷⁵ (come fonte di nuove amicizie, fattore di

⁷⁵ In questo ambito, si intende fare riferimento con tale termine a tutti quegli individui che condividono una medesima condizione di grave deprivazione e i quali, avendo affrontato situazioni

socialità e scambio di informazioni sui servizi), l'utilizzo del meccanismo del passaparola e dei social network.

Per ciò che riguarda le barriere, sul piano individuale si rilevano invece la presenza di forme di adattamento passive, eventuali fragilità e disturbi emotivi, cattive condizioni di salute, dipendenze e scarsa autodeterminazione; a livello strutturale, sembrano rivestire un ruolo l'inadeguatezza dei servizi, nonché tempi di attesa troppo lunghi, risposte non sufficientemente personalizzate e la mancata tutela da alcuni rischi; infine, a livello relazionale un ruolo determinante rivestono, certamente, l'assenza di legami familiari (o la sussistenza di legami disfunzionali, i quali fungono da “propulsore di problematicità”, specialmente per l'universo femminile), insieme a condizioni di isolamento e a situazioni sentimentali complicate (*ibid.*: 129).

Si rammenti, inoltre, l'importanza che il fattore tempo riveste ai fini dell'integrazione, dal momento che di fronte alla cronicizzazione della condizione di *homelessness* ha luogo una corrispondente diminuzione delle occasioni lavorative, formative e sociali esterne ai servizi: è sulla base di simili considerazioni che un intervento precoce si ritiene, pertanto, fondamentale (*ibid.*)

Tuttavia, l'integrazione non è un concetto interpretato in maniera univoca all'interno della letteratura di settore, potendo includere al suo interno molteplici sfere di vita, quali ad esempio il lavoro, la casa, la spiritualità e la partecipazione civica e politica. In conseguenza di una simile eterogeneità di definizioni, valutare se un servizio sia in grado di produrre miglioramenti nell'utenza diviene un compito piuttosto arduo. Pertanto, al fine di cogliere i significati individuali dell'integrazione si espone, di seguito, uno studio condotto nel 2018, volto ad indagare il punto di vista delle persone senza dimora sul concetto di integrazione sociale (Gaboardi, Santinello, 2020).

Dai risultati di quest'ultimo emerge come le persone senza dimora sentano il desiderio di essere considerate persone “normali” (facendo riferimento, con tale espressione, al sentirsi liberi di esprimere a pieno la propria personalità, al nutrire stima per se stessi, all'essere persone che lavorano e sono in grado di occuparsi di se stesse in una propria abitazione, in uno stato di buona salute e in grado di autodeterminarsi), vedendosi rispettate e riconosciute nel loro valore (in questa categoria rientra la capacità di costruire relazioni, di sentirsi accettati nel proprio essere, il poter fare affidamento su qualcun altro e sentirsi sostenuti etc.), oltre a sentirsi utili per la società (con riguardo alla percezione di avere una

simili, sono in grado di fornire un apporto particolarmente rilevante nel sostegno alle persone senza dimora (*ibid.*).

responsabilità verso gli altri, nonché obiettivi e attività da portare a termine, dunque sentire di rivestire un ruolo sociale).

La ricerca descrive pertanto come l'integrazione, per le persone intervistate, rappresenti un costruito multidimensionale, che ricomprende al suo interno tre livelli in grado di intersecarsi: quello dell'identità individuale, il livello dell'interazione con le altre persone e infine quello dei ruoli sociali. In questa prospettiva, l'integrazione sembra essere il frutto della relazione tra persona e contesto in cui la stessa vive: nell'affrontare la lotta al fenomeno dell'*homelessness* è dunque fondamentale anche tenere in alta considerazione il punto di vista delle persone che, per prime, lo vivono direttamente (*ibid.*).

Infine, anche l'approccio HF può favorire l'integrazione sociale della persona senza dimora, attraverso il supporto di un team multidisciplinare, volto alla sua attuazione: a tale scopo, quest'ultimo potrà mettere in pratica una serie di macro-azioni, proposte all'interno del cosiddetto approccio ecologico (Ornelas, 2013; in Cortese, Iazzolino, 2014). Esse riguardano, in primo luogo, la necessità di rendere più facilmente accessibili i servizi, favorendo il processo di riappropriazione, da parte dei beneficiari, della propria identità sociale (ad esempio con azioni di affiancamento all'interno di uffici amministrativi, legali, sociali eccetera). Ulteriori macro azioni di reinserimento sociale consistono nello sviluppo di competenze sociali, tese a favorire e a sostenere le relazioni sociali entro diversi contesti (ad esempio pubblici o lavorativi), nel fornire supporto ai beneficiari del progetto nella gestione dell'alloggio (anche attraverso un'attività di mediazione con i relativi affittuari), nel coltivare le occasioni di partecipazione attiva alla vita di comunità, in ogni sua sfumatura (sociale, ricreativa ma anche politica e religioso/spirituale), lavorando anche sul senso di cittadinanza. Un'ultima categoria di macro-azioni può, infine, riguardare la capacità di alimentare il valore della solidarietà sociale a partire dal rapporto con il vicinato, per poi ampliarsi alla comunità più estesa.

2.5. Un esempio di innovazione sociale: il progetto HOOD

A conclusione della presente trattazione circa gli approcci e gli strumenti volti al contrasto del fenomeno delle persone senza dimora si espongono, di seguito, le principali caratteristiche di un recente progetto di natura triennale – ancora in fase di realizzazione – che mette in atto una strategia di intervento altamente innovativa per la gestione dell'*homelessness*: il “Progetto HOOD”⁷⁶.

⁷⁶ Acronimo di *Homeless's Open Dialogue*.

Avviato nel settembre 2020 ad opera di un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione di sei partner europei e tre partner tra loro associati (tra cui fio.PSD e FEANTSA)⁷⁷, HOOD vede come ente capofila l'Ufficio Pio, corpo indipendente della Fondazione Compagnia di San Paolo, specializzato sulle tematiche qui oggetto di interesse (povertà, disuguaglianze ed esclusione sociale) e attivo in particolar modo nella città di Torino. A partire dal 2000, tale Ufficio ha infatti rivolto lo sguardo anche alle persone senza dimora, fondando i suoi interventi sui valori dell'intervento precoce (teso a promuovere l'*empowerment*) e del sostegno alle *capabilities* (factsheet n. 1/2021)⁷⁸

Il progetto è stato attuato sotto la supervisione di CESIS (Centro Studi per l'Intervento Sociale, avente sede a Lisbona) e Centro Studi DiVi per i Diritti e la Vita indipendente dell'Università degli Studi di Torino, proprio con l'obiettivo di incoraggiare un intervento precoce nei confronti di una fascia di popolazione fragile come quella delle persone senza dimora, proponendo una metodologia di intervento innovativa, che rintraccia i suoi principi fondamentali in due approcci metodologici, quelli delle Pratiche Dialogiche e della Coprogettazione Capacitante.

Per quanto concerne il primo approccio, le Pratiche Dialogiche affondano le proprie radici in Finlandia, nell'ambito della salute mentale e in *setting* di psicologia sociale, ai fini di una presa in carico dei soggetti mentalmente fragili più efficace. L'obiettivo è quello di instaurare e costruire insieme all'utente una relazione paritaria, che tenga in alta considerazione desideri, aspettative, necessità delle persone senza dimora, riconoscendone il potenziale e valorizzandone i progetti di vita.

Le pratiche dialogiche si differenziano notevolmente dall'usuale modello di comunicazione tra operatore e persona, contrapponendo all'approccio positivista di quest'ultimo (il quale origina un modello tradizionale, in cui all'operatore è demandato il compito di rilevare informazioni inerenti ad una particolare realtà) un modello di dialogo che riprende l'idea di Bachtin di considerare il dialogo come strumento per co-costruire l'informazione e il significato entro un campo condiviso, sulla base dell'ascolto e della comprensione dell'altro (Bite n. 1/2021)⁷⁹.

È a partire da queste premesse che Bachtin parla di "polifonia della parola": con tale espressione, egli intende evidenziare la natura stratificata della parola polifonica, che

⁷⁷ Per maggiori informazioni circa la natura, la missione e le peculiarità di ciascun partecipante si veda www.projecthood.org. Proprio le diversità tra i differenti partner costituiscono una ricchezza ulteriore per il progetto, permettendo una raccolta dei dati differenziata, che consenta di analizzare non solo la concreta applicabilità di HOOD, ma anche la sua trasferibilità.

⁷⁸ Scaricabile da www.projecthood.org.

⁷⁹ Scaricabile da www.projecthood.org.

acquisisce significato soltanto nell'intreccio di interventi da parte degli attori del dialogo, poiché tale significato non è, al contrario, dato a priori. In una simile concezione del dialogo, il significato si costruisce perciò in maniera condivisa: il modello dialogico deriva dall'epistemologia costruttivista ed eleva il discorso, che ha luogo nel colloquio, a momento fondamentale del processo di costruzione dei significati, al punto che obiettivo del professionista non sarà fornire una fotografia oggettiva di quella realtà, bensì sostenere la persona in un lavoro di ricognizione e ricostruzione del significato del suo percorso di vita (Bite n. 1/2021)⁸⁰.

In particolare, le pratiche dialogiche si avvalgono di uno strumento principe, quello dell'*Open Dialogue*, elaborato all'inizio degli anni '80 da un gruppo di lavoro coordinato da J. Seikkula, B. Alakare, e J. Il dialogismo, l'essere dialogici implicano una determinata relazione tra soggetto e oggetto nel processo di costruzione dei significati, per cui le difficoltà incontrate dall'utente diventano occasioni di ridefinizione del sé e del mondo sociale in cui si è inseriti (Bite n. 2/2021)⁸¹.

Rispetto alla Coprogettazione Capacitante, siamo invece di fronte ad una metodologia di lavoro sviluppata per rispondere alla necessità di individuare strumenti adeguati a promuovere il diritto ad una cittadinanza piena e attiva, anche da parte delle persone con disabilità.

Tale approccio ambisce, infatti, a realizzare progetti individualizzati, avvalendosi di un bagaglio strumentale che si compone non solo della relazione, ma anche della rete, nel tentativo di redistribuire il potere restituendo autonomia alle persone in condizione di marginalità. La Coprogettazione Capacitante trova pertanto la sua ragion d'essere nel bisogno degli operatori di individuare obiettivi, azioni e reti di supporto in modo condiviso, cooperando tra loro al fine di permettere alla persona di godere di una cittadinanza piena e senza limitazioni (Bite n. 5/2021)⁸². È sulla base di tali premesse concettuali, allora, che il progetto HOOD richiede agli operatori ed alle operatrici sociali coinvolti nella sua attuazione di applicare tali principi – e gli annessi strumenti metodologici – nella loro prassi lavorativa, mettendo il lavoro sociale in condizione di riconoscere, alla persona utente, la capacità di acquisire potere e possibilità di autodeterminarsi, restituendole una progettualità futura.

Tornando agli obiettivi del progetto, la rilevanza di un intervento precoce sta acquisendo progressivo riconoscimento, anche sul piano internazionale, come strategia più opportuna

⁸⁰ Scaricabile da www.projecthood.org.

⁸¹ Scaricabile da www.projecthood.org.

⁸² Scaricabile da www.projecthood.org.

di contrasto al fenomeno, tanto che per *Homeless Hub* (in FACTSHEET n. 1/2021): “L’intervento precoce è uno strumento per ‘prevenire l’escalation’. Permette di evitare che una persona rimanga incastrata nella condizione di *homeless* a un punto tale che uscirne diventi quasi impossibile”. Maggiore, infatti, è il tempo che le persone spendono nel contesto di strada – usufruendo di servizi a bassa soglia – maggiore sarà la probabilità di subire una sensibile riduzione delle proprie capacità e autostima, con ripercussioni negative anche sulla sfera relazionale e sullo stato psicofisico del soggetto. Realizzare sistemi di intervento in grado di intercettare precocemente le persone senza dimora, sin dalla fase iniziale del loro percorso di *homelessness* (ovvero il momento dell’entrata in tale condizione) proponendo da subito soluzioni efficaci e immediate appare perciò necessario, al fine di evitare la cronicizzazione di uno stato di profonda difficoltà (*ibid.*).

Tuttavia, in vista di un simile obiettivo, oltre ad un’azione tempestiva sarà fondamentale che altrettanto immediati siano anche i meccanismi di inserimento abitativo, in modo da permettere alla persona di fuoriuscire dai circuiti di bassa soglia, anche grazie all’impiego di strumenti personalizzati e calibrati sulle esigenze di ogni utente. Basilare sarà dunque, ai fini di un intervento precoce, l’adozione di un approccio relazionale capacitante, in grado di restituire potere e dignità alle persone coinvolte nella relazione di aiuto. Nella prospettiva di HOOD, è infatti importante che la persona sia protagonista attiva dell’intervento di aiuto predisposto nei suoi confronti, affinché possa trarne beneficio anche in termini di un maggior controllo sulla propria vita (*ibid.*). A tale scopo, proprio i già discussi modelli di intervento che fanno capo all’approccio *Housing first* hanno contribuito a rendere la comunità professionale maggiormente consapevole dei rischi – relativi a una disincentivazione del potere e delle capacità della persona – insiti negli stessi meccanismi di funzionamento dei servizi.

Per tali ragioni, HOOD mira allo sviluppo di strategie di intervento personalizzate, fondate sulla sinergia tra operatore sociale e utente, invitando i propri collaboratori a mantenere un’apertura nei confronti di possibili aggiustamenti in corso d’azione (tesi a migliorarne l’efficacia) e prevedendo possibilità di scambi e confronti, mediante un’apposita piattaforma virtuale di intervizione. In particolare, per mezzo dell’intervisione gli operatori sociali disporranno della possibilità di condividere la conoscenza appresa in maniera paritaria, stimolando la riflessività degli altri colleghi in modo reciproco⁸³ (*ibid.*).

⁸³ Al sito www.hoodproject.org è possibile consultare non soltanto una pluralità di fonti e documenti per approfondire l’approccio, bensì alcuni report che descrivono l’esito delle principali attività, svolte in diversi paesi nell’ambito del progetto.

In conclusione, il Progetto HOOD costituisce un interessante esempio concreto di applicazione di strategie innovative per il contrasto alla marginalità grave, il quale ambisce a costruire relazioni di aiuto “attivanti” che possano incentivare le potenzialità della persona, mettendole a servizio dell’intervento stesso: immaginare un futuro migliore è possibile e HOOD non vuole lavorare sulle persone, bensì con le persone, per realizzarlo.

Capitolo 3

Interventi integrati, salute delle persone senza dimora e pandemia

3.1. La necessità di un intervento integrato

Disegnare le politiche più adeguate alla gestione di un fenomeno complesso – come quello delle persone senza dimora – risulta un obiettivo di fondamentale importanza dal momento che esse agiscono nei diversi settori come strumenti di governo, mediante processi e meccanismi in grado di fornire, a loro volta, una definizione del fenomeno stesso e dando forma a determinate linee d'azione. Sono infatti le politiche a qualificare le persone come cittadini, oppure utenti, devianti, con conseguenze “multi-livello” sulla vita non solo individuale, ma anche sociale degli stessi (Tarabusi, 2010: 8; in Porcellana, 2017).

Un elemento che ha caratterizzato in negativo il nostro sistema di welfare nell'ambito del contrasto all'*homelessness* è stato proprio la mancanza di opportune politiche nazionali volte al suo contrasto. Una simile situazione ha fatto sì che i relativi interventi e misure si sviluppassero in particolar modo nel contesto locale, strutturando un sistema di assistenza e dei servizi eterogeneo, composito o come sostiene Porcellana (2017) “frammentato”: ciò, non soltanto su base interregionale, bensì intraregionale, tanto che il regime di welfare italiano viene descritto in letteratura come un insieme complesso di sistemi locali⁸⁴ (*ibid.*). Le ricadute più evidenti di una simile frammentazione nel sistema di assistenza si riflettono in altrettanto differenti prestazioni e servizi, favorendo lo sviluppo di disuguaglianze locali e regionali nell'erogazione degli stessi (*ibid.*). Un problema, questo, che non attanaglia unicamente il settore sociale ma colpisce all'opposto anche il versante sanitario, entro il quale sembrano proliferare le disuguaglianze di salute su base regionale⁸⁵ (Biancheri, 2019).

Tuttavia, una delle difficoltà che affligge il nostro sistema e che più si manifesta anche nel settore della grave marginalità consiste nella tendenza alla settorializzazione delle politiche: al contrario, soltanto un modello strategico integrato può consentire di superare

⁸⁴ A tal proposito, proprio le “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia” hanno rappresentato il primo concreto tentativo di raccordare lo Stato e le Regioni, ai fini di una programmazione e concertazione degli interventi per la lotta alla povertà estrema (*ibid.*).

⁸⁵ In questo senso vi è una forbice notevole tra nord e sud del paese, la quale si esprime in una differente speranza di vita alla nascita e nella quantità di anni trascorsi in buona o cattiva salute. Inoltre, sebbene la riforma del sistema sanitario nazionale trovasse la sua ragion d'essere in principi indiscutibili dalle singole Regioni, quali l'universalismo, l'equità nell'accesso alle cure, la solidarietà, l'uguaglianza, la prevenzione e la sussidiarietà, di fatto ciascuna Regione ha provveduto a differenziare (anche in maniera significativa) il proprio sistema sanitario dagli altri, creando importanti disuguaglianze di cittadinanza su base geografica (Biancheri, 2019).

un sistema degli interventi frammentario e di adottare, dunque, innovazioni sociali quali quelle discusse (*l'housing first* e *l'housing led*) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Le politiche sociali, per quanto aventi ciascuna un determinato campo di specializzazione, devono infatti sapersi raccordare ai fini del raggiungimento di obiettivi comuni e integrati tra loro, nell'ambito di una più vasta e complessiva strategia di contrasto al fenomeno, la quale affondi le sue radici nell'integrazione tra competenze a diversi livelli (nazionale, regionale, locale) e tra diversi settori di intervento (non solo la casa, bensì la salute, il lavoro, l'ordine pubblico eccetera). L'integrazione tra tutti questi aspetti risulta un requisito imprescindibile allo scopo di rispondere, in maniera esaustiva, alla sempre maggiore complessità dei bisogni delle persone in condizione di estrema marginalità, i quali frequentemente hanno carattere non soltanto sociale o economico, bensì sociosanitario: al fine di soddisfare le esigenze delle persone senza dimora è perciò necessario integrare tra loro non soltanto diverse competenze, bensì strumenti, attori, risorse e *policies*. Una simile integrazione tra i diversi ambiti di intervento potrà inoltre favorire un beneficio reciproco per i diversi settori, anche dal punto di vista dei costi che gravano su ciascun attore, creando, ogni intervento, un risparmio per l'altro⁸⁶ (*ibid.*).

A questo scopo, spetta al livello politico provvedere ad una pianificazione strategica in grado di connettere i diversi ambiti di *policy*, convogliandoli verso l'obiettivo ultimo del contrasto alla marginalità grave e capace di adoperare le risorse disponibili nel migliore dei modi possibili (*ibid.*). In ciascuno di questi ambiti, il compito delle singole politiche sarà dunque quello di programmare, preventivamente, l'apporto nella lotta alla povertà che il settore di riferimento potrà offrire (*ibid.*). Le politiche dovranno fondare i loro processi di programmazione sulla base dell'intrinseca multidimensionalità della povertà e della marginalità delle persone senza dimora, adottando una concezione per cui le persone colpite da tale fenomeno non devono essere meramente ridotte ai costi che il loro supporto comporta, quanto piuttosto attivate come vere e proprie risorse ad alto potenziale (soprattutto nelle attuali circostanze, legate alla pandemia).

Tuttavia, l'integrazione che un simile modello presuppone si esprime lungo una duplice dimensione: verticale, se si considera quella tra Stato, Regioni e Comuni; orizzontale, se si guarda all'integrazione tra i molteplici settori in cui si dipartono l'amministrazione pubblica

⁸⁶ L'adozione di un modello strategico integrato implica l'applicazione di un approccio "*cost-effective*" nei confronti della spesa sociale: soltanto un'azione combinata tra diversi attori e settori di *policy*, per come descritta fin qui, si rivela in grado di valorizzare le ripercussioni positive che ciascun intervento produce nei confronti degli altri, sul piano del risparmio (*ibid.*)

e il privato, incluso il privato sociale (*ibid.*). Proprio questa seconda accezione dell'integrazione ha trovato riscontro in una recente pubblicazione ad opera di OCSE (2015)⁸⁷, che ne scompone ulteriormente la dimensione orizzontale, scorgendo nell'erogazione dei servizi tre categorie, le quali si differenziano per grado di intensità della stessa. Esse sono state così definite: *collocation*, *collaboration* e *cooperation*.

La prima declinazione attiene alla necessità di riunire in un comune luogo di accesso fisico sia i servizi di natura medico-sanitaria, sia i servizi sociali, i servizi inerenti alla dimensione dell'abitare, all'igiene e così via, in modo da favorire una maggiore accessibilità agli stessi, nonché il dialogo intersettoriale. A seguire, l'OCSE individua nella dimensione della *collaboration* una forma di integrazione ancor più forte: oltre a condividere un medesimo luogo di erogazione dei diversi servizi si richiede, a questo livello, una forte condivisione della dimensione informativa tra una pluralità di soggetti, tra cui non solo operatori sociali, ma anche altri professionisti e amministratori: il fine è quello di facilitare i processi di conoscenza e di apprendimento organizzativo i quali, permettendo l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse a disposizione, danno modo di perseguire l'obiettivo di incrementare l'efficacia e l'efficienza del servizio. Tuttavia, è il livello della *cooperation* ad esprimere il massimo grado di integrazione: questo si ottiene nel momento in cui i professionisti decidano di affrontare le proprie sfide lavorative mediante la costituzione di equipe multidisciplinari, anche di dimensioni ridotte. Proprio la cooperazione darà modo ai gruppi multidisciplinari di erogare risposte adeguatamente strutturate, addirittura riducendo i costi (*ibid.*).

Al contrario, per le motivazioni discusse, una netta suddivisione delle competenze (a "compartimenti stagni") sembra ostacolare le valutazioni, invece rilevanti, che ineriscono non solo all'efficacia, ma anche all'efficienza che un modello strategico integrato potrebbe comportare. In tal senso, l'adozione di protocolli operativi tra le varie filiere amministrative attive nell'ambito territoriale può contribuire ad attuare interventi capaci di fornire soluzioni di lungo periodo, intervenendo non soltanto sull'esigenza di un'abitazione bensì, in modo più esteso, sui diversi meccanismi di esclusione in cui la persona senza dimora può trovarsi intrappolata (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Affinché una concreta integrazione sia realizzata, un approccio che possa dirsi strutturato dovrà però includere, entro la sua linea d'azione, azioni altrettanto strutturate, sistematiche e integrate tra loro, orientate ad una dimensione strategica sin dal loro concepimento. L'adozione di un modello strategico integrato si propone, pertanto, lo scopo di agire

⁸⁷ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.

trasversalmente sulla povertà (sia sul piano organizzativo, sia a livello del *case management* sociale) intesa come fenomeno multidimensionale, nella sua globalità, impattando su tutte le dimensioni che concorrono a determinarla (*ibid.*). La natura strategica dell'intervento consisterà, allora, nella necessità di individuare forme di coordinamento che non riguardino esclusivamente l'intervento sociale e sanitario, bensì l'intervento sul piano abitativo, formativo e di reinserimento nel mondo del lavoro, poiché soltanto esprimendosi contemporaneamente su molteplici livelli, l'azione potrà rivelarsi realmente efficace nella lotta all'esclusione delle persone in condizioni di grave marginalità. Fondare l'intervento nell'ambito dell'*homelessness* su una logica che potremmo definire "multi-intervento" predispose per la persona una presa in carico multidisciplinare, ad opera di una équipe composta da una pluralità di profili professionali e capace, perciò, di fornire risposte adeguate (come verrà argomentato in seguito) alla complessità del bisogno, evitando interventi rigidamente standardizzati e tra loro disconnessi (*ibid.*).

Sulla base delle premesse effettuate, appare necessario trasformare le politiche sociali da ambiti a sé stanti del sistema dei servizi, a forme di raccordo – finalizzate al contrasto dell'emarginazione grave e della povertà – tra le diverse componenti politiche di una strategia di intervento di più ampio respiro: ciò, coordinando come detto non soltanto i diversi livelli di governo, bensì i diversi ambiti di intervento, che insieme designano la gestione di un territorio sotto i diversi profili di vita dei cittadini (*ibid.*).

Al fine di realizzare strategie integrate di intervento sarà necessario attivare e coinvolgere, nella loro applicazione, non soltanto soggetti pubblici, bensì provenienti dal privato *for profit* e *no profit*, in modo tale da aggregare risorse molteplici, incluse quelle di origini locali.

A questo proposito, nella visione della stessa legge 328/2000 il Terzo Settore rappresenta un attore significativo della co-programmazione, nonché un elemento di cittadinanza responsabile volto all'attivazione della comunità, in direzione di un miglior funzionamento dei servizi sia sul piano quantitativo – in riferimento all'articolazione dell'offerta degli stessi – ma anche qualitativo, grazie alla maggiore vicinanza ai cittadini. Esso può dunque costituire un importante veicolo di creazione per una dimensione di ascolto, coinvolgimento e trasparenza che agisca sul rapporto cittadini-istituzioni, sviluppando una relazione di fiducia e promuovendo, dunque, una reale integrazione. La presenza diffusa del Terzo Settore sul territorio, nelle sue diverse sfaccettature (associazionismo, volontariato, cooperazione sociale etc.) sembra dunque svolgere una sorta di funzione di "tessuto connettivo" rispetto alle istituzioni pubbliche, che trova espressione proprio nella

legge 328/2000, la quale conferisce a questi organismi anche facoltà di co-progettazione e non soltanto di semplice erogazione dei servizi. Un ruolo attivo di responsabilità e cittadinanza attiva, pertanto, che diviene mezzo di miglioramento anche nei confronti del funzionamento stesso delle istituzioni, in direzione di un'efficace integrazione del welfare e di questi fondamentali elementi, proprio per tradurre in azioni concrete quelli che sono gli obiettivi individuati dalla programmazione.

Il Terzo Settore si rivela infatti maggiormente in grado di rappresentare – in modo diretto e più aderente alla realtà – aspettative e bisogni dei cittadini, motivo per il quale la sua funzione non può e non deve essere ridotta a semplice ruolo consultivo, ma anzi ampliata verso una sinergia, una collaborazione sistematica tra pubblico e privato, finalizzata ad una migliore gestione della rete dei servizi nella sua interezza (per entrambi i sistemi, sociale e sanitario).

3.1.1. La presa in carico integrata

Come affermato precedentemente, l'elemento che si frappone – in qualità di distinguo – tra gli approcci strategicamente orientati ed i servizi a carattere emergenziale o residuale è la pratica della cosiddetta presa in carico. A fondamento di un modello di intervento integrato si pone infatti, comprensibilmente, una presa in carico altrettanto integrata.

Secondo la definizione normativa⁸⁸, la presa in carico si qualifica come:

La funzione esercitata dal Servizio sociale professionale in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta ai bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi in rete con altre risorse e servizi pubblici e privati del territorio (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015: 28).

Quando si discute di presa in carico, il riferimento è dunque ad una pratica proveniente dall'ambito del Servizio sociale, la quale può manifestarsi in molteplici sfumature. Essa si sostanzia, ad esempio, in quella serie di attività propedeutiche alla conoscenza della persona (quali creare una cartella o un fascicolo dedicato, all'interno del quale verranno annotati, dunque resi tracciabili, tutti gli interventi necessari, da quelli di ascolto a quelli di valutazione del bisogno) che il Servizio sociale realizzerà ai fini della formulazione di opportune proposte di aiuto e di intervento, inviando l'utente al servizio più opportuno.

⁸⁸ Tale definizione trova le proprie radici nell'attuazione del Casellario dell'assistenza, il quale rappresenta a sua volta la prima attuazione del sistema informativo degli interventi e servizi sociali (previsto dalla legge 328/2000) di cui è parte integrante (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Tuttavia, la presa in carico non si esaurisce in tali azioni: presa in carico significa anche sostegno, motivazione e accompagnamento della persona nel sistema dei servizi, siano essi di natura sociale, educativa, assistenziale o riabilitativa. È però importante che entrambe le accezioni analizzate trovino un punto d'incontro e di integrazione, ancor più nel caso di persone vittime di grave emarginazione. La dimensione formale e istituzionale della presa in carico non dev'essere, pertanto, scissa dalla sua componente educativa e individualizzata (volta al reinserimento della persona in carico al servizio), allo scopo di non inficiare la riuscita dell'intervento (fio.PSD, 2018). Naturalmente, sull'efficacia di tale pratica rivestono un peso l'entità numerica e la qualità delle risorse rese disponibili, nella relazione di aiuto, da entrambe le parti (utente e operatore), dunque il potere di utilizzo delle stesse da parte dei due attori (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Se la presa in carico si identifica, pertanto, con quella procedura atta ad instaurare una relazione di aiuto significativa tra l'utente e l'operatore dei servizi ai fini della realizzazione di un progetto di aiuto personalizzato, essa assume connotati particolari proprio nel settore delle persone senza dimora, legati alla significativa entità del grado di disaffiliazione sociale delle stesse.

In tal caso, prendere in carico un individuo equivale alla necessità di attivare, in maniera coordinata, tutte le risorse in campo in un territorio, sia di natura professionale, sia culturale, esplicite o implicite, formali e non, conseguentemente alla costruzione di una relazione di aiuto atta a ripristinare un legame sociale funzionale alla propria sopravvivenza (in opportune condizioni di dignità) (*ibid.*). La presa in carico verrà pertanto effettuata da un'equipe multiprofessionale, in grado di prestare abilità e competenze non soltanto sociali, ma anche educative, sanitarie, legali, psicologiche. Tuttavia, specialmente per una persona senza dimora, formulare una vera e propria richiesta di aiuto potrebbe non rivelarsi un'azione semplice, così come l'azione stessa di mettere a fuoco, in maniera consapevole, il proprio bisogno.

La multidisciplinarietà della presa in carico del soggetto *homeless* si evidenzia sin dai primi momenti della relazione, nei quali si prefissano obiettivi di molteplice natura (ad esempio risocializzanti ed educativi, ma anche clinici, nonché scopi specifici rispetto alle particolari esigenze della persona) in virtù del principio secondo il quale, a un bisogno complesso e multidimensionale, deve seguire una risposta altrettanto complessa e non riduttiva. La presa in carico dovrà dunque incentrarsi su una dimensione di rete, atta a far interloquire in maniera significativa i diversi attori e servizi (*ibid.*).

Tuttavia, il riferimento alla presa in carico istituzionale è possibile prettamente nel caso in cui, attorno alla necessità della persona, vengano attivati la rete locale dei servizi e l'ente

pubblico – con ruolo di regia – allo scopo di progettare percorsi territoriali di reinserimento sociale. A tal proposito, le Linee di indirizzo del 2015 avevano previsto una serie di suggerimenti, volti a garantire l'efficacia di una buona presa in carico da parte della rete dei servizi. In primo luogo, si faceva presente la necessità di formare gruppi di lavoro territoriali a carattere multidisciplinare, che includessero nel loro organico operatori e profili differenti non solo per competenze, ma anche per appartenenza di servizio (sia pubblici che privati), evidenziando l'importanza dell'assistente sociale pubblico in funzione di regia e punto di giuntura tra gli stessi. Un'ulteriore raccomandazione consisteva nell'instaurare una relazione di fiducia reciproca con la persona senza dimora, accettando che un obiettivo così importante potesse richiedere tempistiche anche molto estese. Le Linee di indirizzo individuavano poi una buona prassi nello scandire, da parte dell'operatore – e, più in generale, dell'equipe multiprofessionale – il progetto di aiuto individualizzato mediante la definizione di obiettivi, anche intermedi, verosimilmente raggiungibili secondo un accordo condiviso tra operatori e cittadino e il cui conseguimento andrà, in seguito, opportunamente verificato. Posto a fondamento della presa in carico della persona senza dimora, vi è infatti un patto che non si attua sulla persona, ma con la stessa e per la stessa: attraverso la relazione d'aiuto, la persona sarà messa in condizione di acquisire maggiore coscienza delle proprie risorse e dei propri limiti, in modo da attivare queste ultime in stretta cooperazione con quelle offerte dal territorio e dalla sua rete (*ibid.*). In particolare, la presa in carico delle persone senza dimora richiede alcune accortezze dal grande significato, le quali possono aumentare le probabilità di un epilogo positivo del percorso di aiuto, presso i servizi loro dedicati. Innanzitutto, è necessario che gli operatori siano in grado di agevolare il conseguimento degli obiettivi (di cura, di risocializzazione etc.) concordati con il soggetto, manifestando la massima disponibilità a supportare le persone nell'approccio ai diversi servizi e luoghi di intervento (ad esempio l'ambulatorio medico, un contesto lavorativo etc.) (*ibid.*). Come precedentemente discusso, infatti, la persona senza dimora è spesso “avulsa” dal resto della società e, talvolta, la sensazione di distanza da quest'ultima può essere alimentata da eventuali patologie psichiche. In una condizione di così radicata e profonda difficoltà la persona necessita, spesso, di un sostegno ulteriore rispetto alla mera rassicurazione o all'orientamento nel sistema dei servizi, esprimendo in tal modo il bisogno di essere accompagnata nella riacquisizione delle capacità necessarie a interagire con il resto della società e con i suoi contesti fondamentali (*ibid.*)⁸⁹. A tal fine, l'intervento si concretizzerà in una presa in carico che sia in grado di

⁸⁹ A tal proposito, una particolare casistica si pone all'attenzione del lettore: si tratta di quelle persone senza dimora contraddistinte da atteggiamenti oppositivi, le quali, affette da doppia diagnosi

incrementare e di valorizzare tutte le forme di capitale in possesso della persona: il capitale umano, inteso come quella serie di abilità residue, insieme alla capacità di mantenere una progettualità per il futuro e al relativo grado di consapevolezza (in questo senso, il riferimento è ad esempio a titoli di studio ed esperienze lavorative vissute); il capitale fisico ed il capitale sociale, rispettivamente intesi come insieme di risorse materiali, fisiche ed economiche spesso carenti e come complesso dei rapporti di natura familiare (reti di aiuto primarie, non di rado molto deboli per le persone senza dimora) e reti di aiuto istituzionali (Comuni, associazioni, centri di accoglienza eccetera), ma anche amicizie e conviventi (Ciucci, 2011).

Inoltre, prendere in carico una persona senza dimora comporta il riconoscimento dei rischi insiti in una simile impresa: molteplici sono le eventualità negative che possono indurre, potenzialmente, al fallimento del percorso di aiuto, a partire dalla mancata presentazione agli appuntamenti prefissati da parte delle persone, fino a veri e propri fraintendimenti e cambiamenti nelle decisioni di queste ultime. È perciò fondamentale, per gli operatori, non vivere questi stop e questi passi indietro come una sconfitta personale, quanto piuttosto come una possibile tappa nel percorso di aiuto che può sì verificarsi, ma anche lasciare spazio a nuovi tentativi di aiuto da parte dell'equipe e dei suoi membri (Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali, 2015). Gli operatori dovranno pertanto ricevere apposita formazione, improntata alla tolleranza e alla capacità di gestione della complessità e della delicatezza intrinseche di tali interventi multidisciplinari⁹⁰ (*ibid.*).

In virtù delle considerazioni effettuate circa la peculiarità della condizione di *homeless*, si raccomanda dunque di prendere in carico la persona non come un “caso da risolvere” (*ibid.* : 61), bensì un soggetto contraddistinto da una propria storia, riconoscendolo pertanto nella sua unicità. In tale prospettiva di intervento, l'invito per gli operatori è quello di promuovere azioni di tutela dei diritti della persona senza dimora, dunque la sua partecipazione attiva alla relazione di aiuto (*ibid.*). Importante sarà, inoltre, tessere una rete solidale in grado di attivare tutte le risorse in campo – incluse quelle della persona stessa

reagiscono rifiutando ogni tentativo di aggancio, anche in strada, rendendo più difficoltoso per i servizi instaurare, con esse, eventuali percorsi di aiuto. Un profilo di *homelessness*, questo, contraddistinto da grande complessità, specialmente laddove la vita in strada abbia radicalizzato il disagio psichico. Quella appena esposta rappresenta pertanto una questione ancora aperta, una vera e propria zona grigia degli interventi, in merito alle cui modalità di gestione la letteratura non appare, al momento, in grado di fornire indicazioni approfondite.

⁹⁰ La natura multidisciplinare dell'intervento nell'ambito della grave emarginazione si evince anche nello stesso DNA dei programmi *Housing first*, i quali fondano i propri interventi sull'integrazione tra approcci molteplici, volti a sviluppare “un'operatività condivisa” tra i diversi profili professionali, in modo da attivare capitale sociale, risorse e relazioni presenti nella comunità di riferimento (Cortese, Iazzolino: 12).

– accompagnandosi e non sostituendosi a quest’ultima in quel processo di individuazione della miglior risposta possibile alle sue esigenze.

Tuttavia, la pratica della presa in carico si articola in una pluralità di livelli, tra cui anche quello della comunità. Prendere in carico soggetti anche sul piano comunitario si configura, infatti, quale importante presupposto per concreti percorsi di inclusione sociale (sebbene tale declinazione spesso rimanga, ancora oggi, sul piano della teoria piuttosto che della pratica), tanto più per tutte quelle persone senza dimora che si trovano da un lasso di tempo più esteso in strada, oppure provviste di un più scarso bagaglio culturale, con limitate risorse non solo sociali, ma anche emotive (*ibid.*). Fondamentale appare anche un lavoro di sensibilizzazione e di coinvolgimento del contesto degli interventi, nonché un ruolo, da parte dell’istituzione pubblica, di promozione e di sostegno nei confronti dell’auto organizzazione e autodeterminazione della comunità solidale (*ibid.*).

Nell’intento di attuare una presa in carico complessa, in grado di ampliarsi al punto di coinvolgere il più ampio contesto comunitario, sarà dunque necessario effettuare una scansione del territorio, volta ad individuare risorse e spazi della comunità potenzialmente attivabili, quali ad esempio parrocchie e circoli ricreativi o culturali. La presa in carico comunitaria si esprimerà anche con azioni rivolte, per l’appunto, alla comunità stessa: un utile strumento consiste nel ritagliare, per quest’ultima, occasioni di sensibilizzazione nei confronti dell’esclusione sociale, rendendo i cittadini più partecipi e aperti alla comprensione delle vite altrui. Abbandonare definitivamente la condizione di *homeless* significa, infatti, tornare a partecipare pienamente al proprio contesto di vita, il quale dovrà pertanto essere pronto ad accogliere la persona nuovamente al suo interno.

Ancora sul piano della comunità, si è visto come la possibilità di un impiego lavorativo possa costituire strumento e fonte di maggiore autonomia e partecipazione sociale per le persone senza dimora: in questa stessa direzione, tali individui possono occupare in maniera utile e significativa il proprio tempo, anche mediante altre mansioni le quali, sebbene non retribuite al pari di un’attività lavorativa, consentono alla persona di prendersi cura del territorio in cui vive e di cui è parte integrante⁹¹. Altre interessanti occasioni di avvicinamento tra persone senza dimora e comunità di riferimento possono consistere nella promozione – presso e al di fuori delle strutture di accoglienza – di possibilità di partecipazione a contesti di vita pubblica e culturale, nell’esercizio di quei diritti non solo

⁹¹ Tali attività possono esplicarsi, a titolo esemplificativo, nel presidio degli spazi comunitari o nella pulizia dei luoghi pubblici (che per la persona *homeless* costituiscono spesso importante fonte di riparo e abituale luogo di vita).

sociali ma anche politici (troppo spesso negati alle persone senza dimora) nonché in momenti in cui queste possano raccontarsi (*ibid.*).

Tuttavia, la presa in carico della persona portatrice di un disagio multiforme esprime anche alcune criticità. Un'area di difficile definizione è ad esempio quella della titolarità degli interventi: se alla presa in carico possono concorrere uno o più servizi, il rischio è quello di rimanere bloccati in un'impasse che impedisce di formulare una risposta adeguata alle necessità della persona oppure quello di fornire, diversamente, soluzioni inopportune (fio.PSD, 2018). La mancanza di una definizione chiara delle competenze comporta, dunque, una sorta di “blocco di sistema”, conseguendo in tal modo risultati inferiori, oltretutto ad un costo più elevato (*ibid.*).

Ciononostante, questo non costituisce l'unico nodo critico nel sistema degli interventi: si pensi a quell'atteggiamento delegante di cui si è già discusso, che frequentemente l'attore pubblico adotta nei confronti del privato sociale nell'ambito dell'*homelessness*. In tale eventualità, la presa in carico subisce un processo di frammentazione in correlazione alla natura specifica dell'ente che eroga l'intervento, con particolare attenzione agli aspetti culturali e organizzativi; ma la frammentazione agisce in un'ulteriore direzione, dovuta alla tipologia di servizio coinvolta, con particolare riferimento alla durata dell'intervento, al *setting* in cui esso viene attuato e ai profili professionali attivati (ad esempio unità di strada, centri diurni, dormitori etc.) (*ibid.*).

Ad ogni modo, qualunque sia il servizio competente ad intervenire per la persona senza dimora, la presa in carico costituirà il cardine, il perno fondamentale di ogni intervento, attraverso il quale gli operatori potranno instaurare una solida relazione di aiuto e di cura, che potrà esprimere peculiarità anche molto diverse tra loro. La risposta del servizio competente alle necessità della persona potrà infatti differire per grado di prossimità e intensità della relazione, finalità preposta, luoghi e strutture impiegati ai fini dell'intervento, ma anche in relazione ai diversi professionisti in gioco, nonché a molte altre variabili. La difficoltà all'interno di questo sistema di intervento è dunque quella di riuscire a formulare proposte di intervento integrate, in grado di apportare benefici all'utente nella sua sfera di salute, complessivamente intesa (e perciò comprensiva, come vedremo, di un'attenzione mirata a tutti quegli elementi che concorrono a determinarla, anche di natura non prettamente sanitaria) (*ibid.*).

Pertanto, nel tentativo di rispondere a queste carenze del sistema di intervento, assume ancor più significato la costituzione di gruppi di lavoro integrati, con funzione di “racordo ed orientamento” (*ibid.*: 11) in direzione di una pluralità di obiettivi, tra cui: riunire le componenti del sistema che rischiano di cadere in una logica autoreferenziale,

individuando un equilibrio duraturo che permetta il protrarsi della presa in carico nel medio e lungo periodo (reso necessario dalla forte complessità delle stesse); costruire interventi individualizzati, fondati su principi di inclusività e aderenza alle necessità della persona, con l'intenzione di favorirne l'attivazione e la centralità nell'intervento stesso; favorire l'integrazione e la conciliazione tra i diversi profili professionali coinvolti (dunque tra le diverse linee d'azione) e le relative culture organizzative, anche ai fini di un dialogo tra ambito sociale e sanitario; infine, essere in grado di valutare l'esito degli interventi e di fornire indirizzi e orientamenti agli attori della presa in carico.

È perciò possibile concludere, che a fare da sfondo alla pratica della presa in carico della persona senza dimora dovrebbe trovarsi non una cultura assistenzialistica del bisogno, quanto piuttosto una cultura propositiva “della possibilità”, in grado di cogliere e di utilizzare al meglio anche le risorse individuali e provenienti dal proprio ambiente di vita: soltanto una simile concezione dell'intervento può fornire alla persona senza dimora gli strumenti per emanciparsi dal circuito assistenziale e dal bisogno, favorendone l'autonomia personale, la quale costituisce l'obiettivo ultimo dell'intervento nell'ambito della grave emarginazione adulta (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015: 68).

3.2. Un problema sociale e sanitario: l'integrazione sociosanitaria

A questo punto, tematica fondamentale sulla quale appare opportuno soffermarsi nell'ambito del contrasto all'*homelessness* concerne l'integrazione sociosanitaria, uno dei talloni d'Achille del nostro sistema di welfare, poiché realizzata soltanto in maniera frammentaria (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Discutere di integrazione sociosanitaria significa, sostanzialmente, riconoscere e tentare di tutelare al meglio l'unione tra due dei più importanti sistemi di protezione della persona: il sistema sociale e il sistema sanitario (Cortese *et al.*, 2016). Un aspetto, questo, al quale le politiche di programmazione nazionale prestano attenzione specifica ormai da molti anni, mettendo in evidenza le difficoltà incontrate da un servizio che operi su base settoriale.

Tuttavia, nonostante tale attenzione sia spesso sfociata nella sperimentazione di modalità innovative di integrazione (anche grazie ad opportune norme, elaborate sia a livello nazionale che regionale) è possibile affermare che l'integrazione sociosanitaria costituisca ancora oggi un capitolo incompiuto per il nostro regime di welfare. Gli elementi di complessità alla base di questo lungo processo sono molteplici: oltre a differenti approcci tecnico-professionali ed alle diverse prospettive – talvolta difficilmente conciliabili tra loro – un nodo problematico fondamentale sembra essere rappresentato dalla costruzione di un modello organizzativo condiviso tra organizzazioni diverse, le quali tendono ad operare

sulla base di abilità e competenze settoriali, piuttosto che nel tentativo di assecondare esigenze di natura sistemica (*ibid.*).

In realtà, tali difficoltà affondano le loro radici già nello sfasamento temporale verificatosi tra l'approvazione della normativa del settore sociale e quella del settore sanitario: il lasso di tempo che intercorre tra la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (SSN) (legge 833/1978) e quella istitutiva del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali (legge 328/2000) è certamente notevole, con la conseguenza che per la parte sanitaria sono state approvate, negli anni a seguire, una serie di riforme istituzionali atte a riordinarne il sistema al fine di accrescerne l'efficienza, mediante processi di razionalizzazione della spesa (*ibid.*).

Ad ogni modo, se l'integrazione sociosanitaria si fa dunque portavoce dell'opportunità di un raccordo tra servizi sociali e servizi sanitari, tale incontro appare di tanto più urgente realizzazione proprio nell'ambito del contrasto all'*homelessness* e, più in generale, della grave emarginazione adulta. Infatti: "Health services for people who are chronically homeless and/or have a mental health problem remains a drastic problem because in Italy there is a weak integration between social and public sanitary services" (FEANTSA, 2017: 2)⁹².

Basti pensare, a titolo esemplificativo, a quanto la persona senza dimora possa essere portatrice non solo di forme – più o meno gravi e intense – di disagio socioeconomico, quanto anche di bisogni ed esigenze sociosanitarie estremamente complesse, che la condizione di vita offerta dalla strada non può che aggravare ulteriormente. Parlare di integrazione sociosanitaria anche in questo complesso e delicato settore risulta perciò di primaria importanza, specie se si considera la frequente multifattorialità dei percorsi di progressiva emarginazione dentro ai quali spesso, le persone senza dimora, rimangono a lungo bloccate.

Per comprendere la concretezza del nesso logico tra persone senza dimora e integrazione sociosanitaria appare indispensabile un'azione di "ampliamento" del concetto di salute (volta ad evitare che questo assuma connotazione esclusivamente sanitaria) secondo una prospettiva per cui, la comunità stessa, è riconosciuta quale principale e diretta interessata alle condizioni di salute dei cittadini che la compongono. Da questo punto di vista, la

⁹² Proprio nella direzione di una maggiore integrazione sociosanitaria si dirigono i già menzionati PON (Programma Operativo Nazionale per l'Inclusione) i quali, ragionando in un'ottica sistemica, danno la possibilità di perseguire la continuità e l'integrazione tra i servizi mediante sperimentazioni che potranno essere adottate in maniera strutturale. A tal fine, il sistema dei servizi non può prescindere da un adeguato sistema di valutazione dei risultati conseguiti, in modo da realizzare servizi sempre più capaci di cogliere le molteplici esigenze della persona e di fornirvi adeguata risposta.

comunità dovrebbe pertanto essere in grado di promuovere e tutelare il benessere di questi ultimi⁹³.

Proprio il concetto di salute è stato, come noto, protagonista di un'evoluzione normativa e sostanziale, arrivando ad essere definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come quello stato di completo benessere bio-psico-sociale, caratterizzato da un'attenzione alle condizioni di salute sia sul piano individuale, sia su quello collettivo, dunque a tutte quelle sfere di vita che possono esercitare un'influenza sulla salute di una persona (Biancheri, 2019). È proprio grazie a questo fondamentale passo verso una migliore comprensione della salute – globalmente intesa – che la dimensione dell'integrazione sociosanitaria è emersa in tutta la sua importanza, anche nell'ambito della marginalità grave, insieme alla necessità di una partecipazione integrata ai processi di progettazione, comunicazione, finanziamento ma anche di *governance* tra settore sociale (nelle sue componenti pubbliche e private) e sanitario (dunque le relative istituzioni di riferimento, quali l'ASL e la Regione) (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Invero, l'integrazione sociosanitaria è stata riconosciuta quale preconditione fondamentale all'erogazione di risposte adeguate ai bisogni di salute complessi delle persone sin dall'istituzione del SSN stesso: naturalmente, il termine “salute” riveste qui un significato fondato sulle indicazioni stabilite dall'OMS, grazie alle quali la salute non è più immaginabile, ad oggi, come semplice assenza di malattia, quanto piuttosto come l'esito complesso di una pluralità di interazioni e relazioni, che coinvolgono aspetti di natura non solo sanitaria, ma anche biologica, sociale, psicologica, con attenzione a tutti quei contesti in cui le persone vivono abitualmente, cosicché gli aspetti sanitari preservano la loro importanza, ma inserendosi in un quadro di lettura ben più esteso, il quale per essere compreso nel profondo necessita di uno sguardo complessivo sulla vita dell'individuo (abitudini e stili di vita inclusi). In tal modo, assume particolare rilievo anche l'“ecosistema” in cui la persona è inserita, a favore di una concezione più inclusiva della salute e del benessere che ne consegue (Cortese *et al.*, 2016).

È dunque sulla base di tali considerazioni che si regge l'approccio multidisciplinare applicato nell'intervento alle persone in condizioni di grave marginalità, poiché un benessere completo della persona può raggiungersi unicamente attraverso una stretta sinergia e integrazione tra il sistema degli interventi e delle politiche sanitarie e sociali. Si

⁹³ Una simile attenzione alle condizioni di salute dei cittadini comporterebbe, inoltre, benefici sul piano della spesa del sistema sanitario, con riguardo ai costi derivanti da problematiche che potrebbero essere prevenute o trovare risoluzione in maniera alternativa, attraverso circuiti integrati caratterizzati da una maggior efficacia ed economicità (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

tratta di un obiettivo assolutamente prioritario, tanto per l'attore pubblico (il quale è demandato dalla legge ad assolvere alla funzione pubblica di tutela del cittadino), quanto per gli enti riconducibili al settore privato e del privato sociale, ai quali venga riconosciuto un ruolo nell'ambito della tutela della salute (così intesa) di una comunità (*ibid.*). Si ricordi, infatti, che il sistema italiano si configura come un sistema multiplo, all'interno del quale soggetti pubblici e privati trovano entrambi spazio di espressione e collaborazione a fini di realizzazione del bene comune, con l'ambizione di raggiungere obiettivi condivisi (stabiliti entro l'impianto programmatico e legislativo) sulla base di un utilizzo combinato di soggetti e risorse, di natura sia pubblica che privata⁹⁴.

Tuttavia, l'integrazione si esprime anche sul piano delle professionalità coinvolte nell'intervento per la persona senza dimora, al fine di realizzare un impatto positivo non soltanto nei confronti dell'individuo, quanto anche sul suo contesto di vita e sulla relazione tra i due elementi (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015). Proprio al fine di far leva anche sulle potenzialità e sui punti di forza dei soggetti nei cui confronti viene predisposto l'intervento, un approccio ecologico può rivelarsi un utile strumento, da attuarsi mediante il caratteristico lavoro d'equipe. Del resto, scopo primario di ogni professione sociale di aiuto consiste nella riacquisizione e nella tutela di uno stato di benessere per tutti quegli individui che, per qualsivoglia ragione, abbiano subito una compromissione di tale condizione, mediante interventi integrati (di recupero, di cura) volti a un cambiamento positivo per gli stessi (*ibid.*).

Tuttavia, al fine di garantire effettivamente un sistema dei servizi integrato all'interno di un ambito territoriale, l'integrazione dovrà realizzarsi su molteplici livelli: *istituzionale*, mediante l'individuazione di quelle istituzioni pubbliche che dovranno assumere la responsabilità di tale integrazione, al fine di realizzarne i principi sul piano operativo dell'erogazione di prestazioni e servizi (Comuni e ASL dell'ambito di riferimento, in virtù della loro rispettiva competenza ad erogare prestazioni di natura sociale e di natura sanitaria, mediante sottoscrizione di un accordo di programma)⁹⁵; *organizzativa*, che

⁹⁴ In tale direzione vanno anche i meccanismi di accreditamento presenti nel nostro sistema, i quali si identificano in una valutazione del possesso dei requisiti – di carattere strumentale e organizzativo – che un soggetto privato deve possedere, al fine di prendere parte al sistema pubblico di erogazione dei servizi. L'obiettivo che tale sistema persegue ha infatti natura pubblica, non perché in aperta contrapposizione con il mondo privato, bensì perché rivolto al pubblico. Una macchina organizzativa, come accennato, all'interno della quale soggetti diversi, pubblici e privati (privato sociale e privato profit) possono entrare a condizione che rispettino determinate regole, poste alla base del funzionamento del sistema pubblico. Una delle finalità dell'accreditamento è, dunque, quella di introdurre elementi di flessibilità all'interno del sistema.

⁹⁵ Sarà proprio all'interno di tale accordo che le istituzioni menzionate dovranno dichiarare l'intento di organizzare il sistema dei servizi sulla base dei principi dell'integrazione sociosanitaria, dunque garantire percorsi assistenziali sociosanitari in forma integrata e personalizzata. L'accordo conterrà

concerne le modalità e le configurazioni organizzative necessarie alla realizzazione effettiva del sistema integrato (in coerenza con l'accordo) garantendo al cittadino, fin dal momento di accesso ai servizi, una risposta unitaria al proprio bisogno di salute⁹⁶; *professionale*, ovvero una risposta in grado di sintetizzare bisogni sanitari e sociali della persona in maniera integrata, per cui sarà necessario realizzare una valutazione multiprofessionale del bisogno sociosanitario in questione, identificabile come bisogno complesso poiché determinato da una pluralità di elementi che richiedono attenta considerazione (ciò dovrà avvenire subito dopo la presa in carico, così che si possa procedere all'elaborazione del percorso integrato e personalizzato, sulla base di questa analisi della sua peculiare complessità); *comunitario*, ovvero una integrazione che vada a coinvolgere attivamente il Terzo settore nelle politiche di integrazione (associazionismo, cooperazione sociale, volontariato, imprese sociali) in forza della sua intrinseca capacità di rappresentare le effettive esigenze dei cittadini, destinatari dei diversi servizi. Tale partecipazione attiva riveste, infatti, un ruolo fondamentale anche nella programmazione dei servizi (che diviene in tal modo una programmazione partecipata)⁹⁷ e nell'assicurare prestazioni e servizi il più aderenti possibili ai cittadini e ai loro bisogni di salute.

Naturalmente, l'integrazione sociosanitaria affonda le sue radici anche in un determinato contesto normativo: la tematica viene per la prima volta indirettamente menzionata già a partire dalla legge istitutiva del SSN, la quale afferma al primo articolo di voler tutelare non soltanto le persone dall'insorgenza di malattie, quanto piuttosto il loro stato di benessere fisico, psichico e sociale, mediante la richiesta, alle Regioni, di individuare forme di coordinamento tra le istituzioni rispettivamente tenute alla gestione dei servizi sanitari da un lato e sociali dall'altro. Queste ultime, infatti, pur non costituendo parte del sistema sanitario sono in grado di condizionare lo stato di salute della popolazione, dunque l'andamento e gli esiti di tale sistema. Ciò appare facilmente comprensibile se si tiene conto dell'estensione del concetto di salute operato dall'OMS.

Tale legge insiste poi sul principio di integrazione sanitaria nel momento in cui affida alle Regioni, negli articoli successivi, il compito di ripartire il loro territorio in zone di intervento, con l'indicazione di favorire la coincidenza degli ambiti territoriali individuati (omogenei e adeguati) sui quali governare e gestire i servizi sanitari, con quelli in cui,

inoltre la regolazione di rispettivi compiti, soluzioni organizzative e risorse messe a disposizione dai due enti.

⁹⁶ Naturalmente, nel percorso assistenziale, all'accesso al sistema conseguirà l'avvio della presa in carico per l'erogazione dei necessari servizi, dunque le relative azioni di monitoraggio e valutazione.

⁹⁷ Ciò appare tanto più coerente e significativo, specialmente se si tiene conto del quadro legislativo, che ha espresso chiaramente l'intenzione di valorizzare il ruolo del Terzo settore (in riferimento alla Riforma del Terzo settore, avvenuta con legge delega 106/2016).

invece, governare e gestire i servizi sociali. La *ratio* di questa raccomandazione è quella di permettere al cittadino di disporre di una sede – il distretto sociosanitario – all'interno della quale poter trovare, contemporaneamente, risposte sociali e sanitarie ai propri bisogni.

Dunque, se come sostenuto fin qui la persona senza dimora manifesta un disagio capace di esprimersi bene al di là della semplice difficoltà socioeconomica, andando ad intersecare anche l'area della salute, diviene indispensabile comprendere il significato, lo scopo e il contenuto delle prestazioni di cui questa necessita.

Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'articolo 3-*septies* del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, come “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”. È dunque nel medesimo decreto, in particolare all'articolo 2, che si conferma l'importanza di una progettazione personalizzata per l'utente, che funga da fondamento per l'assistenza sociosanitaria e da presupposto per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie. A loro volta, i progetti personalizzati dovranno essere redatti necessariamente secondo valutazioni multidimensionali.

Con il decreto 229/1999 si afferma, inoltre, che spetta alle Regioni disciplinare criteri e modalità di definizione per tali progetti. Sarà, tuttavia, il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 a rappresentare il vero e proprio “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”, il quale tenderà di sviluppare un approccio unitario ed integrato nei confronti della complessità dei bisogni sociosanitari (che presentano criticità non soltanto sul versante sanitario, bensì economico, sociale e relazionale). Oltre a ribadire aspetti già menzionati nel precedente decreto, il D.P.C.M. del 2001 provvede poi ad individuare i diversi fattori produttivi necessari (di natura strumentale, organizzativa, professionale e finanziaria) rammentando la necessità di non chiudere l'intervento nella fase di erogazione della risposta, quanto piuttosto con un'opportuna attività di monitoraggio e conseguente verifica dei risultati (mediante indicatori adeguati, in termini di risultati conseguiti rispetto agli obiettivi di salute prefissati nel piano individualizzato di assistenza).

Per quanto concerne la legislazione sociale, invece, la stessa denominazione della legge 328/2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” non è frutto di una casualità e denota anzi un impegno volto a raccordare la rete sociale e dei servizi sanitari, con gli interventi attuati in tutti quei settori compresi nei determinanti di salute (concetto che verrà approfondito in seguito) i quali riguardano il mondo dell'istruzione, della formazione, del lavoro, delle attività produttive, delle politiche urbanistiche; tutti aspetti che attengono alla normale vita di ogni individuo ma che, se non

governati e gestiti secondo un criterio che ponga attenzione alla priorità di salute dei cittadini, possono creare condizioni di vita sfavorevoli.

Inoltre, considerata la competenza concorrente a legiferare da parte dello Stato e delle Regioni in materia sanitaria, spetta a queste ultime definire l'assetto organizzativo e i modelli di erogazione del Sistema sanitario regionale, dunque occuparsi di applicare una normativa sanitaria che vada ad integrarsi con quella sociale, mentre rimane in capo allo Stato il compito di definire i principi fondamentali in tale ambito. Tutto ciò, nel pieno rispetto di quelli che sono considerati i presupposti basilari dell'integrazione sociosanitaria, contenuti all'interno del principale atto di riferimento in materia, il D.P.C.M. 14 febbraio 2001. Proprio tale decreto si proponeva di superare la storica contrapposizione tra sociale e sanitario, considerando quest'obiettivo la *conditio sine qua non* dell'erogazione di risposte complesse a bisogni altrettanto complessi delle persone (Cecchi, 2020).

Tuttavia, precondizioni imprescindibili affinché un sistema sia realmente in grado di fornire simili soluzioni si identificano nella necessità dei seguenti elementi: ogni intervento dovrà essere contraddistinto da una dimensione di processualità, flessibilità e partecipazione attiva, da parte di tutte le componenti in gioco (vista e considerata la mutevolezza e la natura evolutiva dei bisogni sociosanitari); l'avviamento della procedura di presa in carico integrata, basata su una valutazione di natura multidisciplinare (condotta da un gruppo di professionisti provenienti dal mondo sociale e sanitario, al fine di valutare la malattia e stimare e il grado di non autosufficienza)⁹⁸; la redazione di un piano di assistenza individualizzato (PAI)⁹⁹, in grado di rispondere alla multidimensionalità e alla multifattorialità del bisogno e degli obiettivi di salute preposti (con particolare attenzione all'individuazione dei fattori produttivi e dei servizi implicati nell'intervento), identificando il responsabile del caso e monitorando le azioni realizzate dal punto di vista non solo dei risultati, ma anche del loro livello qualitativo; infine, la verifica degli *outcomes* (Cecchi, 2020).

Tale progetto si configura come elemento fondamentale del processo di aiuto, in quanto strumento attraverso il quale, i bisogni terapeutico-riabilitativi, ma anche assistenziali dell'individuo trovano definizione (*ibid.*). La redazione del PAI spetta all'Unità di

⁹⁸ Il gruppo di lavoro si compone di molteplici profili professionali, tra cui l'assistente sociale che ha preso in carico la persona e una serie di professionisti scelti in base alle necessità specifiche della stessa, come un medico specialista in geriatria, psichiatria e ancora l'infermiere, il medico di medicina generale e così via (*ibid.*).

⁹⁹ Il termine "piano" esprime qui la necessità di definire un programma di servizi e interventi, "assistenziale" poiché ciò di cui si discute sono proprio servizi assistenziali (sociali e sanitari), "individuale" al fine di tenere in considerazione l'unicità di ciascuna situazione, nonché le peculiarità ed i bisogni di ogni persona, che la differenziano dalle altre.

Valutazione Multidimensionale (UVM), mettendo in gioco una rete ben più ampia di attori, tra cui anche il paziente stesso ed il suo nucleo familiare.

Pertanto, la necessità di una concreta realizzazione dell'integrazione sociosanitaria nell'intervento per le persone senza dimora si evince da una semplice constatazione: se la condizione di *homelessness* è in grado di negare il godimento di molti diritti di cittadinanza, un diritto fondamentale e inscindibilmente connesso agli aspetti sociali della vita in strada è proprio il diritto alla salute (tutelato dall'articolo 32 della Costituzione italiana) (fio.PSD, 2018). Quando si discute di integrazione sociosanitaria, è infatti necessario riconoscere come tale aspetto assuma connotati di particolare complessità qualora affrontato ed applicato in tale settore, legati alla natura multiforme di quelli che vengono definiti, come vedremo, i determinanti della salute, i quali si esprimono sia con tratti sociali, sia economici e relazionali. L'elemento che contraddistingue tali determinanti, correlandoli inestricabilmente alla questione sanitaria consiste nella loro capacità di influenzare, anche notevolmente, lo stato di salute – e dunque di complessivo benessere – della persona, in questo caso senza dimora.

Come accennato addietro, la vita in strada comporta infatti difficoltà plurali, per cui entro un simile contesto di vita, a subire danni significativi è proprio lo stato di salute delle persone che la abitano: in questo modo, importanti fattori di rischio divengono una più intensa esposizione a traumi e a forme di violenza, nonché la difficoltà ad accedere a forme di assistenza medica, fino ad esprimersi nel più alto tasso di esposizione ad alcune malattie, dunque ad un cattivo stato di salute (*ibid.*). In questo modo, i rischi per la persona senza dimora non si manifestano solamente in veste socio relazionale o psicologica (ad esempio la riduzione delle competenze sociali) bensì fisica e materiale: problemi dentali, respiratori, diabete e molti altri ancora.

In virtù di una concezione della salute coerente con quella dell'OMS, appare dunque impossibile rinnegare la stretta interconnessione tra componente materiale e psicofisica della salute, per cui il cambiamento forzato delle proprie abitudini può comportare, per la persona senza dimora, addirittura ripercussioni psicofisiche che possono concernere un incremento dell'irritabilità, favorire allucinazioni, insorgenza di paranoia, compromettere il tempo di attenzione ed il sonno, che sembra essere turbato dal timore di eventuali aggressioni (*ibid.*).

Ad ogni modo, per quanto riguarda le condizioni di salute di questa fascia di popolazione fragile, i dati locali disponibili derivano principalmente da enti del Terzo settore e attengono all'offerta di prestazioni sanitarie erogate gratuitamente nei confronti della stessa. Dalle indagini locali citate da fio.PSD (2018) emergono, infatti, le molte

problematiche sanitarie che le persone senza dimora possono trovarsi a dover affrontare (in particolare disturbi psichici, malattie del sistema circolatorio e osteo-muscolare, respiratorio, diabete, disturbi da stress post traumatico, tumori, dipendenze e non solo) (*ibid.*).

Un'azione preventiva si rivela quindi fondamentale e tanto più urgente se si rammentano gli innumerevoli fattori di rischio in grado di favorire la progressiva caduta in tale condizione di vita¹⁰⁰. Per tali motivi, le persone senza dimora richiedono un'attenzione non soltanto politico istituzionale, ma anche terapeutica e riabilitativa. Queste considerazioni acquisiscono ancor più valore se si tiene in considerazione lo stato di emergenza sanitaria in cui l'Italia si trova, ormai, da ben due anni.

Ulteriore ostacolo all'esercizio del proprio diritto costituzionale alla salute per le persone senza dimora è rappresentato da una caratteristica particolare del nostro sistema: ad assicurare l'accesso alla salute sono infatti strutture che tendono a dare per scontata la capacità dell'individuo di autodeterminarsi, sulla base di un riconoscimento autonomo dei propri bisogni e della possibilità, conseguentemente, di farvi fronte (*ibid.*). In realtà, invece, tali presupposti vengono a mancare nel caso delle persone in condizione di grave marginalità e deprivate sul piano abitativo. Il mancato possesso di una casa (anche qualora attenuato dall'utilizzo di apposite strutture di accoglienza) si rivela determinante non soltanto nell'accesso al sistema delle cure, bensì – in modo più ampio – nell'ostacolare le possibilità di prevenzione (anche attraverso un adeguato e stabile rapporto con il Medico di Medicina Generale, spesso assente per le persone senza dimora), dunque di accedere a cure specialistiche e di permettere una graduale ripresa della persona, svolgendo eventuali periodi di convalescenza in luoghi adeguati. È così, allora, che vista l'entità delle problematiche discusse, l'obiettivo della cura della propria persona viene spesso fortemente disincentivato, mentre la possibilità di usufruire delle cure necessarie si rivela, al contrario, fondamentale anche a fini di inclusione sociale (*ibid.*).

Se dunque per alcune categorie di cittadini (tra cui quelli italiani, stranieri lavoratori o involontariamente disoccupati inclusi i relativi familiari, nonché i detentori di regolare permesso di soggiorno)¹⁰¹ l'accesso al SSN può apparire una sorta di automatismo (considerata l'obbligatorietà dell'iscrizione allo stesso da parte loro) per alcuni, invece,

¹⁰⁰ Il riferimento è agli elementi strutturali, quali ad esempio la perdita di un'occupazione sicura, le difficoltà economiche di accesso alla casa, la disoccupazione, la mancanza di adeguate ed efficaci politiche sociosanitarie, fino a fattori di natura individuale, i quali si identificano in esperienze di rottura/disgregazione familiare, malattia mentale, dipendenze patologiche, scarsa istruzione (*ibid.*).

¹⁰¹ Il riferimento è qui a tutti coloro i quali abbiano effettuato richiesta di asilo, cittadinanza o ancora siano beneficiari di protezione umanitaria etc. (*ibid.*).

l'iscrizione può avvenire su base volontaria, mentre per altre categorie tale possibilità risulta, addirittura, preclusa: si tratta degli stranieri che, pur trovandosi sul territorio italiano, siano cittadini non comunitari adulti e sprovvisti del permesso di soggiorno o residenza, oppure cittadini comunitari, i quali non dispongano delle caratteristiche richieste dalla normativa comunitaria, ai fini dell'accesso all'assistenza sanitaria e che non possano vedersi inoltre assicurata, neanche nel paese d'origine, tale assistenza¹⁰² (*ibid.*).

Strettamente connessa all'elemento della cittadinanza è dunque la residenza anagrafica, la quale costituisce preconditione fondamentale al godimento delle cure necessarie per ogni persona. Con riguardo alle considerazioni effettuate in merito all'attuazione di questo istituto nei diversi territori del nostro paese, fio.PSD ritiene che proprio nel tentativo di concretizzarlo si rintracci la volontà dell'ente locale di agire contemporaneamente sul versante sociale e sanitario, guadagnando in termini di benefici e risparmiando preziose risorse. A tal proposito, fondamentale appare il ruolo del privato sociale, il quale si dimostra in grado di fornire risposte a molte delle esigenze di natura sanitaria che incontrano ostacoli nel rivolgersi, invece, all'ambito pubblico (si pensi, ad esempio, ai costi connessi al pagamento del *ticket* sanitario). Percorsi di monitoraggio ma anche di *advocacy* nei confronti degli aspetti discussi risultano perciò fondamentali, al fine di consentire un equo accesso a tutti i cittadini rispetto al godimento del proprio diritto alla salute (*ibid.*).

Difficoltà così intense e significative pongono gli operatori e il sistema dei servizi in condizione di individuare soluzioni – ai fini dei percorsi integrati di assistenza e cura, nonché di un intervento per le persone senza dimora che vada oltre la fase emergenziale – che si reggono sugli organismi di volontariato, sui finanziamenti disponibili in quel momento, dunque sull'intraprendenza, la creatività e l'iniziativa dei singoli soggetti. Tuttavia, proprio il frequente combinarsi di forme di disagio di natura multipla può creare complicazioni sul piano della comunicazione tra i diversi servizi, innanzitutto, come accennato, nell'identificazione e nella conseguente attribuzione di competenza ad intervenire ad un determinato servizio (sociale, sanitario, servizi per la salute mentale, per le dipendenze o la disabilità etc.). È dunque per queste ragioni che, talvolta, vengono a crearsi delle vere e proprie lacune istituzionali, laddove la persona continua a patire la sua condizione, nell'attesa di essere riconosciuta come “competenza di qualcuno” e che vengano chiariti i confini tra un ente (pubblico o privato) e gli altri. Simili processi inducono alla creazione di “zone grigie”, le quali trovano nuova linfa vitale nella mancanza

¹⁰² Il compito di individuare soluzioni organizzative poste a garanzia delle cure essenziali e continuative nei confronti di tali individui (stranieri non iscrivibili) spetta alla legislazione dell'ente regionale.

di forme concrete di integrazione sociosanitaria, degenerando e anzi agevolando processi di esclusione sociale (*ibid.*).

Sulla base delle osservazioni fin qui condotte, sembra perciò possibile affermare che la condizione di senza dimora ostacoli una vita piena, vissuta al massimo delle proprie possibilità: la mancanza di una casa rende difficoltoso (se non impossibile) prendersi cura non soltanto della propria persona, bensì della propria sfera relazionale e materiale, inficiando la possibilità di sviluppare progetti di vita a lungo termine, tanto da riuscire ad alterare la percezione stessa del proprio tempo di vita e a trasmettere quasi un senso di “annullamento” del proprio futuro. I luoghi in cui la persona senza dimora è costretta a trascorrere gran parte del suo tempo si rivelano in grado di influenzare addirittura i suoi stessi comportamenti, la sua cultura, fino alle facoltà comunicative e alle competenze sociali; rischi e conseguenze, questi, implicati dal tentativo di sopravvivere in condizioni avverse, che possono persino arrivare ad intaccare lo stesso nucleo identitario dell’individuo, ponendolo in una condizione di privazione non soltanto materiale, quanto piuttosto socio relazionale (*ibid.*).

La vita in strada è in grado di sconvolgere la persona nel corpo e nella mente, modificandone la concezione stessa della propria situazione: sia relativamente alla realtà esterna, sia alla realtà interiore, inerente al proprio Sé, il quale si adatterà (per necessità) alle mutate condizioni, riorganizzandosi. È dunque di fronte a simili problematiche che si evidenzia la necessità di una forte integrazione tra la presa in carico sanitaria e la presa in carico sociale della persona senza dimora, la quale manifesta spesso aspetti di criticità su entrambi i versanti (*ibid.*).

Malgrado tale consapevolezza, il legame tra l'elemento sanitario e gli aspetti sociali si esprime sì nelle modalità in cui si rappresenta la malattia, ma anche nell'individuazione del relativo percorso di cura (estendendo qui il concetto di cura al di là dell’accezione medica, in riferimento ad una presa in carico sociosanitaria integrata). Tale integrazione rappresenta di fatto una sfida, composta da vari livelli di complessità: il versante sociale e quello sanitario utilizzano infatti non solo linguaggi, ma anche protocolli, istituzioni e risorse differenti, per le quali si richiede di individuare soluzioni concilianti (*ibid.*).

Purtroppo, ancora oggi, accade che le istituzioni (sociali e sanitarie) chiedano solitamente al Terzo Settore di individuare soluzioni per l’integrazione sociosanitaria. Le difficoltà, però, non sono poche e neanche banali: non di rado gli interventi posti in essere dal Terzo settore non si rivelano in grado di fornire risposta al bisogno della persona nella sua totalità; la diffusione degli organismi che lo compongono non appare poi omogenea sul piano nazionale, non potendo, di conseguenza, fornire adeguata tutela a qualunque cittadino ne

abbia diritto, in maniera equa ed uniforme; inoltre, le risorse economiche a disposizione degli enti appartenenti al Terzo Settore non sembrano essere sufficienti ai fini di una risoluzione definitiva della problematica dell'integrazione sociosanitaria, pur costituendo quest'ultima uno tra gli obiettivi di primaria importanza che, il nostro sistema di welfare, si propone di raggiungere (*ibid.*).

Nel rallentare ulteriormente la concreta realizzazione dell'integrazione sociosanitaria, ha inoltre giocato un ruolo la difficoltà di definizione dei livelli essenziali nell'ambito delle prestazioni sociali, in contrapposizione ai livelli essenziali di assistenza sanitaria, cosiddetti LEA, i quali avevano già trovato formalizzazione nel D.P.C.M. 29.11.2001.

La normativa nazionale prevede, infatti, che i LEA richiedano alla Regione di regolamentare le prestazioni essenziali in ambito sanitario. Proprio in tale aspetto si evidenzia un'altra discrasia, vista l'assenza di analoghi livelli nel settore sociale, che la legge di riforma 328/2000 aveva invece previsto nell'ambizione di realizzare un sistema di protezione sociale, in grado di garantire pari opportunità e diritti di cittadinanza¹⁰³. La mancata realizzazione dei livelli essenziali di assistenza o delle prestazioni sociali implica significative problematiche su più versanti: innanzitutto quello dell'integrazione, ove diviene ancor più complesso il processo di definizione di opportuni ruoli e competenze; poi, sul versante economico, nel momento in cui un sistema difetti di un'adeguata e coerente individuazione delle risorse di natura finanziaria, necessaria all'integrazione stessa (Cortese *et al.*, 2016).

Pertanto, ai fini di una concreta integrazione sociosanitaria sarà necessario che la relazione tra servizi sociali e sanitari abbia modo di instaurarsi in maniera precoce e non tardiva, integrando fin dai primi passi della presa in carico intervento sociale e medico infermieristico. Ancora, sarà necessario predisporre appositi "protocolli di ricovero, cura ed assistenza ospedaliera integrati con l'intervento dei servizi territoriali per la homelessness": istituire tali protocolli nell'ambito dei ricoveri e della presa in cura tra istituzioni pubbliche da un lato e privato sociale dall'altro rappresenta uno strumento di supporto alla tutela dei diritti della persona (compreso quello alla salute) in grado di renderla protagonista del percorso di aiuto, favorendo così un accesso equo al sistema delle

¹⁰³ Livelli essenziali delle prestazioni sociali non sono ancora stati individuati, dalla normativa nazionale, neanche nell'ambito di intervento della grave emarginazione adulta: una mancanza, questa, alla quale intende sopperire il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, proponendosi di perseguire la concreta esigibilità dei diritti universali, nonché una più ampia accessibilità ai servizi da parte di quanti versino in tale condizione (tra cui le persone senza dimora), entro più vaste strategie di intervento, capaci di fornire una definizione dei livelli essenziali, anche nel settore qui oggetto d'indagine (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2021).

cure, nonché la continuità assistenziale lungo i diversi step dell'intervento¹⁰⁴ (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

Sul piano dell'azione concreta, forme di integrazione sociosanitaria per le persone senza dimora possono trovare applicazione in differenti modalità: ad esempio, predisponendo strutture e percorsi sociali e sanitari tesi ad arginare il rischio di contrarre quelle che, per la maggior parte delle persone, possono assumere la forma di malattie comuni, ma che per le persone senza dimora possono evidenziare non poche criticità; fornire supporto agli *homeless* che abbiano affrontato ricoveri, interventi, forme di degenza ospedaliera protratte nel tempo, mediante la previsione di “percorsi di accoglienza post-acuzie”, capaci di offrire contesti in cui la persona possa tornare a godere di uno stato di buona salute, tutelandosi anche sul versante preventivo. Infine, un utile strumento di integrazione sociosanitaria potrebbe essere quello di dotare i servizi di strada e le strutture a bassa soglia di unità, cogestite da personale sociale e sanitario, in grado di offrire liberamente e gratuitamente un servizio di *screening* e monitoraggio dello stato di salute delle persone senza dimora, ma anche interventi di prima necessità e volti alla prevenzione e all'indirizzamento verso il Servizio sanitario (*ibid.*).

Tuttavia, nonostante la validità delle proposte appena discusse (la cui efficacia ed opportunità sono state dimostrate da più esperienze progettuali, che il nostro paese ha messo in atto integrando dimensione sociale e sanitaria, istituzione ospedaliera compresa) queste stesse casistiche denotano una comune criticità: l'interfaccia (il raccordo sanitario) a tutt'oggi prevalente – anzi nella gran parte dei casi l'unica disponibile per le persone senza dimora, rispetto al sistema dei servizi socio-sanitari – rimane ancora il Pronto Soccorso, un servizio che a sua volta presenta ulteriori problematiche, quali la presenza di costi aggiuntivi e malfunzionamenti¹⁰⁵ (*ibid.*).

Il principio categoriale alla base, storicamente, delle politiche italiane di cui si è già accennato sembra poi palesarsi anche in ambito sociosanitario, laddove sussistono differenti culture e prospettive settoriali, inerenti alla cura e alla riabilitazione: proprio tale caratteristica, in combinazione ad alcune criticità organizzative e comunicative che

¹⁰⁴ L'idea di protagonismo risiede nella concezione della persona come individuo attivo, il quale vede la centralità del suo bisogno riconosciuta e affrontata da una schiera di professionisti molteplici, che costituiscono un gruppo multidisciplinare fondato sul principio dell'integrazione sociosanitaria, intento al raggiungimento di un obiettivo condiviso: individuare le soluzioni più adeguate alla persona, mediante una reciproca collaborazione e sinergia.

¹⁰⁵ A tal proposito, l'integrazione sociosanitaria si esprime proprio nella capacità del sistema di offrire percorsi assistenziali (sociali e sanitari) quanto più integrati e unitari possibile, dunque la massima continuità assistenziale, qualora ad esempio al momento della fuoriuscita dall'ospedale, la persona manifesti la necessità di risposte non solo sanitarie, ma anche sociali.

affliggono la relazione tra servizi e politiche pubbliche, sembra essere in grado di spiegare le problematiche sopra esposte¹⁰⁶ (*ibid.*).

Pertanto, visto il grado di complessità crescente delle situazioni odierne che vedono protagoniste le persone senza dimora, la sfida per la quale non è più possibile rimandare una risposta è quella di costruire sistemi di servizi improntati a principi di flessibilità e integrazione della rete, dando nuova centralità all'individuo¹⁰⁷. Flessibilità e integrazione dei servizi sociosanitari saranno però requisiti che l'intervento dovrà mantenere anche qualora, per la persona, fosse predisposto l'inserimento in strutture residenziali (fio.PSD, 2018).

Una declinazione interessante dell'integrazione sociosanitaria si rintraccia, infine, nel parere di Cortese *et al.* (2016), all'interno dei principi fondamentali dell'approccio *Housing first*. Come illustrato precedentemente, il modello HF si è infatti diffuso ben al di là del suo contesto nativo: con particolare attenzione all'ambito italiano (ove è presente il SSN) la normativa vigente richiede che l'applicazione di programmi di inclusione sociale, nonché di riabilitazione delle persone in condizioni di fragilità, si caratterizzi per una dimensione di integrazione tra i diversi attori e servizi, i quali sono tenuti – sulla base di una titolarità di natura istituzionale – ad erogare servizi di cura. È dunque proprio nella messa in pratica

¹⁰⁶ Proprio al fine di rispondere ai bisogni socio sanitari complessi delle persone – specialmente quelle in condizione di maggiore fragilità – dunque di superare quel principio di categorizzazione degli interventi che non di rado ostacola un accesso equo alla rete di servizi da parte del cittadino (non solo a livello informativo, ma anche della concreta erogazione) la rete dei servizi sociosanitari ha istituito sul territorio i cosiddetti punti unici d'accesso (PUA), delle porte d'accesso a tali servizi che costituiscono il primo contatto con il sistema da parte del cittadino, esprimendo pertanto un significato etico e di giustizia sociale (Cecchi, 2020). Sebbene secondo diverse denominazioni (“Porta Unitaria d’Accesso”, “Sportello Sociosanitario Integrato” etc.), i PUA sono stati previsti in tutte le organizzazioni sociosanitarie regionali, configurandosi quale “modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e socio sanitari, rivolta tuttavia in particolare a coloro che presentino bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale” (*ibid.*: 26), secondo una collocazione territoriale che li renda agevolmente fruibili. Sul piano dell'integrazione tra i diversi settori, la forza del PUA si evidenzia in una logica capace di integrare tra loro reti di diversa natura (clinico-terapeutiche, psico-sociali e solidaristiche) le quali, nella loro unione, esprimono la capacità di assecondare, mediante opportune risposte socioassistenziali e sanitarie, bisogni anche ad elevato grado di complessità, come quelli delle persone senza dimora (*ibid.*).

¹⁰⁷ Si ricordi che l'accesso unitario al sistema dei servizi sociali e sanitari è garantito dall'articolo 21 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, inerente ai nuovi LEA, da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN), così come dallo stesso sono garantite anche la pratica della presa in carico e la valutazione multidimensionale dei bisogni, con un'attenzione molteplice su differenti livelli: sociale, clinico e funzionale. Spetterà poi alle singole Regioni e Province autonome fornire alle suddette attività un'organizzazione tale da assicurare uno sviluppo uniforme sul territorio, sia dal punto di vista delle procedure, sia delle modalità e degli strumenti adoperati per la valutazione multidimensionale, in ciascuna delle fasi che insieme compongono il progetto di assistenza individuale.

degli approcci HF che l'integrazione per le persone senza dimora viene resa operativa (*ibid.*). Rispetto all'approccio HF:

L'integrazione sociosanitaria, infatti, è fondamentale non solo per creare una cornice di intenzionalità utile a promuoverlo ma soprattutto per determinare ruoli e supporti tecnici di responsabilità nella titolarità degli interventi, nel contribuire alla definizione di risorse finanziarie, nel condividere occasioni e momenti di valutazione dei processi di aiuto nonché dei risultati conseguiti (*ibid.*: 13).

L'integrazione sociosanitaria si presenta dunque quale strumento di agevolazione dei processi di supporto e accompagnamento, di persone singole ma anche famiglie senza dimora, specialmente laddove queste siano portatori e portatrici di un disagio sanitario, oppure si trovino in condizioni ormai croniche di *homelessness* (*ibid.*). Un disagio così complesso potrà pertanto trovare idonea risposta solamente in una stretta collaborazione tra professionisti sanitari e sociali, specie in riferimento al percorso di integrazione sociale che la persona potrà intraprendere anche grazie alla rete dei servizi, la quale avrà modo di fornire ed accrescere nuove occasioni relazionali: nessun servizio può condurre una simile azione in completa autonomia, se si vuole mantenere la centralità della persona e del suo bisogno (*ibid.*). Pertanto, anche ai fini della buona riuscita dei progetti HF, sarà necessario individuare soluzioni integrate tra i diversi servizi in campo.

Tuttavia, rendere operative tali indicazioni e concetti richiede un'attenta programmazione non solo sociale o sanitaria, bensì sociosanitaria, dunque una puntuale definizione degli strumenti della programmazione zonale, quali il piano di zona (PDZ) in ambito sociale e il piano delle attività territoriali (PAT) per il distretto sociosanitario (argomento che verrà approfondito in seguito). In relazione all'approccio HF ed ai modelli che ad esso si ispirano, è possibile affermare, secondo Cortese *et al.* (2016), che tali piani costituiscono inoltre veicoli di realizzazione per le politiche sociali e fonte di accreditamento per HF, rispetto alle risorse presenti sul territorio. Il coordinamento non dovrà però realizzarsi unicamente tra ambito sociale e sanitario, bensì coinvolgendo le diverse istituzioni responsabili dei diversi ambiti di vita del cittadino. In tale contesto, la stesura del piano di zona costituisce terreno di confronto e di scambio, nel quale poter promuovere i principi fondamentali di HF e ricercarne modalità e progetti opportuni per un'effettiva applicazione.

Tuttavia, ai fini della concreta realizzazione di un'integrazione tra i diversi sistemi di servizi – dunque di una presa in carico integrata, dotata delle caratteristiche fin qui descritte – si è detto che strumento imprescindibile è inoltre rappresentato dalla valutazione multidimensionale. In particolar modo nel settore della marginalità grave e della povertà

estrema, anche in collegamento all'attuazione di progetti HF, essa si rivela l'unico strumento in grado di cogliere le specificità, i nodi di complessità e le interdipendenze tra ciascuna delle problematiche che gravano sulla persona senza dimora. Oltre a tali aspetti di potenzialità, la valutazione multidimensionale consente di creare e di predisporre un luogo di confronto e condivisione tra una pluralità di professionisti, agevolando una dimensione di ascolto e dialogo reciproco, in cui ciascuno è messo nella condizione di valorizzare il proprio apporto professionale e la propria prospettiva, favorendo in tal modo una corretta definizione della situazione e dei possibili scenari di evoluzione positiva, sulla base di un piano che si avvarrà di ogni possibile contributo (*ibid.*). Ciò, in direzione di una solida progettualità futura per la persona. Una prospettiva questa, esattamente antitetica rispetto a forme di intervento standardizzate e orientate a contrastare le diverse problematiche nel breve periodo.

Al fine di conseguire i suddetti obiettivi, l'unità di valutazione multidimensionale dovrà non soltanto vedere le persone e, in senso più ampio, le diverse comunità di riferimento come beneficiarie di un sistema di politiche e interventi, quanto piuttosto metterle in condizione di riacquisire quella capacità di autodeterminazione fondamentale alla progressiva riconquista della propria autonomia (*ibid.*).

Altro strumento irrinunciabile da parte dell'unità di valutazione multidimensionale ai fini dell'intervento è il già menzionato progetto personalizzato: un piano calibrato sulle esigenze ma anche sulle risorse dell'individuo, volto ad erogare e fornire a quest'ultimo le prestazioni più adeguate alle sue necessità e non a rispondere in maniera standardizzata, secondo ciò che le diverse organizzazioni possono offrire (*ibid.*). Naturalmente, gli elementi da considerare ai fini di una adeguata stesura del piano saranno molteplici e comprenderanno, ad esempio, la sua effettiva sostenibilità, obiettivi comuni e strategie condivise, nonché un certo grado di flessibilità e la previsione di alcune alternative. Tutti saranno oggetto di un processo di negoziazione tra i professionisti in gioco, che dovrà seguire determinate fasi e tempistiche di realizzazione¹⁰⁸.

Affinché un progetto possa dirsi realmente integrato e personalizzato, sarà necessario che al suo interno abbiano dunque ricevuto adeguata considerazione una serie di elementi: innanzitutto, l'identificazione della problematica, degli obiettivi e dei risultati attesi (comprendendo anche le azioni necessarie alla loro realizzazione); una chiara individuazione e assunzione di responsabilità per ciascuna linea d'azione; l'identificazione

¹⁰⁸ Modalità personalizzate di intervento consentono inoltre significativi risparmi ed una migliore allocazione delle risorse disponibili, contribuendo ad assicurare una spesa appropriata (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

dell'ammontare di risorse che ciascuna azione richiede ai fini della sua realizzazione e delle tempistiche utili a tale scopo; un buon progetto dovrà poi includere, inoltre, monitoraggi, opportune verifiche e un processo di valutazione, restituendo alla persona la piena centralità nell'intervento e nella relazione di aiuto (*ibid.*).

Importante sarà poi adoperare il cosiddetto budget di salute, il quale si configura come uno strumento di natura gestionale volto alla realizzazione di “percorsi personalizzati riabilitativi”, da attuarsi nei confronti di persone il cui stato di salute risulti compromesso da complesse esigenze sanitarie. Tale strumento è stato impiegato in percorsi di riabilitazione psicosociale, in qualità di pratica posta a supporto dei processi di *governance*, con finalità di reinserimento sociale (*ibid.*: 17). Le risorse che afferiscono al budget di salute hanno natura molteplice, a partire da quelle della persona, fino a quelle provenienti dalle istituzioni sociali e sanitarie, nonché dai privati (anche *no profit*) e dalla comunità di riferimento. Tali risorse andranno a combinarsi in maniera sinergica fino a convergere nel progetto individuale di aiuto, al fine di garantire l'erogazione di risposte – sul piano delle prestazioni – in grado di rispondere alle esigenze specifiche dell'individuo.

Il budget di salute implica dunque:

scelte strategiche basate sull'integrazione sociosanitaria e scelte di politica sanitaria nel dare concretezza ai livelli essenziali di assistenza di quelle che la normativa vigente considera prestazioni ad elevata integrazione sanitaria [...]. Lo strumento è quindi funzionale non soltanto ai percorsi d'integrazione e di valorizzazione delle risorse extra istituzionali e della comunità ma anche per la persona o famiglia coinvolta perché unifica le risorse con evidenza e chiarezza di responsabilità. Gli obiettivi strategici indicati nella pratica del budget di salute [...] richiamano i principi chiave dell'approccio HF. Viene considerato uno strumento idoneo a supportare progetti terapeutici e riabilitativi in particolare in aree riguardanti la casa, il benessere e la socialità, il lavoro; si recuperano in questo modo anche alcune dimensioni significative dei determinanti sociali, riconosciuti dalla letteratura quali presupposti di benessere (*ibid.* : 17).

In particolare per quanto concerne il raggiungimento dell'integrazione sociosanitaria nell'ambito dei progetti HF attuati dal NHFI, i dati di monitoraggio ad essi relativi affermano che una fase di scambio e di condivisione abbia avuto luogo già a partire dalle prime fasi di pianificazione dei progetti, da parte delle diverse organizzazioni coinvolte nei confronti del Servizio sociale e sanitario, nonché di possibili ulteriori *partner*, creando e attivando in tal modo una complessa rete di attori. Ciò, anche se sembrano perdurare nel tempo alcune difficoltà nel formalizzare in vere e proprie procedure ordinarie queste forme di collaborazione, riconducibili ai rapporti di natura politica nei confronti delle istituzioni

locali, alle riserve che ancora sembrano persistere nei confronti dell'approccio HF e della sua capacità di rispondere ad un ampio bacino di utenza nonché, più in generale, ad una diffidenza che trova la sua ragion d'essere nell'abitudine a modelli fondati su differenti principi (*ibid.*). Ciononostante, il coinvolgimento si esprime in una diversa declinazione in base a competenze e funzioni di ciascun ente, nonché alle risorse umane da impiegare a supporto dei progetti intrapresi¹⁰⁹ (*ibid.*). In particolare, al privato sociale è offerta la possibilità di partecipare in numerose modalità, che vanno dalla messa a disposizione di volontari, al sostegno mediante supporti tecnici e professionali, economici, alimentari, immobiliari etc.

Dunque, con riguardo all'integrazione sociosanitaria, per gli autori i dati rilevati sui progetti HF proseguono sulla strada giusta, sebbene sussistano alcune problematicità. Tale integrazione sembra realizzarsi in maniera più significativa laddove le persone presentino, oltre al disagio sociale, anche una forma di malessere sanitario (ad esempio malattie croniche o malattia mentale) o di dipendenza (la quale influisce ugualmente sullo stato di salute complessivo della persona) limitandosi pertanto ai servizi specialistici afferenti a tali problematiche. Sembrerebbe perciò di poter affermare che l'integrazione sociosanitaria sia stata attuata sulla base di un principio categoriale, per cui il coinvolgimento di diversi organismi è stato ricercato soltanto laddove fossero coinvolti soggetti presi in carico come utenti dai suddetti servizi. Per tali ragioni, l'effettiva realizzazione di una valutazione integrata e di progetti personalizzati si sono rivelate aree problematiche suscettibili di miglioramento, nell'ottica di individuare assetti e modalità organizzative coerenti non solo con il nostro sistema sociale e sanitario, ma anche con la tipologia di persone coinvolte, in modo che pratiche e strumenti definiti dall'HF come veicoli di integrazione possano essere acquisiti come prassi ordinarie¹¹⁰ (*ibid.*).

Un dato interessante che è stato rilevato riguarda, inoltre, il grado di utilizzo degli strumenti operativi menzionati per l'integrazione: mentre la valutazione integrata e il progetto personalizzato non sembrano ancora aver trovato una piena e completa attuazione, vi è una completa assenza di attuazione del budget di salute, che dimostra quanto i progetti HF posti in essere abbiano sofferto la pochezza delle risorse sanitarie predisposte al contrasto della marginalità grave (e delle problematiche psichiche o inerenti al mondo delle dipendenze).

¹⁰⁹ Se sul versante finanziario il riferimento è ai Comuni singoli o associati, per quanto concerne il supporto tecnico sono coinvolti i servizi sanitari, mentre sono principalmente enti del privato sociale, ad esempio le parrocchie, ad occuparsi degli immobili.

¹¹⁰ Si noti una sostanziale differenza tra l'applicazione dell'approccio HF da parte del NHFI, rispetto ai programmi applicati in altri paesi europei: criterio prioritario di coinvolgimento per questi ultimi è infatti stato rappresentato dalla presenza di una situazione di cronicità sul piano della salute o delle dipendenze.

Secondo i medesimi dati, appare scarsissima, al punto da non ritenersi rilevante, anche l'esperienza di compartecipazione del Servizio sanitario alle spese dei progetti, anche qualora i partecipanti al programma si trovino in condizioni di salute problematiche, scaricando pressoché interamente sul sistema assistenziale pubblico, sugli enti promotori e sulla quota di compartecipazione dei diretti interessati, ogni onere finanziario (*ibid.*). Proprio la latitanza del soggetto sanitario nella compartecipazione alla spesa per tali progetti sembrerebbe spiegare il mancato utilizzo di uno strumento come il budget di salute per gestire l'ammontare di risorse disponibile.

In conclusione, è comunque possibile riconoscere al NHFI il tentativo riaffermare la necessità di una individuazione e di una definizione vincolante dei LEA sociosanitari, in quanto uno tra i maggiori ostacoli alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria (*ibid.*).

3.2.1. I determinanti sociali della salute

Come argomentato fin qui, a determinare le condizioni di salute di una popolazione concorrono una pluralità di fattori, i quali si manifestano in tutta la loro forza specialmente nel caso delle persone senza dimora. Tra questi, alcuni non godono della possibilità di modificarsi (si pensi al sesso, al proprio patrimonio genetico, all'età, ovvero a tutti quegli stessi elementi definiti in sociologia come "status ascritti"). Altri, al contrario, possono subire condizionamenti da parte del contesto culturale in cui sono inseriti: in questo senso, il riferimento è ad aspetti quali gli stili di vita che le persone conducono e che possono includere o meno, ad esempio, abitudini nocive quali il fumo, l'alcol, o ancora la sfera comportamentale sul piano sessuale, alimentare e dell'attività fisica¹¹¹ (Cecchi, 2020). Ulteriori aspetti della vita delle persone che possono rivestire un ruolo significativo nel determinarne lo stato di salute si rintracciano, poi, nella sfera affettiva e relazionale (con particolare riferimento alla presenza o assenza di una solida rete di sostegno di natura familiare, amicale o più in generale sociale), nell'ambiente di vita e nelle condizioni ambientali, culturali e socioeconomiche entro le quali la persona è collocata (con ciò includendo anche l'importanza, in tale direzione, del contesto lavorativo).

I determinanti sociali della salute, in combinazione ai determinanti di natura individuale, si dimostrano in grado di agire sulla salute delle persone creando disuguaglianze che, con il protrarsi della pandemia, rischiano di aggravarsi ulteriormente: l'influenza di questi elementi sullo stato di salute di una popolazione risiede, perciò, nella loro interazione reciproca, capace di condizionare il grado di vulnerabilità individuale.

¹¹¹ Proprio le sostanze costituiscono, spesso, un'area problematica per la salute delle persone che vivono in strada.

Discutere di determinanti della salute in questi termini assume rilievo nel momento in cui ci si rende conto che essi possono essere veicolati nella direzione desiderata, mediante opportune politiche, anche a carattere sociosanitario. Gli stessi assetti organizzativi che caratterizzano un sistema sociosanitario possono infatti esercitare un'azione di promozione dell'equità e dell'uguaglianza all'interno di una comunità oppure, all'opposto, esacerbare disuguaglianze e disparità sociali (*ibid.*).

Secondo Biancheri (2019), i determinanti sociali della salute rivestono, inoltre, un ruolo fondamentale nella spiegazione di alcune tendenze contraddittorie, tra cui quella che vede protagoniste da un lato, l'aumento della speranza di vita media e, dall'altro, un'acutizzazione delle disuguaglianze di salute: su quest'ultima variabile, sembrano infatti incidere notevolmente fattori come la deprivazione materiale, ma anche i determinanti sociali della salute, capaci di influire sul benessere complessivo della persona (ad esempio l'istruzione).

Di seguito, per comprendere la varietà dei determinanti discussi, una loro interessante rielaborazione (con attenzione anche alle inevitabili differenze di genere) (*ibid.*):

Fig. 2. Determinanti di salute in ottica di genere (fonte: Biancheri, 2019)



Proprio in tale rappresentazione grafica (e più in generale nel discutere di determinanti sociali della salute) si evidenzia la multidimensionalità che il concetto di salute ha ormai dimostrato agli occhi della comunità scientifica, aprendosi a molteplici variabili, riconducibili tanto al contesto sociale, quanto a fattori individuali. In una simile prospettiva, anche l'integrazione sociosanitaria assume un volto nuovo per la persona, come “unica dimensione di ricomposizione dei bisogni” (*ibid.*: 47). A tal proposito, assume particolare significato il passaggio verificatosi da un welfare di tipo assistenziale ad un welfare generativo: un cambiamento di paradigma, dunque, da interventi di natura assistenzialistica

a interventi volti a costruire comunità solidali, in grado di valorizzare il ruolo del Terzo settore non solo nell'organizzazione, ma anche nella gestione dei sistemi di servizi e nell'analisi dei bisogni del territorio, ai quali esso ha maggiore accesso.

Considerazioni interessanti in merito ai determinanti sociali della salute sono poi state effettuate da Terraneo (2020) in relazione all'esplosione della pandemia da Covid-19. L'autore mette in luce come l'accesso al sistema sanitario, dunque alle prestazioni ed ai servizi da esso erogati, non si riveli egualitario per tutta la popolazione (anche con riferimento agli *homeless*), specialmente considerando come ulteriore elemento di criticità l'esplosione della pandemia, la quale potrebbe manifestare, nel tempo, significative conseguenze sulle disuguaglianze di salute.

Con l'avvento del Covid-19, le differenze interne alla popolazione sul piano sanitario sembrano infatti essersi espresse in una pluralità di aspetti: a seconda della posizione sociale, ciascuna persona dispone di un maggiore o minore grado di esposizione al virus, nonché possibilità di svilupparlo in maniera più o meno grave (*ibid.*) Tali disparità si manifestano, inoltre, dopo aver contratto la malattia, nella fase di suo trattamento, con ampi effetti collaterali di natura sociale, economica e psicologica, che potrebbero pertanto incentivare le disuguaglianze di salute tramutandosi, sul lungo periodo, in un concreto peggioramento del livello di benessere della popolazione (*ibid.*).

È per tali ragioni che una reale e sistemica attenzione alla pandemia non può prescindere da un'analisi e da un riconoscimento dell'incremento dei rischi cui sono sottoposte le persone più vulnerabili della nostra società, specialmente se si ammette che la crisi economica e sociale si scaglia ancor più duramente contro singoli e famiglie fragili, provvisti di scarse risorse per risollevarsi dalle avversità. Ciò, tanto più con riguardo alle condizioni abitative delle persone, in una situazione come quella in cui il Covid-19 ha catapultato l'intera società, nel momento in cui ne ha limitato la libertà di movimento confinandola entro le mura delle proprie abitazioni (se presenti), con tutte le criticità che ne sono derivate, le quali verranno analizzate in seguito.

3.2.2. La programmazione sociosanitaria

Nel discutere di integrazione tra ambito sociale e ambito sanitario, proprio la programmazione costituisce l'elemento di congiunzione tra questi e i loro interventi: è infatti in essa che la titolarità della funzione di assistenza sanitaria (spettante all'amministrazione regionale) e la titolarità inerente alla funzione di assistenza sociale

(assegnata invece all'amministrazione comunale) trovano un punto di incontro¹¹² (Cecchi, 2020).

Quando si discute di programmazione in ambito sociale e sanitario, il riferimento è ad un metodo di lavoro in base al quale, a seguito di un'analisi approfondita del territorio di riferimento e della natura dei bisogni in esso presenti, dunque del grado di funzionamento del sistema complessivo, si stabiliscono programmi e priorità di intervento, sempre tenendo conto delle risorse disponibili. La programmazione può perciò essere rappresentata come un insieme concatenato di fasi, che si susseguono secondo una logica determinata: innanzitutto, sarà necessario stabilire con esattezza gli obiettivi di salute (di carattere generale) per una determinata popolazione, dunque il relativo ambito territoriale (individuato dal legislatore nella zona sociosanitaria)¹¹³; successivamente, verrà condotta un'analisi dei bisogni che consenta il passaggio da obiettivi di carattere generale a obiettivi specifici (di sistema); dopodiché, avrà luogo la definizione dei programmi, individuando relative tempistiche e modalità, con cui gli stessi realizzeranno le prestazioni e i servizi in grado di attuare gli obiettivi previsti (una volta definita la linea d'azione del programma, questo dovrà provvedere ad una puntuale previsione degli interventi e delle prestazioni a ciò necessari)¹¹⁴; a questo punto, il programma dovrà identificare preventivamente le opportune responsabilità, ai diversi livelli in cui si diparte; funzione imprescindibile nel processo di programmazione sarà poi quella di monitoraggio, che assumerà la forma di un controllo in itinere del proprio operato da parte dei responsabili delle diverse componenti del programma; infine, il processo terminerà con la fase di verifica, una volta realizzato il programma nella temporalità prestabilita.

Per quanto riguarda, dunque, l'esercizio concreto della funzione di programmazione in ambito sociale e sanitario, è importante rammentare come essa sia presente a tutti i livelli di governo in cui si articola il nostro sistema: statale, regionale e di zona.

¹¹² Ricordiamo come la materia sociale non sia elencata tra le materie di competenza concorrente tra lo Stato e le Regioni, bensì tra quelle di esclusiva competenza regionale, accrescendo così il rischio che ciascuna Regione – avendo piena legittimità a legiferare in tale ambito – possa diversificare eccessivamente il suo sistema dagli altri.

¹¹³ Per quanto concerne la pianificazione al livello locale, la zona sociosanitaria rappresenta dunque l'articolazione del territorio in cui ciascuna Regione si ripartisce, corrispondente alla somma di più Comuni e che la legge individua come ambito ottimale per la programmazione e gestione dei servizi sociosanitari. È inoltre a tale livello che si riconducono le funzioni di gestione ed erogazione materiale delle prestazioni e dei servizi, nonché la funzione di programmazione.

¹¹⁴ Un programma può essere identificato nel complesso di interventi e azioni, scelte e conseguenti servizi ritenuti in grado di realizzare gli obiettivi di sistema.

Effettuando una breve ricognizione, al livello nazionale il principale strumento di programmazione sanitaria è rappresentato dal piano sanitario nazionale, mentre in ambito sociale lo strumento di riferimento è costituito dal piano sociale nazionale.

Sul piano regionale, invece, al fine di garantire la realizzazione di un sistema integrato di servizi, anche alla funzione di programmazione è richiesto di individuare percorsi e occasioni di integrazione: ciascuna Regione ha infatti approvato un piano sanitario e un piano sociale regionale, ma vi sono state Regioni (come la Toscana) che hanno optato per modalità ancor più forti di integrazione sociosanitaria, quali l'elaborazione di un unico piano sociosanitario integrato¹¹⁵. Altre ancora, pur avendo scelto di approvare due piani distinti, hanno poi individuato opportune forme e modalità di dialogo tra i due ambiti.

Infine, relativamente all'ambito territoriale di zona, si individuano il piano dell'attività ospedaliera sul versante sanitario ed il piano di zona o piano di inclusione di zona (secondo la denominazione assunta nella Regione Toscana) in ambito sociale (Cecchi, 2020). Un'importante raccomandazione per la programmazione a tale livello consiste però nella realizzazione di un piano integrato di salute (PIS) che riunisca ambito sanitario e sociale, divenendo dunque l'unico strumento di programmazione in un determinato ambito territoriale, piuttosto che scandire la programmazione in tali ambiti mediante piani separati. Il piano integrato di salute si propone infatti come obiettivo la concreta realizzazione di un livello di programmazione che veda un percorso integrato e unitario, intrapreso da ambito sociale e ambito sanitario, in direzione di medesimi obiettivi¹¹⁶.

Soffermandosi in particolar modo su quest'ultimo livello della programmazione, quello territoriale o di zona, particolare rilievo assume, pertanto, il piano di zona: i Comuni in forma associata¹¹⁷, insieme o meno alle ASL (auspicabilmente non solo insieme ad esse,

¹¹⁵ Al fine di essere approvato dalla Regione, il piano sociosanitario integrato dovrà ricevere il parere favorevole della Conferenza regionale dei sindaci, in cui saranno presenti i rappresentanti dei sindaci (in particolare i presidenti delle conferenze di zona). Si noti, inoltre, come alcune Regioni, tra cui proprio la Toscana, abbiano sperimentato soluzioni tese ad una maggiore integrazione sociosanitaria anche mediante la costituzione di organismi in grado di unire competenze sanitarie e sociali, governandole e gestendole in maniera unitaria: si pensi alle Società della salute (le quali rimangono pur sempre una scelta e non un'imposizione).

¹¹⁶ Attraverso il piano integrato di salute, le ASL esprimeranno priorità e scelte in ambito sociosanitario nella programmazione di zona, elementi che dovranno però essere preventivamente approvati da parte dei Comuni singoli o associati nell'ambito di riferimento. La legislazione individua, pertanto, nel piano integrato di salute lo strumento privilegiato di programmazione integrata. Mediante quest'ultimo, le Regioni operano in direzione dello sviluppo di una progettazione integrata, con funzione di raccordo non soltanto degli interventi, ma anche delle relative risorse finanziarie di cui l'ambito territoriale dispone nel settore della salute (intesa in senso ampio).

¹¹⁷ A motivare i comuni verso la scelta di una gestione in forma associata dei servizi dovrebbe essere anche lo stesso principio di solidarietà, dal momento in cui l'unione tra comuni di diverse dimensioni (e conseguentemente differenti capacità di intervento e quantità di risorse disponibili) è in grado di favorire una maggiore uniformità e uguaglianza dei servizi e delle prestazioni nell'ambito

bensì alle altre istituzioni pubbliche e private del territorio) dovranno approvare nel proprio ambito territoriale un piano di zona, principale strumento per lo svolgimento della funzione di programmazione zonale. Con esso, l'intenzione del sistema programmatico di zona è quella di realizzare cinque grandi obiettivi, nei quali è possibile scorgere il tentativo dell'integrazione tra i diversi attori della rete territoriale di intervento: riunire differenti tradizioni programmatiche e le molteplici fonti di finanziamento fino a quel momento pensate separatamente, allo scopo di "sintetizzare" interventi e politiche sociali attuati su un territorio; incentivare la crescita e lo sviluppo locali, ponendo rimedio alla problematica del frazionamento comunale, dal momento che lo strumento del piano di zona fornisce ai Comuni la possibilità di instaurare relazioni volte a conoscersi, confrontarsi e negoziare le proprie decisioni per quanto concerne l'utilizzo delle risorse e le politiche sociali (favorendo, l'aggregazione dei Comuni, una maggior omogeneità nelle opportunità per i cittadini di ricevere le medesime risposte al loro bisogno); agevolare il raggiungimento della *governance* (in contrapposizione al precedente *government*) nell'ambito della programmazione sociale, con l'intento di rendere possibile una partecipazione attiva alla programmazione sociale anche da parte della società civile, cosicché il Comune vede estendersi la sua competenza al di là del semplice svolgimento di una funzione gestionale e di produzione dei servizi, intervenendo nella costruzione e nel governo delle reti¹¹⁸; realizzare una programmazione congiunta con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL), secondo un'idea di *partnership* che non assuma la forma di una delega, bensì di una integrazione operativa (perseguendo medesimi obiettivi di politica sociale sul territorio, condividendo rischi e responsabilità dei programmi portandoli avanti insieme, in qualità di partner); ultimo, non certo per importanza, l'obiettivo di programmare le politiche sociali a partire dalla considerazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario e dei diritti di cittadinanza in campo sociale (avvalendosi di tutte le risorse disponibili, dal momento che anche il sistema integrato dei servizi deve dimostrarsi in grado di agire sulla base del rispetto di requisiti essenziali, volti ad erogare risposte adeguate nei confronti di tali diritti, i quali ricordiamo costituire, soprattutto per gli *homeless*, una dimensione a dir poco problematica) (*ibid.*).

territoriale, assicurando un accesso più equo e un livello qualitativo più elevato delle prestazioni stesse.

¹¹⁸ È infatti il Comune ad essere individuato come l'ente locale in grado di svolgere una funzione di governo e di regia di tutte le politiche che, direttamente o indirettamente, possono incidere sullo stato di salute della popolazione, nonché ad incentivare l'integrazione e il dialogo tra i diversi attori del territorio, dunque nuove risorse. Tutto ciò, nel tentativo di innovare e stimolare le relazioni che si instaurano tra i protagonisti della programmazione, della produzione dei servizi e degli interventi sociali, ma anche delle azioni di loro finanziamento (Cecchi, 2020).

A tal proposito, si rammenti che il riferimento per i requisiti minimi da soddisfare in campo sociale si trova all'art. 22 della 328/2000¹¹⁹. Sarà infatti soltanto con tale legge che, per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria, le diverse Regioni effettueranno un riordino dei propri sistemi assistenziali in ambito sociale. La dimensione programmatica e operativa assumerà una forma maggiormente integrata nel momento in cui l'ambito territoriale dei distretti sociali verrà fatto coincidere con quello dei distretti sanitari.

Anche la già menzionata Riforma del Titolo V della Costituzione ha agito in tale direzione, ponendo in capo allo Stato il compito di tutelare l'unitarietà delle risposte tra i differenti sistemi regionali, mediante l'indicazione di una competenza esclusiva nel determinare i livelli essenziali delle prestazioni, riguardanti sia i diritti civili, sia i diritti sociali (i quali andranno assicurati, naturalmente, sull'intero territorio nazionale). Sulla base di tali considerazioni, è perciò compito dell'ente regionale garantire la rete integrata dei servizi, sociali e sanitari.

Tuttavia, sussistono ad oggi alcuni nodi problematici in merito alla questione: si pensi alla separazione tra le rispettive titolarità delle funzioni sociali, attribuite ai Comuni in forma singola o associata da un lato e quelle sanitarie, oggetto di competenza regionale, dall'altro. Inoltre, come per ogni processo innovativo che si introduca all'interno di prassi consolidate, la dimensione attuativa si rivela non scontata e anzi di difficile realizzazione, tanto più se l'innovazione concerne l'integrazione – nelle rispettive linee d'azione – di due modelli organizzativi fino a quel momento separati.

Tornando al piano di zona, a fornirne una definizione è proprio l'articolo 19 della legge 328/2000, che lo identifica quale strumento attraverso cui i Comuni associati, negli ambiti territoriali specifici, provvedono a programmare il sistema dei servizi sociali d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali, nell'ambito delle risorse disponibili (Cecchi, 2020).

Per conseguire gli obiettivi che il piano di zona si prefigge, esso deve seguire un determinato metodo di lavoro, identificando una serie di elementi fondamentali e propedeutici alla programmazione territoriale, tra cui: individuare gli obiettivi strategici da perseguire in ambito sociosanitario e le priorità di intervento, dunque mezzi e strumenti necessari a concretizzarli; definire le modalità organizzative e le risorse (in un'accezione estensiva) necessarie a realizzare il sistema dei servizi, in linea con le disposizioni dell'ente

¹¹⁹ Una traduzione regionale di questa indicazione si evidenzia nell'invito, per ciascuna Regione, a produrre un elenco di prestazioni e servizi che siano tutelati e garantiti in ciascun ambito territoriale, mediante l'elaborazione del cosiddetto nomenclatore delle prestazioni sociali. Si noti che il riferimento è alle prestazioni sociali e non sociosanitarie, poiché queste ultime acquisiscono carattere di essenzialità già all'interno dei provvedimenti normativi sui LEA, insieme a quelle di carattere sanitario.

regionale; elaborare per l'ambito territoriale un sistema informativo, capace di raccogliere i dati e le informazioni necessarie al processo di programmazione¹²⁰; individuare le modalità atte ad assicurare l'integrazione tra prestazioni e servizi, nonché di coordinamento tra organi e competenze zonali con quelli che, pur trovandosi anch'essi nel medesimo ambito territoriale, rappresentano un'articolazione periferica dell'amministrazione statale (ad esempio per quanto concerne l'area della giustizia e il ramo penitenziario); indicare le modalità pensate per assicurare una dimensione collaborativa e di condivisione tra i diversi soggetti appartenenti al mondo della solidarietà sociale, servizi territoriali e risorse comunitarie nell'ambito di riferimento; infine, prevedere configurazioni e modalità di agevolazione della concertazione nei confronti dell'ASL (*ibid.*). L'obiettivo è quindi quello di passare dalla logica del *problem solving* a quella del *problem setting*: dalla risposta immediata e adeguata alle necessità della persona, ad un atteggiamento di apertura nei confronti della pianificazione e della progettazione, che ambisca a un coinvolgimento complessivo di tutti gli enti pubblici e privati del sistema di welfare locale. A tal proposito, proprio i piani di zona hanno intrapreso un'opera di forte valorizzazione di quest'ultima componente (anche attraverso la costituzione di tavoli politici, tecnici, assemblee) dando così applicazione al principio di sussidiarietà.

Il piano di zona dovrà essere approvato mediante apposito accordo di programma, poiché oltre a coinvolgere i sindaci, potrà vedere interessate anche le ASL, cittadini e famiglie. Spetterà dunque all'accordo identificare programmi, competenze, risorse e priorità da attuare. Anche a questo livello sarà presente la Conferenza (zonale) dei sindaci, la quale avrà il compito non solo di curare la predisposizione del PDZ (con una particolare attenzione al coinvolgimento, in ciascuna fase, di tutti gli attori del territorio menzionati, in virtù delle loro peculiari competenze) ma anche di approvare gli strumenti di programmazione a quel medesimo livello.

Infine, la legislazione prevede sia costituito al livello della zona distretto un particolare organismo tecnico, deputato al supporto della funzione di programmazione territoriale: l'Ufficio di piano, il quale costituisce vero e proprio luogo di integrazione e di intesa per le politiche locali. Un'apposita struttura organizzativa, dunque, interna all'articolazione della zona distretto, di cui ciascuna zona deve essere provvista e che vede la partecipazione del direttore della zona distretto (o della Società della salute, laddove costituita), nonché di

¹²⁰ Si tratta di uno degli strumenti necessari a un corretto sviluppo della programmazione: uno strumento di supporto nella lettura e valutazione del funzionamento del sistema, in riferimento non solo alla qualità e alla quantità dell'offerta di servizi e prestazioni, ma ancor di più a livello di soddisfazione dei destinatari dei servizi.

personale proveniente dall'Azienda usl e dai Comuni (*ibid.*). Nel momento in cui l'Ufficio è costituito, l'ambito zonale ha il compito di darne evidenza, anche in riferimento alle figure che lo compongono e alle modalità sulle quali si regge il suo funzionamento: ciò, in fase di elaborazione degli atti della programmazione e, più in generale, per le molteplici attività che caratterizzeranno il suo operato annuale negli anni a venire. Inoltre, poiché la partecipazione attiva della popolazione rappresenta un importante sostegno alla programmazione che l'Ufficio di piano dovrà realizzare, quest'ultimo ha dunque il compito di prevedere, al suo interno, organismi di natura partecipativa, quali comitati di partecipazione, consulte eccetera. In particolare, per quanto riguarda la legislazione Toscana, la delibera che disciplina tale organismo è la D.G.R. 269/2019.

3.3. La mancanza di un tetto durante la pandemia

Nonostante la necessità urgente di tutelare il diritto alla salute delle persone senza dimora – anche mediante un rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria nell'ambito degli interventi per la grave marginalità – l'esplosione della pandemia da Covid-19 ha impattato con estrema forza su questo settore ed i soggetti coinvolti, sconvolgendo e trasformando le società moderne, colpendone non soltanto il sistema nella sua componente economica, bensì sociale e sanitaria.

Se la pandemia si è infatti scagliata contro intere popolazioni nella loro eterogeneità, è pur vero che alcune categorie hanno subito effetti collaterali più gravi, legati ad una situazione di partenza contraddistinta da un forte svantaggio sociale: tra queste, le persone senza dimora rappresentano un frangente emblematico, per il quale il presente periodo storico ha assunto toni ancor più drammatici avendone aggravato, ulteriormente, le già precarie condizioni di salute e socio relazionali (Rogel, 2021). Per tale ragione, la pandemia è stata descritta, sin dai suoi esordi, come “un'emergenza nell'emergenza” per le persone senza dimora (fio.PSD *et al.*, 2020).

Ciononostante, allo stesso tempo essa ha anche costituito uno strumento attraverso il quale lo sguardo sulle persone senza dimora ha trovato nuova linfa di cui nutrirsi (specialmente grazie ad un'accresciuta attenzione mediatica, permettendo di disoccultare quelle dinamiche che troppo spesso tendono a considerare queste ultime come individui invisibili al resto della società) (Rogel, 2021).

Se l'indicazione dei governi di tutto il mondo di restare a casa poteva pur sembrare incredibile ma di facile attuazione per la gran parte delle persone, ampie fasce di popolazione hanno invece vissuto questa situazione come una profonda contraddizione,

difettando, paradossalmente, di una abitazione entro la quale rifugiarsi¹²¹. Questione, la presente, che ha costituito primariamente per fio.PSD un dilemma di natura burocratica, in relazione alla mancanza di un indirizzo di residenza per le persone senza dimora, motivo per cui le stesse non hanno potuto disporre di un medico curante al quale affidarsi (in caso di sintomatologia da Covid-19), risultando impossibilitate a rispettare le normative sanitarie previste dal Governo italiano nei periodi di *lockdown*¹²². Appare perciò utile e necessario soffermarsi sul nesso tra salute delle persone senza dimora e avvento della pandemia: come emergerà nel corso della trattazione, nonostante le circostanze avverse il territorio ha portato avanti la lotta all'*homelessness*, mettendo in atto soluzioni molteplici e innovative.

Il primo elemento di cui è necessario prendere consapevolezza è che la pandemia ha certamente alterato il normale funzionamento dei servizi di accoglienza per le persone senza dimora, imponendo loro trasformazioni concrete: si pensi alle forme di accoglienza notturna, le quali hanno subito un processo di conversione da “dormitori” a “strutture polifunzionali” attive anche nell'orario diurno, talvolta anche per l'intera giornata (Rogel, 2021; fio.PSD, 2020). Le attività svolte da queste strutture si sono perciò moltiplicate: a partire dai servizi di accoglienza notturna, esse hanno erogato anche una funzione informativa inerente al Covid-19, funzioni di distribuzione di dispositivi di protezione individuali (se disponibili), offerta di servizio bagni e docce e misurazione della temperatura corporea, fino al controllo dei sintomi (eventualmente manifestati dalle persone senza dimora).

Tuttavia, una simile situazione ha comportato, naturalmente, delle criticità (tra cui un blocco sostanziale delle nuove accoglienze) evidenziando la necessità di protocolli sanitari e opportune indicazioni da seguire. Ulteriori risvolti problematici si sono manifestati a partire dall'insufficienza di spazi idonei all'ospitalità, con particolare attenzione alla mancanza di luoghi in cui condurre la quarantena, anche preventiva (fio.PSD, 2020).

Ciononostante, la pandemia ha influito inoltre su altri servizi, volti a rispondere alle necessità più urgenti delle persone senza dimora: anche le mense hanno dovuto riorganizzarsi, optando per l'erogazione di pasti da asporto, oppure per accessi contingentati. La distribuzione di viveri ha però continuato ad avere luogo anche mediante

¹²¹ Come sostiene Leonardi (2020), contro le persone senza dimora si è scagliato, per tali motivi, un atteggiamento ingiustamente colpevolizzante (talvolta additate come veicolo di contagio e dunque minaccia per la salute pubblica). Appare perciò paradossale che per motivazioni del tutto sconnesse da scelte individuali, molti *homeless* siano stati addirittura multati dalle Forze dell'Ordine per non aver potuto assecondare tale obbligo.

¹²² Si veda <https://www.secondowelfare.it/povert-e-inclusione/e-chi-non-pu-restare-a-casa-perch-una-casa-non-ce-lha/>.

l'attività delle unità di strada, le quali hanno provveduto a distribuire dispositivi di protezione individuale, pur nel rispetto delle opportune distanze di sicurezza ed evitando assembramenti, al fine di alleggerire il carico lavorativo di mense e dormitori. Tali servizi hanno poi svolto una funzione informativa nei confronti delle persone senza dimora (circa i servizi dei quali potersi ancora avvalere), a fronte della chiusura di molti servizi e attività (fio.PSD *et al.*, 2020).

Per quanto riguarda i servizi di ascolto e di segretariato sociale, essi si sono visti costretti a ridurre – se non ad annullare del tutto – le proprie attività in presenza, preferendo la comunicazione telefonica o incontri fissati su appuntamento. Altre strutture, diversamente, si sono dedicate al coordinamento tra servizi, nonché ad un'attività di ripartizione delle diverse richieste, al fine di incrementare il lavoro di rete tra i diversi soggetti, impegnati nella gestione del fenomeno. Tuttavia, la pandemia ha comunque decretato la chiusura al pubblico di numerosi uffici, mentre il flusso dei colloqui ha subito una battuta d'arresto, così come le procedure di presa in carico ed i progetti che ne conseguono (fio.PSD *et al.*, 2020).

Altro effetto collaterale della pandemia si è riscontrato nell'eccessivo affollamento dei servizi appartenenti al circuito della bassa soglia, per i quali è divenuto sempre più difficile far fronte alla domanda di aiuto (al contrario in crescita) da parte di tutta una serie di soggetti, adesso notevolmente esposti al rischio di cadere in povertà (si pensi alle badanti, ai lavoratori dell'economia sommersa occasionali, alle minoranze etniche). Molti progetti di inclusione socio lavorativa hanno inoltre subito un'improvvisa interruzione. Di conseguenza, la pandemia sembra avere nutrito sentimenti di paura, rabbia e solitudine per molte persone senza dimora (fio.PSD, 2020).

In tutto ciò, un contributo estremamente positivo è stato apportato dalle soluzioni adottate nell'ambito del modello *Housing first*, le quali hanno concesso alle persone coinvolte la possibilità di rispettare le normative imposte dal governo, dunque di tutelare al meglio la propria salute dal virus¹²³. I programmi HF hanno perciò garantito non pochi vantaggi ai loro partecipanti (sia sul piano della sicurezza fisica che dello sviluppo di una propria autonomia) pur subendo anch'essi alcune modificazioni, quali ad esempio una riduzione delle visite da parte dell'equipe, a fronte di un incremento dei contatti telefonici e in video chiamata con i partecipanti. In accordo con il parere di Pascucci e Cortese (2021), il modello HF si conferma, pertanto, nuovamente la strategia di contrasto più efficace

¹²³ In questo senso, il modello HF si è confermato un importante veicolo di integrazione sociosanitaria, che è certamente necessario continuare a valorizzare e sostenere in tale direzione.

all'*homelessness*, anche in periodo pandemico. Una soluzione, questa, che pare aver incontrato il favore stesso delle persone accolte.

Tuttavia, la pandemia ha indotto le persone senza dimora in uno stato di difficoltà non soltanto fisica e materiale (alla quale HF ha, in parte, posto rimedio) ma anche psicologica – soprattutto nelle fasi di *lockdown* – che ne ha stravolto i principali punti di riferimento (la relazione con i servizi, i servizi igienici messi a disposizione dai bar abitualmente frequentati, etc.) (fio.PSD *et al.*, 2020). Una criticità la quale è stata attutita, almeno parzialmente, dall'attività informativa realizzata dagli operatori e volta alla condivisione di aggiornamenti in merito alla situazione, stimolando nelle persone un senso di responsabilità condivisa (*ibid.*).

Come anticipato, per rispondere alle problematiche scatenate nel sistema dei servizi dalla pandemia sono poi state avviate sperimentazioni di pratiche innovative in molte Regioni italiane, al fine di prevenire la diffusione del virus e possibili assembramenti: si pensi alla messa a disposizione di una serie di alloggi protetti per soggetti immunodepressi, fragili o con più di 65 anni, di abitazioni rese disponibili da enti del Terzo settore, dal Comune o facenti parte del patrimonio ecclesiastico, oppure ancora all'utilizzo di alberghi e palestre (fio.PSD, 2020). Inoltre, allo scopo di gestire l'isolamento di natura fiduciaria sono stati utilizzati alberghi sanitari di competenza della Regione, edifici a più piani che le Regioni hanno offerto al fine di accogliere le persone senza dimora, ma anche persone con vulnerabilità o risultate positive ai test per verificare l'infezione da Covid-19 (prive di sintomi, le quali potessero essere assistite anche a domicilio) e ancora strutture messe a disposizione da organismi del privato sociale, gestite in maniera condivisa con le ASL. Stessa cogestione ha avuto luogo per alloggi singoli, all'interno dei quali il Comune si è occupato dell'alloggio, l'ASL dello stato di salute dei pazienti e, infine, il Terzo settore di erogare loro prestazioni socioassistenziali. Oltre a queste soluzioni, si è poi avuto l'utilizzo di strutture protette a bassa soglia, alle quali è stato possibile avere accesso mediante visita medica (*ibid.*).

Per tutte queste ragioni, in periodo di pandemia fio.PSD si è fatta promotrice ancor più attiva del diritto alla salute delle persone senza dimora e, più in generale, dei loro diritti umani e civili. L'associazione ha però posto la medesima attenzione anche alle condizioni degli operatori sociali impegnati nel settore della marginalità grave, avanzando la richiesta di una maggior tutela nei loro confronti, dunque della disponibilità di dispositivi di protezione individuale all'interno dei servizi e di interventi di prevenzione (mediante azioni di *screening* e somministrazione di tamponi all'interno del circuito della bassa soglia).

Infine, fio.PSD ha fatto presente la necessità di una integrazione e di un coordinamento tra servizi di natura socioassistenziale e medicina territoriale.

Complessivamente, è possibile affermare che di fronte a circostanze tanto avverse la reazione dei servizi si sia diversificata sulla base del contesto territoriale, delle dimensioni dell'organizzazione e del tipo di servizio (fio.PSD *et al.*, 2020).

Inizialmente, nella prima fase di *lockdown* molte organizzazioni hanno espresso la necessità prioritaria di mettere in sicurezza le persone accolte (dotandole dei necessari dispositivi di protezione), dunque di erogare un'attività anche informativa e di accompagnamento alla comprensione della situazione e delle conseguenze che avrebbe manifestato (*ibid.*). In conseguenza di ciò, i servizi hanno dovuto rimodularsi sospendendo la propria attività (laddove, ad esempio, erano previsti percorsi di inclusione lavorativa) in favore di un rafforzamento dei servizi di bassa soglia, affinché potesse essere data risposta ai bisogni primari delle persone senza dimora. In simili circostanze, proprio la distribuzione degli alimenti e di altri beni primari, nonché l'erogazione di buoni spesa hanno permesso di rispondere alle esigenze fondamentali di molti soggetti, anche grazie ai numerosi volontari che hanno intrapreso e sostenuto tali attività.

Per quanto riguarda invece le strutture di accoglienza notturna, la ricerca sostiene una notevole capacità reattiva, in particolare in riferimento ad alcuni parametri: la dilatazione degli orari di attività anche alle ore diurne (che ha favorito la continuità delle accoglienze, ma anche condizioni di lavoro più sicure per gli operatori e per le persone accolte, tutelando dalla possibilità di contagio)¹²⁴; la compartecipazione delle persone senza dimora alla gestione dei servizi (dunque dei relativi spazi, turni, orari etc.); le limitazioni nei nuovi ingressi legate alle norme di sicurezza, nel caso anche di servizi doccia e distribuzione indumenti (nei quali è facile entrare in contatto con altre persone), mentre nei servizi rimasti aperti si è provveduto a contingentare gli ingressi mediante appuntamenti o si è optato per rivolgere gli stessi soltanto a quanti fossero già stati inglobati dalla rete dei servizi, diminuendo pertanto il numero di accessi; in ultimo, le capacità di gestione dei casi di positività al virus, che hanno creato soprattutto difficoltà legate alle quarantene, imponendo di individuare spazi appositi per la loro realizzazione. Proprio con riguardo a quest'ultima problematicità, in un primo momento la gestione della problematica pare essere stata spesso demandata interamente agli operatori, i quali non hanno ricevuto alcuna

¹²⁴ Alcuni dormitori sembrano addirittura aver assunto le sembianze di vere e proprie abitazioni (avendone modificato gli spazi), mentre altri hanno originato strutture “ibride”, fondendosi ai centri diurni (*ibid.*: 3). Tuttavia, il ridotto numero di operatori ha talvolta implicato la riduzione di molte attività e laboratori, gettando in uno stato di apatia le persone accolte. In altri casi, invece, si è intravista una soluzione nella previsione di turni per i partecipanti.

forma di sostegno da parte dei servizi sanitari pubblici, palesando ancor di più i nervi scoperti dell'integrazione sociosanitaria nel nostro paese)¹²⁵. In quest'ultimo caso, sono state adottate soluzioni quali l'impiego di camere d'albergo, alloggi di *social housing* ed ex residenze assistite per condurre l'isolamento (*ibid.*).

Per quanto riguarda i servizi di distribuzione alimentare, le mense hanno provveduto a rimodularsi fornendo pasti da asporto in maniera piuttosto rapida, riuscendo addirittura a raggiungere nuove categorie di persone, assimilabili alle cosiddette "nuove povertà" (ciò, anche per merito di una grande solidarietà manifestata da parte degli stessi cittadini nel sostenere questi servizi).

Un risvolto interessante scaturito dal protrarsi del *lockdown* generale è stato poi l'aver reso visibili aspetti, anche nascosti, del carattere di molte persone accolte nei servizi, cosicché l'aumentato tempo di condivisione delle proprie giornate ha imposto la necessità di rimodulare le relazioni interpersonali per la ricerca di un quieto vivere (una certa conflittualità si è verificata soprattutto laddove le persone, affette da dipendenza patologica, hanno dovuto fare i conti con l'astinenza; è qui che si sono evidenziati l'intervento e la collaborazione dei servizi nell'area delle dipendenze, favorendo anche una presa di coscienza della propria problematica da parte delle persone stesse) (Cortese Pezzoni, 2021). Inoltre, la riorganizzazione dei servizi durante la pandemia sembra aver condotto a cambiamenti sul piano della ridefinizione dei ruoli e dei progetti di vita delle persone senza dimora, le quali si sono riscoperte sotto una luce diversa (fio.PSD *et al.*, 2020)¹²⁶.

In conclusione, è perciò possibile affermare che il sistema dei servizi afferenti alla grave marginalità non abbia ceduto a un'impasse dettata dal panico sperimentato nei confronti di una situazione nuova e inattesa come la pandemia, avendo reagito, al contrario, avviando una gestione razionale dell'emergenza e sfruttando tutte le risorse disponibili (individuandone, talvolta, di nuove) al fine di offrire alle persone senza dimora la più ampia tutela possibile. Ciò, nonostante l'operato degli enti sul fronte dell'*homelessness* sia contraddistinto da un lavoro di rete (fatto di accordi, partenariati e collaborazioni) il quale è stato sottoposto ad un forte stress dalla pandemia, al punto che proprio la capacità degli

¹²⁵ Le zone di fragilità dell'integrazione sociosanitaria sui territori italiani si sono mostrate proprio di fronte ai casi di positività, laddove la sanità locale ha manifestato una tendenza a scaricare la problematica sui servizi di assistenza, sottraendosi a una dovuta presa in carico della persona e trasmettendo il messaggio per cui, le persone senza dimora, sono equiparate a una problematica per la quale la sanità pubblica non ha tempo e perciò rimandata al circuito dei servizi di assistenza (fio.PSD *et al.*, 2020). Ciononostante, la sanità ha comunque fornito un contributo importante mediante l'erogazione dei tamponi.

¹²⁶ Per un approfondimento sui cambiamenti vissuti dal personale dei servizi sul piano psicofisico si veda fio.PSD *et al.*, 2020.

enti locali di preservare tali reti ha costituito una importante variabile di differenziazione tra le diverse realtà territoriali nella gestione della situazione (*ibid.*).

Pertanto, nonostante le difficoltà e lo spaesamento iniziali legati a una condizione di vita senza precedenti (anche in combinazione al sopraggiungere dell'inverno e delle sue basse temperature), il sistema dei servizi di accoglienza merita di vedersi riconosciuta una buona capacità di adattamento, agilità e creatività nelle soluzioni ideate, avendo dimostrato l'abilità di ripensarsi costantemente e in modo flessibile, sulla base delle esigenze emergenti (sebbene vi siano stati anche servizi in cui lo stress e le difficoltà organizzative hanno predominato, creando blocchi al loro interno). Nel complesso, il sistema ha dunque perseverato nella sua lotta all'*homelessness*, riorganizzandosi quando necessario, specialmente in riferimento alle misure d'emergenza applicate dal governo nazionale.

Sulla base di tali considerazioni, occorre dunque rivedere, a livello sistemico, l'approccio più generale nei confronti di tale fenomeno, secondo tre principali direttive: innanzitutto collocando i servizi tesi al contrasto della marginalità grave entro una programmazione territoriale strategica; poi, incentivando i servizi capacitanti, in grado di coinvolgere e permettere una partecipazione attiva alle persone accolte nei confronti dei meccanismi di gestione non solo degli spazi, ma anche delle relazioni che in essi si creano (ad esempio partecipando alle attività di distribuzione dei pasti); infine, investendo nel rafforzamento e nel consolidamento delle reti e dei partenariati pubblico-privati, all'interno dei quali possa essere recuperato un ruolo di responsabilità dell'ente locale, volto a tutelare le persone fragili, anche mediante la messa a disposizione delle necessarie risorse al fine di innovare il sistema dei servizi, in adeguamento alle mutate condizioni (*ibid.*).

Tre linee d'azione, queste, le quali sono state analizzate e approfondite in un ulteriore contributo: come riferiscono Pascucci, Cortese (2021) importanti cambiamenti si sono verificati nel sistema di accoglienza nazionale, le cui tendenze sono sostanzialmente riconducibili proprio ai vettori già menzionati: l'accoglienza diffusa, le forme di coordinamento tra pubblico e privato e, infine, i servizi capacitanti. Nella prospettiva delle autrici, essi assumono la forma di vere e proprie sfide sul piano organizzativo e meritano, pertanto, di essere attentamente osservati.

Per quanto concerne il primo aspetto, la priorità assoluta all'inizio della pandemia è stata la messa in sicurezza non soltanto degli ospiti dei servizi, bensì delle stesse strutture adoperate e degli operatori in esse presenti: il tentativo è stato quello di ampliare le capacità di accoglienza alla massima possibilità. A tal proposito, come anticipato, si sono evidenziate alcune interessanti soluzioni dai tratti innovativi, per cui considerata la necessità di rispettare il distanziamento sociale, anziché adoperare ampi spazi di

accoglienza, molte realtà hanno individuato valide alternative in forme di micro accoglienza diffusa sul territorio, che si esprimono in appartamenti di dimensioni ridotte e moduli abitativi mobili, camere appartenenti a bed & breakfast, nonché uffici dismessi, utilizzati per le quarantene a carattere preventivo (*ibid.*)

Circa la seconda dimensione, quella del coordinamento pubblico-privato, le autrici sottolineano la debolezza di questa variabile nella gestione dell'emergenza, seppure con alcune differenze tra i diversi ambiti territoriali: all'interno delle realtà in cui il coordinamento è stato efficiente e la rete è stata attivata, l'accoglienza ha manifestato buoni livelli qualitativi, così come l'operato delle persone impiegate nei servizi; al contrario, nei territori in cui le diverse amministrazioni locali hanno espresso un minor grado di partecipazione ed anzi maggiori problematiche, i soggetti del Terzo settore si sono trovati ad agire sulla base di una delega pressoché totale, nell'intento di rafforzare il lavoro di rete nei confronti dei cittadini, a fini di solidarietà (*ibid.*).

In particolare, per quanto concerne la dimensione dell'integrazione sociosanitaria, anch'essa pare essere stata messa a dura prova dalle circostanze avverse legate al virus. Lo si evidenzia soprattutto in relazione alle modalità gestionali delle quarantene, dei tamponi, degli isolamenti a carattere preventivo e all'urgenza di soluzioni immediate nei confronti di coloro maggiormente a rischio, le quali hanno manifestato non poche difficoltà, tanto da portare le autrici ad affermare che neanche durante un evento del tutto eccezionale come la pandemia si sia acquisita piena consapevolezza del fatto che, prima di ogni altra cosa, l'*homelessness* costituisce una preoccupazione sociale per la società più ampia. Problematiche di integrazione sociosanitaria si sono inoltre riscontrate anche nella mancata offerta di opportuni percorsi sanitari i quali, se fossero riusciti ad integrarsi concretamente, avrebbero agevolato la gestione dei positivi e delle quarantene per entrambi i sistemi di protezione della persona, sociale e sanitario (Fio.PSD *et al.*, 2020).

Naturalmente, molte difficoltà gestionali sono poi derivate da problematiche ben più radicate nel tempo, tra cui una sostanziale assenza di programmazione sanitaria, laddove i media hanno reso nota l'assenza di piani pandemici aggiornati nelle diverse Regioni, determinando una gestione "improvvisata" dell'emergenza.

Se dunque il disagio sociosanitario sofferto da molte persone senza dimora, discusso nei precedenti paragrafi, si è espresso in tutta la sua forza proprio nel corso delle fasi di *lockdown* (decise con D.P.C.M. 11 marzo 2020) è possibile intravedere, ciononostante, anche alcune note positive. Come anticipato, in tale periodo le strutture volte all'accoglienza hanno provveduto ad interrompere la turnazione degli ospiti e a modificare le proprie fasce orarie di attività, optando per un'apertura totale di 24 ore (Pascucci, Cortese,

2021). In tal modo, esse hanno avuto modo di osservare le persone accolte da un punto di vista nuovo, con uno sguardo più ravvicinato e protratto nel tempo, il quale ha permesso di prendere coscienza della complessità del disagio sociosanitario di cui sono portatori molti *homeless*, prima difficilmente osservabile.

Questo però non è l'unico vantaggio determinato dalla scelta di un'accoglienza prolungata: anzi, essa sembra aver inoltre incentivato processi di acquisizione di autonomia per le persone accolte, enfatizzandone pertanto la funzione capacitante. Proprio questa funzione ha permesso agli operatori di scorgere ancor più in profondità le risorse di ogni persona, specie considerando come molte di loro abbiano avvertito la possibilità di usufruire per una giornata intera di queste strutture come un'opportunità di godere, finalmente, di un luogo protetto e rassicurante (*ibid.*).

L'evidenza che è possibile constatare è dunque la seguente: il modello di accoglienza italiano ha subito importanti trasformazioni con l'avvento del Covid-19, riuscendo ad instaurare meno relazioni ma più in profondità. Il ridotto numero di ospiti ha consentito di realizzare letture maggiormente dettagliate delle storie e delle abilità di ciascun individuo, con effetti positivi su una più accentuata personalizzazione dei percorsi di accompagnamento. In questo modo, la pandemia sembra aver funzionato da “lente di ingrandimento”, portando allo scoperto i nodi critici del sistema ma anche, paradossalmente, incentivando la ricerca di soluzioni organizzative dal contenuto innovativo.

È perciò essenziale riconoscere quanto, la salute – intesa dalla Costituzione italiana nella sua duplice accezione, individuale e collettiva – esprima con forza questa stessa natura proprio adesso, durante la pandemia, nel momento in cui la condizione delle persone senza dimora è più che mai interconnessa a quella del resto della popolazione (visti i rischi di contagio, anche in relazione all'inadeguatezza iniziale di molti dormitori) facendo inoltre eco, in tal modo, alla necessità di tutela nei confronti dei loro diritti e di quelli degli operatori (Stefani, 2020).

Una volta acquisite le suddette consapevolezza, diviene possibile comprendere come la pandemia abbia rappresentato, per i soggetti impegnati sul fronte della lotta alla marginalità grave, una spinta ulteriore a promuovere una società più accessibile e paritaria, ricercando soluzioni in grado di rispondere ai diritti e alla complessità delle esigenze sociosanitarie di cui, non di rado, tale fascia di popolazione è portatrice. Apprendimenti preziosi, quelli derivati dalla pandemia, i quali dovrebbero perciò essere acquisiti e preservati, come strumenti adoperabili in direzione di una riorganizzazione strutturale e di lungo periodo del sistema dei servizi per le persone fragili e senza dimora.

Capitolo 4

Strategie di contrasto all'*homelessness* nel territorio di Livorno: un'indagine qualitativa

4.1. Presentazione dell'oggetto di ricerca

Se nei capitoli precedenti il tentativo è stato quello di esplorare, sul piano teorico, alcune aree tematiche ritenute questioni nodali nel settore dell'*homelessness* in Italia, l'obiettivo è adesso quello di indagarne una loro applicazione concreta, nelle pratiche e nei modelli di intervento attuati in una determinata realtà territoriale: la città di Livorno.

La ricerca muove pertanto dalla necessità di indagare, da un lato, alcune zone d'ombra insite nell'ambito di intervento delle persone senza dimora (in particolare le difficoltà connesse alla mancanza di una residenza anagrafica la quale impedisce, come ampiamente argomentato, il godimento di numerosi e fondamentali diritti da parte di tale fascia di popolazione) e, dall'altro, dimensioni in grado di esprimere un significativo potenziale di intervento, le quali sembrano richiedere, per tali ragioni, adeguata considerazione e valorizzazione. Il riferimento è, in quest'ultimo caso, all'integrazione tra le diverse componenti dell'intervento (dunque tra gli attori interessati dalla presa in carico) ma anche alla creazione di servizi capacitanti, in grado di predisporre uno spazio di coinvolgimento attivo per l'utenza nella realizzazione – se non negli stessi processi di progettazione – dei servizi loro dedicati, entro un determinato ambito territoriale.

L'oggetto di indagine si è dunque individuato nelle capacità e nelle modalità di gestione del fenomeno delle persone senza dimora caratterizzanti la realtà livornese, intesa come macchina organizzativa complessa e basata sull'interconnessione tra componenti pubbliche e private, la quale si riflette anche negli interventi di contrasto alla grave emarginazione.

La scelta del territorio oggetto di indagine assume rilievo, per le dimensioni indagate, specie considerando le potenzialità di un sistema come quello toscano, il quale – sebbene a macchia di leopardo – ha certamente tentato di rafforzare in molteplici modalità non soltanto la dimensione dell'integrazione sociosanitaria (mediante la costituzione di alcune Società della Salute), bensì dell'integrazione con quello che rappresenta un grande patrimonio del quale avvalersi per il nostro paese: gli enti e gli organismi del Terzo settore. Dal complesso delle interviste condotte emergerà infatti quanto, quella di Livorno, sia una realtà contraddistinta da una forte intenzionalità collaborativa e di coordinamento tra le diverse componenti dell'intervento per le persone senza dimora, consapevole delle proprie potenzialità, ma anche dei propri limiti e delle inevitabili aree "critiche" di miglioramento.

Con particolare riguardo, poi, alla problematica della residenza per tale fascia di popolazione, dunque alla possibilità di iscriversi ai registri anagrafici mediante l'istituzione di una Via Fittizia presso i Comuni italiani, tale indicazione normativa non sembra aver trovato ancora, ad oggi – come precedentemente argomentato – piena ed omogenea attuazione sul territorio nazionale.

In questo senso, assume rilevanza ai fini del presente studio proprio il contesto livornese, il quale ha invece previsto specifiche modalità per la sua effettiva realizzazione, dando pertanto piena attuazione alle attese contenute nella normativa nazionale in materia. La Giunta Comunale ha infatti disposto l'istituzione della Via Fittizia con deliberazione n. 298 del 7 luglio 2015: come appreso dalla letteratura discussa, essa consiste in “un'area di circolazione non realmente esistente presso cui registrare la posizione anagrafica di quelle persone che, non avendo una situazione alloggiativa normale e non potendo registrarsi altrimenti, non avrebbero potuto accedere ai servizi di welfare comunale”¹²⁷. In tal modo, è garantita anche alla persona senza dimora la possibilità di richiedere documenti fondamentali quali la Carta d'identità, la tessera elettorale, la tessera sanitaria nonché le certificazioni anagrafiche, la patente di guida e molti altri documenti, il cui ottenimento è condizionato dall'iscrizione all'anagrafe del Comune di Livorno (*ibid.*).

Per quanto riguarda tale ente, le persone alle quali è consentito intraprendere il suddetto iter burocratico, presentando la dovuta richiesta, corrispondono alla categoria delle persone senza fissa dimora, senz'altro o la cui vita si svolga abitualmente e in maniera continuativa entro il territorio comunale, dunque in esso domiciliate e seguite dal Servizio sociale comunale¹²⁸. Come ampiamente discusso in merito alla normativa sull'acquisizione della residenza, la persona interessata è tenuta per legge a dichiarare il proprio domicilio, fornendo annessa documentazione e ulteriori elementi tesi ad accertarne la posizione in tema di dimora, dunque a verificare la veridicità del domicilio dichiarato, ai sensi del comma 3 art. 2, legge 24 dicembre 1954 n.1228). Tale documentazione riporterà, per quanto riguarda il Comune di Livorno, la dicitura “Via della Casa Comunale”, seguita dal

¹²⁷ <https://moduli.comune.livorno.it/modulistica/schede/iscrizione-anagrafica-delle-persone-senza-fissa-dimora-fittizia>

¹²⁸ Si noti, in proposito, come anche il contesto toscano più generale nel quale la realtà di Livorno si inserisce si muova nella stessa direzione, mediante la legge regionale 41/2005. La stessa sancisce infatti, all'art. 5, comma terzo, l'inclusione, all'interno delle categorie in grado di usufruire del sistema integrato dei servizi, anche dei minori di qualsiasi provenienza in esso presenti. Ciò assume particolare rilievo, laddove Livorno ha accolto mediante soluzioni alberghive di emergenza anche famiglie con minori a carico, successivamente inserite all'interno del progetto *Housing first*. Infine, al quarto comma l'articolo sancisce un principio di grande importanza e significato, affermando che “Tutte le persone dimoranti nel territorio della Regione Toscana hanno diritto agli interventi di prima assistenza alle condizioni e con i limiti previsti dalle normative vigenti e secondo le procedure definite dalla programmazione regionale e locale”.

numero progressivo di iscrizione, dando così concreta attuazione alle indicazioni nazionali sull'istituzione della Via Fittizia.

Pertanto, ai fini di uno studio dell'oggetto di indagine in grado di attribuire adeguata considerazione alle molteplici componenti del sistema di intervento livornese, la ricerca si è avvalsa sia di professionisti pubblici, sia appartenenti al mondo del privato no profit.

A questo proposito, tra le realtà del Terzo settore cui appartengono le persone intervistate vi è la cooperativa sociale Il Simbolo. Nata nel 1994, sulla spinta di Caritas diocesana di Pisa e dell'Associazione di Volontariato Il Simbolo, sebbene la cooperativa sia largamente impegnata anche in altri settori¹²⁹, essa riveste un ruolo rilevante nell'ambito della marginalità grave anche nel territorio di Livorno, per tutti quei cittadini i quali versino in condizioni di profonda difficoltà, incluse le persone senza dimora, qui oggetto di indagine. Ciò, anche in relazione all'ente pubblico, come vedremo, nell'accoglienza delle persone senza dimora e nella gestione delle problematiche annesse alla loro condizione.

Con particolare riguardo a questo settore di intervento, la cooperativa dispone dunque di un'area dedicata – l'Area Marginalità – la quale si articola in molteplici servizi e progetti mirati a intervenire su aree di difficoltà per la persona, afferenti al disagio sociale. Tali progetti e servizi hanno lo scopo di perseguire obiettivi molteplici, tra cui: la promozione e conseguente attuazione di azioni di supporto, accompagnamento e tutela nei confronti di persone socialmente fragili e a rischio di emarginazione; alimentare una società più inclusiva, mediante la promozione di percorsi di integrazione con la comunità locale di riferimento, volti ad agevolare il reinserimento sociale delle persone cui gli interventi rivolgono la loro azione; realizzare attività di promozione nei confronti della ricerca sulla marginalità sociale a fini di approfondimento del fenomeno, atte a stimolare processi di sviluppo della comunità, nonché un miglioramento degli interventi sul piano qualitativo¹³⁰. Tuttavia, altro interlocutore fondamentale è stato individuato, come accennato, in una importante realtà del volontariato livornese: la Comunità di Sant'Egidio. Mossa da una profonda fede cristiana, la Comunità si costituisce nel 1968 diventando, nel corso degli anni, un punto di riferimento essenziale non soltanto in numerose realtà italiane, bensì su scala globale in più di 70 paesi del mondo, assumendo la forma di una rete di comunità contraddistinta da intenti di pace e solidarietà verso i più fragili (tra cui proprio le persone senza dimora), con i quali si relaziona abitualmente, considerandoli amici e fratelli che è impossibile abbandonare¹³¹.

¹²⁹ Il riferimento è ad esempio allo sviluppo di servizi socioeducativi innovativi, specialmente nell'ambito dell'accoglienza e del percorso educativo formativo dei minori del territorio.

¹³⁰ <https://www.ilsimbolo.it/>

¹³¹ <https://www.santegidio.org/>

Comprese in questo modo le premesse motivazionali poste a base del presente studio si esplorano, di seguito, le aree concettuali oggetto di indagine, dunque le domande di ricerca che hanno orientato lo sforzo conoscitivo, insieme alle premesse metodologiche e agli strumenti adoperati ai fini della sua concreta realizzazione.

4.2 Metodologia e disegno della ricerca

Una volta individuate le aree oggetto di studio, emerse dall'analisi della letteratura in materia come tematiche cruciali nella discussione sull'*homelessness* in Italia, il passaggio immediatamente successivo è consistito nella costruzione di uno strumento particolare, una griglia semantica di partenza, dalla quale sono poi state estrapolate le domande che hanno caratterizzato le interviste sottoposte agli interlocutori selezionati.

La griglia si è articolata in tre sezioni tematiche principali, inerenti alle questioni di interesse illustrate, al fine di individuarne un riscontro pratico nella realtà territoriale di Livorno. Ciò, specialmente per quanto concerne l'area dei servizi capacitanti, alla quale la letteratura sembra, forse, non aver dato ancora sufficiente spazio di diffusione, trattandosi di un approccio innovativo nel sistema degli interventi di contrasto alla marginalità grave, dunque per questo particolarmente meritevole di attenzione di studio.

Le domande di ricerca che hanno veicolato l'indagine (e alle quali quest'ultima tenta perciò di fornire risposta) richiedono, pertanto, attenta considerazione, anche ai fini dello sviluppo di processi di intervento più efficaci ed efficienti nel settore del contrasto all'*homelessness*. Le evidenze che la ricerca si propone di osservare concernono, dunque, le seguenti aree concettuali:

1. *La precocità della presa in carico*: obiettivo di questa prima sezione conoscitiva è esplorare le capacità della realtà livornese di intervenire, in maniera precoce, a supporto della persona senza dimora, considerando inoltre le criticità legate, non di rado, alla mancanza del già accennato requisito della residenza anagrafica. Il riferimento è qui al tema della possibilità di intervenire già sulla base del domicilio e non della residenza, nel momento in cui la persona appare stabilmente presente sul territorio e da quest'ultimo, pertanto, conosciuta e agganciata ai fini di un potenziale percorso di aiuto. In tal modo, la sezione si propone di indagare in quale momento abbia inizio la presa in carico del soggetto *homeless* nel territorio oggetto di indagine, al fine di valutarne la precocità, dunque quali criteri vengano eventualmente utilizzati per consentire alla persona di accedere ai servizi in assenza di tale elemento, anche interrogandosi sulla corrispondenza tra le pratiche

livornesi e le indicazioni fornite da leggi e letteratura analizzate. La ricerca si chiede, allora, mediante quali servizi Livorno riesca ad attivarsi concretamente non appena instaurato un contatto con la persona, già a partire dalla strada, nonché quanto e come tale realtà riesca ad attivare processi di intervento, senza attendere le tempistiche di acquisizione della residenza anagrafica, dunque se vi siano possibili aree di miglioramento oppure dei punti di forza, al contrario, sui quali far leva in tali percorsi.

2. *Il grado di integrazione della presa in carico*: una volta identificati gli attori e i servizi attivamente coinvolti nell'intervento per le persone senza dimora, tale area di indagine si propone perciò di indagare con quali livelli di collaborazione e di coordinamento gli stessi entrino in relazione, interrogandosi su quali forme di comunicazione abbiano instaurato tra loro: si tratta di forme di comunicazione di tipo formale (ad esempio veri e propri protocolli d'intervento) oppure informali? Quanti e quali attori, in quali fasi dell'intervento riescono, eventualmente, a comunicare e collaborare tra loro? Quali benefici e quali problematiche ne derivano? Quali i punti di giuntura, di forza e quali i punti di allontanamento o debolezza che caratterizzano gli interventi? Le risposte a tali quesiti consentiranno di valutare il grado di integrazione (con attenzione anche al piano dell'integrazione sociosanitaria) dell'intervento volto al contrasto della grave marginalità nel territorio di Livorno.

L'intenzione è dunque quella di sondare anche il lavoro di equipe e le forme in cui esso si esprime, nonché come si sia evoluto il settore di intervento nel corso del tempo. L'integrazione verrà poi analizzata sul versante economico finanziario, chiedendosi se sussistano dei fondi compartecipati tra sociale e sanitario dai quali poter attingere per i servizi e gli interventi offerti, ai fini della stesura di un progetto individualizzato.

3. *Il coinvolgimento attivo delle persone senza dimora (se presente, in che grado, forma e modalità)*: quest'ultima sezione si propone, infine, di scoprire se le *policies* attuate sul territorio di Livorno o realtà del Terzo settore attive nell'ambito della marginalità grave prevedano e perseguano, nei confronti dei destinatari dei servizi offerti, forme di coinvolgimento all'interno degli stessi, nella forma della coprogettazione, oppure di una compartecipazione attiva sul piano dell'erogazione concreta (vi sono, ad esempio, *ex homeless* divenuti nel tempo operatori di strada?).

Si indagherà infine anche la percezione degli interlocutori in merito all'utilità ed ai potenziali vantaggi di un simile approccio innovativo, dunque se e quanto, dal punto di vista degli operatori e dei Responsabili dei servizi intervistati, esso costituisca un aspetto rilevante che è necessario rafforzare all'interno dei processi di intervento.

A questo punto, una volta definite le questioni centrali della ricerca, il primo interlocutore fondamentale con cui si è ritenuto opportuno interagire ed instaurare un contatto è stato individuato nella figura di A.C., Vicepresidente della Cooperativa sociale Il Simbolo, interpellato in qualità di testimone privilegiato, a partire dal quale la ricerca ha mosso i suoi primi passi¹³².

La scelta è stata dunque quella di intervistare primariamente A.C., con il quale è stato possibile realizzare due operazioni fondamentali ai fini della presente indagine. La prima si è caratterizzata per una rielaborazione di quelle aree di ricerca inizialmente individuate, resa possibile da una prima analisi introduttiva effettuata mediante l'intervista stessa: durante il suo svolgimento, nuove informazioni sono emerse come utili spunti di ricerca ai quali dedicare parte dell'attenzione, le quali hanno inevitabilmente condizionato, come si evidenzierà in seguito, il successivo andamento della ricerca. Da subito, è emersa infatti la necessità di scandagliare ancor più a fondo la tematica della residenza, dunque dei requisiti richiesti ai fini dell'accesso al sistema dei servizi offerti dal territorio di Livorno; inoltre, l'intervista ha trasmesso l'immagine di una intensa collaborazione tra i molteplici attori attivi nel contrasto all'*homelessness*, che ha permesso di sollevare curiosità e interessi, i quali sono stati successivamente indagati attraverso domande mirate. È perciò possibile affermare che la prima intervista abbia svolto una funzione "guida", permettendo di mettere a fuoco in modo più efficace le questioni rilevanti da analizzare durante la ricerca.

Sulla base delle consapevolezze acquisite dal primo tentativo di raccolta dati appena descritto, si è perciò proseguito modificando e arricchendo la griglia concettuale iniziale, dunque redigendo un "canovaccio" di interviste semi-strutturate da sottoporre, successivamente, al campione di ricerca. Ciò, specificando, chiarendo e semplificando di volta in volta le domande relative a ciascuna tematica, al fine di agevolare la raccolta delle informazioni necessarie, nonché modulando e adeguando i diversi quesiti a ciascun

¹³² A.C. si presenta infatti quale soggetto altamente informato in merito alle tematiche analizzate, in quanto operativo in una delle principali realtà del Terzo settore attive sul territorio di Livorno. Lo stesso è stato infatti in grado di fornire preziose informazioni, che hanno permesso di introdursi gradualmente nell'ambito di intervento della grave marginalità livornese e di comprenderne, pertanto, le principali caratteristiche.

intervistato, sulla base del ruolo rivestito all'interno dell'organizzazione di provenienza e delle specifiche caratteristiche.

In tal modo, le tre aree tematiche di interesse sono state scomposte in una pluralità di quesiti, così da rendere lo scopo dell'intervista (dunque delle singole domande) più chiaro ed evidente possibile agli occhi degli stessi interlocutori. Le interviste successive sono così state condotte tenendo conto delle modifiche apportate nei confronti dello strumento concettuale iniziale, dunque utilizzando gli strumenti di rilevazione che hanno preso forma a partire da esso.

La seconda operazione che il testimone privilegiato ha permesso di condurre attiene, poi, al processo di campionamento. Avvenuto mediante la tecnica di campionamento "a valanga" (Corbetta, 1999), il processo si è avvalso di un criterio di selezione degli intervistati tale per cui, al primo intervistato è stato richiesto di individuare alcune personalità, ritenute essere in grado – in virtù del proprio ruolo nell'ambito della marginalità livornese, dunque delle relative competenze in materia – di fornire una risposta alle domande di ricerca presentate. Pertanto, a seguito di un primo round informativo, realizzato mediante la rilevazione dati cui è stato sottoposto il testimone privilegiato, le interviste hanno rivolto lo sguardo alle figure suggerite da quest'ultimo.

A questo punto, a seguito di una prima fase di analisi dei contenuti delle interviste condotte durante il secondo giro (la quale verrà descritta in seguito) è emersa un'ulteriore potenziale fonte informativa alla quale rivolgersi, utile in particolare ad approfondire la terza area d'indagine. In risposta alle domande inerenti alla creazione di servizi capacitanti per le persone senza dimora (tali da conferire loro maggiore autonomia e valorizzarne l'apporto conoscitivo, dovuto alla peculiare prospettiva interna alla problematica, oggetto di studio, di cui dispongono), D.B., Responsabile del S.E.F.A e coordinatore del progetto Verso Casa¹³³ ha intravisto attività vicine a questo tipo di approccio attivo nell'operatività della Comunità di Sant'Egidio: si è perciò ritenuto utile creare uno spazio di espressione anche per tale realtà, al fine di ampliare la panoramica sulle forme di coinvolgimento attuate dal territorio livornese nei confronti delle persone senza dimora, arricchendo in tal modo la

¹³³ A partire dal 2016, il S.E.F.A. di Livorno ha infatti ospitato il progetto Verso Casa, il quale si articola in differenti strutture: un asilo notturno e due appartamenti semi-residenziali (la "casa uomini" e la "casa donne"), tesi all'accoglienza di uomini e donne senza dimora. All'asilo hanno accesso le persone senza dimora ambo sessi, attraverso apposita richiesta di buono. Domanda, questa, alla quale farà seguito il colloquio con l'assistente sociale, ai fini della sua effettiva erogazione. Nell'ambito di tale sistema, è possibile usufruire, inoltre, di un servizio doccia e di un servizio colazione, nonché di uno sportello di ascolto. I posti a disposizione sono 23, di cui 6 esplicitamente riservati alla componente femminile. Titolare del progetto è il Comune di Livorno, in collaborazione con i soggetti gestori, i quali si identificano nella Cooperativa Sociale Il Simbolo, nella Cooperativa Sociale Humanitas e nella SVS Pubblica Assistenza Livorno.

raccolta dati con un terzo ed ultimo round informativo. Tale intervista ha dunque messo in luce un tema sul quale si è ritenuto di non disporre di materiale sufficiente e il quale richiedeva, al contrario, di essere ulteriormente approfondito.

Nel corso del secondo turno di interviste si è infatti provveduto a verificare se la scaletta delle domande ideate fosse completa o necessitasse, al contrario, di una qualche revisione e/o eventuale integrazione: era emerso, a quel punto, come questa richiedesse una sorta di appendice integrativa, relativamente alla terza area di indagine, dunque maggiori e più approfondite domande tese ad esplorare la tematica della partecipazione ai servizi da parte delle persone senza dimora, in particolare all'interno della realtà di Sant'Egidio.

Sulla base di tali premesse, all'intervistato (il quale ne aveva fatto menzione) è stato chiesto di fornire un'indicazione su eventuali personalità da poter intervistare, al fine di cogliere il ruolo e la prospettiva di azione caratterizzanti la Comunità di Sant'Egidio. In tal modo, è stato possibile sottoporre alcune domande finali anche ad una volontaria della stessa, così da integrare l'indagine sul piano informativo e raggiungere una comprensione più profonda delle dinamiche di coinvolgimento degli utenti sul territorio di Livorno.

Sul piano tematico e dei contenuti, al termine del terzo ed ultimo giro di interviste la griglia semantica è apparsa finalmente completa e, le informazioni così raccolte, complessivamente soddisfacenti. È dunque possibile affermare che quest'ultimo round informativo abbia restituito un quadro di informazioni sostanzialmente coerente, essendosi denotata una sorta di "ciclicità" delle argomentazioni, nonché nei rimandi effettuati da ciascun intervistato nei confronti degli altri, per l'eventuale conseguimento di nuove informazioni.

Per tali ragioni, si è ritenuto che a quel punto il campione ideale fosse stato saturato, sia sul piano degli informatori, sia da un punto di vista tematico (vista la sostanziale convergenza tra i diversi punti vista sulle tematiche esposte)¹³⁴.

La ricerca di ulteriori interlocutori ha così avuto termine: l'universo degli informatori chiave si è ritenuto essere stato sufficientemente esplorato, così che le informazioni raccolte – sulla traccia del processo metodologico fin qui descritto – sono state conseguentemente analizzate e interpretate, mediante l'analisi delle interviste e dei rispettivi contenuti, la quale verrà esposta nel seguente paragrafo. Se ne precisano, di seguito, le modalità di elaborazione.

¹³⁴ Si noti come ciò non equivalga all'emergere dalle interviste di un unico punto di vista, sul quale tutti gli intervistati si sono trovati in totale accordo, quanto piuttosto a riconoscere una ripetitività delle informazioni ottenute, per cui è ragionevole presupporre che qualora si intervistassero individui ulteriori, le informazioni conseguite sarebbero ad esse convergenti.

L'analisi dei contenuti (avvenuta sulla base della tassonomia precedentemente costruita) si è articolata, pertanto, come segue. Una volta condotte le interviste del caso, queste sono state tradotte in un testo scritto con il supporto dello strumento di scrittura digitale Microsoft Word. La trascrizione integrale delle singole interviste è stata poi accompagnata dallo sviluppo di commenti (inerenti a passaggi ritenuti particolarmente salienti delle stesse), a partire dai quali sono state formulate più ampie riflessioni sui dati raccolti. Successivamente, le interviste sono state esaminate mediante letture molteplici, al fine di realizzare una suddivisione per tematiche di interesse, individuando così i differenti codici, inerenti alle domande di ricerca, attraverso l'utilizzo di più colori identificativi. In tal modo, è stato possibile estrapolare da ciascuna conversazione i passaggi significativi, inerenti alle varie tematiche d'interesse.

Naturalmente, per quanto sommariamente individuate a monte della prima intervista condotta, le aree concettuali contenute entro la griglia concettuale iniziale si sono chiarite e modificate, in alcune loro sfumature, nel corso delle diverse interviste, permettendo alla ricerca di virare verso nuove prospettive e considerazioni integrative che verranno, di seguito, esposte.

4.2.1 Gli strumenti di rilevazione

Per esigenze di studio legate alla natura dell'oggetto di ricerca, dunque al fine di esplorare l'ambito della grave marginalità livornese relativamente alle aree di indagine poc'anzi descritte, l'indagine condotta si è espressa in forma qualitativa¹³⁵.

Con particolare riferimento alle molteplici letture che del fenomeno sono state date nel corso del tempo (e per le quali si rimanda alla trattazione contenuta nel primo capitolo) diviene evidente come le stesse manifestino, infatti, un significativo risvolto metodologico (Tomei, 2011). In tal senso, si comprende come il mancato godimento, per la persona senza dimora, delle "normali" prerogative del cittadino (tra cui la possibilità di disporre di una casa, di un lavoro e di solidi affetti) ponga il ricercatore nella condizione di dover individuare modalità di indagine sensibili alla sua peculiare condizione (*ibid.*). È dunque sulla base di tali considerazioni che le strategie di ricerca *non standard* costituiscono una valida risposta alle suddette problematicità, grazie alla diversa lettura che le stesse sono in

¹³⁵ Si precisa, tuttavia, che il presente elaborato ha inoltre beneficiato dell'arricchimento derivante dall'analisi di parte della reportistica interna alla cooperativa Il Simbolo (di natura quantitativa, riguardante l'andamento e il monitoraggio dei progetti realizzati nel settore sul territorio di Livorno), gentilmente messa a disposizione dallo stesso ente e prodotta da un apposito gestionale, creato ai fini di una più efficace gestione dei progetti e del quale la cooperativa si avvale, al fine di generare costantemente nuovo materiale di studio e di riflessione.

grado di fornire dei dati, qui intesi non come unità oggettive presenti in natura e a disposizione del ricercatore, quanto piuttosto prodotto co-costruito – più o meno consapevolmente – tra osservatore ed osservato (Nigris, 2003; in Tomei, 2011).

Tra le peculiarità che contraddistinguono l'approccio qualitativo e, in particolar modo, la ricerca *non standard*, vi è infatti per Marradi (2007; in Ciucci, 2011) quella di un significativo orientamento idiografico, mediante il quale si rende possibile effettuare una descrizione dello stato dei servizi o delle politiche oggetto d'indagine (il riferimento è qui, naturalmente, ai servizi di contrasto alla grave emarginazione entro il territorio livornese). La scelta di un approccio qualitativo si rivela tanto più motivata se si acquisisce consapevolezza di quanto l'*homelessness*, come più volte sostenuto, si caratterizzi quale fenomeno estremamente variegato e composito: l'indagine qualitativa include proprio tra i suoi scopi primari quello di comprendere i fenomeni oggetto di indagine, nella loro dimensione di intrinseca complessità.

La scelta metodologica è stata, pertanto, quella di condurre uno studio di caso, mediante lo strumento di rilevazione dell'intervista qualitativa aperta. Nato con la Scuola sociologica di Chicago, il metodo del *case study* si rivela pertinente ai fini della presente ricerca, in quanto indagine empirica volta ad indagare un fenomeno contemporaneo – quale, in questo caso, l'*homelessness* – entro i confini del suo effettivo ambiente di vita (Yin, 1994; in Merriam, 1998). Al contempo, l'opzione dell'intervista trova fondamento in quanto strumento più utilizzato a fini di raccolta dati nel campo delle scienze sociali (Fideli e Marradi, 1996; in Cardano 1999), contraddistinto da imprescindibili attività di ascolto e interrogazione, le quali costituiscono secondo Gobo (2001) due tra le principali modalità cognitive utilizzabili al fine di esplorare un fenomeno sociale. Un atto, in particolare, quello dell'interrogazione, il quale affonda le sue radici nella relazione che viene ad instaurarsi tra i due principali attori sociali protagonisti dell'intervista stessa (Bichi, 2007; in Ciucci, 2011).

In particolare, le interviste hanno assunto una forma semi-strutturata, le cui caratteristiche intrinseche di "flessibilità ed elasticità" (Ciucci, 2011: 63) hanno reso possibile disporre di un ordine e di una struttura da seguire durante le conversazioni, pur mantenendo adeguati margini di variazione, nonché di espressione per i diversi interlocutori. L'intento è stato quello di consentire a ciascun intervistato di esporre al meglio la propria prospettiva (in relazione al ruolo ricoperto all'interno dell'organizzazione di appartenenza) affinché fosse possibile cogliere differenti sfumature, anche in merito a medesime tematiche. Ciò, nell'ottica di prevedere, inoltre, uno spazio per carpire potenziali suggerimenti da parte degli intervistati, ai fini di una presa in carico e di processi di intervento più efficaci ed

efficienti a sostegno della persona senza dimora. I vantaggi dell'intervista qualitativa si rintracciano, infatti, nel buon grado di malleabilità di tale strumento nel corso del colloquio, dunque di adattabilità non soltanto rispetto a differenti contesti di ricerca, quanto alle differenti soggettività intervistate, le quali, sotto la guida del ricercatore, vengono lasciate libere di esternare le proprie opinioni (Spina, 2017).

In particolare, la scelta dell'intervista semi-strutturata si è fondata sulla capacità della stessa di adeguarsi in maniera ottimale alle informazioni raccolte attraverso l'intervistato, dunque alle specificità della situazione permettendo, se necessario, di approfondire aspetti emersi in maniera spontanea (qualora ritenuti utili a fini di comprensione) così come di modificare, all'occorrenza, l'ordine previsto per le domande da sottoporre all'intervistato (Spina, 2017).

Le interviste condotte sono state sette e si sono rivolte, come anticipato, sia a rappresentanti della sfera pubblica, sia di quella privata (tenuto conto dell'imprescindibile sinergia e collaborazione che caratterizza l'operato dei due ambiti, specialmente in questo complesso settore di intervento), coinvolti in quanto figure chiave del panorama livornese della gestione dell'*homelessness*. La modalità di svolgimento è stata quella telefonica, sia al fine di agevolare le tempistiche di rilevazione, sia considerate le difficoltà implicate dalla diffusione del Covid-19.

Le interviste sono poi state registrate – previo consenso di ciascun interlocutore – ai fini di un successivo riesame e di un ascolto approfondito, in modo tale da evitare di tralasciare o mettere in ombra preziose informazioni (le quali avrebbero potuto sfuggire ad un primo ascolto), dunque nell'intento di cogliere e comprendere eventuali sfumature, appartenenti alle modalità espressive dei diversi intervistati¹³⁶. Ciascun intervistato è stato pertanto “indirizzato” nelle proprie argomentazioni mediante poche e semplici domande, con funzione di orientamento per l'intervista, rimanendo pur sempre libero di esprimersi secondo il proprio sentire. In questo modo, si è permesso ai diversi soggetti di focalizzarsi sugli aspetti percepiti come più importanti dal proprio punto di vista soggettivo, in modo da circoscrivere gli interventi del ricercatore unicamente ad eventuali necessità di approfondimento e/o chiarimento, in merito a particolari questioni, veicolando il dialogo verso le informazioni ricercate.

I risultati delle interviste verranno perciò illustrati nel presente capitolo, al fine di raccogliere le conoscenze conseguite circa le capacità di risposta al fenomeno oggetto di

¹³⁶ Proprio a tali dettagli è stata prestata particolare attenzione: un tono scherzoso, un respiro profondo, le diverse pause che hanno scandito le argomentazioni degli intervistati hanno permesso di intuire gli elementi sottostanti a molte delle loro affermazioni.

indagine espresse da questa particolare realtà territoriale, a conferma della forte frammentazione della situazione italiana in tale ambito di intervento, considerata la mancanza di politiche organiche sul piano nazionale.

Si analizzano pertanto, di seguito, modalità e strategie di intervento adottate dal Comune di Livorno nel settore del contrasto all'*homelessness*, anche al fine di valutarne punti di forza, criticità ed eventuali capacità innovative.

4.3. Analisi dei dati: le evidenze raccolte

Le evidenze rilevate mediante le interviste condotte verranno, di seguito, presentate secondo la suddivisione adottata nello sviluppo della griglia concettuale di riferimento, al fine di fornirne una visione più chiara possibile, dunque agevolarne l'interpretazione.

4.3.1. La precocità della presa in carico

Per quanto concerne tale area d'indagine, il primo elemento di interesse che emerge con forza dalle interviste è rappresentato da un imprescindibile *bisogno di protezione* della persona, considerato e valorizzato dal sistema di intervento livornese quale punto di partenza fondamentale per ogni percorso di presa in carico (P.T., Responsabile Servizio sociale professionale, Comune di Livorno).

Come discusso nei precedenti capitoli, la persona senza dimora presenta infatti, solitamente, due fondamentali problematiche, le quali necessitano di risposte urgenti: l'alimentazione e l'esigenza di un riparo notturno. Stando dunque a quanto asserito dagli intervistati, se sul primo versante un intervento fondamentale nella città di Livorno è svolto da molteplici associazioni, tra cui Caritas italiana, a sopperire invece – o quantomeno ad offrire un supporto – all'esigenza di un luogo sicuro ove trascorrere la notte interviene il Comune di Livorno, mediante la messa a disposizione di un Sistema di Pronta e Temporanea Accoglienza, comunemente conosciuto con l'acronimo S.E.F.A (*Social Emergency First Aid*), il quale si compone di un servizio di asilo notturno, di uno sportello dedicato all'ascolto, nonché uno spazio volto all'espletamento dell'attività di segretariato sociale¹³⁷. Sulla base di tali considerazioni, il S.E.F.A. sembra dunque costituire un punto nevralgico per il supporto alle necessità di molte persone senza dimora: in particolare, hanno accesso al dormitorio non soltanto persone residenti, bensì tutti coloro i quali dispongano di regolare documentazione d'identità¹³⁸.

¹³⁷ Un servizio, questo, gestito dalla cooperativa il Simbolo, convenzionata con il Comune di Livorno.

¹³⁸ Un cambiamento degno di nota sembra aver interessato, a detta degli intervistati, la struttura dedicata all'asilo notturno, la quale si è significativamente ampliata negli ultimi cinque anni,

Malgrado l'ampia accessibilità a tale sistema di accoglienza, tra le primissime preoccupazioni del Comune di Livorno vi è proprio quella di comprendere in che modo consentire l'ottenimento di una residenza a quanti difettino di tale requisito, pur avendone chiara necessità. La residenza si configura infatti quale presupposto fondamentale ai fini dell'accesso al sistema dei servizi di assistenza sociale e sanitaria offerti dal territorio.

A tal proposito, è di recente costituzione sul territorio livornese un gruppo multidisciplinare, composto dal Servizio sociale e dall'Ufficio di anagrafe, finalizzato a vagliare le differenti situazioni che possono presentarsi, dunque a capire le modalità d'intervento più adeguate, sul piano della residenza, per ciascun individuo. Lo scopo, riferisce il Responsabile del Servizio sociale professionale, è quello di realizzare un confronto in cui il ruolo di quest'ultimo consiste nel sottoporre all'Ufficio qualsivoglia questione o situazione meritevole di attenzione, al fine di comprendere come garantire alle persone l'accesso al suddetto diritto. Tale commissione intersettoriale è stata infatti istituita con l'obiettivo di creare uno spazio di scambio e di dialogo, con riguardo a situazioni che i servizi hanno in carico: sarà dunque il Comune a segnalare eventuali nuove casistiche, delle quali è venuto a conoscenza, direttamente all'Ufficio anagrafe¹³⁹.

Nonostante le recenti origini di tale gruppo, da lungo tempo il Comune di Livorno offre la possibilità di ottenere una residenza fittizia sul suo territorio. Un istituto che ha però subito, nel tempo, alcune modificazioni. A tal proposito:

Anni fa il Comune conferiva una cosiddetta residenza di soccorso alle persone senza dimora, mentre adesso cerca di attribuire loro una residenza fittizia. Dopo l'accertamento dei vigili viene attribuita la residenza, ad esempio, in Via della Casa comunale (la quale non corrisponde ad un luogo fisico ma costituisce, dunque, una residenza fittizia) (P.T., Responsabile Servizio sociale professionale, Comune di Livorno).

Una significativa evoluzione sembra infatti essersi verificata nel corso degli ultimi anni nel sistema d'intervento livornese. Negli anni 2000, l'istituto in discussione era conosciuto

arricchendosi di caratteristiche estetiche che costituiscono, a dispetto delle apparenze, un elemento fondamentale sul piano dell'accoglienza della persona, cosicché sia possibile dare *non soltanto un letto, ma anche la buonanotte* alla persona che vi trova rifugio (P.T. Responsabile Servizio sociale professionale, Comune di Livorno). Caratteristiche esteticamente gradevoli conferiscono al dormitorio bellezza e pregio adeguati ad accogliere la persona che ne abbisogna, la quale ha diritto di vivere in buone condizioni, in maniera del tutto analoga ad ogni altro cittadino della comunità, poichè la dignità della persona passa anche dalla dignità degli spazi in cui, la stessa, viene accolta.

¹³⁹ A tal proposito, emerge dalle interviste come l'accertamento volto a verificare la possibilità di iscrivere la persona ad una Via Fittizia rientri fra le competenze dell'Ufficio anagrafe, il quale si avvale, ai fini della sua attuazione, del corpo dei vigili, mantenendo tuttavia la responsabilità del conferimento di tale requisito: all'Ufficio anagrafe competono infatti le casistiche in cui la residenza può essere revocata o concessa.

come “residenza di soccorso”, assumendo nuova identità con la denominazione di “residenza fittizia”, soltanto a partire dal 2015. L’antenata residenza di soccorso veniva al tempo conferita, principalmente, presso due sportelli: uno sportello d’ascolto di Arci solidarietà¹⁴⁰ e lo sportello di ascolto Caritas. Entrambi disponevano di personale dedicato, demandato a condurre colloqui con la persona, nonché a redistribuire la posta pervenuta al relativo indirizzo.

Tuttavia, dal 2015 la residenza di soccorso è stata eliminata, lasciando spazio (sebbene con alcune difficoltà) alla più moderna residenza fittizia. Ciononostante, sembra essere in corso un miglioramento in direzione di una nuova fase, caratterizzata da una più ampia apertura e disponibilità alla comunicazione, al dialogo, la quale si evidenzia proprio nella stretta collaborazione tra il Servizio sociale e l’Ufficio anagrafe¹⁴¹. Nonostante gli evidenti aspetti positivi sul versante dell’integrazione dell’intervento, sembrano tuttavia sussistere ancora ampi margini di miglioramento: *sono stati fatti moltissimi passi avanti rispetto ad alcuni anni fa, non c’è ombra di dubbio, è molto positivo il fatto che sia stato istituito questo gruppo, però c’è ancora molto da lavorare* (L.B. coordinatrice area adulti, marginalità e famiglia, Comune di Livorno).

Tuttavia, se la residenza non sembra costituire un diritto del quale è scontato godere, dalle interviste emerge la capacità della realtà livornese di intervenire ancor prima che la stessa venga effettivamente conferita, mediante le soluzioni già menzionate – relativamente ad una prima fase del percorso di aiuto – che vedono l’intervento del S.E.F.A. e di organismi appartenenti al Terzo settore: soggetti, questi, in grado di svolgere un ruolo di “intercettazione precoce” al fine di fornire risposta ai bisogni primari delle persone senza dimora presenti sul territorio.

A giocare un ruolo fondamentale in tale direzione sono pertanto le due unità di strada (d’ora in avanti UDS) attive sul territorio livornese, le quali si compongono di gruppi di operatori intenti a *creare un aggancio* (P.T. Responsabile Servizio sociale professionale, Comune di Livorno), dunque instaurare un primo contatto con la persona senza dimora (sebbene,

¹⁴⁰ Associazione di promozione sociale operativa sul territorio livornese.

¹⁴¹ Raccontano gli intervistati di come al contrario, negli anni precedenti, un atteggiamento di chiusura da parte dell’amministrazione in carica avesse caratterizzato l’ambito livornese, forte della convinzione che alcune residenze venissero conferite, all’epoca, a soggetti che non individuavano realmente nella città di Livorno la sede principale dei loro interessi. Una simile idea indusse l’amministrazione a frapporre forti vincoli al conseguimento della residenza, i quali hanno tuttavia trovato mitigazione, negli ultimi anni, con la costituzione del tavolo già discusso (non di rado riunitosi, a causa del Covid-19, in forma per lo più virtuale). In esso, personale amministrativo e del Servizio sociale, insieme alla componente politica, hanno espresso la volontà di fornire risposta a quanti si fossero visti negare il diritto alla residenza, pur abitualmente soggiornanti sul territorio livornese.

talvolta, la stessa si mostri riluttante di fronte a tali tentativi). Ciò, al fine di presidiare, nel modo migliore possibile, il territorio in questione¹⁴². Un sistema di servizi di bassa soglia, dunque, al quale la cooperativa Il Simbolo offre la propria collaborazione, la cui importanza si esprime proprio nella capacità di “abbassare” i gradini necessari all’accesso a servizi come quelli offerti dal progetto *Housing First* e dal S.E.F.A. (i quali richiedono, invece, una preventiva individuazione e conoscenza della persona da accogliere). In tal senso, *l’UDS costituisce un livello fondamentale nel processo di intervento*, in quanto *primitiva interfaccia* nei confronti del mondo dei servizi per le persone senza dimora (C.M. coordinatore area marginalità, cooperativa Il Simbolo).

Tra queste, una UDS si occupa in particolar modo di supportare, mediante azioni di prevenzione (tra cui la distribuzione di materiale sterile o lo smaltimento di siringhe esauste) persone in condizioni di tossicodipendenza, alle quali cerca di avvicinarsi nei luoghi di loro maggior frequentazione (piazze, luoghi pubblici)¹⁴³. Proprio le UDS sembrano dunque svolgere un ruolo di primaria importanza, ai fini di un lavoro preliminare alla presa in carico vera e propria, nonché una funzione, insieme alle altre associazioni operative sul territorio, di proposta dei soggetti da ospitare al S.E.F.A. A quest’ultimo servizio si accede, dunque, anche mediante invio, cosicché *il primitivo passaggio nel processo di intervento consiste nel rispondere a un bisogno immediato e primario, che è quello di un riparo temporaneo per la notte (ibid.)*.

Dunque, se da un lato è chiaro che la residenza costituisce un presupposto fondamentale per un principio di inclusione sociale, è altrettanto vero che la protezione della persona è un interesse superiore (P.T. Responsabile Servizio sociale professionale). Pertanto, nell’intervallo di tempo in cui il soggetto pubblico tenterà di costruire i presupposti per conseguire la residenza (essenziale anche ai fini dell’ottenimento del reddito di cittadinanza, del codice fiscale, dello SPID etc.)¹⁴⁴, differenti tipologie di intervento potranno essere predisposte in favore della popolazione senza dimora. La residenza sembra dunque essere tematizzata dagli intervistati come una sorta di livello essenziale dal quale partire per soddisfare i propri diritti, considerata il cardine di ogni presa in carico.

Tuttavia, è necessario rammentare come, a supporto del sistema dei servizi di contrasto all’*homelessness*, la realtà di Livorno predisponga un’ulteriore possibilità per le persone in

¹⁴² Stando alle interviste, sembra possibile affermare che il Comune abbia accresciuto la sua attenzione verso le persone senza dimora sia per motivazioni etiche, sia perché la presenza di individui deprivati sul piano abitativo degrada fortemente l’immagine della città, influenzando negativamente sul suo decoro.

¹⁴³ Un Servizio, questo, erogato in convenzione con l’Azienda ASL 6 di Livorno.

¹⁴⁴ Sistema Pubblico di Identità Digitale.

condizioni di grave disagio abitativo: se il S.E.F.A. rappresenta, potremmo dire, l'anima più tradizionale del sistema di intervento per le persone senza dimora, ulteriore meccanismo di sostegno per questa fascia di popolazione si individua nella sperimentazione dell'approccio *Housing first* (HF) da cui è derivato, a Livorno, l'omonimo progetto *Housing first*: la strada verso casa¹⁴⁵. Esso si colloca nei confini di quell'approccio discusso nei precedenti capitoli e dal grande potenziale innovativo, che ormai da alcuni anni è apprezzato e messo in pratica da numerose realtà italiane, grazie al supporto di Fio.PSD e NHFI.

Differenti vie di accesso si prefigurano, dunque, per le persone senza dimora al progetto HF:

Il progetto HF predispone un processo di presa in carico completamente diverso. Più che partire dal bisogno, esso parte dalla volontà di riconoscere un diritto: la persona viene individuata direttamente in strada dagli operatori (per cui non è quest'ultima a chiedere di ricevere una risposta a un bisogno o a formulare una richiesta al servizio), essendo riconosciuta come portatrice di bisogni e di diritti (ibid.).

In tal modo, il progetto HF si rivela in grado di accogliere diritti e necessità, i quali richiedono urgentemente di essere tutelati, senza dover attendere che sia la persona a formulare una richiesta di aiuto in merito al proprio bisogno.

Se il S.E.F.A. costituisce dunque un canale di conoscenza della persona, che gradualmente ne permette l'individuazione, l'accesso e la conseguente comprensione delle specifiche necessità (dunque dei possibili obiettivi da perseguire mediante un opportuno percorso di accompagnamento), l'accesso ai percorsi HF vede protagonista una proposta immediata, alla persona, di una vera e propria casa in cui abitare. S.E.F.A. e progetto HF si rivelano dunque due progetti, i quali pur adottando logiche di intervento differenti possono intrecciarsi per alcuni individui, tanto più se si considera come uno dei requisiti richiesti ai fini della partecipazione al progetto HF sia proprio quello di trovarsi in condizioni di marginalità perduranti da diverso tempo, per cui il dormitorio costituisce una tappa frequente nel percorso di vita di questi individui.

Tuttavia, una terza strada si intravede, nelle parole del coordinatore dell'area marginalità della Cooperativa il Simbolo, anche nella possibilità di essere inseriti all'interno di due particolari ambienti legati al S.E.F.A., le già menzionate "casa uomini" e "casa donne": strutture nate con l'intento di offrire ospitalità a persone in condizioni di significativo

¹⁴⁵ Soggetto gestore del progetto HF sul territorio di Livorno è la Cooperativa Sociale Il Simbolo.

disagio abitativo, le quali, tuttavia, sono poi state ricondotte all'ambito dell'emergenza abitativa, mutando in tal modo il proprio *target* di riferimento. Ad esse si accede adesso attraverso apposita domanda di emergenza abitativa (mediante il possesso di determinati requisiti) prevedendo poi, tale percorso, l'assegnazione di una casa popolare. Ciononostante, molti dei loro ospiti sono ancora persone senza dimora con alle spalle il tradizionale percorso dell'emergenza abitativa. Tali strutture sembrano costituire una *via di mezzo*, una sorta di *Housing led* il quale, avvalendosi del supporto degli operatori, viene attivato in attesa di soluzioni abitative maggiormente strutturate, legate ai percorsi dell'emergenza abitativa e all'assegnazione ERP¹⁴⁶ (*ibid.*).

Tuttavia, a specificare le modalità di attuazione della presa in carico sul territorio livornese interviene poi D.B., Responsabile del S.E.F.A., nonché coordinatore del progetto Verso Casa, il quale sostiene che la presa in carico possa essere scomposta in due principali momenti: un primo contatto, una sorta di aggancio iniziale che ha luogo in strada (per come precedentemente descritto) ed un secondo importante momento, presso gli sportelli del S.E.F.A. In merito a questa seconda fase, l'operatore riferisce come l'obiettivo sia quello di instaurare un contatto precoce con gli sportelli descritti, rispetto al momento del contatto in strada, poiché proprio il S.E.F.A. *funge da luogo catalizzatore*, con ciò intendendo che proprio a partire da quel momento, diviene possibile avviare la presa in carico effettiva della persona, dunque comprendere e fornire risposta al bisogno più ampio della stessa, andando oltre la componente indifferibile e urgente.

Presso tali sportelli, la persona senza dimora ha modo di trovare il supporto di cui necessita, erogato da un personale composto di molteplici assistenti sociali, i quali operano nel tentativo di svolgere una funzione di orientamento per quanti si affacciano al servizio per la prima volta¹⁴⁷. Un accesso precoce agli sportelli si rivela perciò fondamentale, soprattutto al fine di soddisfare quella necessità primaria di riposare in un luogo sicuro, dunque di *avere un posto letto caldo e di poter mangiare* (*ibid.*).

È proprio in questa fase iniziale dell'intervento che gli operatori tenteranno di capire se sussistano o meno le condizioni necessarie, per la persona, ai fini della partecipazione ad un progetto, tra cui un sincero interessamento della stessa a prendervi parte. In questo senso, si rende evidente quell'elemento, al quale la letteratura ha dato nel tempo ampio riconoscimento, relativo all'autodeterminazione dell'individuo come aspetto da valorizzare e mai da reprimere o penalizzare: la volontà rappresenta infatti un presupposto

¹⁴⁶ Edilizia Residenziale Pubblica.

¹⁴⁷ Si noti, tuttavia, come raramente la richiesta della persona esprima unicamente necessità di ascolto e orientamento, denotando al contrario una significativa complessità del bisogno (Pubblica Assistenza Livorno, Il Simbolo, Humanitas Livorno, 2019).

fondamentale al fine di intraprendere percorsi di emancipazione da situazioni di *homelessness*. Tuttavia, malgrado le condizioni di enorme difficoltà che affliggono molte persone senza dimora, l'elemento della volontà non sembra poter essere mai dato per scontato. Potrebbe infatti capitare che usufruire dello sportello di cui si discute divenga l'obiettivo stesso di quanti gravitano attorno alla città proprio per questa ragione, oppure temporaneamente, al fine di cercare un impiego. Salvo tali eccezioni, molte delle persone che vi hanno accesso (italiane o straniere che siano) si trovano abitualmente sul territorio livornese senza aver mai avuto accesso, tuttavia, al sistema dei servizi loro dedicati.

Lo sportello predisposto dal S.E.F.A. ha dunque la funzione di rilevare la volontà della persona di partecipare ad un percorso di aiuto più strutturato, inviandone apposita richiesta, qualora sussistano le condizioni per farlo. A tal proposito, il vincolo della residenza gioca un ruolo di primaria importanza: possedere una residenza (o disporre dell'opportunità di conseguirla) consente allo sportello di svolgere azioni di indirizzo e accompagnamento della persona nel percorso di presa in carico, mediante un lavoro preliminare con le persone che incontrerà maggiori o minori difficoltà nel rispondere ai diversi bisogni, in base alle loro possibilità di conseguire una residenza¹⁴⁸. A tal fine, lo sportello interverrà mediante scrittura di una relazione, nel momento in cui gli operatori in esso impiegati avranno modo di constatare l'effettiva presenza di un individuo, ormai da alcuni mesi sul territorio di Livorno, cosicché sia possibile affermare che la stessa detiene i suoi interessi (di qualsiasi natura essi siano) dunque il proprio domicilio, entro quel determinato Comune. Compito degli operatori sarà pertanto quello di fornire alla persona, in un primo momento di contatto, la possibilità di alloggiare presso la struttura (sebbene con evidenti limiti temporali) per poi effettuare una segnalazione nei confronti dell'Ufficio anagrafe, il quale condurrà una prima verifica dei necessari requisiti, anche chiedendo loro maggiori informazioni, volte a valutare se sia possibile avviare la procedura per conseguire la residenza. È dunque così che *negli ultimi tempi siamo riusciti a dare la residenza a persone che da tanto vivevano in questa città, senza però avere accesso agli stessi diritti dei cittadini livornesi* (D.B. Responsabile S.E.F.A.). In tal modo, Livorno è finalmente riuscita ad equiparare, in maniera piena, il godimento dei diritti di molte persone senza dimora a quello degli altri cittadini livornesi.

Sussistono però, a tal proposito, alcuni limiti: in particolare, emerge per il cittadino straniero comunitario che abbia conseguito la residenza la questione critica del non avere,

¹⁴⁸ Il S.E.F.A. rappresenta infatti un servizio che mette a disposizione delle persone senza dimora non soltanto un centro di ascolto o un dormitorio, bensì la possibilità di accompagnamento in un intervento assistenziale e relazionale per la persona stessa.

ciononostante, diritto ad un medico. Un grande problema questo, specialmente in quei casi in cui la persona sia affetta da problematiche prevalentemente sanitarie, alle quali non riesce a trovare risposta mediante l'ottenimento della residenza. A dispetto di tali difficoltà, Livorno sembra aver dimostrato una volontà di *combattere con la burocrazia (ibid.)*, mediante differenti soluzioni adottate nel tempo: si pensi al tentativo di attribuire alla persona lo status di disoccupato, qualora questa abbia lavorato in periodi precedenti (riuscendo ad ottenere, in tal modo, anche il diritto al medico); nel caso in cui questa strada non possa essere percorsa, dunque il centro impiego attesti l'inesistenza di un requisito a carattere lavorativo, l'unica opzione possibile diviene il pagamento della "quota sanitaria", la quale potrà essere sostenuta, su base annuale, dal soggetto richiedente l'assistenza sanitaria, dal Comune che ha in carico la persona sul piano sociale, oppure da un'eventuale associazione.

Tuttavia, gli operatori dello sportello svolgono un ruolo di rilievo anche nei processi di valutazione e conseguente selezione degli individui considerati potenziali partecipanti al progetto HF: il criterio selettivo si individua nella gravità del bisogno abitativo, cosicché ad avere priorità di accesso saranno i soggetti in condizioni più critiche, i quali dispongano delle idonee caratteristiche. Tali operatori svolgeranno inoltre un'opera di supporto nei confronti dei percorsi intrapresi dalle persone senza dimora, predisposti sulla base di un progetto individualizzato seguito dall'assistente sociale di riferimento, nonché da un'equipe multiprofessionale. A questo punto, il ruolo del Responsabile del S.E.F.A. viene circoscritto ad una forma di supporto della quale avvalersi nei momenti di particolare problematicità, vista la conoscenza precedentemente acquisita della persona.

Tuttavia, sulla presa in carico si è poi raccolto anche il fondamentale punto di vista degli operatori comunali, tra cui L.B., coordinatrice dell'area adulti, marginalità e famiglia del Comune di Livorno, la quale riferisce che sebbene la presa in carico ufficiale si manifesti nel momento in cui sussista il requisito della residenza, hanno da subito inizio alcune "attività preventive", che la stessa mette in atto in stretta collaborazione (come si approfondirà nella prossima sezione) con le realtà del Terzo settore che affiancano il Comune nella gestione della problematica. Tali attività saranno finalizzate a costruire una residenza, dunque avere accesso al sistema dei servizi sul territorio, già durante l'attesa dei tempi burocratici e amministrativi di acquisizione della stessa. Proprio la residenza costituisce dunque la prima area fondamentale della quale occuparsi, affinché possa essere ottenuto tutto ciò che ne consegue.

A questo punto, la coordinatrice d'area evidenzia il proprio ruolo all'interno della procedura di presa in carico della persona senza dimora: tale figura verrà infatti coinvolta

dagli operatori del S.E.F.A., i quali si occuperanno di condurre i primi colloqui con la persona; il referente assistente sociale del dormitorio informerà la coordinatrice di una particolare situazione, al fine di avviare insieme un confronto finalizzato a capire come procedere. Sulla base di tali evidenze, è perciò possibile affermare che la presa in carico riesca ad attivarsi in maniera tempestiva, offrendo un primo sostegno alla persona, anche non residente sul territorio livornese.

Tuttavia, è necessario constatare come, quella appena descritta, rappresenti un'esperienza locale peculiare, poiché in altri Comuni l'assenza di tale requisito costituisce un ostacolo ancor più significativo alla risposta ai bisogni della persona. L'unica preconditione che appare perciò necessaria ai fini di tale intervento, dunque della presa in carico della persona, consiste nella conoscenza della stessa, per cui questa dovrà essere nota al territorio (ad esempio ad associazioni di volontariato che svolgono la propria opera in strada). Per questa categoria di individui è dunque possibile avviare un intervento precoce e, come vedremo, altamente collaborativo.

Tuttavia, non siamo di fronte ad una pratica istituzionalizzata, quanto piuttosto ad una consuetudine morale, una *buona prassi (ibid.)* la quale richiederebbe – nell'opinione dell'attuale coordinatrice – maggior formalizzazione, al fine di essere preservata e garantita, qualora un nuovo professionista dovesse subentrare nel ruolo di coordinatore d'area.

Un'ulteriore modalità in cui l'AS del Comune potrebbe trovarsi a dover intervenire è quella in cui, in modo maggiormente autonomo, l'assistente sociale operativo nel dormitorio presenti domanda ai fini del conseguimento di una residenza fittizia per alcuni utenti, i quali gravitano ormai da lungo tempo attorno al dormitorio, cosicché soltanto dopo aver ottenuto tale residenza fittizia, la persona viene segnalata come persona già residente alla coordinatrice d'area. In tal modo, il primo passo della presa in carico può dunque essere compiuto secondo due modalità: direttamente dagli operatori del dormitorio oppure in collaborazione, sin dal primo momento, con il Comune di Livorno.

Ad approfondire maggiormente la presa in carico in caso di partecipazione al progetto HF sul territorio livornese è invece la dottoressa D.C., operatrice sociale della Cooperativa Il Simbolo. Secondo quest'ultima, per quanto riguarda i casi di inserimento realizzati fino ad oggi nel territorio livornese, a seguito dell'individuazione dei soggetti idonei alla partecipazione al progetto la presa in carico è stata tempestiva, caratterizzandosi per un aggancio avvenuto nel giro di poche settimane. L'operatrice riferisce, inoltre, come uno strumento fondamentale sia stato rappresentato proprio dal dormitorio, il quale ha permesso di venire a conoscenza della drammatica situazione di molti individui. Una volta condotti

i relativi colloqui, l'inserimento in casa è stato estremamente rapido, essendo avvenuto addirittura nel medesimo giorno. A seguito dell'aggancio iniziale, la cooperativa ha infatti prontamente effettuato alle persone una proposta di collocamento abitativo, premunendosi delle relative chiavi al fine di permettere loro (nell'eventualità di una risposta positiva) di avere accesso immediato all'alloggio¹⁴⁹. Soltanto dopo un primo breve periodo (pari ad alcuni giorni), caratterizzato da una fase di orientamento e di assestamento in cui i contatti si sono solitamente limitati alla modalità telefonica, gli operatori hanno ritenuto opportuno procedere con le necessarie pratiche burocratiche, dunque a far visita alle persone in casa. La prima questione fondamentale è stata perciò la formalizzazione di un contratto: gli appartamenti utilizzati per il progetto HF nella città di Livorno sono stati reperiti dal mercato privato, da singoli proprietari ai quali la Cooperativa Il Simbolo è legata da un contratto di affitto. Tale organismo ha poi stipulato un contratto di subaffitto con la persona inserita, il quale una volta intestato a quest'ultima le ha permesso di risultare regolarmente inserita, avendo accesso alla possibilità di conseguire la residenza in tale abitazione¹⁵⁰. *La cooperativa stipula infatti contratti di affitto con i proprietari, concedendo poi, in locazione, l'alloggio che viene regolarmente registrato (con tutti gli elementi annessi del caso, ad esempio l'intestazione delle bollette etc.)* (A.C., Vicepresidente della Cooperativa Il Simbolo): un meccanismo capacitante, questo, in grado di riconoscere significativi livelli di autonomia alla persona.

Si noti come, ai fini della partecipazione al progetto HF, non sia necessario essere titolari di una residenza al momento dell'ingresso in casa, quanto piuttosto essere in possesso di regolare documentazione di identità, affinché si renda possibile, in un secondo momento, acquisire la residenza stessa, cosicché

la residenza in sé non costituisce un requisito fondamentale. Il requisito fondamentale è possedere dei documenti validi ordinariamente (sia per il progetto HF, perché la persona possa vedersi intestare un contratto di sublocazione, sia per quanto riguarda il S.E.F.A.).

¹⁴⁹ Si noti come, prevalentemente, la proposta di partecipazione al progetto HF venga formulata nei confronti di persone che da tempo si trovano in strada nel territorio livornese: HF costituisce infatti una forma di inserimento volta a rafforzare anche le reti, costruite dalla persona negli anni, entro il proprio ambiente di vita.

¹⁵⁰ Secondo l'operatrice, nell'attuazione del progetto HF entro il territorio di Livorno non sembrano essersi riscontrate grandi difficoltà se non, talvolta, una dilatazione delle tempistiche: un aspetto del tutto normale e comprensibile, dal momento in cui a fondare questo approccio è il principio di autodeterminazione della persona, senza considerare inoltre l'avvento e l'impatto del Covid-19 (un elemento, questo, che ha ulteriormente allungato i tempi relativi alle pratiche burocratiche, poiché le attività di molti uffici hanno subito una battuta d'arresto, mentre adesso i diversi servizi riescono a lavorare in rete, anche procedendo mediante una semplice e-mail). Non si riscontrano invece difficoltà connesse al modello o al relativo metodo di attuazione.

Agli stranieri sarà invece richiesto di essere regolarmente presenti sul nostro territorio, soprattutto per quanto riguarda il progetto HF (C.M. coordinatore area marginalità, Cooperativa Il Simbolo).

Pertanto, Livorno sembra individuare un criterio selettivo ai fini dell'accesso al sistema degli interventi, almeno in un primo momento, non tanto nell'elemento della residenza quanto, piuttosto, nell'essere persone identificabili sul territorio. La residenza diviene tuttavia fondamentale, nel momento in cui la persona ha accesso all'abitazione messa a disposizione dal progetto HF, in modo da rendere possibile l'attivazione di ulteriori *percorsi di autonomia*, soprattutto al fine di tutelare l'individuo attribuendogli piena titolarità del contratto di locazione e non assimilandolo, al contrario, ad un semplice ospite, *proprio perché l'idea di HF è quella di dare una casa alla persona, quindi prendervi la residenza è un passaggio che in qualche modo mette anche la persona stessa in un atteggiamento di responsabilità verso l'alloggio, diversamente da altre collocazioni (ibid.).*

La residenza, o il domicilio, si rivelano dunque necessari all'attivazione di percorsi differenti, supportati dall'assistente sociale dello sportello. Ciononostante, alla persona non verrà richiesto di dimostrare di essere domiciliata a Livorno per accedere ai servizi menzionati. L'unico requisito consisterà nel possedere un attestato d'identità in corso di validità o un documento comprovante la regolare presenza sul territorio.

Nel caso in cui non sussista, inizialmente, una residenza, sarà infatti la stessa Cooperativa il Simbolo ad accompagnare le persone nell'espletamento delle pratiche necessarie, se non addirittura nella ricostruzione della documentazione del caso. Quest'ultima tematica si connette ad una criticità ulteriore:

Ci sono persone che spesso risultano irreperibili, motivo per cui più che di acquisire la residenza, si tratta di ricostruire la presenza delle persone sul territorio, per riprendere la residenza dove in realtà non la avevano mai persa. Questo è molto importante, ad esempio nell'ottica di alcuni benefici economici quali il Reddito di cittadinanza o la domanda ERP, laddove sono richiesti determinati requisiti temporali inerenti alla propria presenza sul territorio [...]. Spesso, più che prendere la residenza è dunque importante ricostruire i requisiti della persona senza dimora e sanarne l'irreperibilità, poiché in realtà questa non aveva mai abbandonato il territorio negli ultimi anni (ibid.).

È dunque sulla base di tali affermazioni che *il tema della residenza può considerarsi, nella città di Livorno, pienamente risolto (A.C.)¹⁵¹.*

Tuttavia, anche la semplice richiesta di documentazione di identità cede il passo alla necessità di proteggere la persona durante i periodi di emergenza freddo, trattandosi di una vera e propria risposta salvavita. Per la stessa motivazione, in tali periodi anche il S.E.F.A. ammette eccezioni ai requisiti ordinariamente richiesti e qui descritti, *perché questo è considerato un intervento prevalente. Essendo orientato a evitare rischi per la salute e per la vita della persona, viene considerato intervento di emergenza, per il quale si può procedere anche senza una regolarità sul piano della presenza nel territorio (ibid.).*

Una valida soluzione ai fini di un intervento immediato nei periodi del gelo invernale è poi stata individuata, dal territorio livornese, nella messa a disposizione di alberghi di emergenza: ogni anno Livorno sceglie di rendere disponibile questa ulteriore possibilità, la quale costituisce inoltre una soluzione più duratura, inserendo le persone bisognose in affittacamere o alberghi per la quasi totalità del periodo invernale, con l'intento di togliere dalla strada il maggior numero di persone possibili. Così spiega C.M., coordinatore dell'area marginalità della Cooperativa Il Simbolo, il quale prosegue ricordando come questa non rappresenti l'unica forma di intervento che Livorno è in grado di attivare per combattere la strada nei periodi di gelo.

Nei periodi di freddo più intenso viene attivato un altro intervento di bassa soglia, caratterizzato da alcuni moduli abitativi prefabbricati, dove vengono ospitate in maniera occasionale (nei giorni molto freddi) persone che si trovano in strada, anche con animali¹⁵². Si tratta di un intervento maggiormente orientato a togliere dalla strada durante la notte persone che, in giornate particolarmente fredde, potrebbero essere a rischio anche della loro stessa vita (ibid.).

Tuttavia, le albergozioni di emergenza si sono inoltre rivelate una prima misura di intervento fondamentale anche nel caso di nuclei familiari, con a carico soggetti di minore

¹⁵¹ Si noti, inoltre, come in questo modo la realtà livornese abbia permesso alle persone coinvolte nel progetto HF di avere accesso anche alla quota affitto relativa al Reddito di cittadinanza, tale per cui i beneficiari della misura possono godere, a seguito della presentazione del contratto di affitto, di una quota aggiuntiva rispetto a quella ordinaria, finalizzata al sostenimento delle spese di compartecipazione alla casa, valorizzando in tal modo un altro dei principi fondamentali del modello originale HF. Nel contratto di subaffitto si richiede infatti, in maniera esplicita, di compartecipare alle spese mediante tale quota dedicata.

¹⁵² Si tratta di una serie di grandi container, collocati entro il cortile del dormitorio, al fine di ospitare quanti si vedano costretti a pernottare all'aperto, poiché rimasti esclusi dall'accesso a quest'ultima struttura.

età: anche in questa casistica del tutto particolare, Livorno si è dimostrata in grado di intervenire in maniera precoce, intercettando le famiglie ed inserendole, in un primo momento, all'interno di tale tipologia di strutture. Una soluzione precaria, dunque, alla quale ha fatto seguito un inserimento abitativo mediante il progetto HF, al fine di procedere poi per i percorsi ordinari dell'assegnazione abitativa.

Livorno sembra dunque porre alla base del suo intervento, anche nell'ambito del progetto HF, il principio del *rapid rehousing*, per cui appare opportuno riempire il lasso di tempo che intercorre tra la domanda, il conseguimento di un punteggio e di conseguenza di un alloggio di emergenza abitativa fornendo una casa e, soltanto dopo di ciò, procedere con la progettualità ordinaria.

Ad ogni modo, la presenza di nuclei familiari all'interno dei progetti HF è ormai conclamata, tanto da essere citata anche nei dati relativi al Network Housing First Italia (nonostante di per sé, il progetto HF sia stato ideato per persone singole). Infatti, *normalmente una famiglia segue i percorsi dell'emergenza abitativa, che i servizi prendono in carico con graduatorie, assegnazione dell'emergenza abitativa etc. A Livorno invece, queste persone si sono trovate in strada completamente all'improvviso (non si trattava di situazione di sfratto programmato) (ibid.)*.

In tali casi, infatti, pur di evitare che una famiglia con minori trascorra le notti all'interno di una stazione o in qualsiasi altro luogo inadeguato, il Comune predispone un intervento pubblico diretto da parte dell'unità dei servizi sociali, teso ad inserire la famiglia in albergo, almeno in un primo momento. Collocamenti di questo tipo sembrano però configurarsi come soluzioni emergenziali, da utilizzarsi limitatamente allo stretto necessario, considerato il notevole dispendio di risorse da essi richiesto nonché la loro sostanziale inadeguatezza, se adoperati quali soluzioni di lungo periodo. Una risposta, dunque, da utilizzare soltanto nel caso di interventi in favore di famiglie ritrovatesi a vivere in strada senza alcun preavviso, prive di qualsivoglia risorsa a carattere familiare o di altra natura, poiché *il principio di proteggere la persona dalla strada prevale sempre* (P.T., Responsabile Servizio sociale professionale, Comune di Livorno).

4.3.2. Il grado di integrazione della presa in carico

Per quanto concerne la seconda area di ricerca che l'elaborato si propone di sondare, proprio l'integrazione tra i diversi attori e servizi nell'ambito dell'*homelessness* sembra costituire, come vedremo, uno degli elementi di forza dell'esperienza livornese.

Tale sinergia si evidenzia nella presa in carico di persone contraddistinte da una forte multi-problematicità e non soltanto dalla mancanza di un'abitazione in cui individuare un luogo

sicuro, le quali esprimono, in tal modo, un disagio complesso e di natura socio-relazionale, talvolta legato a dipendenze o a problematiche di salute mentale. È proprio in simili situazioni che l'inserimento abitativo ha rappresentato la migliore occasione per instaurare una connessione, che potesse poi articolarsi in un contatto continuativo tra i diversi attori, al fine di prefissare obiettivi condivisi ed i necessari momenti di verifica (perduranti ben oltre la fase iniziale del progetto) al fine di monitorarne l'andamento.

Dalle interviste emerge, innanzitutto, come gli attori che intervengono nella presa in carico dalla persona senza dimora siano molteplici e in costante collaborazione tra loro, provenienti sia dal mondo del Terzo settore, sia da quello del Servizio sociale.

La sinergia tra i diversi servizi coinvolti si manifesta in maniera forte, ad esempio, proprio nell'attuazione del progetto HF: attivato previa individuazione dei soggetti maggiormente bisognosi (per i quali non si rendeva possibile accedere ad altre tipologie di interventi) per l'attuazione del progetto la Cooperativa Il Simbolo ha provveduto a realizzare i diversi inserimenti abitativi mediante una stretta cooperazione tra molteplici servizi tra cui, in molte casistiche, il Servizio sociale comunale, il Ser.D. e la psichiatria territoriale.

Una dimensione fortemente collaborativa, la quale ha trovato la sua massima espressione, nel territorio di Livorno, in un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha assunto la denominazione G.A.M. (Gruppo Alta Marginalità). Formatosi circa tre anni fa a partire dai Responsabili dei servizi di Alta Marginalità, il G.A.M. riunisce in maniera continuativa tutti i referenti dei servizi coinvolti in tale area, dunque numerosi assistenti sociali, provenienti da diverse organizzazioni (il Servizio sociale comunale, i servizi afferenti alla psichiatria, ma anche il Ministero della giustizia, il Ser.D., nonché organismi del Terzo settore, i quali intrattengono stretti rapporti con il Comune di Livorno)¹⁵³. Tale gruppo multiprofessionale si rivela, pertanto, una componente fondamentale dell'intervento nell'ambito della grave marginalità livornese, mediante la quale sono inoltre stati individuati i candidati idonei ai fini dell'inserimento nel progetto HF.

In particolare, il G.A.M. nasce come un gruppo costituito dal basso e in maniera spontanea dagli operatori attivi sul territorio, con l'intenzione di lavorare in maniera coordinata, nonché di avere un quadro della situazione territoriale più esaustivo possibile. Questo perché *non si può lavorare in maniera isolata, bisogna mettere insieme risorse, occhi,*

¹⁵³ Di tale integrazione si ritrova traccia, in particolare, nei report prodotti dalla Cooperativa Sociale Il Simbolo con riferimento all'attività del progetto HF per l'anno 2021. Da questi si evince, infatti, un notevole grado di collaborazione ai fini della realizzazione del progetto, nella forma di attività di contatto e collaborazione svolte dalla cooperativa con/per gli utenti nei confronti di altri servizi, con riferimento ai seguenti ambiti: accoglienza, abitativo, lavorativo, sanitario, sociale e burocratico amministrativo.

competenze e menti per capire meglio, perché capire il bisogno è difficile, non si può essere isolati (P.T., Responsabile Servizio sociale professionale, Comune di Livorno). La fondazione di tale gruppo trova pertanto la sua ragion d'essere nell'intrinseca complessità dei bisogni delle persone senza dimora, i quali possono rivelarsi alquanto ostici da comprendere e soddisfare. Il G.A.M. ha così permesso di *intrecciare e di sviluppare varie reti all'interno della realtà livornese (sebbene, con alcuni limiti) (ibid.)*, consentendo dunque, secondo la totalità degli intervistati, di raggiungere un buon livello di integrazione dell'intervento.

Il G.A.M. si identifica allora in uno strumento di azione coordinata, nonché di comunicazione e condivisione dei percorsi di aiuto per le persone senza dimora: una sorta di luogo di raccordo delle informazioni raccolte, lo spazio di più ampio confronto e condivisione sul piano operativo, presente nell'ambito della grave marginalità livornese. Lo stesso è infatti in grado di riunire, al suo interno, la totalità dei servizi coinvolti nel sistema di contrasto all'*homelessness*, così da consentire una personalizzazione degli interventi sulla base delle specifiche esigenze dell'individuo, tale per cui *ogni persona dispone della propria equipe multidisciplinare* (D.C., operatrice sociale, Cooperativa Il Simbolo), strumento fondamentale per rispondere al bisogno complesso della persona.

In particolare, la coordinatrice dell'area marginalità per il Comune di Livorno specifica la composizione di questo gruppo, evidenziando l'apporto fornito anche dal consultorio, nonché dal coinvolgimento di tutte quelle realtà che collaborano con il Comune Di Livorno, tra cui Caritas, molte realtà cooperative e tutti gli organismi che gravitano attorno alle persone senza dimora. Grazie alla sua intrinseca multidisciplinarietà, il G.A.M. (che si riunisce a cadenza mensile) si configura quale *luogo di confronto, di pensiero, di progettazione* costituendosi come esperienza di integrazione, ricca di valore e significato (*ibid.*). Si noti che il gruppo di lavoro svolge un ruolo fondamentale nel processo di intervento, sin dal momento del primo contatto con la persona, lungo tutto il percorso di aiuto. In particolare, il G.A.M. ha funzionato come spazio di confronto centrale anche per le prese in carico di individui oggetto di inserimenti HF (D.C., operatrice sociale Cooperativa Il Simbolo).

Gli attori coinvolti si riuniscono dunque periodicamente, in virtù della necessità di discutere caso per caso o di particolari esigenze, al fine di effettuare verifiche o reciproci aggiornamenti in merito alle differenti situazioni. Ciò, anche producendo relazioni di equipe, senza mai seguire, tuttavia, protocolli scritti e preformati.

In generale, per la totalità degli intervistati si riscontra una buona capacità di lavorare in rete da parte dei servizi livornesi afferenti alla grave marginalità, ma si riconoscono al

contempo – riferiscono gli interlocutori provenienti dall’ambito comunale – alcune *discrepanze*, laddove il Servizio sociale si sia trovato a dover collaborare con realtà destrutturate quali, ad esempio, il volontariato. Ciò, soprattutto in relazione alla natura stessa di tali attività, le quali si avvalgono di personale spesso non formato e che tenta, talvolta, di imporre prassi e procedure ad esso appartenenti.

Le associazioni del Terzo settore con cui il Comune collabora sono molteplici, ma soltanto alcune di esse intrattengono un rapporto contrattuale formale con l’amministrazione. Numerosi sono anche gli organismi di volontariato, i quali non disponendo di contratti con l’amministrazione non sono tenuti a conferire alcuna formalizzazione a qualsivoglia accordo (tra cui la Comunità di Sant’Egidio)¹⁵⁴. Poiché tali associazioni collaborano a vario titolo con gli altri soggetti della presa in carico, sussiste la necessità di istituire tavoli di confronto per casistiche particolarmente critiche (si pensi, ad esempio, alla presenza di persone in strada durante i periodi più freddi dell’anno).

Dunque, per quanto gli interventi sul territorio livornese siano caratterizzati da un buon grado di integrazione in tale settore e negli anni ci siano stati significativi avanzamenti, il lavoro da fare è ancora consistente. I cambiamenti sembrano essere lenti ma costanti, lavorando in maniera incrementale nel corso del tempo, portando a conquiste significative sul lungo periodo.

Fondamentali ai fini di una presa in carico realmente integrata appaiono poi i contatti ed i rapporti con il Servizio sanitario: a tal proposito, il Responsabile del Servizio sociale professionale rende noto come non esistano, attualmente, protocolli formalizzati (al contrario prima presenti) anche se risulta essere in corso una collaborazione con i servizi afferenti alla salute mentale, proprio in merito a tali aspetti. L’intenzione è quella di consolidare l’integrazione Comune-ASL, individuando appositi protocolli che provvedano a definire in maniera dettagliata i compiti di ciascun servizio, ai fini di un coordinamento efficace. Sul raggiungimento di tale obiettivo rivestirà certamente un peso la disponibilità degli operatori sanitari a collaborare: infatti, *chi fa la differenza nei servizi sono le persone e i loro modi di lavorare (ibid.)*¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Dall’intervista che verrà analizzata nella terza sezione della ricerca emerge, inoltre, un interessante ruolo collaborativo e di supporto che la Comunità sembra svolgere nei confronti del Servizio sociale comunale livornese: in questo senso, la *proposta tecnica* per la persona sarà coordinata con i servizi, nell’ottica di realizzare un supporto teso a stimolare la *compliance* dell’utente, dunque l’aderenza a questo tipo di percorsi (un elemento, quest’ultimo, il quale non può essere dato per scontato) (M.E.F., medico volontario, Comunità di Sant’Egidio).

¹⁵⁵ A tal proposito, competenze relazionali quali disponibilità, cordialità, gentilezza, pazienza e capacità di comprensione empatica si rivelano veri e propri strumenti professionali ai fini della realizzazione di un buon intervento, i quali possono concretamente fare la differenza all’interno di

E proprio al fine di evitare di affidarsi unicamente alla disponibilità di tali operatori, appare di fondamentale importanza disporre di appositi protocolli di intervento, anche in funzione di un monitoraggio e di una valutazione in itinere, dunque di verifica degli aspetti più o meno positivi e negativi del processo di intervento.

L'integrazione tra sistema sociale e sanitario rappresenta, dunque, una dimensione sulla quale Comune e ASL stanno attualmente lavorando. A tal proposito, dall'analisi delle interviste sembra possibile affermare che negli ultimi due anni si sia riscontrata una più solida volontà di collaborazione, anche perché *da soli non si va da nessuna parte (ibid.)*.

Tuttavia, l'integrazione tra i diversi servizi di cui si discute non sembra riscontrarsi sul versante economico finanziario. Dalle interviste emerge infatti come, sebbene rispetto ai servizi predisposti nei confronti della popolazione *homeless* esistano numerose risorse comunali di cui disporre¹⁵⁶, non siano attualmente presenti, al contrario, fondi propriamente compartecipati ed integrati sul piano sociale e sanitario. È pertanto il Comune di Livorno ad occuparsi prevalentemente dell'ambito relativo alla grave marginalità, non essendo presente sul territorio alcuna Società della salute, bensì una convenzione tra Comune e ASL¹⁵⁷. In tal modo, Servizi sanitari e Servizi sociali si trovano in condizione di operare in maniera alquanto autonoma, sebbene *ognuna delle due aree disponga di possibilità di progettazione sulle persone che segue (D.B. Responsabile S.E.F.A.)*.

Altra dimensione che il Servizio sociale livornese intende consolidare è quella dell'integrazione tra servizi afferenti alla salute mentale e Ser.D., la quale si manifesta dalle diverse interviste come un'area contraddistinta da notevoli livelli di complessità (al punto da indurre un'operatrice sociale ad affermare che tale integrazione si riscontri soltanto, in via teorica, sui testi di studio e quasi mai nella realtà operativa). Si tratta infatti di servizi altamente complessi, afflitti da difficoltà interne che li inducono a sperimentare ancor più ostacoli nel confrontarsi e lavorare in rete con gli altri. Ad aggravare la situazione, si aggiunge inoltre la sindrome del *burnout* dalla quale molti operatori vengono travolti, a causa dell'enorme mole di lavoro e della grande complessità che caratterizza tali settori. Una situazione drammatica, la quale fa sì che tali servizi tendano, talvolta, a scaricare il problema sul versante sociale, se non addirittura ad "assentarsi" dall'intervento.

una strategia d'azione, di un progetto e di un percorso di aiuto per la persona senza dimora (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2015).

¹⁵⁶ Il riferimento è a tutte quelle risorse comunali derivanti dagli avvisi ministeriali finalizzati, ad esempio, al sostenimento di tirocini di inclusione per la persona che, pur senza dimora, risieda sul territorio, con l'aggiunta di fondi nazionali dai quali poter attingere a seconda delle diverse casistiche.

¹⁵⁷ In realtà, la strada della Società della salute è stata percorsa in passato anche nella zona livornese, senza tuttavia conseguire – precisa il Responsabile del Servizio sociale professionale – i risultati auspicati e rendendo di fatto necessario effettuare un passo indietro.

Tuttavia, simili difficoltà non sembrano essere legate, secondo gli intervistati, ad una mancanza di adeguate procedure da seguire, né ad una carenza di volontà da parte dei relativi operatori quanto, piuttosto, a difficoltà interne di funzionamento. Sarebbe dunque opportuno soffermare lo sguardo sulle suddette criticità, specialmente considerando che proprio da tali ambiti provengono la gran parte degli individui in possesso dei requisiti per la partecipazione al progetto HF.

Sebbene dei protocolli in tale ambito effettivamente esistano, nell'intento di regolare il coordinamento tra servizi afferenti alla salute mentale e Ser.D., gli intervistati riferiscono come il lavoro di equipe presenti significative difficoltà, le quali denotano, pertanto, ampi margini di miglioramento. Per tale ragione, nei casi di doppia diagnosi (i quali vedono coinvolti entrambi i servizi) sembra dunque più funzionale partire non tanto dal chiedersi se sussista da prima la problematica psichiatrica o la dipendenza dalla sostanza, quanto piuttosto individuare un punto di partenza nell'elemento comune del bisogno.

Un ruolo nel favorire l'integrazione dell'intervento nell'ambito della grave marginalità dovrebbe poi essere svolto – emerge da alcune interviste – dall'Ufficio di piano. Un organismo, quest'ultimo, che l'ente comunale e l'ASL hanno cominciato a strutturare soltanto negli ultimi due anni sul territorio di Livorno e il quale si concentra ad oggi, maggiormente, su alcuni settori (caratterizzati da una più ampia condivisione tra i due soggetti, si pensi ad esempio alla disabilità) dove l'integrazione sembra ormai essersi sufficientemente consolidata.

Pertanto, nonostante nel corso degli ultimi anni tali enti si siano impegnati nello sforzo comune di individuare aree di reciproca integrazione (senz'altro raccomandabile, secondo la totalità dei diversi punti di vista raccolti), un'effettiva sinergia non sembra essere stata ancora raggiunta nel settore delle persone senza dimora: se sul piano operativo sussiste certamente un buon grado di integrazione tra operatori ASL e operatori comunali, tale ambito appare ancora oggi scoperto da una vera e propria operatività condivisa per quanto riguarda il livello amministrativo.

Venendo adesso al livello di collaborazione e di integrazione tra attori pubblici e attori appartenenti al Terzo settore nella presa in carico delle persone senza dimora, proprio la Cooperativa il Simbolo svolge un ruolo fondamentale in tale dimensione, che si sostanzia nella capacità di far presente al soggetto pubblico ciò di cui la persona potrebbe aver bisogno, grazie ad una maggiore vicinanza e conoscenza della stessa (ad esempio suggerendo l'opportunità di un reinserimento lavorativo, al fine di incrementare l'*empowerment* della persona, oppure di un coinvolgimento in attività laboratoriali per persone con dipendenza o malattia mentale). Interessante anche la possibilità emersa dalle

interviste, per le persone senza dimora, di usufruire di borse lavoro, per cui sebbene i soggetti idonei vengano segnalati a tal fine dall'operatore sociale competente, gli operatori della cooperativa si propongono, *in un'ottica di integrazione e collaborazione, di segnalare all'assistente sociale della persona quello che potrebbe essere più utile, in virtù della relazione con la persona stessa [...] nonostante, titolare del progetto rimanga, chiaramente, l'assistente sociale del Servizio (D.B., Responsabile S.E.F.A.).* A questo proposito, forme di integrazione si rintracciano anche nella messa a disposizione di proprie strutture, da parte della cooperativa, al fine di accogliere lo svolgimento di eventuali borse lavoro.

Infine, un'espressione di integrazione operativa tra diverse professionalità si rintraccia, inoltre, nel lavoro di equipe che caratterizza le attività interne al S.E.F.A, per cui:

l'equipe del S.E.F.A. si compone di molteplici figure professionali, tra le quali assistenti sociali, operatori dello sportello, operatori del punto di accoglienza (i quali poi, effettivamente, avviano una presa in carico, anche se non formale, svolgendo un lavoro più educativo, di accompagnamento della persona durante il giorno, attraverso appuntamenti e colloqui). Con tale gruppo di lavoro svolgiamo un'azione orientata alla progettazione di percorsi sulle persone, mirata all'uscita dalla condizione di senza dimora. Il lavoro svolto è dunque quello di raccogliere, di tracciare i contenuti dei colloqui, cercando di individuare quali siano le risorse che le persone possono mettere in campo e quello che possiamo attivare per aiutarle ad uscire dalla continua necessità di accedere al S.E.F.A. Tale sistema diventa infatti una risorsa che rischia di cronicizzare la condizione di senza dimora, se non vi è, di fatto, un supporto di questo tipo (C.M., coordinatore area marginalità, Cooperativa Il Simbolo).

Saranno proprio gli operatori dello sportello a prendere parte attiva al G.A.M., per cui esso si configura, anche nel parere degli operatori della cooperativa, come *un primo contesto, in cui si cerca di mettere insieme un po' tutti i pezzi del lavoro che viene realizzato con le singole persone (ibid.).*

In particolare, il coordinatore dell'area marginalità della Cooperativa Il Simbolo riferisce di occuparsi proprio di individuare forme di coordinamento tra il lavoro svolto dagli operatori dello sportello e quello realizzato dai Responsabili del Servizio sociale, tanto da affermare che sussista *molta collaborazione, soprattutto con il Responsabile del Servizio sociale professionale e con la referente dell'area marginalità, ma più in generale con tutto il gruppo di lavoro dell'emergenza abitativa, che affrisce però ad un altro servizio.* Tra i gestori del S.E.F.A. e gli operatori pubblici emerge dunque, dalle interviste, una

comunicazione diretta e costante, che si sostanzia nello scambio di e-mail, nell'invio di relazioni e reportistica inerente ai progetti realizzati¹⁵⁸.

Ulteriori forme di collaborazione si evidenziano nelle relazioni che il dormitorio intrattiene, inoltre, con l'Agenzia di Continuità Ospedale e Territorio (ACOT), la quale *invia le persone dimesse dai vari reparti in via prioritaria, segnalandone le relative situazioni*. In tal modo, l'assistente sociale dell'ACOT si occuperà di effettuare una segnalazione con riguardo a situazioni critiche, al fine di permettere un ingresso diretto all'asilo notturno aggirando il passaggio preliminare dallo sportello, il quale verrà pertanto rimandato ad un momento seguente.

Una dimensione di coordinamento caratterizza poi le relazioni tra il S.E.F.A. ed il consultorio, nel momento in cui questo rilevi situazioni particolarmente problematiche, le quali necessitano di considerazione al fine di facilitare l'ingresso in opportune strutture di accoglienza¹⁵⁹. Anche in questo caso, mancano dei veri e propri protocolli sottoscritti, ma il Responsabile del S.E.F.A. riferisce di avere effettuato in precedenza incontri con i diversi Responsabili, i quali hanno portato ad adottare questo tipo di modalità lavorativa, scelta dunque in condivisione tra i diversi servizi.

4.3.3. Il coinvolgimento attivo delle persone senza dimora

Con particolare riguardo alla terza domanda di ricerca, inerente all'eventuale coinvolgimento delle persone senza dimora nelle attività delle quali, le stesse, sono anche destinatarie (sul piano della progettazione oppure della loro erogazione) A.C., Vicepresidente della Cooperativa Il Simbolo esprime la posizione di tale organizzazione in merito all'argomento.

Sebbene forme di coinvolgimento all'interno della cooperativa siano effettivamente presenti, tale partecipazione non sembra avvenire in maniera strutturata. Ciò che è possibile riscontrare sono piuttosto *delle proposte di attività, quali ad esempio la partecipazione al banco alimentare, la sistemazione degli spazi esterni ai dormitori, le quali si configurano come attività "spot", dunque non preventivamente programmate*. Una sorta di compartecipazione delle persone senza dimora, pertanto, ad alcuni *momenti di vita dei servizi* che la cooperativa stessa si propone di erogare (*ibid.*). Sembra dunque possibile assimilare le suddette forme di coinvolgimento ad una collaborazione occasionale e non

¹⁵⁸ Altro importante attore pubblico comunale è rappresentato dall'Ufficio casa, con il quale il Responsabile del S.E.F.A. si rapporta poiché titolare di alcuni progetti nell'ambito di nostro interesse. Si noti come anche le albergozioni effettuate nei periodi invernali siano di titolarità del medesimo ufficio.

¹⁵⁹ Si noti, tuttavia, come nei casi di violenze sussista un apposito codice da seguire.

ancora strutturata, considerando che ad oggi non è previsto alcun inserimento in organico delle persone, cui la cooperativa rivolge i propri servizi.

Ciononostante, l'augurio del Vicepresidente è che tale coinvolgimento possa presto essere incrementato, essendo considerato un valido strumento per agevolare percorsi di aiuto della persona senza dimora.

A fornire ulteriori dettagli con attenzione alla presente domanda di ricerca è poi il Responsabile dell'area marginalità della medesima cooperativa, il quale riconosce come, su questo versante, Livorno abbia ancora molta strada da percorrere, ma che allo stesso tempo i presupposti e la volontà di realizzare un simile ideale siano ben presenti, confermando come da quasi due anni ormai sia stato ipotizzato un lavoro in tale direzione, entro il contesto del centro diurno del S.E.F.A. Nell'ambito di tale progetto (il cui avvio è stato sfortunatamente ritardato dall'avvento della pandemia) gli operatori avevano infatti previsto la creazione di un gruppo di *peers* con cui lavorare proprio alla progettazione di questo servizio, così che *l'idea era non semplicemente quella di replicare i servizi già esistenti (docce, colazioni, luoghi dove trovare riparo dal freddo) ma proporre uno spazio dove le persone senza dimora potessero in qualche modo anche dare sfogo alla propria creatività, ai propri desideri, ideando loro stesse alcune attività (ibid.)*. Si tratta dunque a pieno titolo di un servizio capacitante, che la realtà di Livorno ha cercato di offrire alle persone senza dimora presenti sul territorio, ma il quale ha purtroppo incontrato la sua fine nel momento in cui, nel giro di un anno, i finanziamenti disponibili si sono esauriti. Tuttavia, i due intervistati riferiscono che a breve l'attività dovrebbe riprendere il suo corso, grazie ad una gara conclusasi recentemente.

Durante il suo primo anno di operatività, il progetto sembra tuttavia aver dato grande prova di efficacia e utilità, considerata la ricchezza dei suoi membri, divenuti assidui frequentatori: nello svolgimento di tali attività, si è riscontrato addirittura il tentativo, attuato da parte delle persone coinvolte, di proporre idee e attività di loro interesse, tanto che alcuni utenti hanno concepito e predisposto un'area esterna al S.E.F.A., adibendola a piccolo orto. È perciò possibile affermare che l'idea di un coinvolgimento più intenso e strutturato degli utenti, anche sul piano della progettazione dei servizi, sia quantomeno presente, da parte delle realtà del Terzo settore presenti sul territorio. Ad oggi, però, si tratta ancora di un progetto alquanto acerbo.

Anche per quanto concerne gli inserimenti afferenti al progetto HF, gli operatori della cooperativa riferiscono come vi fosse *ugualmente questo tipo di idea*, specificando ciononostante, come essa risulti difficilmente applicabile al momento, se considerate le caratteristiche degli ospiti attualmente inseriti, i quali *non dispongono di quel livello di*

autonomia e di iniziativa che permette questo tipo di passaggio (ibid.). Pertanto, l'unico contesto entro il quale un simile progetto appare attuabile nel territorio livornese è quello del S.E.F.A., il quale sembra trovarsi, suo malgrado, ancora in una fase a carattere esplorativo. Rimane tuttavia forte l'intenzione di potenziare questo aspetto non appena possibile, anche al fine di valorizzare quelle risorse significative delle quali molti ospiti dispongono, malgrado la complessa condizione di vita.

La coordinatrice dell'area adulti, marginalità e famiglia del Comune di Livorno evidenzia, a tal proposito, come all'interno del centro diurno fossero stati messi a disposizione anche una serie di computer, con l'intenzione di realizzare un laboratorio di scrittura (sfortunatamente non concretizzatosi), intravedendo una possibilità di coinvolgimento attivo per le persone senza dimora anche da parte di enti del Terzo settore, mediante la partecipazione a laboratori e corsi di cucina realizzati da Caritas Italiana.

Al di là dei tentativi di coinvolgimento degli utenti nelle attività di collettività alimentare, del banco farmaceutico etc., forme di coinvolgimento ulteriori sul piano dell'erogazione dei servizi sono state realizzate, secondo il Responsabile del S.E.F.A., proprio nel corso delle fasi critiche della pandemia: si pensi al periodo iniziale, in cui il dormitorio ha infatti provveduto ad un coinvolgimento attivo degli ospiti, nel tentativo di rendere gli stessi consapevoli della situazione in corso, dunque della necessità imprescindibile di rispettare poche ma fondamentali misure di sicurezza non solo ai fini del benessere individuale, ma anche di quello collettivo. Il principio alla base di tale idea è stato dunque quello di condividere, quanto più possibile, ogni decisione rilevante, a partire dalle scelte più semplici (inerenti, ad esempio, all'utilizzo della mascherina all'interno della struttura, nonché alla necessità di igienizzarsi le mani ed essere sempre presenti). La condivisione ha svolto un ruolo fondamentale nell'evitare che simili misure venissero avvertite come imposizioni dall'alto e, per questo, eventualmente incomprese dagli utenti dei servizi.

Secondo gli esponenti della cooperativa, quello appena esposto costituisce un modus operandi mutuato dagli stessi principi dell'approccio HF, utilizzato anche nei diversi servizi che Il Simbolo si trova a gestire. In particolare, secondo il Responsabile del S.E.F.A., un maggior coinvolgimento delle persone all'interno della progettazione dei servizi esprimerebbe, certamente, un impatto positivo sugli stessi e sarebbe pertanto raccomandabile, al punto di affermare che *sì, sicuramente è importante anche il coinvolgimento delle persone in tavoli più importanti, con i dovuti protocolli. Sarebbe anche molto bello per certi aspetti (ibid.).*

Purtroppo, però, dalle interviste emergono inoltre alcuni elementi di criticità legati allo scoppio della pandemia, la quale sembra aver inciso in maniera determinante anche su

questa particolare area di indagine. All'inizio dell'emergenza, gli operatori si sono visti costretti ad indirizzare appieno il proprio impegno verso il mantenimento del dormitorio, a causa dell'apertura lungo l'intero arco della giornata (per poi optare, una volta terminata questa fase iniziale, per un'apertura diurna ad accesso libero da parte delle persone senza dimora). Ciò non ha certo agevolato lo sviluppo di attività ulteriori a quelle di natura emergenziale, determinando in tal modo un contemporaneo stop delle nuove accoglienze. Più in generale, la pandemia sembra aver funzionato da detonatore nei confronti di criticità già presenti, le quali si sono avvalse della stessa come valvola di sfogo, per poi manifestarsi in tutta la loro dirompenza. In una situazione di emergenza come quella determinata dal Covid-19, il tentativo di attribuire spazio a nuove iniziative, seppur importanti e dal grande valore etico, ha dunque subito inevitabili rallentamenti.

Pertanto, attualmente non sembrano essere stati attivati sul territorio livornese veri e propri progetti che attribuiscono alla persona un ruolo di protagonismo attivo nella progettazione dei servizi, sebbene la totalità degli intervistati riconosca l'utilità che gli stessi potrebbero esprimere, in caso di loro realizzazione. L'eventuale partecipazione delle persone senza dimora alla coprogettazione dei servizi loro dedicati costituisce dunque, secondo l'unanimità degli intervistati, un aspetto di grande interesse, ma del quale ancora non si trova chiaramente traccia sul territorio livornese.

Tuttavia, dalle interviste emerge come anche all'interno della "casa donne" e della "casa uomini", l'obiettivo sia stato quello di lavorare per *rendere le persone protagoniste del loro vivere all'interno di queste strutture (ibid.)*. A tal fine, vengono periodicamente organizzati dei tavoli, finalizzati alla valutazione delle migliori modalità organizzative della vita all'interno delle stesse, ai quali gli utenti possono prendere parte attiva (sebbene il Covid-19 abbia, in parte, reso più difficoltosa questa attività)¹⁶⁰. L'idea è tale per cui si ritiene che, al fine di stare meglio, le persone debbano essere coinvolte in maniera attiva e cosciente nelle diverse attività: un simile approccio potrebbe inoltre agevolare il conseguimento di un ulteriore beneficio, permettendo alla persona di contribuire in maniera fondamentale alla progettazione dei servizi, grazie all'unicità della sua esperienza, dalla quale potrebbero derivare spunti e idee innovative.

¹⁶⁰ È quanto emerge anche dalla relazione inerente al progetto Verso Casa, realizzata dalla Cooperativa Sociale Il Simbolo ed altri organismi del settore per l'anno 2016: le aree di intervento sulle quali il progetto ha tentato di agire concernono dunque la riappropriazione del sé, la gestione dei conflitti e l'attivazione, infine, di capacità e risorse di ciascun utente. Tali obiettivi sono stati perseguiti mediante l'utilizzo di alcuni strumenti tra cui, rispettivamente, riunioni mensili e un coinvolgimento attivo nell'ambito di attività quali la cura e la pulizia del giardino, la partecipazione alle attività di raccolta alimentare e di farmaci, nonché attività di manutenzione.

Tuttavia, nel corso della conversazione realizzata con il Responsabile del S.E.F.A., viene poi effettuato un particolare riferimento ad un organismo presente sul territorio livornese, ritenuto dall'intervistato non molto distante dall'approccio alla persona di cui si discute. Si tratta della Comunità di Sant'Egidio, alla quale è già stato fatto riferimento all'inizio del presente capitolo.

Un contributo analitico fondamentale in tale direzione è dunque pervenuto da M.E.F., medico di professione, ma anche volontaria da lungo tempo al servizio della Comunità di Sant'Egidio. Nel corso dell'intervista, la stessa provvede innanzitutto a fornire un quadro complessivo dei servizi – di natura volontaristica – offerti da tale organismo solidale (attivo in molti altri territori italiani), precisando che *la comunità ha un vissuto storico molto lungo e quindi, chiaramente, i servizi di prossimità ai senza fissa dimora si differenziano molto da una città a un'altra, sia in base alle esigenze del territorio, sia in base all'età e al radicamento della comunità nei vari territori (ibid.).*

Dall'intervista emerge, pertanto, come le attività specificamente svolte sul territorio di Livorno dalla Comunità consistano nella distribuzione di pasti caldi una volta alla settimana, ma anche come, al contempo, queste non si limitino alla semplice azione materiale, costituendo piuttosto occasioni di incontro delle quali approfittare, anche al fine di instaurare legami relazionali con le persone incontrate. In tal modo, si rende immediatamente visibile un fine ulteriore che la Comunità persegue rispetto all'aiuto e al sostegno materiale nei confronti delle necessità più esplicite della persona, il quale si esprime nell'accompagnamento della stessa in direzione del *recupero di una socialità e di una struttura di vita il più possibile normale, cioè di reinserimento sociale a tutto tondo (ibid.)*. La Comunità dimostra pertanto di non limitarsi, quanto piuttosto di partire dalle azioni di supporto materiale compiute in favore delle persone senza dimora, per poi fornire risposta all'esigenza di rafforzare la sfera relazionale delle stesse (spesso indebolita dalla vita in strada, se non completamente assente) anche solo per il tramite di una parola o instaurando una semplice conoscenza. Il ruolo che i volontari della Comunità di Sant'Egidio svolgono, precisa l'intervistata, è inoltre quello di sostenere e orientare le persone nelle relazioni con le diverse istituzioni pubbliche di aiuto, attive nei loro confronti: ad esempio, acquisendo la capacità di *essere fedeli agli appuntamenti con i servizi sociali o ancora, di intraprendere con costanza un percorso di reinserimento sociale (ibid.)*.

Il supporto fornito dalla Comunità alle persone senza dimora assumerà diverse forme e sfumature, naturalmente in correlazione alle specifiche necessità e storie di vita pregresse. Il rapporto personale che viene a crearsi in occasione della distribuzione (di cibo, vestiario) è vissuto come una leva, uno strumento del quale avvalersi per costruire un legame più

profondo, magari di amicizia, stima e fiducia reciproca, in grado di declinare l'aiuto secondo le diverse esigenze e di modularlo nel corso del tempo: numerosi sono infatti i cambiamenti che possono intercorrere nei confronti dei bisogni espressi inizialmente, i quali esprimono un andamento dinamico piuttosto che un'immagine statica ed immutabile. L'intervistata espone poi una serie di criticità, legate all'avvento del Covid-19, dietro alle quali si celano non soltanto elementi di problematicità, bensì anche potenziali occasioni di coinvolgimento per le persone supportate. Se con la pandemia alcune attività (tra cui la distribuzione di vestiario) hanno infatti subito una battuta d'arresto, malgrado tali difficoltà la Comunità ha continuato imperterrita a fornire servizi di distribuzione in strada, modificandone le modalità sulla base delle nuove esigenze e coinvolgendo, laddove possibile, le persone senza dimora nella loro erogazione¹⁶¹. *Abbiamo cominciato a distribuire sacchetti confezionati (consapevoli che il contenuto andasse bene per tutti, musulmani e non musulmani etc.)* è infatti quanto afferma l'intervistata, nel momento in cui descrive le trasformazioni delle attività svolte dalla Comunità a causa del virus. A tal proposito, la Comunità ha inoltre provveduto, nella prima fase di *lockdown*, a fornire cellulari alle persone senza dimora, affinché anch'esse fossero raggiungibili al momento del bisogno.

Tuttavia, le iniziative della Comunità non si esauriscono qui:

Nelle varie fasi, abbiamo ricreato dei momenti comuni, pur sempre nel rispetto delle nuove norme anti-contagio. Per cui ad esempio in occasione del Natale [...] abbiamo organizzato un momento in cui siamo stati insieme, in chiesa [...]; un momento di accoglienza, parlando insieme e distribuendo un regalo a ciascuno, consegnando poi a tutti il sacchettino contenente il pranzo (ibid.).

Anche sul versante relazionale, la Comunità di Sant'Egidio ha cercato di preservare le relazioni instaurate con le persone senza dimora mediante tentativi di contatto telefonici, oppure richieste di informazioni ad amici e persone ad esse vicine. L'obiettivo è stato, pertanto, quello di *marcare una presenza*, al fine di trasmettere un messaggio di affetto, presenza e soprattutto disponibilità nei loro confronti, il quale appare un presupposto fondamentale ai fini di un futuro coinvolgimento in eventuali attività.

¹⁶¹ Strutturata infatti come forma ulteriore di accoglienza, tale attività consentiva alle persone senza dimora che ne usufruivano di spendere un po' del proprio tempo in compagnia dei volontari durante le ore pomeridiane, magari consumando una piccola merenda o festeggiando il compleanno di qualcuno, qualora ne ricorresse l'occasione, nell'attesa del proprio turno per ritirare gli indumenti necessari. Qualsiasi attività svolta dalla Comunità sembra pertanto essere vissuta come un'opportunità di creare legami e fornire accoglienza, anche al fine di permettere alle persone di trascorrere parte del proprio tempo in luoghi sicuri e di conforto.

Paradossalmente, la pandemia ha infatti costituito l'occasione, per alcuni senza dimora, di rafforzare la propria partecipazione attiva alla vita della comunità, la quale nonostante le difficoltà implicate dal virus non ha mai rinunciato a formulare proposte partecipative alle persone ritenute idonee. Tra gli intenti della Comunità è dunque forte la volontà di "attivare" le persone senza dimora, ideando per ciascuna proposte di coinvolgimento personalizzate sulla base delle proprie caratteristiche, successivamente attuate sulla base di una relazione paritaria e fondata sulla condivisione tra utenti e volontari.

Abbiamo cercato di mantenere vivo il cuore di tutti, riferisce l'intervistata, *perché se quello è vivo, si riprendono le forze, si riprende in mano la propria vita e la si indirizza dove il cuore ci dice*. La pandemia non sembra dunque aver compromesso le attività della Comunità (quanto piuttosto averne richiesto una rimodulazione) né, tantomeno, le forti motivazioni che spingono i volontari a portarle avanti.

In conclusione, l'elemento che contraddistingue maggiormente l'operato della Comunità di Sant'Egidio si esprime nella possibilità, per le persone senza dimora, di divenire parte integrante di tale realtà. Emerge infatti dall'intervista come alcune delle persone aiutate si identifichino, oggi, quali membri a pieno titolo della comunità, *perché il riscatto della persona passa anche attraverso la possibilità di riappropriarsi di tutte quelle che sono le scelte, le energie della propria vita che possono essere incanalate come vogliamo, fra cui anche aiutando qualcun altro (ibid.)*.

Sembra dunque possibile affermare che molte persone senza dimora siano riuscite a tornare padrone della propria vita proprio aiutando gli altri: un contributo fondamentale il loro, in grado di comunicare un messaggio difficilmente replicabile da persone estranee ad una simile condizione; un messaggio nei confronti di chi viene aiutato e spronato ad uscire da tale situazione che, secondo l'intervistata, rischia di non esprimere la medesima intensità di comunicazione se trasmesso (sebbene con grande empatia, affetto e determinazione) da individui i quali non hanno vissuto in prima persona la battaglia della vita in strada.

I momenti di ritrovo e di condivisione collettiva organizzati dalla Comunità sono, ad ogni modo, numerosi e variegati: si pensi, ad esempio, agli eventi volti a ricordare insieme la Giornata della Memoria, oppure alle iniziative per la pace. Esperienze, queste ultime, le quali si sono rivelate in grado di arricchire le persone dal punto di vista umano, configurandosi inoltre come opportunità di crescita – personale e collettiva – anche per gli stessi membri della Comunità, esprimendo in tal modo un duplice beneficio.

Per quanto riguarda la dimensione del coinvolgimento, stando alle informazioni emerse dall'intervista non sembrano, tuttavia, aver luogo per il momento vere e proprie forme di coprogettazione, finalizzate alla creazione di eventuali nuovi servizi offerti dalla Comunità.

Tuttavia, *le cose vengono pensate e si pensano insieme*, cercando di individuare insieme la proposta più adeguata alla persona (*ibid.*). In questo modo, il coinvolgimento ha luogo mediante una richiesta piuttosto esplicita: alla persona viene così domandato che tipo di aiuto preferirebbe fornire, dunque, quale operatore desideri supportare nello svolgimento di una determinata attività (ad esempio la distribuzione del vestiario). Si tratta di attività fortemente votate alla promozione umana, mediante le quali molte persone senza dimora sembrano essere riuscite ad approfondire il proprio contributo, *arricchendolo anche di gesti o parole che non sono state espressamente richieste*, ma che nascono con semplicità, in modo del tutto spontaneo (*ibid.*). In questi termini, è dunque possibile intravedere l'intenzione della Comunità di ricercare un coinvolgimento dell'individuo anche sul piano decisionale delle attività: l'aiuto offerto non si esprime pertanto in forma passiva, ma costituisce al contrario un chiaro tentativo di far sentire lo stesso parte di un organismo di più grande.

A questo proposito, particolarmente significativi appaiono alcuni momenti di riflessione comuni, i quali sembrano svolgere una sorta di funzione di sensibilizzazione: un esempio si è verificato nell'iniziativa realizzata nel 2019 a scopo non soltanto informativo, bensì partecipativo, durante la quale alcuni rappresentanti della Comunità hanno esposto la situazione del Mozambico alle persone senza dimora seguite, al fine di organizzare una raccolta fondi per i poveri di strada di tale realtà. In questo modo, la Comunità sembra essere riuscita ad attivare nelle persone dei "processi di solidarietà circolare", che hanno indotto anche persone nullatenenti a fornire, malgrado la sfortunata condizione di partenza, il proprio contributo, per quanto piccolo e commisurato alle proprie capacità economiche. Questo, perché *nessuno è così povero da non poter aiutare una persona ancor più povera* (*ibid.*). Emerge infatti, tra gli elementi finali dell'intervista, quanto profondamente la Comunità di Sant'Egidio creda nell'obiettivo di un rafforzamento della dimensione partecipativa degli *homeless*, anche al fine stimolare riflessioni più profonde in questi e nei suoi volontari, sul mondo che li circonda.

Questo e molti altri sono i momenti di condivisione organizzati dalla Comunità, anche a sfondo religioso: occasioni di coinvolgimento, dunque, ma anche di riconoscimento della persona nella sua dimensione umana, in cui *tutti coloro che condividono, vivono e conoscono questa fatica e questa difficoltà possono raccogliersi insieme, per pregare e ricordare chi non ce l'ha fatta* (*ibid.*)¹⁶².

¹⁶² Si pensi alla liturgia, organizzata ogni anno nel mese di gennaio, al fine di ricordare insieme l'anziana Modesta Valenti, deceduta alla stazione di Roma Termini (ove trovava rifugio per la notte) a causa di cattive condizioni igieniche, le quali costituirono per l'equipaggio medico motivo sufficiente a rifiutarsi di scortarla in ospedale al momento del bisogno. La stessa viene ricordata

Tuttavia, molte persone senza dimora non chiedono di essere aiutate, né lo desiderano: individui, talvolta, in collera con la vita per le difficoltà alle quali essa li ha sottoposti e che hanno invece oggi riconquistato una condizione di vita dignitosa, tra le mura di una casa sicura e magari con dei piccoli impieghi lavorativi. Il progresso fondamentale compiuto dalle persone supportate dalla Comunità si rintraccia, pertanto, nell'aver abbandonato la strada come ambiente principale di vita, dunque nella capacità di mettere parte del proprio tempo al servizio del prossimo facendone, a sua volta, uno *strumento di aiuto* (*ibid.*).

In conclusione, è perciò possibile sostenere che la forza della Comunità di Sant'Egidio risieda nella speranza che un cambiamento sia sempre possibile (qui alimentata, inoltre, da una forte fede cristiana). Lo si evince da quanto affermato dal medico volontario intervistato per conto di tale realtà, proprio in relazione a coloro i quali non sembrano voler ricevere aiuto: *l'essere oppositivo deriva dall'essere molto arrabbiati, dalla rabbia di una storia difficile. Una persona si indurisce nella solitudine e nell'isolamento e lì, l'affetto e la costanza sciolgono poi, piano piano, queste resistenze.*

Laddove invece si manifestino problematiche clinico-psichiatriche, fondamentale appare la collaborazione con i Servizi sociali territoriali, al fine di reinserire la persona mediante appositi percorsi. In questi casi, infatti, la collaborazione da parte della stessa e le possibilità di un suo coinvolgimento potrebbero attestarsi su livelli piuttosto scarsi: la volontaria riferisce pertanto l'importanza di perseverare, nella speranza che le cose possano cambiare se non, quantomeno, di tutelare quel rapporto di fiducia che tanto faticosamente, nel tempo, è stato costruito, anche in vista di eventuali future richieste di aiuto da parte della persona. La fiducia appare dunque l'elemento caratterizzante le relazioni instaurate dalla Comunità con le persone senza dimora conosciute sul territorio livornese: una componente dell'intervento, la quale sembra costituire anche il presupposto imprescindibile affinché la persona creda nei valori che muovono l'operato della Comunità, al punto di volerli condividere prestando, anch'essa, il suo personale contributo e mettendolo a disposizione del prossimo e dei soggetti più fragili.

4.4. Discussione conclusiva

Alla luce delle evidenze raccolte, dunque delle diverse tematiche emerse a partire dall'analisi dei dati rilevati, è possibile effettuare una serie di considerazioni conclusive, con l'auspicio che le stesse possano costituire utili spunti di riflessione, ai fini di una

dalla città di Livorno insieme ad un giovane ragazzo, deceduto a causa del gelo invernale all'interno della propria roulotte.

progettazione territoriale dei servizi più efficace ed efficiente, in grado, magari, anche di riconoscere ed avvalersi delle risorse spesso possedute dalla popolazione senza dimora.

In questo senso, è emersa da subito quale area particolarmente sensibile per la popolazione *homeless* la questione del diritto ad una residenza anagrafica, fondamentale requisito al fine di avere accesso alle prestazioni e ai servizi pubblici del sistema di welfare, il cui godimento appare tuttavia, non di rado, alquanto problematico per la persona senza dimora. Per tali ragioni, la ricerca ha individuato come prima area di indagine la capacità della realtà di Livorno di intervenire, in maniera precoce, a supporto di questa fragile fascia di popolazione, cercando di capire attraverso quali meccanismi e quali servizi i diritti della stessa riescano a trovare adeguata tutela, pur in mancanza di tale requisito.

Nonostante gli intervistati riconoscano l'importanza della residenza sul piano dei requisiti formali, il sistema di contrasto all'*homelessness* che contraddistingue il territorio livornese sembra essersi dimostrato alquanto capace di reagire in maniera tempestiva a sostegno delle persone senza dimora. Lo si evidenzia a partire dalla capacità di sfruttare *setting* di intervento destrutturati (quali, ad esempio, la strada, laddove ha luogo l'intervento delle unità di strada, in funzione di intercettazione precoce della persona) ma anche nel sostegno offerto dal S.E.F.A., a partire dal quale avviare poi una progettualità più strutturata e meno emergenziale, legata anche ad una eventuale partecipazione al progetto HF. L'obiettivo è quello di accompagnare le persone verso l'emancipazione dalla temporalità dei percorsi HF, anche intraprendendo la strada dell'emergenza abitativa, al fine di essere inserite in graduatoria e divenire, laddove possibile, assegnatarie di alloggi ERP in via definitiva.

La precocità della presa in carico si evidenzia, inoltre, anche nei confronti di profili emergenti di *homeless* (quali ad esempio nuclei familiari trovatisi, improvvisamente, ad affrontare le difficili condizioni di vita offerte dalla strada), verso i quali il Comune predispone immediatamente un intervento pubblico, mediante un primo inserimento in alberghi di emergenza e provvedendo, in seguito, ad individuare soluzioni abitative più strutturate.

Attraverso tali servizi, diviene dunque possibile prestare soccorso alla persona (o ai nuclei) senza dimora ancor prima che una richiesta esplicita e basata sul riconoscimento consapevole del proprio disagio venga, da questi, effettivamente formulata.

Emerge infatti dalle interviste come, al fine di avviare la presa in carico della persona senza dimora sia sufficiente, quale primo elemento fondamentale, la possibilità di ricostruire tracce di una sua presenza stabile sul territorio livornese, perdurante da un lasso di tempo tale per cui la stessa è conosciuta alle realtà del Terzo settore in esso presenti, se non allo stesso Comune di Livorno. Una volta individuata la persona bisognosa, operatori pubblici

e del Terzo settore tenderanno infatti di intervenire in maniera integrata – qualora essa non possieda una residenza – in funzione di sostegno e accompagnamento nel conseguimento della stessa, anche mediante un’azione di supporto alla ricostruzione dei presupposti e della documentazione a ciò necessari.

Al tempo stesso, nell’attesa che l’Ufficio anagrafe provveda a conferire una residenza alla persona (anche mediante il gruppo di collaborazione intersettoriale, formato dal Servizio sociale comunale e da tale Ufficio), proprio le realtà del Terzo settore rivestono un ruolo fondamentale nella risposta immediata a bisogni primari, urgenti e indifferibili.

L’analisi delle strategie e dei modelli di intervento caratterizzanti il sistema dei servizi di contrasto alla grave marginalità livornese ha pertanto messo in risalto quanto, talvolta, la burocrazia costituisca un ostacolo al godimento dei diritti del cittadino ma anche come, al tempo stesso, la necessità di salvaguardare il benessere della persona costituisca un bene superiore, spingendo il sistema ad individuare sempre nuove soluzioni in tale direzione. Ciò, in virtù della consapevolezza (già emersa durante l’analisi della letteratura in materia) per cui vivere in strada non può mai costituire una soluzione tutelante nei confronti della dignità della persona umana.

Si noti, inoltre, come Livorno costituisca uno dei pochi esempi, sul piano nazionale, rispettosi della normativa in materia di residenza fittizia, collocandosi tra i circa 200 Comuni italiani i quali, su un totale di quasi 8.000, hanno concretamente provveduto ad istituire una Via fittizia, alla quale iscrivere le persone senza dimora.

Tuttavia, alcuni rischi si nascondono all’interno del sistema dei servizi illustrato. Tra questi, l’eventuale cronicizzazione nell’utilizzo dei servizi di bassa soglia: una criticità alla quale Livorno tenta di rispondere potenziando una progettazione personalizzata per ciascun individuo, in cui ente pubblico e Terzo settore si dimostrano altamente in grado di collaborare, avvalendosi della conoscenza (spesso più approfondita) che le organizzazioni e le associazioni del Terzo settore hanno della stessa. Ciò, al fine di individuare non soltanto le specifiche fragilità individuali, bensì le risorse su cui far leva ai fini di una emancipazione dal circuito della bassa soglia e, in ultimo, dalla condizione di *homelessness*. Si noti come tale risultato, quando conseguito, comporti inoltre una maggior efficienza del sistema, anche sul piano dei costi.

Per quanto riguarda invece la sperimentazione dell’approccio *Housing first*, Livorno sembra rispettare pienamente i principi fondamentali del modello originario, attribuendo alla persona non soltanto un’abitazione, quanto piuttosto curando gli aspetti immateriali che l’esperienza dell’abitare comporta. Disporre di un alloggio dopo anni di vita trascorsi in strada richiede infatti processi di adattamento, che la realtà dei servizi livornesi ha

compreso e che cerca di assecondare, fornendo sostegno al percorso individuale di ciascuna persona, per mezzo di un'apposita un'equipe multiprofessionale. Quest'ultima è attivata in funzione di accompagnamento al vivere la propria casa in maniera funzionale, offrendo servizi tarati sulle specifiche esigenze di ciascun individuo. In tal senso, la tempestiva acquisizione di una residenza al momento dell'ingresso nel progetto HF esprime non soltanto un valore giuridico, bensì un posizionamento rispetto ai propri diritti e doveri, in grado di riconoscere dignità alla persona, ma anche autonomia e capacità che l'abitare richiede.

Si è poi sostenuta, con forza, l'importanza di perseguire una dimensione di integrazione, collaborazione e coordinamento tra i molteplici attori della presa in carico nell'ambito della grave emarginazione. Proprio tale dimensione sembra costituire uno dei principi cardine dell'intervento nella realtà livornese, individuando un punto di forza nella sinergia tra pubblico e privato sociale (la quale si evince dalla capacità degli operatori pubblici di avvalersi della maggiore vicinanza delle organizzazioni del Terzo settore al territorio) ma anche, al tempo stesso, alcune fragilità nell'integrazione tra servizi altamente complessi, quali ad esempio i servizi afferenti alla salute mentale ed il Ser.D. Ed è proprio in merito a tale criticità che sembra emergere una sostanziale discrepanza tra l'integrazione promulgata dalla letteratura in materia e quella effettivamente riscontrata, nell'operatività concreta del territorio livornese. Ad ispirare questa conclusione sono le parole di alcuni intervistati, i quali evidenziano difficoltà interne agli stessi servizi nel far fronte a ingenti carichi di lavoro, in grado di ripercuotersi negativamente su una loro reciproca integrazione. L'integrazione tra i due servizi sembra costituire, pertanto, un'area di debolezza, una zona grigia di cui la realtà di Livorno è però consapevole e nei confronti della quale dirige i propri sforzi di miglioramento.

Tuttavia, dai dati raccolti si registra complessivamente un buon grado di integrazione degli interventi (che trova un fondamentale strumento di realizzazione pratica nel già menzionato G.A.M.) nei confronti del quale sia gli operatori, sia i soggetti cui competono responsabilità gestionali e di coordinamento dei servizi esprimono generale soddisfazione. Presa in carico integrata significa infatti attivazione, attorno all'individuo, di quella rete di risorse offerte dal territorio (di natura formale e informale) intesa nella sua globalità, dunque in grado di valorizzare l'apporto proveniente non soltanto dal Terzo settore, ma anche dal privato profit, sotto il coordinamento e la regia del soggetto pubblico: elemento, quest'ultimo, il quale si pone a garanzia dell'efficacia complessiva della presa in carico stessa.

Per quanto concerne in particolare l'integrazione sociosanitaria, essa appare fattibile sul piano operativo, ma al contempo difficoltosa e ancora sostanzialmente irrealizzata su

quello finanziario: le risorse di cui interventi e servizi predisposti al supporto delle persone senza dimora si avvalgono hanno prevalentemente natura comunale, non esistendo, attualmente, alcun fondo compartecipato a livello sociale e sanitario. Ciononostante, emerge chiaramente la volontà di rafforzare le forme di integrazione tra Servizio sociale e Servizio sanitario, in virtù della necessità di riconoscere quella complessità dei bisogni sociosanitari – promulgata dalla letteratura – che caratterizza buona parte della popolazione senza dimora, rendendo il sociale e il sanitario due ambiti di intervento inscindibili, al fine di realizzare interventi efficaci e adeguati alle necessità della persona.

Infine, per quanto concerne l'ultima area di indagine che la ricerca si è proposta di sondare, si evidenzia nei diversi interlocutori la consapevolezza dell'importanza di perseguire forme di coinvolgimento attivo delle persone senza dimora nei servizi loro dedicati ma anche, all'opposto, degli attuali limiti delle pratiche livornesi.

A dispetto delle azioni di coinvolgimento proposte, ad esempio, dal progetto HOOD (precedentemente discusso in quanto modello di intervento innovativo nell'ambito della lotta all'*homelessness*), le forme di coinvolgimento attivo attuate entro il territorio di Livorno sembrano essere relegate, almeno per il momento, al piano dell'erogazione materiale di servizi realizzati da organizzazioni del privato sociale, mancando una vera e propria partecipazione delle persone senza dimora ai relativi processi di progettazione. In questo senso, timide tracce di un simile approccio si evidenziano nella volontà del S.E.F.A. di lasciare spazio alla creatività e all'unicità del punto di vista di tali individui, affinché gli stessi possano fornire il loro apporto ai fini dell'ideazione di attività utili, per se stessi e per la comunità, ricostruendo in tal modo anche una sfera di relazionalità e accrescendo la sensazione di sentirsi utili per la società.

Per la totalità degli intervistati, quest'ultima tematica sembra dunque necessitare di un rafforzamento in vista della realizzazione di servizi più efficaci ed efficienti, i quali possano così beneficiare del prezioso contributo proveniente dall'esperienza di quanti vivono (o abbiano vissuto) direttamente la condizione di *homeless*. Una concezione degli interventi, pertanto, potenzialmente in grado di rendere la progettazione dei servizi maggiormente rispondente alle caratteristiche delle persone senza dimora, soprattutto per quanto concerne il rafforzamento dei processi di *empowerment* e di autodeterminazione della persona, che una coprogettazione capacitante dei servizi sarebbe in grado di offrire.

È quanto si evince, infine, anche dalle molteplici forme di coinvolgimento attuate dalla Comunità di Sant'Egidio, la quale riesce attraverso di esse a mettere in moto nelle persone quei "processi di solidarietà circolare" discussi, in grado di trasformare persone in condizioni di difficoltà non solo in destinatarie di aiuto, ma anche in "protagoniste" di

nuovi e ulteriori processi di aiuto, al servizio delle persone più vulnerabili che compongono la nostra società. Interessante appare inoltre l'utilizzo della fede religiosa (che contraddistingue l'operato della Comunità di Sant'Egidio) come fonte di coinvolgimento e condivisione di medesimi obiettivi: in tal modo, la Comunità si rivela in grado di generare una partecipazione attiva alle attività svolte, attribuendo nuova dignità alla persona senza dimora, insieme alla possibilità di riprendere in mano la propria vita, al fine di reindirizzarla nella direzione desiderata.

In conclusione, è possibile affermare che il quadro restituito dall'analisi dell'esperienza livornese costituisca, complessivamente, un esempio positivo di applicazione di quei principi e di quei modelli di intervento più innovativi propugnati dalla letteratura in materia, sebbene dei margini di miglioramento restino sempre, naturalmente, raggiungibili: sembrerebbe pertanto opportuno ed interessante verificare, in un futuro prossimo, le evoluzioni di tale sistema di intervento in merito alle lacune individuate, specie al fine di verificare se i meccanismi di integrazione degli interventi abbiano trovato, nel tempo, formalizzazione in protocolli ufficiali e se le forme di coinvolgimento nei servizi delle persone senza dimora abbiano intrapreso percorsi di sviluppo maggiormente strutturati, beneficiando di ulteriori risorse e ampliandosi a fondamentali processi di coprogettazione capacitante.

Conclusioni

Nel percorso logico che ha scandito il lavoro svolto si è avuto modo di acquisire consapevolezza di come l'*homelessness* rappresenti, in Italia, una questione sociale collettiva di primaria importanza: sempre più consistente si è rivelata l'area dei soggetti a rischio di esclusione sociale, in relazione a situazioni di deprivazione non soltanto abitativa, bensì socio relazionale, lavorativa ed economica.

A partire da tali premesse, il primo capitolo ha consentito di adottare uno sguardo nuovo nei confronti della popolazione senza dimora, spalancando la prospettiva interpretativa ad una lettura del fenomeno come esito di una logica multi-causale complessa, caratterizzata dal concatenarsi di eventi, al contempo, a carattere biografico e strutturale. Ricostruendo la complessità di tali percorsi, è stato pertanto possibile individuare profili di *homelessness* differenziati, attualmente presenti sul territorio nazionale, fino al riconoscimento di una pluralità di categorie emergenti, le quali si stanno affacciando sulla scena della marginalità grave anche in seguito alle conseguenze della pandemia da Covid-19.

Secondo i numerosi dati presi in considerazione, la popolazione senza dimora in Italia è infatti costituita prevalentemente da uomini di origine straniera, con un'età inferiore a 54 anni, provvisti di un titolo di studio generalmente basso e che vivono in solitudine la propria condizione, per la maggior parte nel Nord Italia, con una particolare concentrazione nei grandi centri. La componente italiana del fenomeno appare più anziana, con tratti di più accentuata cronicizzazione e provvista di titoli di studi inferiori (sebbene, i differenziali con gli stranieri rispetto a tali variabili si siano, nel tempo, progressivamente, ridotti).

Le persone senza dimora in Italia risultano inoltre prevalentemente impegnate in attività lavorative occasionali o insicure, riconducibili a mansioni a bassa qualificazione nel settore dei servizi. I percorsi di emarginazione da cui origina la condizione di *homelessness* sembrano affondare le proprie radici nella perdita di un'occupazione stabile, in situazioni di estrema povertà, in rotture dei legami familiari (separazioni dal coniuge o dai propri figli) ma anche in storie di abuso di sostanze, disabilità fisiche e disagi psichici.

Minoritaria, ma altrettanto rilevante si rivela la componente femminile, con un'età media di 45,4 anni ed una ancor più significativa esposizione alla violenza, nonché a problematiche igienico sanitarie e a fratture identitarie, imposte dalle condizioni di vita in strada: gli eventi critici alla base dei percorsi femminili di *homelessness* appaiono assimilabili a quelli menzionati per la componente maschile, con l'aggiunta di episodi di violenza familiare.

Tuttavia, la tendenza più allarmante si manifesta nell'emergenza di un profilo giovanile di persone senza dimora, con particolare riferimento alla fascia di età compresa tra i 18 ed i 25 anni e geograficamente collocato, in misura maggioritaria, all'interno di grandi centri urbani. In Italia, l'*homelessness* giovanile sembra originare da una sostanziale debolezza delle reti familiari e sociali di riferimento, in combinazione a forme di deprivazione lavorativa (a loro volta connesse a scarsi livelli di istruzione e a fattori di natura macroeconomica). Si riscontra, pertanto, un'evoluzione nella composizione del fenomeno, in cui la crescente presenza di giovani dimostra tuttavia abilità e competenze spendibili sia sul piano relazionale che lavorativo.

Condizioni di *homelessness* coinvolgono inoltre, sempre più frequentemente, anche richiedenti asilo, soggetti irregolari, *family homeless* e persone alla ricerca di lavoro, ma dotate di competenze a bassa qualificazione. A rischio anche minori, donne e stranieri lavoratori precari, a causa di un progressivo aumento dei tassi di povertà e delle disparità sociali nel nostro paese: considerate le tendenze evolutive esposte si rammenta, pertanto, la necessità di condurre al più presto una terza rilevazione su scala nazionale, al fine di individuare azioni volte a prevenire la progressiva caduta in condizioni di emarginazione da parte di tali categorie di individui.

Per quanto concerne poi l'analisi condotta nel secondo capitolo, relativamente al quadro politico che circonda il fenomeno, è stato possibile osservare un'evoluzione concettuale nel passaggio da modelli di intervento tradizionalisti a strategie di contrasto all'*homelessness* integrate e maggiormente confacenti alle esigenze della popolazione senza dimora, sottolineando la necessità di riaffermare la residenza come diritto sociale pienamente esigibile, affinché anche le persone senza dimora possano godere dei propri diritti, in virtù di quei principi di "uguaglianza" e "pari dignità" sociale di cui, la Costituzione italiana, si rende fortemente promotrice (art. 3 Cost.).

Proprio al fine di tutelare, tra questi, il diritto alla casa, l'*Housing first* è apparso come il modello di intervento più indicato, sostenuto nella sua graduale diffusione da Fio.PSD e NHFI ed evidenziatosi dalle ricerche analizzate come veicolo di integrazione psicologica, in grado di favorire un senso di appartenenza alla comunità per le persone senza dimora. Elementi di riflessione positiva sono emersi inoltre dalla discussione di approcci innovativi di intervento, in cui è stato possibile riconoscere l'importanza di promuovere strategie capaci di intessere relazioni di aiuto attivanti, volte a rafforzare le risorse e le potenzialità della persona, adoperandole come strumenti utili ai fini dell'intervento stesso. A tale scopo, la necessità di un intervento precoce diviene imprescindibile, nell'ottica di prevenire

percorsi di cronicizzazione della condizione di *homelessness*, ai quali potrebbe conseguire una drastica riduzione delle opportunità non soltanto lavorative, bensì sociali e formative. La trattazione contenuta nel secondo capitolo ha tuttavia messo in luce anche alcune delle contraddizioni insite nel sistema italiano di contrasto alla grave emarginazione, in cui misure ideate allo scopo di contrastare la povertà estrema si rendono talvolta, paradossalmente, poco accessibili proprio nei confronti delle persone in condizioni di maggiore difficoltà, a causa di vincoli burocratici che rimarcano, nuovamente, il possesso di una residenza come elemento di criticità per le persone senza dimora.

Nel corso del terzo capitolo si è poi sostenuta la necessità di adoperare strategie e modelli di intervento integrati nel settore del contrasto all'*homelessness*, contraddistinti da una forte interconnessione tra attori, ma anche risorse, strumenti e *policies*: dall'analisi condotta, sembra perciò possibile asserire che proprio un'azione coordinata, attuata secondo una logica "multi-livello" in grado di agire contemporaneamente sui diversi ambiti di vita del soggetto costituisca un presupposto fondamentale ai fini di processi di intervento efficaci e del recupero di un completo stato di benessere per lo stesso.

Tuttavia, una particolare zona d'ombra si è manifestata in corrispondenza dell'integrazione tra Servizio sociale e Servizio sanitario, laddove sembra sussistere una esiguità di riferimenti teorico letterari, relativamente alle più opportune modalità di intervento da adottare nei confronti di individui oppositivi e affetti da doppia diagnosi, i quali rifiutino qualsivoglia tentativo di aiuto o contatto da parte dei servizi, ostacolando dunque la presa in carico. Si tratta di una casistica particolarmente ardua da gestire, in cui un ruolo fondamentale è giocato dai processi degenerativi della malattia mentale ai quali la condizione di vita in strada può esporre la persona. Una questione irrisolta, nei cui confronti sembra mancare, attualmente, un adeguato sviluppo delle interconnessioni tra ambito sociale e sanitario (solo parzialmente presenti) e sulla quale sarebbe pertanto opportuno indagare più approfonditamente.

Diviene allora più che mai necessario agire in direzione di un welfare integrato, fondato sulla personalizzazione degli interventi e volto ad un recupero del ruolo attivo dello Stato nella gestione della problematica, il quale favorisca la sussidiarietà evitando meccanismi di delega totale nei confronti del Terzo settore. Ciò, al fine di strutturare un sistema dei servizi integrato e non frammentario, decostruendo quell'atteggiamento di stampo emergenziale che da sempre ha caratterizzato tale settore in Italia, affinché la persona possa essere sostenuta nella riacquisizione di autonomia e consapevolezza, dunque emanciparsi al più presto dal sistema dei servizi avvalendosi di risorse non solo individuali, ma anche offerte dal proprio ambiente di vita.

Tuttavia, un'ulteriore variabile si è imposta all'attenzione nel qui discusso ambito di intervento: il Covid-19. La pandemia sembra infatti aver impattato fortemente sui sistemi di servizi di contrasto all'*homelessness*, alterandone il funzionamento e trasformandone le attività, creando una domanda di aiuto eccessiva, specialmente nei confronti del circuito dei servizi di bassa soglia. Ciononostante, anche in tale periodo l'*Housing first* è apparso la strategia di intervento più adeguata, in grado non soltanto di fornire una sistemazione abitativa alle persone accolte, bensì di offrire tutela dal rischio di contagio dal virus.

Il sistema sembra dunque aver complessivamente dimostrato buone capacità di resilienza, riuscendo ad individuare soluzioni innovative in grado di coniugare supporto alla popolazione *homeless* e, al contempo, rispetto delle normative imposte dal governo nazionale a scopi di sicurezza, individuale e collettiva.

È perciò possibile concludere che nonostante le innegabili difficoltà, cui il Covid-19 ha sottoposto i sistemi dei servizi afferenti alla grave marginalità in Italia, questi ultimi si siano dimostrati in grado di reagire ricalibrando la propria attività, reinventandosi in maniera creativa ed elastica per garantire tutela alle persone più fragili. Se da un lato, dunque, la pandemia ha portato allo scoperto criticità già esistenti nei sistemi di contrasto al fenomeno nel nostro paese, dall'altro ha permesso loro di realizzare nuovi apprendimenti, a partire dai quali riorganizzarsi in direzione di una maggiore strutturazione e capacità di fornire risposte di lungo periodo alle persone gravemente emarginate.

Infine, lo studio di caso proposto all'interno del quarto capitolo ha tentato di formulare considerazioni utili ad un ripensamento dei processi di progettazione territoriale dei servizi, facendo leva sulla necessità di un intervento precoce in favore delle persone senza dimora, nonché di una dimensione di coordinamento e integrazione tra i protagonisti della presa in carico e di un riconoscimento del valore aggiuntivo che, un maggior coinvolgimento degli utenti nei processi non solo di erogazione, bensì di progettazione dei servizi sul territorio, sarebbe in grado di generare. Tali ipotesi di ricerca hanno pertanto trovato conferma sia nelle prassi lavorative attuate nell'ambito della realtà livornese, sia nel parere degli intervistati, laddove si è evidenziata con forza la continua tensione verso un miglioramento nelle aree indagate, a partire dai limiti esposti nella ricerca.

In particolare, Livorno ha dimostrato un atteggiamento di apertura e flessibilità nei confronti di una gestione innovativa della problematica, intravedendo nella pandemia una motivazione ulteriore ad intraprendere percorsi di coinvolgimento della popolazione *homeless* a vari livelli, dunque esprimendo l'intenzione di volerne strutturare, maggiormente, forme e modalità anche sul piano decisionale e progettuale dei servizi, non appena vi saranno risorse disponibili. Ciò, con il fondamentale obiettivo di valorizzare,

quanto più possibile, la prospettiva e le competenze delle persone senza dimora presenti sul suo territorio, affinché le stesse divengano protagoniste attive dei rispettivi percorsi di aiuto: una tra le pratiche sociali innovative, questa, che il presente elaborato si è proposto di mettere in luce, al fine di tutelare non soltanto il diritto all'abitare delle persone senza dimora, bensì la più ampia sfera di diritti fondamentali del cittadino di cui, anch'esse, si ritiene dovrebbero godere in maniera piena e legittima.

Bibliografia

- Biancheri R. (2019), *Note di sociologia della salute. Manuale per le professioni mediche e sanitarie*, ETS, Pisa
- BITE n. 1 (2021), *From epistemology to methodology*, www.hoodproject.org
- BITE n. 2 (2021), *Elements of Dialogic Practices*, www.hoodproject.org
- BITE n. 5 (2021), *Enabling Coplanning*, www.hoodproject.org
- Cardano M. (1999), “Un singolare dialogo. L’intervista nella ricerca sociale”, *Quaderni di sociologia*, 19, pp. 147-157, <https://doi.org/10.4000/qds.1463>
- Caritas Italiana (2017), *Futuro anteriore. Rapporto 2017 su povertà giovanili ed esclusione sociale in Italia*, www.caritas.it
- Caritas Italiana (2021), *Oltre l’ostacolo. Rapporto 2021 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, www.caritas.it
- Cecchi G. (2020), *Dispense professor Giuseppe Cecchi*
- Celardi E., Mazzeo Rinaldi F., “Le strategie di contrasto alla homelessness in Italia: indirizzi valutativi per i nuovi piani di intervento”, in Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano
- Ciucci F., “Parlare con le persone senza dimora: il punto di vista degli utenti come strategia di promozione del sistema di intervento”, in Pellegrino M., Ciucci F., Tomei G. (2011), *Valutare l’invisibile*, FrancoAngeli, Milano
- Consoli T., “Ripensare la dimensione ‘pubblica’ dell’homelessness”, in Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano
- Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, Franco Angeli, Milano
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna
- Cortese C., Iazzolino M. (2014), *Innovare per includere: le sfide dell’approccio Housing First in Italia*, Paper for the Espanet Conference “Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni” Università degli Studi di Torino, Torino, 18-20 Settembre 2014, https://www.researchgate.net/publication/281748404_Innovare_per_includere_le_sfide_dell'approccio_Housing_First_in_Italia

- Cortese C., (2016), “Vite ai margini: i senza dimora in Italia e in Piemonte”, *Politiche Piemonte*, 40, pp. 5-8, https://www.fiopsd.org/wp-content/uploads/2018/03/Cortese_IRES_-_40_PolitichePiemonte_rivista.pdf
- Cortese C. (2016), *Un modello di lettura integrato della povertà estrema e del grave disagio abitativo*, https://www.fiopsd.org/wp-content/uploads/2018/07/modello-integrato_Cortese.pdf
- Cortese C., Molinari P., Zenarolla A. (2016), *L'integrazione sociosanitaria nell'approccio Housing First*, Paper per la IX Conferenza Espanet Italia “Modelli di welfare e modelli di capitalismo. Le sfide per lo sviluppo socio-economico in Italia e in Europa”, Macerata, 22-24 settembre 2016, https://www.espanet-italia.net/wp-content/uploads/2012/02/images_conferenza2016_Paper_22_Molinari.pdf
- Cortese C. (2019), *Reddito di cittadinanza e persone senza dimora. Offriamo loro un'opportunità*, <https://welforum.it/reddito-di-cittadinanza-e-persone-senza-dimora-offriamo-loro-unopportunita/>
- Cortese C., Pascucci R. (2020), *Report di Monitoraggio dei progetti del Network Housing First Italia (biennio 2017-2019)*, <https://www.fiopsd.org/housing-first-migliore-approccio/>
- Cortese C. et al (2020), *L'impatto della pandemia sui servizi per le persone senza dimora*, <https://www.fiopsd.org/gli-effetti-della-pandemia-sui-servizi/>
- Cortese C., Pascucci R., “Leve e barriere nella vita delle persone senza dimora. Quale integrazione possibile?”, in Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano
- Cortese C., Pezzoni A. (2021), “Post-pandemic policy developments in Italy: Housing first but not only”, *Homeless in Europe Magazine Winter 2021: Room in the Recovery*, pp. 37-41, <https://www.fiopsd.org/homeless-europe-winter-2021/>
- De Albertis M., (2016), “Le pratiche di contrasto alla grave emarginazione abitativa: il modello ‘a gradini’ (staircase approach)”, *Politiche Piemonte*, 40, pp. 9-13, https://www.fiopsd.org/wp-content/uploads/2018/03/Cortese_IRES_-_40_PolitichePiemonte_rivista.pdf

- E chi non può restare a casa perché una casa non ce l'ha?* (2020), <https://www.secondowelfare.it/povert-e-inclusione/e-chi-non-pu-restare-a-casa-perch-una-casa-non-ce-lha/>
- FACTSHEET n. 1 (2021), *Introducing HOOD*, www.hoodproject.org
- FEANTSA (2017), “Homelessness in Italy”, *FEANTSA country fiche*, <https://www.fiopd.org/homelessness-italy/>
- Filippini F. (2007), *Uno sguardo sulla povertà e sulla condizione dei senza dimora*, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwimgYzU0cb2AhUHDuwKHUdRAocQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Frp.unibo.it%2Farticle%2Fdownload%2F1503%2F879&usg=AOvVaw0YOHhB_5FknVQpQwcHpJU0
- Fio.PSD (2016), *Persone Senza Dimora e sostegno economico. La strada per includere*, <https://www.fiopd.org/wp-content/uploads/2018/02/position-paper-REIS-29-10-16.pdf>
- Fio.PSD (2018), *Presa in carico e Integrazione socio-sanitaria*, <https://www.fiopd.org/documento-conclusivo-del-gln-salute/>
- Fio.PSD e Erasmus + (2019), *Giovani senza dimora, guida alle buone pratiche*, <https://www.fiopd.org/giovani-senza-dimora-guida-alle-buone-pratiche/>
- Fio.PSD (2020), *I servizi di accoglienza ai tempi del Covid-19*, <https://www.fiopd.org/wp-content/uploads/2020/05/i-servizi-ai-tempi-del-covid19.pdf>
- Fio.PSD (2020), *Vademecum Residenza per i Senza Dimora*, <https://www.fiopd.org/vademecum-residenza-per-i-senza-dimora/>
- Fondation Abbé Pierre e FEANTSA (2019), *Fourth overview of Housing exclusion in Europe*, <https://www.feantsa.org/en/report/2019/04/01/the-fourth-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2019?bcParent=27>
- Gaboardi M., Santinello M., “Il punto di vista delle persone senza dimora sull’integrazione sociale”, in Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano
- Gobo G. (2001), *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*, Carocci, Roma
- Governo della Repubblica Italiana (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

- Il Simbolo (2021), *Report “Housing first Livorno, dal 01/01/2021 al 31/12/2021”*
 INPS- Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, *Circolare 8 novembre 2021, n. 166 per requisiti*,
<https://servizi2.inps.it/servizi/CircMessStd/VisualizzaDoc.aspx?tipologia=circmess&idunivoco=13584>
- ISTAT (2012), *Le persone senza dimora. Anno 2011*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, <https://www.istat.it/>
- ISTAT (2014), *La ricerca nazionale sulla condizione delle persone senza dimora in Italia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, https://www.istat.it/it/files//2014/06/17915_Senza_dimora.pdf
- ISTAT (2015), *Le persone senza dimora. Anno 2014*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, <https://www.istat.it/>
- Leonardi D. (2019), “Divenire homeless, fuoriuscire dalla condizione di homeless, restare cittadini: quale ruolo hanno i servizi di accoglienza?”, *Menabò di Etica ed Economia*, 104, <https://www.eticaeconomia.it/divenire-homeless-fuoriuscire-dalla-condizione-di-homeless-restare-cittadini-quale-ruolo-hanno-i-servizi-di-accoglienza/?format=pdf>
- Leonardi D., “Divenire homeless: quale ruolo assumono i servizi di accoglienza nella definizione delle identità?”, in Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano
- Leonardi D. (2020), *La pandemia raccontata dalla bassa soglia*, <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarieta/la-pandemia-raccontata-dalla-bassa-soglia/>
- Mancini F., De Felici P., Rosano A., “La povertà estrema e la condizione dei senza dimora. Un’indagine campionaria sui destinatari finali del Fondo di Aiuti Europei agli indigenti (FEAD)”, in Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano
- Meo A. (2008), “Vite in strada: ricostruire ‘home’ in assenza di ‘house’.” *Meridiana*, 62, 115–133, <http://www.jstor.org/stable/23204805>
- Meo A., “Homelessness: perché e come occuparsene”, in Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano

- Merriam S. B. (1998), *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco <http://eds-courses.ucsd.edu/tep288a/shortbook.pdf>
- Minardi R., Masotti N. (2019), *La residenza fittizia per senza dimora*, Centro stampa Regione Emilia-Romagna, <https://www.fiopds.org/seminario-residenza-bologna/>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2015), *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia*, <https://www.fiopds.org/linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta-in-italia/>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2016), *Avviso Pubblico n. 4/2016*, <https://www.lavoro.gov.it/Amministrazione-Trasparente/Bandi-gara-e-contratti/Pagine/PON-Inclusione-e-PO-I-FEAD-Avviso-3-ottobre-2016-per-la-presentazione-di-Proposte-di-intervento-per-il-contrasto-alla-grav.aspx>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2020), *Circolare numero 1319 del 19 febbraio 2020*, www.lavoro.gov.it/redditocittadinanza/Documents/norme/Documents/Nota-1319-del-19-02-2020.pdf
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2021), *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023*, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>
- OECD (2015), *Integrating Social Services for Vulnerable Groups*, Parigi
- Pascucci R., Cortese C. (2021), *Cosa sta cambiando nei servizi per le persone senza dimora?*, <https://www.secondowelfare.it/povert-e-inclusione/cosa-sta-cambiando-nei-servizi-per-le-persone-senza-dimora/>
- Pellegrino M., Ciucci F., Tomei G. (2011), *Valutare l'invisibile. Interventi di contrasto alle povertà estreme a dieci anni dalla legge 328/2000*, Franco Angeli, Milano
- Pellegrino M., "Introduzione. Articolo 28, dieci anni dopo", in Pellegrino M., Ciucci F., Tomei G. (2011), *op. Cit.*
- Pellegrino M., "Lo stato delle conoscenze in merito al fenomeno delle persone senza dimora", in Pellegrino M., Ciucci F., Tomei G. (2011), *op. Cit.*
- Porcellana V. (2017), "Dall'osservazione all'azione. Etnografia dei e nei servizi per persone senza dimora", ANUAC. VOL. 6, N° 2, PP. 175-195

- Pubblica Assistenza Livorno, Il Simbolo, Humanitas Livorno (2017), *Progetto Verso Casa. Relazione anno 2016*
- Pubblica Assistenza Livorno, Il Simbolo, Humanitas Livorno (2019), *Progetto Verso Casa. Report anno 2019 e comparazione anni precedenti*
- Rogel L. (2021), “Dal lockdown in strada a un tetto sopra la testa. Il Covid-19 impartisce delle importanti lezioni alle città del progetto ROOF, mirate a porre fine alla ‘questione’ dei senza tetto”, https://www.fiopsd.org/wp-content/uploads/2021/05/Rogel_covid_homelessness_italian.pdf
- Santinello M., Gaboardi M., Lenzi M. (2016), *Assistenza abitativa e integrazione sociale di persone senza dimora*, ATTI del Convegno SIPCO, http://amsacta.unibo.it/5502/1/ATTI_SIPCO_2016.pdf
- Spina. E. (2017), *Dispensa del corso di sociologia generale*, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiz0bWj2cL2AhVZSfEDHe5IDzMQFnoECAUQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.univpm.it%2Fentra%2Fengine%2FRAServeFile.php%2Ff%2FP005433%2FAllegati_doc%2FMetodologia_della_ricerca.pdf&usq=AOvVaw1VWr-djPX9exP3f4MBTMjH
- Stefani S. (2020), *L’isolamento impossibile delle persone senza dimora*, <https://www.secondowelfare.it/povert-e-inclusione/lisolamento-impossibile-delle-persone-senza-dimora/>
- Terraneo M. (2020), *Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica*, pp. 87-97, DOI: <http://dx.doi.org/10.1485/2281-2652-202016-6>
- Tomei G., “Guardare per pensare, agire per vedere. La valutazione nelle reti di intervento sociale come strategia di disoccultamento dell’emarginazione grave”, in Pellegrino M., Ciucci F., Tomei G. (2011), *op. Cit.*
- Tosi A. (2003), *The Construction of Homelessness in Italy*, https://www.researchgate.net/publication/237709002_The_Construction_of_Homelessness_in_Italy

Sitografia

- www.caritas.it
- <https://www.comune.livorno.it/>
- <https://www.europarl.europa.eu/portal/it>
- <https://www.feantsa.org/en>
- <https://www.fiopd.org/>
- <https://www.governo.it/>
- www.hoodproject.org
- www.housingfirstitalia.org.
- <https://www.ilsimbolo.it/>
- <https://www.istat.it/>
- www.lavoro.gov.it
- <https://www.santegidio.org/>
- www.secondowelfare.it
- <https://servizi2.inps.it/servizi/CircMessStd/VisualizzaDoc.aspx?tipologia=circmess&idunivoco=13584>
- www.welforum.it

Riferimenti normativi

- D.L. 28 gennaio 2019, n. 4, “Disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e pensioni”
- D.L. 19 maggio 2020, n. 34, “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”
- D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001, “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”
- D.P.C.M. 29 novembre 2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

D.P.C.M. 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”

D.P.C.M. 11 marzo 2020, “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull’intero territorio nazionale”

D.P.C.M. 17 dicembre 2020, “Reddito di libertà per le donne vittime di violenza”

Delibera della giunta regionale 4 marzo 2019, n. 269 “Governance delle reti territoriali”

Legge 24 dicembre 1954, n. 1228, “Ordinamento delle anagrafi della popolazione residente”

Legge 13 maggio 1978, n. 180, “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”

Legge 23 dicembre 1978, n. 833, “Istituzione del servizio sanitario nazionale”

Legge 8 novembre 2000, n. 328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”

Legge 6 giugno 2016, n. 106, “Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell’impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale”

Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”.

Appendice
Soggetti intervistati

Nome e cognome	Genere	Data di somministrazione dell'intervista	Collocazione professionale
A.C.	Uomo	10.01.2022	Vicepresidente Cooperativa Sociale Il Simbolo
D.C.	Donna	12.01.2022	Operatrice sociale Cooperativa Sociale Il Simbolo
L.B.	Donna	13.01.2022	Coordinatrice Area adulti, marginalità e famiglia Comune di Livorno
D.B.	Uomo	13.01.2022	Responsabile S.E.F.A. Cooperativa Sociale Il Simbolo
C.M.	Uomo	14.01.2022	Coordinatore area marginalità Cooperativa Sociale Il Simbolo
P.T.	Uomo	20.10.2022	Responsabile del Servizio sociale professionale Comune di Livorno
M.E.F.	Donna	20.02.2022	Medico e volontario Comunità di Sant'Egidio