

**ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA**  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE

“Giovanni Maria Bertin”

Corso di studio in Educatore Sociale e Culturale

**“Older homeless – persone senza dimora in età avanzata”**

Prova finale in:

Pedagogia speciale, della marginalità e della devianza

Relatore

Prof. Luca Decembrotto

Presentata da

Gaia Casoni

Correlatrice

Prof.ssa Elena Luppi

**Sessione: II appello**

**Anno accademico: 2021/2022**

# Indice

INTRODUZIONE.....	1
1. LA CONDIZIONE DI SENZA DIMORA.....	2
1.1 HOMELESSNESS: DEFINIZIONE E DESCRIZIONE DEL FENOMENO .....	2
1.2 DATI SULLE PERSONE SENZA DIMORA .....	8
1.3 POLITICHE ITALIANE E LINEE DI INDIRIZZO ALLA GRAVE EMARGINAZIONE ADULTA .....	12
2. INTRODUZIONE ALLA TERZA ETÀ.....	18
3. LE PERSONE SENZA DIMORA IN TERZA ETÀ .....	24
3.1 CHI SONO LE PERSONE SENZA DIMORA PIÙ ANZIANE? .....	24
3.2 CARATTERISTICHE DEL TARGET: SALUTE FISICA .....	25
3.2.1 Mortalità.....	26
3.3 CARATTERISTICHE DEL TARGET: SALUTE MENTALE E USO DI SOSTANZE .....	28
3.4 CARATTERISTICHE DEL TARGET: RETI SOCIALI.....	29
3.5 FATTORI DI RISCHIO E POSSIBILI CAUSE DELL'HOMELESSNESS IN ETÀ AVANZATA .....	31
3.6 ULTERIORI OSTACOLI NELL'USCITA DALL'HOMELESSNESS .....	37
3.7 TIPOLOGIE DI HOUSING .....	39
3.7.1 Dormitori notturni.....	39
3.7.2 Permanent Supportive Housing (PSH) .....	41
3.7.3 Housing First.....	43
3.7.4 RSA e case di riposo .....	45
3.7.5 Quali soluzioni abitative migliori?.....	47
3.8 TAC+ BOLOGNA .....	49
3.9 SPUNTI DI RIFLESSIONE EDUCATIVO-PEDAGOGICI .....	52
CONCLUSIONE .....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60

## Introduzione

In questo lavoro cercheremo di restituire una descrizione il quanto più accurata possibile delle persone senza dimora in età avanzata – che vengono qui considerate tali una volta superati i cinquant'anni di età. In seguito all'introduzione del tema dell'homelessness e della terza età, verranno prese in esame le caratteristiche della popolazione in questione riportate dalla letteratura, dando rilievo ai collegamenti tra le macro-tematiche in questione. A seguire, saranno illustrati i vari fattori di rischio per l'homelessness in età avanzata, che aiuteranno a comprendere la multifattorialità del fenomeno della grave emarginazione adulta. Analizzeremo, poi, varie tipologie di sistemazioni possibili, cercando di comprendere quali tra queste possano beneficiare maggiormente le persone senza dimora con più di 50 anni, facendo inoltre riferimento ad un servizio presente nella realtà bolognese: TAC+. Saranno infine forniti alcuni spunti operativi educativi che si ritenga possano informare gli operatori del settore della grave emarginazione adulta sul tema qui presentato.

La mancanza di ricerca nel Paese riguardo la tematica delle persone homeless più anziane ha portato chi scrive a consultare principalmente fonti di origine straniera, le cui informazioni sono state – laddove possibile – confrontate con dati italiani, nel tentativo di rendere il testo più coerente al contesto locale. L'attenzione carente che l'Italia ha sinora rivolto verso la popolazione presa in esame motiva la stesura di questo elaborato e la speranza che future indagini possano approfondire la natura del fenomeno nel Paese. L'utilità delle ricerche sulla tematica dei senza dimora in età avanzata si palesa specialmente in luce dell'invecchiamento della popolazione italiana. Il processo in questione, già in corso da anni, potrebbe portare le persone con più di 65 anni al 35% del totale della popolazione nel 2050 (Istat, 2021a). Laddove la proporzione di persone in tarda età aumenta, cresce l'urgenza di arginare i rischi della caduta nell'homelessness per chi fa il suo ingresso in questa fase della vita. Anche per questa ragione, emerge l'esigenza di una rete di servizi in grado, in primo luogo, di cogliere le specificità dei soggetti coinvolti e, in secondo luogo, di rispondere alla complessità dei bisogni degli stessi in un'ottica multidisciplinare e dinamica. Infatti, sebbene si renda necessario ricercare le peculiarità della condizione di senza dimora dopo i 50 anni, è bene ricordare come l'esperienza dell'homelessness si declini in modalità singolari per ognuno, riflettendo l'unicità dell'individuo che ne fa esperienza.

# 1. La condizione di senza dimora

## 1.1 Homelessness: definizione e descrizione del fenomeno

In questo primo spazio ci dedicheremo ad affrontare alcune definizioni del concetto di “senza dimora”. Delineare i confini del fenomeno assume importanza sia da un punto di vista teorico, sia da quello prettamente pratico. Analizzare le definizioni ci permette, *in primis*, di cogliere le varie considerazioni e idee prevalenti sull’argomento in un determinato territorio. In seconda istanza, come ricorda Tosi (2009), l’importanza delle definizioni emerge nel momento in cui si coglie il loro legame con le politiche. Il modo in cui un *target* o un fenomeno vengono descritti influisce sulle modalità e sulle possibilità di conseguire gli obiettivi ad essi collegati – come, in questo caso, la riduzione della grave emarginazione adulta.

L’homelessness è stata interpretata in svariati modi, generando differenze di definizioni sia tra più contesti, sia nei medesimi territori a distanza di tempo. Questo disvela il carattere complesso della condizione di senza dimora, la quale si declina in modo peculiare in relazione al contesto d’appartenenza – con i relativi mutamenti sociali, economici, politici e culturali dello stesso – e alla soggettività di chi la sperimenta in prima persona. Si ritiene, perciò, che sia di fondamentale importanza conoscere le definizioni adottate dai diversi attori, in quanto permettono di comprendere il quadro teorico di riferimento e, di conseguenza, le potenziali azioni che gli stessi possono mettere in atto.

Prima di entrare nel vivo di questo discorso risulta significativo attuare una puntualizzazione sul perché il termine “senza dimora” si preferisca a quelle espressioni proprie del linguaggio comune – come “senza tetto”, “barbone”, “clochard” –. L’etimologia di “clochard” deriva dal francese “*clocher*” che significa “zoppicare”, mentre “barbone” discende dalla parola “birbone”. Risulta chiaro come questi termini si siano sviluppati in relazione ai pregiudizi verso questa fascia della popolazione, “ovvero la convinzione che gli homeless siano persone pericolose, devianti” (Grattagliano et al., 2015, p. 7).

La definizione di “senza tetto”, invece, si distingue da quella di “senza dimora” nelle stesse modalità in cui si differenziano i termini inglesi *house* e *home* (Filippini, 2007). Il tetto possiede una valenza fisica, mentre la dimora si configura come “un luogo stabile, personale,

riservato ed intimo, nel quale la persona possa esprimere liberamente ed in condizioni di dignità e sicurezza il proprio sé, fisico ed esistenziale” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 15). In questo senso, il termine “senza dimora” amplia la concezione del fenomeno inteso come mero disagio economico ed abitativo, comprendendo anche la dimensione psicologica, relazionale, emotiva ed esistenziale.

Una prima classificazione relativa al tema dei senza dimora che prenderemo in considerazione viene fornita nel 2005 da FEANTSA<sup>1</sup> e prende il nome di ETHOS - *European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*. Risulta opportuno in questa sede puntualizzare come non si parli propriamente di definizione, quanto più di tipologia, incentrata principalmente sull’esclusione abitativa.

ETHOS si basa su un modello teorico che vede tre domini come essenziali per l’identificazione della situazione di senza dimora: area giuridica, sociale e fisica. Mentre il dominio *fisico* si riferisce alla possibilità di avere un luogo “adeguato sul quale una persona e la sua famiglia possano esercitare un diritto di esclusività”, quello *sociale* si configura come la “possibilità di mantenere in quello spazio relazioni soddisfacenti e riservate”, infine, quello giuridico viene concepito come l’“avere un titolo legale riconosciuto che ne permetta il pieno godimento” (FEANTSA, n.d.). Date le tre aree in questione – o per meglio dire, la loro mancanza – e le loro intersezioni, si configurano sette possibili condizioni di esclusione abitativa (fig. 1; tab. 1), di cui solamente due (numero 1 e numero 2) sono rappresentative della condizione di senza dimora. La prima riconosce l’inadeguatezza rispetto a tutte le tre aree, mentre la seconda deriva da carenze rispetto all’area sociale e giuridica.

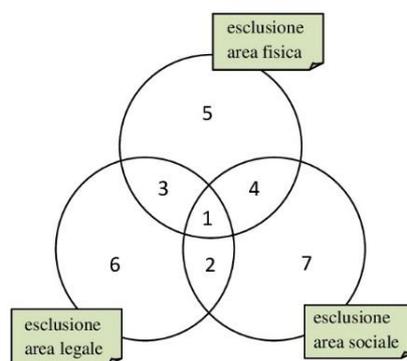


Fig. 1. Aree e diversi tipi di esclusione abitativa. Edgar, B. (2009).

<sup>1</sup> Sigla di “Fédération Européenne d’Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri”, cioè “Federazione Europea delle Organizzazioni che lavorano con Persone Senza Dimora”.

Categoria concettuale	Categoria operativa		Area fisica	Area legale	Area sociale
Senza dimora	1	Senza tetto	No	No	No
	2	Senza casa	Si	No	No
Esclusione abitativa	3	Sistemazione inadeguata e insicura	No	No	Si
	4	Sistemazione inadeguata e isolamento sociale all'interno di una dimora occupata legalmente	No	Si	No
	5	Sistemazione inadeguata (con garanzia di continuità)	No	Si	Si
	6	Sistemazione insicura (con alloggio adeguato)	Si	No	Si
	7	Isolamento sociale all'interno di un contesto sicuro e adeguato	Si	Si	No

Tab. 1. *Categorie dell'esclusione abitativa. Edgar, B. (2009).*

Partendo dal modello teorico cui si è appena fatto riferimento sono, dunque, state prodotte quattro *categorie concettuali* di esclusione abitativa: condizione di senza tetto (“*rooflessness*”), condizione di senza casa (“*houselessness*”), sistemazioni insicure (“*insecure housing*”) e sistemazioni inadeguate (“*inadequate housing*”). Queste si suddividono in 13 *categorie operative* pensate come strumenti più concreti di cui avvalersi, ad esempio, nella strutturazione delle politiche o all'interno di indagini o studi sistematici sulla popolazione *target* di riferimento (tab. 2) (FEANTSA, n.d.).

Categorie concettuali	Categorie operative	
Senza tetto	1	Persone che vivono in strada o in sistemazioni di fortuna
	2	Persone che ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna
Senza casa	3	Ospiti in strutture per persone senza dimora
	4	Ospiti in dormitori e centri di accoglienza per donne
	5	Ospiti in strutture per immigrati, richiedenti asilo, rifugiati
	6	Persone in attesa di essere dimesse da istituzioni
	7	Persone che ricevono interventi di sostegno di lunga durata in quanto senza dimora
Sistemazioni insicure	8	Persone che vivono in sistemazioni non garantite
	9	Persone che vivono a rischio di perdita dell'alloggio
	10	Persone che vivono a rischio di violenza domestica
Sistemazioni inadeguate	11	Persone che vivono in strutture temporanee/non rispondenti agli standard abitativi comuni
	12	Persone che vivono in alloggi impropri
	13	Persone che vivono in situazioni di estremo affollamento

Tab 2. *Categorie concettuali e operative nella classificazione europea sulla grave esclusione abitativa.*

FEANTSA. (n.d.).

ETHOS è stata costruita con l'obiettivo di fornire un linguaggio comune a livello europeo che agevolasse la comparazione di dati o di definizioni sull'homelessness, data l'enorme diversificazione tra paesi sul tema delle persone SD. In realtà, questa classificazione è stata talvolta utilizzata in modo improprio, tradendo lo scopo originario della stessa. Alcuni autori sottolineano, infatti, come ETHOS sia stata erroneamente intesa persino come definizione di senza dimora per l'Unione Europea (Amore et al., 2011, p. 18).

La concezione di persona senza dimora che ritroviamo nella classificazione fa esplicito riferimento all'homelessness come fenomeno mutevole, in cambiamento e inserito all'interno di un processo. Nel redigere questo documento FEANTSA identifica, infatti, quattro possibili ordini di cause rispetto all'homelessness: strutturali, istituzionali, relazionali e personali. Le varie tipologie di cause non sono intese in senso deterministico, bensì rappresentano i maggiori fattori di aumento della vulnerabilità alla condizione di senza dimora.

Tra i punti deboli di ETHOS ritroviamo la sua "generalità", che non permette di tenere in considerazione la peculiarità del contesto di utilizzo – fondamentale per comprendere la natura situata del fenomeno e le possibili azioni da intraprendere per contrastarlo (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali 2015, p. 14).

Per contro, la classificazione presenta il vantaggio di poter fare riferimento a criteri facilmente misurabili come la situazione abitativa. Ciò permette una raccolta dati più sistematica e, di conseguenza, più semplice, diversamente dai modelli che si rifanno a criteri più ambigui. Inoltre, la sua condivisione da parte di molti paesi europei, la rende un valido strumento per la rilevazione di dati e per la comparazione delle ricerche a livello internazionale. Un altro pregio di questa tipologia risiede nella capacità di evidenziare quelle categorie che sperimentano un disagio abitativo non grave, interpretandole come "a rischio di homelessness". L'attenzione rivolta a questa fascia di popolazione permette, in primo luogo, di concepire l'esclusione abitativa come frutto di un processo e, in secondo luogo, di riflettere sul tema della prevenzione.

FEANTSA stessa tiene a specificare come chi sperimenta sistemazioni insicure o inadeguate non venga considerato propriamente senza dimora – al contrario di alcuni paesi –, quanto più "a rischio di homelessness". Effettivamente, più ricerche che utilizzano questo strumento fanno riferimento solamente alla *rooflessness* e all'*houselessness* per riferirsi della condizione di senza dimora. Ad esempio, le indagini svolte dall'Istat nel 2011 e nel 2014 che attingono dalla tipologia ETHOS specificano che:

“[...] 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 costretti 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).” (Istat, 2015, p. 15; Istat, 2012, p.14).

La definizione di senza dimora adottata dall’Istat fa, dunque, esplicito riferimento al fattore del disagio abitativo come elemento caratterizzante della persona senza dimora, considerata come una persona che “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” (Istat, 2015, p.15).

Prendiamo ora in considerazione la definizione di persona senza dimora formulata dalla fio.PSD – Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora –, la quale:

“considera la persona senza dimora come un soggetto in stato di povertà materiale ed immateriale, portatore di un disagio complesso, dinamico e multiforme, che non si esaurisce alla sola sfera dei bisogni primari ma che investe l’intera sfera delle necessità e delle aspettative della persona, specie sotto il profilo relazionale, emotivo ed affettivo” (fio.PSD, n.d.-b).

Già da una prima analisi è possibile notare come la definizione in questione colga la multidimensionalità dell’homelessness e dei disagi ad essa connessi, riconoscendo la complessità dei percorsi di grave emarginazione adulta. Un ulteriore elemento chiave di questa interpretazione risiede nel sottolineare le mancanze *immateriali* della condizione di senza dimora, che investono principalmente l’area sociale ed emotiva. Contrastando una visione semplicistica del fenomeno inteso come mera povertà economica e abitativa, vengono prese in considerazione le “povertà di relazioni e di affetti, di assoggettamento alle costrizioni del bisogno, della malattia, della sofferenza, dello stigma e dell’ingiustizia sociale” (fio.PSD, n.d.-b), sia come fattori di vulnerabilità, sia come conseguenze dell’homelessness.

Insieme a Caritas Roma (2018) possiamo attribuire a questa definizione una valenza *qualitativa*, essendo il suo scopo quello di indagare la processualità e la variabilità dei vissuti di homelessness. La processualità e la multidimensionalità delle traiettorie esistenziali sono presupposti fondamentali sui quali dovrebbe basarsi qualsiasi approccio alla condizione di senza dimora, poiché in grado di evidenziare come i percorsi di vita non siano mai univoci e lineari, bensì frutto del dialogo tra una pluralità di variabili, esterne ed interne al soggetto.

Dall'altro lato, però, va riconosciuto come le visioni di tipo qualitativo si affidino più raramente a criteri oggettivi, a differenza di definizioni *statistiche* – come la tipologia ETHOS –, risultando così meno generalizzabili.

Un'ulteriore distinzione tra definizioni di senza dimora ci viene fornita da Tosi (2009), che separa definizioni *restrittive* ed *estensive*. Tra le prime ricadono le concezioni di homelessness che delimitano la condizione di senza dimora a coloro che sperimentano contemporaneamente una deprivazione abitativa e un'estrema marginalità sociale. Il focus delle definizioni restrittive coincide proprio con la deprivazione su molteplici livelli; la persona senza dimora viene considerata come “la tipologia più chiara di situazione di emarginazione grave prodotta da una deriva in cui multiple condizioni di svantaggio si cumulano e generano un circuito vizioso” (Gnocchi, 2009, p. 171). Per questa ragione l'ampiezza numerica del *target* e delle situazioni considerate risulta, appunto, più ristretta rispetto a quella tracciata dalle definizioni estensive, le quali pongono al centro del discorso solamente il fattore dell'esclusione abitativa, includendo così anche le situazioni “di confine” – come le persone a rischio di homelessness –. Il fatto che lo stato di grave emarginazione non sia al centro di questa tipologia di definizioni, a ben vedere, non implica necessariamente una visione parziale della condizione di senza dimora. Più definizioni estensive utilizzano, infatti, il concetto di “casa” o “dimora” facendo riferimento alla pluralità di accezioni che questo porta con sé – come nel caso della tipologia ETHOS –.

L'utilità delle concezioni restrittive risiede nella loro capacità di trasmettere la multidimensionalità del fenomeno in sé. Tuttavia, portano con sé alcuni limiti, tra i quali il rischio: a) che l'homelessness venga separata dai macro-processi che generano le varie forme di esclusione; b) “che le componenti non estreme, non “patologiche” e non croniche (le forme temporanee) della homelessness non ricevano l'attenzione che meritano” (Tosi, 2009, p. 357); c) “che l'esclusione abitativa venga trascurata quando non è accompagnata da forti tratti di marginalità sociale” (Tosi, 2009, p. 357).

Risulta rilevante, ai fini del discorso, rimarcare come le definizioni di homelessness abbiano risentito nel tempo dei cambiamenti sociali, riflettendo differenti approcci e visioni relative al fenomeno. Se per molti decenni si è fatto riferimento alle persone senza dimora attingendo a una pluralità di stereotipi, è recentemente sorto il bisogno di creare definizioni maggiormente comprensive della realtà del fenomeno. Sono, ad esempio, emerse concezioni di “*new homelessness*” in grado di coinvolgere più fasce di popolazione – come donne, gruppi etnici emarginati, anziani, ecc. – allontanandosi dal fuorviante pregiudizio di senza dimora

“[...] *almost exclusively male, alcohol-dependent transients*” (Minnery, & Greenhalgh, 2007, p. 643).

Un ulteriore cambiamento delle concezioni di homelessness riguarda le possibili cause del fenomeno. Per decenni una varietà di comportamenti, in particolare l'abuso di sostanze di una parte della popolazione senza dimora è stata utilizzata per supportare una rappresentazione di homelessness come esito di difetti o colpe individuali. Dagli anni Ottanta del Novecento sono, invece, emerse definizioni della condizione di senza dimora in grado di mettere in luce l'importanza dei fattori esterni e strutturali (Gnocchi, 2009). Riteniamo, a questo proposito, rappresentativa la definizione *ecologica* di Nooe e Patterson (2010): “From an ecological perspective, homelessness can be understood as the result of interactions among risk factors ranging from individual conditions to socio-economic structures and environmental circumstances” (p. 105). Il modello qui presentato identifica l'homelessness come il risultato dell'interazione tra: a) fattori di rischio biopsicosociali; b) esiti individuali e sociali; c) condizione abitativa; d) dimensione temporale. I due autori, superando la dicotomia individuo-ambiente, riescono a rappresentare la complessità di questa condizione sottolineando le influenze che i singoli elementi esercitano sul sistema soggetto.

## **1.2 Dati sulle persone senza dimora**

Seppure negli ultimi anni la ricerca sulle persone senza dimora abbia raccolto maggiori attenzioni da parte delle istituzioni e dei ricercatori delle scienze sociali, i dati a nostra disposizione riguardanti il contesto italiano rimangono tuttora non sufficienti per descrivere il fenomeno all'interno del Paese in modo esaustivo. Rispetto ad altri paesi, in particolare Stati Uniti – ma anche Canada, Australia ed altri paesi dell'Unione Europea –, l'Italia ha condotto poche analisi abbastanza sistematiche e complete da poter essere generalizzate. Tra queste ultime troviamo le due indagini portate avanti da Istat nel 2011 e nel 2014, in collaborazione con il Ministero del Lavoro, fio.PSD e Caritas Italiana. Il principale obiettivo di queste ricerche risiedeva nel restituire un quadro: a) delle tipologie dei servizi (formali ed informali) per persone per senza dimora; b) del “profilo” delle persone senza dimora presenti sul territorio; c) della portata del fenomeno in Italia; d) delle modalità di utilizzo dei servizi da parte delle persone senza dimora (Edgar, 2009).

I campioni delle ricerche hanno coinvolto 158 comuni italiani, più nello specifico quelli “con oltre 70 mila abitanti e tutti i capoluoghi di provincia con 30 mila abitanti o più;

per quanto riguarda i comuni limitrofi si è scelto di limitarsi a quelli dei soli comuni con oltre 250 mila abitanti” (Istat, 2014, p. 21). Essendo il *target* difficile da intercettare, vista la mancanza di liste anagrafiche a riguardo, si è deciso di svolgere l’indagine attraverso quei servizi utilizzati dalla maggior parte delle persone senza dimora per sopperire ai bisogni primari. In particolare, ci riferiamo ai servizi di mensa e ai servizi di accoglienza notturna (768 centri totali di cui 639 coinvolti), grazie ai quali l’istituto ha raccolto 4726 interviste valide. L’istituto ha deciso di affidare le rilevazioni agli operatori e ai volontari dei servizi per tre serie di motivazioni: a) per incentivare un maggiore coinvolgimento delle organizzazioni; b) per permettere un controllo della veridicità delle informazioni, essendo gli operatori già in possesso di molte informazioni riguardo l’utenza; c) per promuovere un “superamento della barriera rappresentata dalla scarsa fiducia delle persone senza dimora nei confronti delle indagini e, in generale, della richiesta di informazioni” (Istat, 2014, p. 27).

A fronte di una stima di 50.724 persone senza dimora, che nel periodo novembre–dicembre 2014 hanno utilizzato i servizi in questione nei comuni coinvolti, Istat indica come maggioritari: uomini (85,7%), stranieri (58,2%), con meno di 54 anni (75,8%), che vivono da soli (76,5%) e che vivono al Nord (56,0%). Alcuni autori, però, suggeriscono che i metodi statistici adottati in Europa nei confronti di questa popolazione non permettano di restituire una fotografia realistica dell’homelessness femminile (Bretherton, 2017). Questa mancanza viene attribuita alla presenza di *bias* che portano a concepire la grave emarginazione adulta come fenomeno principalmente maschile, escludendo dalla definizione di senza dimora i percorsi che molte donne intraprendono – come soggiornare presso centri anti violenza o ricevere supporto tramite reti informali –.

Un altro elemento non marginale che emerge dall’indagine riguarda la durata della condizione di senza dimora (tab. 3). Confrontando i dati degli anni 2011 e 2014 si assiste ad un cambiamento che interessa, da un lato, una diminuzione delle persone che sperimentano l’homelessness da minor tempo – da meno di 1 mese a 3 mesi – e, dall’altro, un aumento di chi è senza dimora da 2 ad oltre 4 anni. Il dato in questione potrebbe indicare un aumento della cronicizzazione della grave emarginazione adulta, che viene spesso connessa all’incapacità delle politiche e dei servizi di interpretare ed agire sul fenomeno in modo integrato ed unitario, alimentando i circoli viziosi che spingono l’utenza a rimanere ai margini (Gui, 1995). A nostro avviso, è evidente come questo argomento possa costituire un elemento di riflessione e, nondimeno, di ulteriore analisi.

Durata della condizione di senza dimora (composizione percentuale)	Anno 2011 %	Anno 2014 %
Meno di 1 mese	14,3	7,4
1 - 3 mesi	14,2	10,0
3 - 6 mesi	11,9	10,5
6 mesi – 1 anno	16,0	15,0
1 – 2 anni	14,5	14,8
2 – 4 anni	11,4	19,7
Oltre 4 anni	16,0	21,4
Nessuna informazione	1,9	1,5

Tab. 3. Durata della condizione di senza dimora in Italia. Istat (2012); Istat (2015).

Un interessante approfondimento sul profilo lavorativo, presentatoci sempre da Istat, è in grado di fare emergere una varietà di situazioni talvolta sottovalutate. Mentre il 72% del campione non ha un lavoro – ma l’87,7% di questi l’ha avuto in passato –, il 28% ha un’occupazione – per lo più saltuaria, a termine o poco sicura – al momento dell’intervista, con una media di 13,2 giorni di lavoro e 315 euro al mese. L’82,6% delle persone senza dimora intervistate percepisce almeno una fonte di reddito, proveniente non solo da attività lavorative, ma anche da pensioni, sussidi, amici/famigliari/parenti, e altro – ad esempio, dalla colletta –.

Per indagare le possibili cause della condizione di SD in Italia, Istat ha deciso concentrarsi su tre eventi principali, implicitamente considerati come ampiamente influenti nella “carriera” di senza dimora: (a) malattia – che include disabilità, malattie croniche e forme di dipendenza –, (b) separazione dal coniuge e/o dai figli, (c) perdita del lavoro stabile. A differenza dell’indagine del 2012, l’evento più comune riportato nel 2015 è la separazione (63%), seguito dalla perdita del lavoro (56,1%) e dalla malattia (25,4%). È possibile notare come una parte significativa dei soggetti (50,9%) abbia vissuto più di un evento, tra questi, lungo il corso della vita. A prima vista questi dati avvalorano una lettura della grave emarginazione adulta come percorso non connotato dalla sola deprivazione economica, ma come fenomeno complesso. Ciononostante, risulta importante adottare uno sguardo accorto nella lettura di questi dati, evitando di costruire una relazione di causalità tra gli eventi appena menzionati e l’homelessness. In primis, è infatti evidente come questi eventi – seppure nella loro drammaticità – non siano in grado di ritrarre la totalità delle possibili cause – personali e contestuali – che conducono la persona alla condizione di senza dimora. Inoltre, i dati appena riportati fanno riferimento ad avvenimenti vissuti in generale e non solamente nel periodo

precedente alla condizione di senza dimora. Ciò implica che gli stessi potrebbero costituire non solo cause, ma anche conseguenze della grave emarginazione adulta.

Riteniamo necessario sottolineare i risultati riguardanti le reti sociali, in quanto costituiscono una variabile rilevante all'interno dei percorsi di homelessness. Il 66,7% dichiara di avere contatti con i propri famigliari, con una significativa differenza in base alla cittadinanza (tab. 4). Le persone senza dimora con cittadinanza straniera tendono ad avere più contatti con i famigliari (72%) rispetto agli italiani (59%). Spostando l'attenzione sulle modalità di contatto, si evince una differenza sostanziale: tra le persone che hanno contatti circa il 36% degli stranieri sente solamente i propri famigliari – contro circa il 12% degli italiani –, mentre all'incirca il 63% degli stranieri li vede, diversamente dall'87% degli italiani. Malgrado Istat non ci fornisca dati sulla permanenza sul suolo italiano delle persone straniere intervistate, possiamo ipotizzare che una parte di loro abbia intrapreso l'esperienza migratoria in tempi recenti separandosi dal nucleo familiare. La distanza geografica spiegherebbe la differenza di percentuale tra italiani e stranieri che sentono solamente i propri famigliari, con i quali sarebbe possibile mantenere i contatti solamente attraverso l'aiuto delle nuove tecnologie. Sperando di non creare una generalizzazione fuorviante, riteniamo che i dati in questione possano restituire l'immagine di quella parte di stranieri di recente immigrazione per i quali “un periodo senza un'abitazione [...] è visto come un passaggio obbligato di transizione per raggiungere obiettivi di casa e lavoro nel Paese di destinazione, [nonostante non venga] programmato ex ante” (Gnocchi, 2009, p. 80).

Contatti con famigliari	Stranieri %	Italiani %
Sì	72,4	59,3
Li sente soltanto	26,4	7,2
Li vede	46,1	52,1
No	27,6	40,7

Tab. 4. Contatti con i famigliari. Istat (2012); Istat (2015).

Riteniamo opportuno, in questa sede, comparare i dati provenienti da questa indagine con altri studi condotti sul territorio italiano. In particolare, ci riferiamo al rapporto “Povertà in attesa” su povertà e politiche di contrasto stilato nel 2018 da Caritas Italiana, nel quale troviamo un approfondimento sulle persone senza dimora, che costituiscono il 21% degli utenti Caritas (Avonto et al., 2018). Il rapporto conferma la prevalenza di richieste di uomini senza dimora,

stranieri, del Nord Italia delineato da Istat, seppure con differenze rispetto alle percentuali. Per quanto concerne l'età, Caritas individua un aumento dei giovani tra 18 e i 34 anni senza dimora negli ultimi anni, stimati a più del 30% (Avonto et al., 2018; Caritas Roma, 2018). Questo dato, oltre a stimolare analisi più approfondite, dovrebbe incoraggiare una riflessione riguardo la vulnerabilità e i fattori di rischio per i giovani – in piena età lavorativa – e, di conseguenza, azioni legate alla prevenzione e ad una presa in carico adeguata.

L'analisi svolta approfondisce, altresì, il tema dei bisogni emersi durante le esperienze a contatto con l'utenza. Il 76% delle persone senza dimora avanza richieste relative a beni materiali, il 23% rispetto all'alloggio, il 13% riguardo sussidi economici e il 10% relative alla sanità, confermando il *triangolo della povertà* – economica, occupazionale e abitativa – come predominante nella popolazione di riferimento. Viene, però, fatta notare una differenza rispetto alla cittadinanza, in quanto “i cittadini stranieri chiedono molti più aiuti legati a scuola, istruzione, consulenza–orientamento e sanità rispetto ai cittadini italiani, che chiedono maggiormente supporto socio–assistenziale, sussidi economici e beni materiali e coinvolgimenti di altre persone o enti terzi” (Avonto et al., 2018, p. 79).

Le ricerche tenute in considerazione sinora, seppure esaustive nella descrizione socioeconomica della popolazione *target*, non considerano le persone senza dimora che non si rivolgono ai servizi. Istat, servendosi delle Unità di Strada (Uds) di Torino ha svolto un'indagine specifica sulla città, stimando al 3,5% la quota di PSD che non si rivolgono ai servizi di mense e di accoglienza notturna. Tuttavia, la percentuale risulta poco generalizzabile tenendo presente la ridotta grandezza del campione coinvolto nell'intervista e la peculiarità del territorio torinese, considerato un contesto privilegiato per quanto concerne la presenza e coordinazione di servizi di strada. Dunque, a nostro avviso la ricerca non è in grado di restituire un'immagine dettagliata dell'emarginazione ancora più grave.

### **1.3 Politiche italiane e Linee di indirizzo alla grave emarginazione adulta**

Questo spazio verrà dedicato all'analisi delle politiche presenti in Italia per contrastare l'homelessness e, più specificatamente, verranno prese in considerazione le “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia”.

L'Italia ha cercato di creare un piano integrato per le persone senza dimora da un punto di vista legislativo solo nei tempi più recenti. È con la legge 328 del 2000 che la

legislazione italiana riconosce formalmente per la prima volta l'homelessness come area di intervento per i servizi sociali. Nondimeno, questo atto manifesta l'intenzione di creare un sistema integrato, coordinato ed efficiente di politiche sociali per la presa in carico delle persone e delle famiglie che versano in una condizione di disagio (L.328/00, art. 22, c.1). Purtroppo, l'efficacia di questa legge viene messa in discussione solamente l'anno successivo con la riforma costituzionale del 2001, in cui la legislazione italiana riconosce l'homelessness come area di intervento di competenza residuale delle Regioni, mentre allo Stato spetta il compito di determinare “[...] i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (Cost. it., art. 117). I suddetti livelli essenziali non sono stati ad oggi definiti, lasciando di fatto la gestione di queste aree di intervento alle Regioni e, più spesso, ai singoli Comuni (Pezzana, 2012). Risulta evidente come le prospettive iniziali – “definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte” (L.328/00, art. 22, c.1) – siano state ampiamente disattese, generando un sistema di politiche disomogeneo e “inconsistente” (Pleace et al., 2019, p. 60) sul territorio nazionale.

Se la diversificazione della gestione degli interventi a seconda della zona potrebbe essere considerata come un pregio – in quanto più coerente con il contesto di appartenenza –, appare chiaro come una completa mancanza di punti di riferimento comuni finisca per produrre effetti controproducenti. Ne è un esempio l'ampia presenza del privato sociale e delle organizzazioni – di sfondo laico e religioso – che quotidianamente si mettono al servizio di migliaia di persone senza dimora, compensando di fatto il ruolo del settore pubblico. Le scelte intraprese dal punto di vista legislativo suggeriscono, inoltre, una visione non prioritaria della coordinazione dei servizi e, parimenti, un disinteresse verso il fenomeno della grave emarginazione adulta.

Tutto ciò sembrerebbe confermare l'aderenza – quantomeno parziale – dell'Italia ad un modello di welfare “mediterraneo” caratterizzato, tra le altre cose, da una polarizzazione interna che genera una frammentazione del sistema di protezione sociale e da un basso grado di penetrazione dello stato nella sfera del welfare (Ferrera, 1996). Gal (2010) suggerisce l'esistenza di una “*extended family of Mediterranean welfare states*” – di cui farebbe parte anche l'Italia – connotata da un minore quantitativo di risorse, una spesa sociale bassa, un debole sostegno a favore dei poveri, un ruolo determinante della famiglia e delle organizzazioni religiose nel sostituire il welfare, tassi bassi di partecipazione al mercato del lavoro – soprattutto da parte delle donne – e un successo ridotto nella diminuzione della

povertà e dei divari economici. Come alcuni autori sostengono (Stephens & Fitzpatrick, 2007), il modello di welfare non detiene un ruolo marginale; al contrario è fondamentale poiché in grado di influenzare il livello di povertà e di diseguaglianze. Seppure non sia possibile concedere a questo argomento ulteriore spazio, riteniamo che l'importanza dei fattori strutturali, come appunto il modello di welfare, non siano da sottovalutare all'interno di un qualsiasi approccio verso il tema delle PSD.

È con le “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia” del 2015 che il Paese dimostra formalmente un interesse verso le persone senza dimora, pur rimanendo un documento non vincolante per gli attori del settore. Nate da una collaborazione tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ed uno specifico gruppo di lavoro – con il supporto della Segreteria Tecnica della fio.PSD – le Linee di indirizzo hanno coinvolto 12 città con più di 250.000 abitanti. Il dialogo con una pluralità di attori, soprattutto con coloro che lavorano in prima linea con le persone senza dimora, ha permesso di evitare l'imposizione dall'alto di un modello poco coerente con la realtà del fenomeno, favorendo un processo di elaborazione *bottom-up* (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015).

Le Linee di indirizzo presentano una prima sezione dedicata ad una panoramica sull'homelessness e sui servizi in Italia, e una seconda parte riservata alle vere e proprie linee di indirizzo. Quest'ultima si sviluppa in relazione ad una pluralità di tematiche – dalle varie tipologie di servizi e la loro gestione, alle pratiche relative a precisi *target*, alla presa in carico, ecc. –. Nello specifico vengono considerati *target* con caratteristiche peculiari: le persone senza un titolo valido di soggiorno, le persone profughe e richiedenti asilo, le donne SD, le persone senza dimora giovani, quelle con più di 65 anni, quelle con problemi di salute fisica, psichica e di dipendenza e quelle vittime di discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere. Per queste categorie vengono formulate delle raccomandazioni – non di per sé vincolanti – a cui attenersi per rispondere ai bisogni specifici di cui le stesse sono portatrici.

Il documento introduce un elemento di innovazione conferendo un ampio spazio di discussione all'approccio di Housing First. Quest'ultimo viene assunto dalle Linee Guida come modello di riferimento per il contrasto alla grave emarginazione adulta, in opposizione con il modello ad oggi prevalente in Italia: lo *staircase approach*. La pratica dello *staircase approach* – approccio a gradini – consiste nel supportare la persona senza dimora permettendole di raggiungere l'autonomia in modo graduale, potendo accedere al 'gradino' successivo solamente avendo soddisfatto i requisiti del precedente. La logica sottostante a questo approccio è “impostata sulla presunzione che l'adulto, in condizione di marginalità

estrema, possa – se opportunamente sostenuto – raggiungere obiettivi di autonomia e di benessere” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 10). Nonostante il suo largo utilizzo in svariati Paesi, l’approccio a gradini presenta limiti a livello pratico e teorico che, non di rado, mettono a rischio la riuscita degli interventi con le persone SD. Ad esempio, prefissando per l’utenza i medesimi obiettivi e requisiti, si rischia di utilizzare pratiche standardizzate incapaci di cogliere le peculiarità dei soggetti. In aggiunta, concentrandosi sugli elementi individuali, lo *staircase approach* tende a sottostimare l’impatto dei fattori strutturali sul fenomeno, astenendosi dal considerare che ““scaricando” la responsabilità del fronteggiamento sul solo individuo senza dimora si dimentica l’ampiezza del problema e si costringe la persona in una sorta di circuito senza uscita” (Gnocchi, 2009, p. 285).

I paradigmi di Housing First, introdotto negli Stati Uniti negli anni ’90 da Sam Tsemberis, e Housing Led entrano nello scenario internazionale rovesciando di fatto l’approccio alla grave emarginazione adulta, partendo dal presupposto che la casa sia un *diritto* e non qualcosa da meritare, da conquistare. Le fondamenta teoriche e operative di Housing First<sup>2</sup> si costituiscono in riferimento ad una lista di principi base. Gli stessi, riformulati in modo da adattarsi al contesto europeo, sono: “a) la casa come diritto umano; b) autodeterminazione nelle scelte da parte degli utenti; c) separazione della casa dai servizi terapeutici; d) orientamento al recupero; e) riduzione del danno; f) impegno attivo senza costrizioni; g) pianificazione orientata alla persona; h) supporto flessibile per tutto il tempo necessario” (Cortese, 2016, p.22). Il secondo ed il terzo principio risultano interessanti in quanto offrono ulteriori elementi di differenziazione – teorica e pratica – rispetto al modello dominante. Attraverso la separazione della casa dai servizi terapeutici viene fornita la possibilità al soggetto o al nucleo familiare di accedere ai servizi per il proprio sostegno senza, però, rendere la fruizione dei servizi stessa vincolante per l’accesso o il mantenimento dell’alloggio. Così facendo è possibile uscire da una logica delle ricompense per entrare in un quadro pratico e concettuale che riconosce e restituisce al soggetto autodeterminazione rispetto alle proprie scelte di vita, separandola dal diritto ad avere una sistemazione adeguata. È interessante sottolineare, oltretutto, come la filosofia originale di Housing First preveda l’inserimento della PSD o del nucleo familiare all’interno di un alloggio in quartieri non

---

<sup>2</sup> In questa sede verrà utilizzato il termine “Housing First” per indicare entrambi gli approcci. Tuttavia, Housing Led si distingue in quanto “applies to lower intensity services (in terms of support intensity, range or duration) which may also be targeted at lower needs groups of homeless people who are not chronically homeless” (Homeless Link, 2015, p. 7).

periferici, in modo da impedire un processo di ghettizzazione e, al contempo, introdurre un possibile cambiamento rispetto alla percezione dell'homelessness da parte della comunità.

È evidente, dunque, una coerenza tra le logiche di HF e le Linee di indirizzo, tra cui fronteggiare la complessità dell'homelessness intervenendo anche sulle fratture strutturali che determinano il fenomeno, promuovere sensibilizzazione e inclusione nella comunità, uscire dalla “mentalità della colpa”, sostenere un modello d'intervento efficiente e sostenibile. Riguardo quest'ultimo punto risulta significativo osservare come i successi<sup>3</sup> sembrano confermare che, nonostante le spese iniziali, Housing First “risulta già nel medio periodo più efficace ed efficiente, incidendo positivamente sul benessere delle persone coinvolte e degli operatori, sui tempi di accoglienza, sulla percezione del fenomeno nella comunità, sull'attivazione dei beneficiari, sui costi complessivi del sistema di servizi.” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 37).

Ovviamente anche Housing First e Housing Led presentano dei limiti e, nondimeno, fanno emergere perplessità – soprattutto per quanto riguarda la presenza di risultati talvolta incerti –. È bene, dunque, ricordare come “la prospettiva migliore con cui guardare all'HF non è come soluzione universalmente valida per tutti o come panacea, ma come approccio di intervento che meglio di altri concorre [alla riduzione dell'homelessness]” (Cortese, 2016, p. 75).

Similmente, lo scopo principale delle Linee di indirizzo non risiede solamente nel modificare i servizi già esistenti, bensì nel cercare di delineare un orientamento nazionale comune nella gestione delle politiche, dei servizi – e di conseguenza dei fondi – al fine di ridurre il fenomeno dell'homelessness e di tutelare coloro che versano in condizioni di grave emarginazione. Il modello organizzativo di riferimento, qui definito “modello strategico integrato”, mira proprio a compensare le lacune che il contesto italiano dimostra rispetto agli interventi sulle persone senza dimora. In primis, ha l'obiettivo di facilitare la risoluzione della frammentazione degli interventi e delle politiche sul territorio italiano, incoraggiando una collaborazione sistematica e pensata tra tutti gli attori in campo – che non si estende solamente alle organizzazioni che si occupano di senza dimora, ma anche al SSN, alle politiche abitative, alle politiche del lavoro, ecc. –. In secondo luogo, l'adozione di questo modello promuove un utilizzo efficiente delle risorse – economiche e non – a disposizione.

---

<sup>3</sup> Si fa riferimento ai dati riportati dal Network Housing First Italia all'indirizzo <https://www.housingfirstitalia.org/i-risultati/>, nonché da Cortese (2016) in *Scenari e pratiche dell'Housing First: Una nuova via dell'accoglienza per la grave emarginazione adulta in Italia*. Franco Angeli.

Co-costruire un modello strategico integrato significa riconoscere la multidimensionalità e la dinamicità della condizione di senza dimora, la quale necessita di “una azione trasversale sulle diverse dimensioni che alimentano la condizione di povertà per intervenire con risposte complesse e funzionali al circuito della deprivazione e non solo alla mancanza di un alloggio” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 40).

## 2. Introduzione alla terza età

Questa sezione verrà utilizzata come introduzione al tema della terza età riprendendo, tra le tematiche più ricorrenti, quelle ritenute più utili ai fini della discussione; seppure con la consapevolezza di non poter restituire in modo esaustivo la complessità e specificità degli studi relativi all'oggetto.

Risulta importante, in primis, delineare i confini del discorso, andando a definire *chi sono* le persone anziane e quali sono le diverse caratteristiche per cui questo periodo della vita viene distinto dagli altri.

Uno dei principali fattori cui si fa riferimento per determinare questa fase dello sviluppo è sicuramente l'età cronologica. In Italia le persone considerate anziane sono solitamente quelle sopra i 65 anni di età. Ciononostante, è importante rimarcare come questa età di riferimento sia concepita diversamente a seconda del contesto di riferimento e, conseguentemente, risenta di differenze sia geografiche, che storiche. Difatti, come riferisce il Servizio Ricerca del Parlamento europeo, *“according to a 2011 Eurobarometer survey, a person is considered 'old' at about 57 years in Slovakia but only at more than 70 years in the Netherlands”* (Davies, 2014, p. 2), sottolineando come le differenze geografiche e nazionali siano determinanti per la definizione dell'anzianità. Le difformità delle definizioni di terza età possono, però, subire variazioni anche all'interno dello stesso territorio. Ciò si deve principalmente a cambiamenti storici, demografici, sociologici ed economici, i quali hanno effetti sull'intero assetto sociale e, conseguentemente, sulla diversificazione e il valore attribuito alle fasi dello sviluppo. Basti guardare ai cambiamenti demografici che hanno interessato l'Italia negli ultimi cinquant'anni, e a come questi abbiano contribuito all'evoluzione della “piramide delle età” – con una prevalenza numerica delle coorti nate tra l'inizio degli anni '60 e la metà degli anni '70 –. Le trasformazioni cui si è assistito hanno prodotto, a loro volta, svariati effetti – da cambiamenti nel mercato del lavoro e nell'assetto del welfare statale a mutamenti nei rapporti familiari ed intergenerazionali –.

Nonostante l'età cronologica sia, ovviamente, un indicatore importante per determinare l'ingresso in questo periodo della vita, non è l'unico. La mera età anagrafica viene spesso considerata un parametro statico ed incapace di adeguarsi ai cambiamenti e alle differenze interindividuali. Alcuni autori mettono in risalto come altri elementi contribuiscano a creare un quadro dell'anzianità maggiormente inclusivo e coerente. Luppi (2008), ad esempio, ritiene fondamentale tenere in considerazione le condizioni psichiche e fisiche, il ruolo familiare e il ruolo sociale.

La transizione dal ruolo sociale di lavoratore a quello di pensionato connota solitamente il periodo dell'entrata nell'anzianità, ad eccezione dei “pensionati baby” e delle casalinghe (Luppi, 2008). L'uscita dal mercato del lavoro comporta spesso una rivisitazione e ridefinizione identitaria, richiedendo all'individuo di attingere alle proprie risorse – esterne ed interne – per poter raggiungere un esito adattivo. Dunque, “ne consegue che per il soggetto il pensionamento può rappresentare una fonte notevole di stress se il ritiro dal lavoro non è bilanciato da altri “inserimenti” sociali” (Chattat, 2004, p. 116). Tra le generazioni che attualmente hanno più di sessantacinque anni di età è presente un forte *gap* di genere rispetto a questa tematica, dovuto specialmente al diverso modello familiare prevalente. Il c.d. modello del *male breadwinner*, prevalente fino agli anni '90 nel Novecento, prevedeva per le donne il ruolo di casalinga e per gli uomini quello di lavoratore. Questi ultimi incontrano oggi più frequentemente problemi nella riformulazione del sé in seguito al pensionamento rispetto alle coetanee, per due principali ragioni: l'occupazione spesso permeava l'identità degli uomini, poiché si legava sia al ruolo sociale, che a quello assunto nel nucleo familiare; in più, gli uomini, avendo come principale attività il proprio lavoro, tendevano ad investire in misura minore in ulteriori ruoli sociali e a costruire meno rapporti sociali saldi, che in età avanzata possono fungere da fattore di protezione. Alla pari del pensionamento, altri compiti di sviluppo si possono presentare durante il percorso esistenziale della persona anziana, in particolare la nascita di nipoti e la perdita del coniuge (Luppi, 2008). Questi ultimi vengono solitamente ricondotti a cambiamento del ruolo familiare, nonostante abbiano ricadute anche su quello sociale.

Lo stato di salute costituisce uno degli argomenti più approfonditi in ambito gerontologico, non di rado legato al tema dell'attività e dell'autonomia. Le condizioni fisiche e psichiche sono solitamente utilizzate per distinguere le fasi dell'anzianità, in particolare la transizione da “vecchiaia attiva” a “vecchiaia vecchiaia” (Luppi, 2008). La prima è connotata, appunto, dal mantenimento dell'autonomia, al contrario della “vecchiaia vecchiaia” – talvolta “quarta età” – caratterizzata da un'aumentata dipendenza, dovuta principalmente al peggioramento della salute fisica e /o psichica.

Dal punto di vista cognitivo si parla di invecchiamento cognitivo (*cognitive aging*) per indicare “*a process of gradual, ongoing, yet highly variable changes in cognitive functions that occur as people get older*” (Blazer et al., 2015, p. 20). Questo processo, intrinseco all'invecchiamento umano, non riguarda solamente la terza età. Il *cognitive aging* interessa una pluralità di domini – tra cui la memoria, l'apprendimento, le abilità decisionali, ecc.– i quali possono subire sia peggioramenti, sia miglioramenti. Si assiste, inoltre, ad una forte

dinamicità nell'invecchiamento cognitivo, che comporta una grande variabilità intraindividuale e interindividuale. Quest'ultima viene, almeno parzialmente, ricondotta alle differenze riguardanti “*life experience, health status, lifestyles, education, attitudinal and emotional factors, socioeconomic status, and genetics*” (Blazer et al., 2015, p. 4).

È necessario sottolineare come l'invecchiamento cognitivo non costituisca una forma patologica, al contrario delle demenze. Queste ultime hanno rappresentato uno dei principali ambiti di ricerca a livello gerontologico e geriatrico, soprattutto alla luce dei cambiamenti sul piano demografico, che hanno reso più evidente il tema del deterioramento cognitivo. In Italia le demenze “colpiscono il 4,7% della popolazione anziana e, in misura maggiore, le donne ultraottantenni (14,2%, rispetto al 7,1% dei coetanei uomini)” (Istat, 2018, p. 10). I sintomi delle demenze si esplicano principalmente in disturbi della cognizione, del comportamento e del funzionamento quotidiano e sociale, con la conseguente possibilità di modificazioni relative all'umore e alla personalità (Chattat, 2004). Risulta, perciò, evidente come queste patologie abbiano un impatto sulla vita della persona anziana, ma anche sulla rete familiare o amicale che le circonda e, in ultima analisi, sull'intera comunità.

Le demenze rappresentano un gruppo di patologie tra le più diffuse all'interno della popolazione anziana e si presentano non di rado in associazione con disturbi depressivi e di ansia cronica grave. “In particolare, circa il 15% della popolazione anziana (65 anni e più) riferisce di soffrire di depressione o ansia cronica grave. Questa quota si attesta al 19,5% tra gli ultraottantenni (23,5% tra le donne e 12,7% tra gli uomini)” (Istat, 2018, p. 10). La presenza di psicopatologie in età anziana, in particolare della depressione, viene spesso sottostimata e sottotrattata. Tra i motivi principali si annoverano: a) la comorbilità con altre patologie con sintomi simili che possono rendere più complessa la diagnosi; b) la prevalenza nelle persone anziane di sintomi depressivi somatici rispetto a sintomi psicoaffettivi; c) la presenza di eventi e condizioni socio-ambientali negative; d) la diffusione di patologie che comprendono i disturbi depressivi tra i loro sintomi; e) la diffusione di farmaci che possono indurre a depressione o che possono concorrere alla sua espressività clinica; f) l'attribuzione, da parte delle stesse persone anziane, del malessere psicologico ai problemi fisici (Cherubini, 2006). Sottovalutare l'impatto e la diffusione della depressione in terza età rischia di acuire le condizioni preesistenti di vulnerabilità, con effetti talvolta deleteri sull'individuo. I disturbi depressivi e le malattie psichiatriche costituiscono, infatti, uno dei principali fattori di rischio per il suicidio tra le persone anziane (Crestani et al., 2019). Seppure solo una parte delle morti degli anziani sia causata dal suicidio, risulta ugualmente fondamentale cercare di tutelare la salute mentale in età anziana, in primis, adoperandosi per fornire diagnosi adeguate e, in

secondo luogo, offrendo percorsi efficaci per affrontare la malattia, lontani dai pregiudizi che permeano la terza età e le malattie psichiatriche.

Nonostante negli ultimi anni stiano emergendo visioni inedite relative all'invecchiamento, rimane tuttora diffuso lo stereotipo di persona anziana come necessariamente deficitaria o comunque sottoposta ad un inevitabile declino (Contarello & Romaioli, 2020). Le persone in terza età sono sicuramente soggette al processo dell'invecchiamento biologico, che porta con sé un aumentato rischio di patologie fisiche sia acute che croniche; ciò, però, non si vede automaticamente tradotto nell'inabilità a condurre una vita attiva o dignitosa. Il benessere, alla pari del malessere, può essere più propriamente considerato in un'ottica di tipo plurifattoriale, dove la sola presenza di patologie non si può “considerare [...] come causa irreversibile di un disadattamento e di un malessere nell'anziano” (Chattat, 2004, p. 102). Lo schema riportato da Chattat (fig. 2) consente di prendere in considerazione ulteriori elementi all'interno del discorso benessere–malessere della persona anziana, i quali possono controbilanciare una condizione sfavorevole, soprattutto se la stessa risulta irreversibile.



Fig. 2. Fattori connessi al malessere nelle persone anziane. Chattat, R. (2004).

L'idea della possibilità di un invecchiamento positivo ha iniziato ad affermarsi verso la fine degli anni '80. In particolare, risulta pertinente il contributo di Baltes e Baltes (1990), i quali introducono il concetto di “invecchiare con successo” – “*successful aging*” –. Seppure l'utilizzo del termine “successo” sia stato oggetto di critiche nel corso degli anni, in quanto connesso al mito del progresso e della performance propriamente occidentale, crediamo che il

significato ad esso connesso sia di fondamentale importanza. Invecchiare con successo non significa mantenere il medesimo stile di vita dell'adulità e nemmeno condurre una vita senza patologie o deficit, bensì essere in grado di sfruttare le risorse e le condizioni – interne ed esterne – per affrontare le sfide incontrate, mirando ad un esito esistenziale positivo. L'approccio in questione contribuisce a completare il quadro del modello dell'invecchiamento proposto dai medesimi autori conosciuto come *teoria della selezione, ottimizzazione e compensazione* (SOC). Secondo questo modello è possibile ambire ad un invecchiamento “di successo” selezionando le attività, competenze e domini che si intende preservare (selezione), investendo in esse sfruttando le riserve disponibili (ottimizzazione) e compensando gli ambiti deficitari o perduti attraverso altre risorse interne oppure esterne (compensazione). Questa visione pone tutti gli anziani, a prescindere dalla condizione di partenza, nella posizione di apprendere e proseguire il proprio percorso esistenziale in modo soddisfacente. Attingendo a due concetti significativi per la gerontologia – la variabilità interindividuale e la plasticità intraindividuale – gli autori rimandano ad una visione di sviluppo lungo l'intero arco della vita (o solitamente chiamata “*life-span perspective*”). La *life-span perspective* racchiude al proprio interno alcuni concetti relativi allo sviluppo tra loro interlacciati, che vanno a comporre il quadro dell'approccio stesso: a) la multidimensionalità e la multidirezionalità dello sviluppo; b) lo sviluppo come guadagno/perdita; c) la plasticità dello sviluppo; d) lo sviluppo come co-determinato da multipli sistemi di influenza, tra cui il periodo storico e il contesto; e) la necessità di affrontare lo sviluppo in ottica interdisciplinare (Baltes, 1987, p. 613). I primi due punti indicano fondamentalmente come lo sviluppo interessi in modo differente i vari domini e abilità dell'individuo (multidimensionalità), creando sia guadagni/crescite, sia perdite/declini (multidirezionalità). L'approccio in questione permette di uscire da una visione puramente adultocentrica dello sviluppo e dalla convinzione che invecchiare si traduca necessariamente in declino, valorizzando di fatto la terza età come periodo di potenziali opportunità, alla pari delle altre fasi della vita.

I contributi appena esposti ci consentono di affrontare il tema delle condizioni fisiche e psichiche secondo un'ottica differente. Innanzitutto, la persona anziana non viene identificata solamente nel deficit di cui è portatrice, bensì come individuo in possesso di abilità in grado di essere mantenute o potenziate. È sulle opportunità di sviluppo che si sposta l'attenzione, concentrandosi sulle risorse interne ed esterne in grado di compensare le perdite del soggetto. A questo proposito, l'ambiente in cui la persona anziana conduce il proprio percorso esistenziale, diviene estremamente influente, sia a livello microsistemico che meso-, eso-, e macrosistemico. Il ruolo della famiglia, della comunità, delle istituzioni, della cultura

di riferimento influenza lo sviluppo in qualsiasi momento della vita, rappresentando un'opportunità di crescita o un limite per la relazione continua che la persona intrattiene con il contesto di appartenenza. Basti pensare semplicemente a come l'ambiente spaziale in cui vive l'anziano – il livello di accessibilità, di prossimità dei servizi e molto altro – caratterizzi il livello di fruizione di uno spazio, il significato ad esso attribuito e, in ultima analisi, la crescita o il declino rispetto a determinate competenze.

Si rende, qui, necessario ribadire l'esigenza di riconoscere la complessità dei sistemi di influenza e delle variabili che interagiscono all'interno della vita delle persone anziane. Dal punto di vista educativo, ma non solo, è indispensabile adottare un approccio multidimensionale o "interdisciplinare integrato" (Aveni Casucci, 1992) verso l'invecchiamento. È, infatti, attraverso una lente altrettanto sfaccettata che diventa possibile avvicinarsi alla complessità della persona, riconoscendola come portatrice di un'unicità che risiede nel suo essere soggetto, nel suo essere Altro, nel suo essere sé.

### 3. Le persone senza dimora in terza età

Entrando nel vivo del discorso cercheremo di restituire una panoramica sul tema dei senza dimora anziani. In primis verranno discussi i confini di questo *target* – dunque, chi ricade in questa categoria –, esponendo poi le principali caratteristiche dello stesso, i servizi e le prestazioni disponibili per questa popolazione specifica, per terminare infine con alcune riflessioni di matrice educativa.

#### 3.1 Chi sono le persone senza dimora più anziane?

Se, come detto in precedenza, l'inizio della terza età viene collocato genericamente intorno ai 65 anni, è altrettanto vero che questa età è calcolata in relazione agli altri fattori considerati: le condizioni fisiche e psichiche, il ruolo familiare e sociale. Viene, dunque, spontaneo chiedersi se sia legittimo o meno considerare come “anziane” le persone senza dimora solamente dopo il sessantacinquesimo anno di vita. Infatti, essendo questo *target* esposto ad eventi e a contesti spesso estremamente diversi da quelli considerati ordinari, la soglia di ingresso nella vecchiaia potrebbe variare di conseguenza.

La produzione scientifica italiana, rispetto a questa tematica, è praticamente nulla. Diversamente, nella letteratura straniera – soprattutto in quella inglese, statunitense, canadese e australiana – diversi autori si sono posti il medesimo quesito e, in seguito a ipotesi e studi, la maggioranza ha collocato l'ingresso nella tarda adultità intorno ai *50 anni*. Genericamente vengono utilizzati due termini: *older adults* e *elders/elderly*. Per *older adults* si intendono solitamente le persone senza dimora tra i 50 e i 64 anni, mentre tra gli *elders* ricadono coloro che hanno già compiuto il sessantacinquesimo anno. Ciononostante, “*many experts consider them to be “elderly” at age 50, 15 years earlier than the general population*” (Brown et al., 2013b, p. 3).

Come accennato in precedenza, è necessario comprendere perché l'ingresso nella vecchiaia sia anticipato rispetto alla popolazione generale. Il più influente tra i fattori è sicuramente lo *stato di salute*. La maggior parte degli studi conferma come la salute fisica delle persone SD con più di 50 anni sia peggiore rispetto agli homeless più giovani (van Dongen et al., 2019) e soprattutto “*homeless adults between ages 50 and 62 often have healthcare needs similar to those of people who are 10 to 20 years older*” (CSH & Hearth,

Inc., 2011, p.4). È, dunque, l'estrema precarietà dello stato di salute fisica rispetto ai coetanei *housed* che ha portato la maggioranza degli studiosi a considerare i cinquant'anni come la soglia di ingresso nella vecchiaia. Inoltre, negli studi sono emerse ulteriori caratteristiche del *target over 50*, riguardanti – ad esempio – le reti di supporto sociale o l'utilizzo dei servizi, accentuando la necessità di distinguere questa fascia di popolazione senza dimora dalle altre. È laddove si intravedono le tendenze o peculiarità di un *target* che emerge l'esigenza di investigarle ulteriormente, in modo da proporre servizi e pratiche in grado di rispondere prontamente ai bisogni dell'utenza.

Seppur con la consapevolezza che gli studi provenienti da altri Paesi potrebbero non essere applicabili nella loro totalità al contesto italiano, in questo lavoro verranno considerate persone senza dimora più anziane coloro che hanno compiuto il cinquantesimo anno d'età - differentemente dai 65 anni entro cui viene collocata la terza età nella popolazione generale.

### **3.2 Caratteristiche del *target*: salute fisica**

Rispetto allo stato di salute fisica gli studi disponibili sono molteplici, essendo questa tematica di interesse anche in ambito medico e geriatrico. Già dagli anni Novanta del secolo scorso alcuni ricercatori riportano differenze sostanziali tra la salute di persone senza dimora adulte più giovani – *younger* – e più anziane – *older* – (Gelberg et al, 1990). Uno studio inglese mostra come le patologie croniche all'interno della popolazione senza dimora siano molto più diffuse rispetto alla popolazione *housed* – con eccezione del diabete – (Lewer et al., 2019). Inoltre, sono state riscontrate differenze all'interno della stessa popolazione *homeless* a discapito delle fasce più anziane, nelle quali l'85% degli intervistati riporta di avere una malattia cronica, e quasi il 60% almeno due (Garibaldi et al., 2005). Anche il rischio di sviluppare sindromi geriatriche – correlate ad un aumento della mortalità, della disabilità e dell'utilizzo intensivo dei servizi di cura (Brown et al., 2012) – risulta maggiore nella popolazione *homeless* con più di 50 anni, al punto che “*despite a median age of 58 years, participants had rates of geriatric conditions similar to or higher than adults in the general population with a median age of nearly 80 years*” (Brown et al., 2017, p. 761). Difficoltà ad eseguire ADL e IADL, fragilità e difficoltà a camminare si presentano in percentuali maggiori tra i senza dimora *older*, rispetto ai coetanei della popolazione generale (Brown et al., 2012).

Le persone senza dimora più anziane presentano, inoltre, una prevalenza di deficit cognitivi 3–4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale con più di 70 anni (Hurstak et al., 2017).

Il quadro della salute fisica che emerge dagli studi mette in luce, dunque, l'estrema vulnerabilità di questo *target* e porta, nondimeno, ad una riflessione. Infatti, come ricordano Lewer e colleghi (2019) la malattia fisica può non essere solamente una conseguenza della condizione di senza dimora, bensì anche una causa, facendo assumere caratteristiche *bidirezionali* al nesso tra condizione di senza dimora e precarietà dello stato di salute fisica. Anche Istat considera l'esperienza della malattia come uno degli eventi maggiormente influenti nel percorso di emarginazione, vissuta dal 5,7% degli intervistati (Istat, 2015). In aggiunta, risulta opportuno considerare come la presenza di alcune patologie costituisca un ulteriore ostacolo per l'uscita dall'homelessness. Ad esempio, i deficit cognitivi “*can impact a person's ability to follow medical recommendations, to successfully seek out healthcare services and to navigate the systems that provide public benefits, services and housing opportunities*” (CSH & Hearth, Inc., 2011), portando ad un ulteriore peggioramento delle condizioni di salute e del benessere generale dell'individuo.

Nonostante la ricerca italiana sul tema della salute delle persone senza dimora risulti abbastanza trascurata, uno studio pilota svolto a Padova mette in luce come i discorsi poc'anzi affrontati potrebbero essere applicabili anche al contesto italiano. Sebbene il campione preso in esame coinvolga tutte le fasce d'età e sia dimensioni ridotte, lo stato di salute e la qualità di vita riportate risultano essere significativamente più bassi rispetto alla popolazione generale italiana, con una prevalenza maggiore di malattie croniche e malattie infettive (Levorato et al., 2017). Similmente, in uno studio svolto nel contesto palermitano, lo status di salute percepito dalle persone SD risulta “basso” nella maggior parte dei casi; inoltre, più della metà del campione analizzato riporta di avere malattie croniche (Alagna et al., 2019).

### **3.2.1 Mortalità**

A ben vedere, lo stato di salute contribuisce anche al più generale problema della mortalità. Si stima che la popolazione homeless abbia tassi di mortalità 3–4 volte superiore rispetto alla popolazione generale (O'Connell et al., 2005). Uno studio francese riporta come più dell'80% dei decessi di persone SD si verifichi tra i 30 e i 65 anni di età, mentre nella popolazione generale l'80% delle morti avviene dopo i 65 anni (Vuillermoz et al., 2016). Nonostante le

differenze più drammatiche si presentino specialmente tra le fasce di senza dimora più giovani, anche tra gli anziani il tasso di mortalità risulta maggiore rispetto ai coetanei *housed* (O'Connell et al., 2005). La più elevata mortalità tra le fasce più giovani vale anche per le donne homeless, le quali recuperano, però, il vantaggio sulla longevità rispetto ai coetanei uomini in tarda età (Cheung & Hwang, 2004).

Per quanto riguarda la realtà italiana, fio.PSD (n.d.-a) ha recentemente raccolto dati riguardanti la mortalità dei senza dimora nel Paese, i quali vengono aggiornati settimanalmente. Seppure fio.PSD evidenzia la non-scientificità della raccolta, crediamo che questi numeri possano fornire quantomeno una conoscenza approssimativa – specialmente considerando la mancanza di altre indagini a riguardo. Al momento della consultazione – cioè a 264 giorni dall'inizio dell'anno – il numero delle persone senza dimora decedute ammonta a 267. I dati raccolti riportano una prevalenza straniera – 66% – e maschile – 92% – dei decessi, con un'età media di 49 anni. Contrariamente a quanto diffuso nell'opinione comune, la principale causa di morte non è attribuibile all'ipotermia. È di fondamentale importanza sottolineare come, secondo le ricostruzioni, “il 60% dei decessi è per incidente/violenza/suicidio e il 40% per motivi di salute”. Tale dato ci informa di una potenziale precarietà dello stato di salute delle persone homeless in Italia, tracciando una linea di continuità con le ricerche straniere che hanno approfondito questa tematica.

Ad esempio, Aldridge e colleghi (2019) riportano come quasi una morte su tre nella popolazione homeless sia prevenibile grazie a cure sanitarie efficaci. Ciò porta a riflettere sul tema della prevenzione, che assume sfaccettature peculiari anche a seconda dell'età di riferimento. Ad esempio, più studi riferiscono come l'abuso di sostanze provochi gran parte delle morti tra i giovani senza dimora (Baggett et al., 2013; Hassanally & Asaria, 2018), mentre per gli homeless tra i 65 e gli 84 anni le cause di morte siano simili a quelle dei coetanei *housed* (Baggett et al., 2013). Dunque, diviene necessario chiedersi per quale motivo certe patologie rimangano diffuse tra i senza dimora *older*, nonostante molte siano prevenibili o trattabili – come, ad esempio, molti fattori associati alle sindromi geriatriche (Brown et al., 2013a) – e su quale fronte sia necessario agire per prevenirle. Ciò verrà approfondito nelle prossime sezioni, facendo riferimento soprattutto all'utilizzo dei servizi sanitari e alle barriere che gli *older* homeless incontrano nel percorso di cura e di uscita dalla condizione di senza dimora.

### 3.3 Caratteristiche del *target*: salute mentale e uso di sostanze

Rimanendo nell'ambito della salute, ci sposteremo ora ad esaminare i dati sulla salute mentale e sull'uso di sostanze all'interno del nostro *target* di riferimento.

Per quanto riguarda la salute mentale, le fonti straniere hanno indagato principalmente le differenze tra homeless giovani ed anziani, ma i risultati sono tra loro fortemente contrastanti. Alcuni autori riportano una decrescita della presenza di psicopatologie nella popolazione senza dimora con l'avanzare dell'età (Milaney et al., 2020; Rota–Bartelink & Lipmann, 2007), altri riferiscono, invece, maggiori problemi psichiatrici tra fasce più anziane (Garibaldi et al., 2005) ed altri ancora sostengono una somiglianza nella presenza di problemi mentali tra senza dimora *younger* e *older* (van Dongen et al., 2019).

Comparati ai coetanei *housed*, invece, le persone anziane senza dimora sembrano presentare più frequentemente problemi riguardanti la propria salute mentale (Crane & Joly, 2014; Brown et al., 2012). Lo studio di italiano di Levorato e colleghi (2017) conferma come anche gli homeless italiani riportino peggiori stati di salute mentale rispetto alla popolazione generale; ciononostante in questa ricerca non sono presenti informazioni specifiche riguardanti i SD oltre i 50 anni.

Diversamente, l'uso di sostanze e alcol tra le persone homeless pare diminuire con l'avanzare dell'età (Rota–Bartelink & Lipmann, 2007; van Dongen et al., 2019). Nonostante ciò, all'interno del contesto americano a partire dalla seconda metà degli anni Novanta è stato riscontrato un aumento di problemi legati al consumo di sostanze tra le fasce più anziane (Crane & Joly, 2014; Spinelli et al., 2017).

Diviene essenziale, però, ricordarsi come “*regardless of whether these rates are higher or lower, researchers continue to point to mental health problems as one of the major issues affecting this older homeless population*” (Watson, 2010, p. 29). Le psicopatologie e l'uso di sostanze sono tra loro fortemente connesse per svariati motivi: in primis i disturbi da uso di sostanze ricadono tra i disturbi mentali; inoltre, persone che soffrono di psicopatologie possono essere propense a sviluppare SUD e, allo stesso tempo, chi soffre di disturbi da uso di sostanze può esibire sintomi che possono portare all'ospedalizzazione psichiatrica (Spinelli et al., 2017). Queste due condizioni costituiscono fattori di rischio per la popolazione anziana senza dimora, interagendo con altre dimensioni e problematiche. Ad esempio, le psicopatologie hanno non di rado effetti logoranti sulle reti sociali dei più anziani e, al contempo, coloro che non dispongono di sufficiente sostegno sociale incontrano maggiori

difficoltà nell'affrontare i problemi di salute mentale (Watson, 2010). L'uso di sostanze contribuisce, inoltre, al peggioramento delle condizioni di salute fisica di per sé già complesse, esponendo ulteriormente al rischio di subire danni connessi all'uso di sostanze (Spinelli et al., 2017). Ad esempio, l'abuso di alcol è stato, recentemente correlato ad una maggiore probabilità di deficit cognitivo (Hurstak et al., 2017), ed alti tassi di uso di sostanze e psicopatologie potrebbero essere connessi allo sviluppo prematuro di sindromi geriatriche tra i senza dimora *older* (Brown et al., 2013a).

Ciò dimostra come sia necessario tenere in considerazione queste variabili, cogliendone soprattutto le interazioni e le ripercussioni sul percorso del singolo, anche per quanto riguarda l'uscita dalla condizione di senza dimora. Se è, infatti, vero che i problemi di salute mentale vengono spesso considerati come cause dell'*homelessness*, essi costituiscono nondimeno un risultato della stessa anche per le fasce più anziane (Watson, 2010). A tal proposito, troviamo interessante riportare il contributo di Chattat (2004) sulla depressione tra gli anziani. Tra i vari fattori predisponenti per questo disturbo troviamo anche povertà, vedovanza, istituzionalizzazione, malattie fisiche croniche, isolamento sociale, mancanza di supporto sociale ed assistenza; mentre tra i fattori precipitanti si annoverano anche separazioni e lutti, perdite economiche e finanziarie, cambiamento di residenza e malattia fisica acuta o di recente insorgenza. Comparando i fattori appena elencati con i fattori di rischio o trigger che espongono la popolazione sopra i 50 anni all'*homelessness* – che verranno discussi in seguito – ci è possibile riscontrare delle somiglianze. Ciò, a nostro avviso, rafforza la concezione della psicopatologia, sia come fattore di rischio per l'*homelessness* a sé stante, sia come prodotto dei cambiamenti indotti dalla caduta nello stato di senza dimora, andando a rappresentare un ulteriore ostacolo per l'uscita dalla propria condizione di SD.

### **3.4 Caratteristiche del *target*: reti sociali**

Le reti sociali svolgono un ruolo fondamentale nel percorso di *homelessness*. La presenza di relazioni quantitativamente e qualitativamente significative costituisce un fattore di protezione, acquisendo la funzione di “cuscinetto” nella prevenzione dell'*homelessness* e anche nel percorso da SD. Vediamo, infatti, come chi riferisce livelli maggiori di connessioni sociali è più probabile che goda di una migliore salute mentale e di un'aspettativa di vita più

alta (Sanders & Brown, 2015) e che utilizzi più frequentemente i servizi sanitari (Garibaldi et al., 2005). Al contrario, l'assenza di supporto sociale costituisce un fattore di rischio. L'isolamento sociale derivante dalla rottura di relazioni significative o da lutti viene spesso riportato come una delle cause dell'ingresso nell'homelessness; ancora, la mancanza di supporto sociale viene associata al consumo di alcol tra le persone più anziane (Willcock, 2004).

Il tema della solitudine e di mancanza di relazioni significative – specialmente informali – in terza età è ampiamente discusso, ciononostante le informazioni sulle reti sociali delle persone senza dimora sono limitate, e quelle riferite al contesto italiano praticamente nulle. È stato ipotizzato che le persone senza dimora anziane siano socialmente più isolate (Gelberg et. al, 1990) e ricevano meno supporto sociale informale (van Dongen et. al, 2019) rispetto agli *homeless* più giovani, ma i dati disponibili non sembrano sufficienti per poterlo confermare con certezza. Ciò malgrado, questa tematica rimane meritevole di attenzione, in quanto ricorrente nei discorsi sia sulla prevenzione dell'homelessness, sia sui percorsi di uscita dalla condizione di SD, che sui momenti successivi al ricollocamento abitativo. Rispetto a questo ultimo punto, infatti, Willcock (2004) mette in evidenza come l'isolamento sociale e la solitudine rimangano ampiamente presenti tra ex senza dimora anziani anche dopo aver trovato una nuova sistemazione. È utile sottolineare come i senza dimora anziani sembrano presentare reti sociali più ristrette rispetto ai coetanei non *homeless* e tendano a non considerare i propri famigliari come parte della propria rete di supporto sociale, affidandosi a loro in misura minore per ricevere assistenza (McDonald et al., 2004).

Per quanto riguarda la solitudine – che differisce dalla mancanza di reti sociali – le persone più anziane senza dimora tendono a riportarne livelli maggiori rispetto ai coetanei *housed*. In uno studio britannico circa il 35% dei senza dimora tra i 55 e i 64 anni alla domanda “quanto spesso ti senti solo?” ha risposto “spesso”, insieme a più del 30% degli over 64 (Sanders & Brown 2015). I fattori connessi alla solitudine secondo Willcock (2004), riguardano: deficit delle reti sociali, eventi di vita, stato di salute e fattori psicologici. Risulta, dunque, nuovamente evidente come le varie dimensioni interne ed esterne all'individuo interagiscano tra di loro influenzandosi reciprocamente. Per questo motivo, si ritengono necessari interventi mirati in grado di considerare la portata dell'influenza delle dinamiche relazionali sul percorso delle persone anziane SD, ricordando che “*being homeless not only means being physically removed from the safe confines of a home but also the emotional warmth and security that brings with consequences for individual well-being*” (Sanders & Brown, 2015, p. 5).

### 3.5 Fattori di rischio e possibili cause dell'homelessness in età avanzata

In questa sezione cercheremo di riportare i principali fattori di rischio ed i potenziali *trigger* per l'homelessness tra i più anziani, attingendo principalmente da fonti straniere in quanto maggiormente esaustive, evidenziando le somiglianze ritenute più pertinenti.

Affrontando l'ampia tematica dei senza dimora più anziani, sorge spontaneo chiedersi *come* ci si possa ritrovare in una simile situazione, oltrepassata la soglia dei cinquant'anni.

In primo luogo, sentiamo sia giusto operare una distinzione, in accordo con l'HCH Clinicians' Network (2008), tra gli homeless cronici più anziani ed i nuovi homeless in età avanzata. Seppure a prima vista le due "categorie" possano sembrare comparabili, esse riflettono invece l'immagine di due differenti percorsi di entrata nell'homelessness. Per i primi, l'età avanzata viene raggiunta dopo anni di vita da senza dimora, risultando "*survivors of long-term and multiple episodes of homelessness*" (HCH Clinicians' Network, 2008, p.1), mentre i secondi diventano senza dimora per la prima volta superati i 50 anni. La distinzione in questione diventa essenziale, sia a livello del sistema dei servizi e delle politiche, che per quanto riguarda l'intervento sul soggetto. Difatti, le agenzie che operano al fine di contrastare il fenomeno dovrebbero considerare come arginare l'homelessness in età avanzata non significhi solamente intervenire su coloro che sono già senza dimora, ma anche e soprattutto intercettare i fattori di rischio, creando reti di supporto in via preventiva nella popolazione a rischio. D'altro canto, anche gli operatori dei servizi dovrebbero tenere in considerazione quale percorso ha condotto il soggetto nella condizione attuale, in quanto parte estremamente rilevante della propria biografia.

Il contributo di Crane e colleghi (2005) indaga le possibili cause dell'homelessness in età avanzata, raccogliendo e confrontando dati da tre nazioni – Inghilterra, Stati Uniti e Australia –. La condizione di senza dimora è da considerarsi, secondo gli autori, come esito della combinazione tra *fattori contribuenti* e *trigger* – almeno nella maggior parte dei casi. Un fattore contribuente – o predisponente – viene qui inteso come un evento, situazione o condizione che espone l'individuo ad una maggiore probabilità di ingresso nella condizione di senza dimora. Diversamente, i trigger – o cause antecedenti – vengono identificati come quegli stati o eventi che, sommandosi ai fattori predisponenti, fanno "precipitare" il soggetto nell'homelessness. I fattori contribuenti individuati dallo studio sono: difficoltà finanziarie, problemi di salute fisica, problemi di salute mentale e abuso di alcol. I trigger principali, invece, risultano: difficoltà a pagare l'affitto o il mutuo, conflitti/discussioni con il padrone di

casa, i coinquilini o i vicini, rottura di relazioni coniugali o di convivenza, vendita/conversione/necessità di riparare l'alloggio e morte di un parente o di un amico stretto. I fattori con bassa variabilità – cioè quelli che mantengono una costanza paragonando le tre nazioni – sono i problemi finanziari, lavorativi, relazionali e quelli legati al lutto.

Similmente, Cohen (1999) affidandosi alle principali ricerche in ambito, avanza la proposta di un *modello dell'homelessness e dell'invecchiamento*. Anche questo autore identifica una serie di fattori predisponenti alla caduta nella condizione di SD dopo i 50 anni. I fattori di rischio individuali in questo caso sono: a) essere uomo, b) età compresa tra i 50 e i 65 anni, c) essere afroamericano/a, d) reddito estremamente basso, e) livello occupazionale a basso reddito nel corso della vita, f) basso stato socioeconomico della famiglia di origine, g) eventi perturbanti durante la gioventù, h) precedente incarcerazione, i) precedente abuso di sostanze, l) storia di psicosi/depressione/ospedalizzazione psichiatrica, m) presenza di deficit cognitivi, n) presenza di malattie fisiche, o) storia di vittimizzazione, p) reti di supporto sociale relativamente più piccole ed in proporzione più formali, q) storia di divorzio/separazione oppure mai sposato/a, r) precedente storia di homelessness. È evidente come alcuni elementi male si adattino al contesto italiano – come ad esempio l'essere afroamericano –, ma ciò non ci preclude dal trarne ispirazione, comparando le somiglianze con gli altri contributi presentati. I trigger per l'ingresso nella condizione di SD vengono distinti da Cohen tra quelli che colpiscono le persone di mezza età – morte di un genitore, transizione verso un'occupazione o un alloggio meno sicuro e rottura coniugale – e quelli riguardanti la terza età – vedovanza, perdita di alloggio legata all'occupazione, rottura coniugale e aumento della severità di una malattia mentale.

È possibile notare come esistano delle similarità tra i due studi riportati, che permettono di estrapolare delle macro-tematiche comuni, come *l'instabilità relazionale ed economica, deficit a livello di salute fisica e mentale e abuso di sostanze*.

Gli argomenti in questione, però, sono connotati e declinati secondo una specifica angolazione; riguardano cioè la sfera individuale. Sapendo che il fenomeno dell'homelessness non è l'esito delle sole mancanze individuali, andremo ora ad esplorare quali altre tipologie di vulnerabilità coinvolgono le persone che diventano senza dimora dopo i cinquant'anni.

I due autori precedentemente menzionati coinvolgono nel discorso anche dimensioni extra-individuali. Cohen (1999) riporta come fattori di rischio strutturali e programmatici la diminuzione della disponibilità di alloggi a basso costo, la decrescita di supporti al reddito e altri sussidi, la diminuzione della disponibilità di lavori non qualificati, la scarsità di alternative di alloggio o servizi domiciliari per adulti disabili, l'assenza di programmi di

supporto. Crane e colleghi (2005) operano, invece, una distinzione tra *lacune a livello delle politiche e difetti dei servizi*. Le prime si definiscono come “*a state-funded or subsidized benefit or service that was lacking or to a condition or restriction upon an entitlement*” (Crane, 2005, p. 157) e possono comprendere fattori come la mancanza di una tutela economica per le fasce più vulnerabili oppure carenze dal punto di vista delle politiche del lavoro. Ad esempio, nello studio svolto sulle tre nazioni, uno degli elementi ritenuti responsabili della caduta nello stato di senza dimora riguarda cambiamenti recenti nel mercato immobiliare e nelle pratiche di gestione degli alloggi, i quali provocano una diminuzione di housing a basso prezzo (Crane et al., 2005). Diversamente, i difetti dei servizi vengono intesi come “*a failure to deliver a benefit or service to a client with an entitlement who was in contact with the provider agency*” (Crane, 2005, p. 157), e concernono dunque problematiche come l’accessibilità o l’efficacia dei servizi stessi.

Nonostante gli studi citati siano stati svolti in contesti stranieri, anche le fonti italiane sembrano essere concordi sul fatto che “il fenomeno dei senza dimora [debba] essere descritto non solo spiegando la varietà dei fattori individuali e strutturali che caratterizzano i loro percorsi, ma anche identificando le relazioni tra questi fattori e spiegando come sono correlati con l’homelessness” (Neale, 1997, citato in Balducci & Saruis, 2017, p. 155).

Riprendendo la distinzione effettuata da Crane (2005) cercheremo ora di vedere quali possibili *difetti dei servizi e gap delle politiche* si frappongono tra la persona anziana SD e l’uscita dall’homelessness, con particolare riguardo al contesto italiano. Tra i *difetti dei servizi* – intesi soprattutto come servizi sanitari e sociali – ricadono tutte le caratteristiche dei servizi che impediscono un appropriato accesso o fruizione degli stessi da parte della popolazione presa in considerazione in questo lavoro. I costi gravosi dei servizi – specialmente quelli di natura medica –, la lunghezza delle liste di attesa e la mancata risposta a richieste di aiuto costituiscono le principali difficoltà di accesso ai servizi riportate da un gruppo di senza dimora più anziani in Canada (Milaney et al., 2020). È possibile ipotizzare che, tra quelle elencate, nel contesto italiano siano principalmente la lunghezza delle liste di attesa e il costo dei servizi a provocare disagi rispetto all’accessibilità. Istat riporta, infatti, che nel 2019 circa il 10% degli over 65 ha rinunciato almeno ad una prestazione di tipo sanitario per ragioni economiche e che più del 19% ha rimandato prestazioni sanitarie per la lunghezza delle liste di attesa (Istat, 2021b). Un’ulteriore mancanza da considerare, secondo chi scrive, è la carenza di servizi specifici rivolti a senza dimora con più di 50 anni nel Paese. Sebbene ciò sia attribuibile anche allo scarso impegno delle istituzioni – più che ad inadempienze nella rete dei servizi –, risulta evidente come l’assenza di interventi specifici, multidisciplinari e

continuativi sulla popolazione in questione – e su quella a rischio di homelessness – comporti per la stessa una vulnerabilità aggiunta.

Riteniamo, in più, che la questione della *prossimità* assuma una certa rilevanza all'interno del quadro delineato. Quando le strutture dei servizi tendono a concentrarsi in aree urbane periferiche e tra loro distanti – oltre che mal collegate dai servizi di trasporto pubblici – l'accessibilità dei servizi può venire intaccata, specialmente laddove la mobilità degli utenti risulta compromessa o i costi dei trasporti troppo elevati. Il collocamento delle strutture rivolte agli homeless in aree “degradatae” oppure in luoghi lontani dalle aree centrali può incoraggiare, per di più, una ghettizzazione della stessa popolazione SD, interferendo con gli sforzi volti a promuovere inclusione all'interno della più ampia comunità, e rinforzando i pregiudizi verso le persone homeless. A tal proposito, più autori riportano un'influenza dei pregiudizi sul funzionamento delle politiche e dei servizi stessi. Gli homeless con più di 50 anni possono vivere, infatti, un “doppio pregiudizio” – subendo cioè discriminazioni sia in quanto persone senza dimora, che come persone più anziane (Milaney et al., 2020) –, senza contare chi tra questi è donna, straniero o straniera, oppure parte della comunità LGBTQIA+. Il peso degli stereotipi sugli *older* homeless non ostacola solamente una conduzione del sé pienamente dignitosa e libera, bensì impedisce talvolta un trattamento ugualitario dell'utenza da parte degli operatori dei servizi, costituendo di fatto un potenziale difetto di questi ultimi. Sebbene le discriminazioni da parte del personale sociale e sanitario non vengano qui considerate particolarmente radicate o pervasive, risulta fondamentale riconoscere come queste possano intaccare un'equa restituzione delle prestazioni.

Da considerarsi come problema riguardante i servizi troviamo anche la questione della residenza. Malgrado la residenza anagrafica delle persone senza dimora sia normata dalla legge anagrafica del 1954 – che le considera “residenti nel Comune ove ha il domicilio, e in mancanza di questo, nel Comune di nascita” (Legge n. 1228/1954, art. 2, c. 3) –, solamente “i due terzi delle persone senza dimora (il 68,7%) dichiarano di essere iscritte all'anagrafe di un comune italiano, valore che scende al 48,1% tra i cittadini stranieri e raggiunge il 97,2% tra gli italiani” (Istat, 2015, p.1). In mancanza della residenza viene meno – tra gli altri – il diritto al voto, così come la possibilità di accedere ad una ampia parte di servizi socioassistenziali e sanitari. Per questa ragione, l'incapacità di fare rispettare il diritto alla residenza espone le persone senza dimora ad un'ulteriore vulnerabilità. Spicca, tra le azioni compiute per contenere gli effetti di questo malfunzionamento, la recente legge regionale del 29 luglio 2021 n. 10, in cui la regione Emilia-Romagna:

“riconosce ai cittadini italiani senza dimora e non residenti in paesi diversi dall’Italia, privi di qualsiasi assistenza sanitaria, la possibilità di iscriversi nelle liste degli assistiti delle aziende USL del territorio regionale, e di effettuare la scelta del Medico di Medicina Generale (MMG o medico di famiglia), nonché di accedere alle prestazioni garantite dai LEA per i cittadini italiani residenti in Italia” (l.r. 29 luglio 2021, n. 10, art.1).

Nonostante l’impegno dimostrato per arginare questa problematica è bene ricordare come questo provvedimento, in primo luogo, sia geograficamente limitato rispetto all’intero Paese e, in secondo luogo, non risolve il problema alla base della mancanza di residenza delle persone SD.

A livello delle *politiche* sarebbe possibile evidenziare una moltitudine di *gap* che contribuiscono alla creazione e alla continuazione dell’homelessness. Per ragioni di spazio e di mancanza di competenze specifiche rispetto all’argomento ci limiteremo ad elencare gli ambiti delle politiche che, ai nostri occhi, influenzano maggiormente il fenomeno in questione.

In primo luogo, si rende necessario ricordare come i senza dimora siano diventati oggetto di interesse da parte della legislazione italiana solamente un paio di decenni fa con la legge 328 del 2000 – come precedentemente descritto. La gestione del fenomeno dell’homelessness da essa derivante rimane tuttora frammentaria e disomogenea sul territorio italiano e ciò potrebbe costituire un primo problema a sé stante. È, infatti, possibile ipotizzare come i differenti interventi delle istituzioni a seconda della zona possano contribuire a creare diseguaglianze all’interno del territorio italiano.

Un ulteriore fattore da considerare per la fascia di persone senza dimora tra i 50 ed i 67 anni circa – poiché ancora rientranti in età lavorativa – è sicuramente la presenza, o per meglio dire l’assenza, di politiche del lavoro efficaci. La mancanza di un’occupazione – così come la sua precarietà o la tipologia del lavoro stesso – è un fattore che ovviamente incide sulla probabilità di diventare senza dimora. Oltre a condizionare ampiamente la condizione economica del singolo, la situazione lavorativa riveste un ruolo estremamente rilevante a livello identitario. Dunque, la disoccupazione, la perdita di un lavoro e la precarietà delle condizioni lavorative, possono generare disequilibri importanti nella sfera identitaria, psicologica e sociale di un individuo. Alla pari del pensionamento, la perdita del lavoro può condurre ad isolamento sociale a causa della conseguente mancanza di occupazioni significative e alla perdita del ruolo – sociale e/o familiare – di lavoratore (Willcock, 2004). Avere un’occupazione significa, inoltre, avere un’occasione di creare legami, “tanto che tra i maggiori ostacoli dell’integrazione citati [dalle persone senza dimora] rientra la

mancanza di lavoro” (Ruggieri et al., 2019, p. 93). Affrontare la perdita di un lavoro e le conseguenze che ciò comporta è di per sé una sfida, ma questa potrebbe risultare ancora più ardua per coloro che diventano senza dimora una volta varcata la soglia dei cinquant’anni, specialmente nel momento in cui si rende per loro necessario affacciarsi nuovamente al mondo del lavoro in cerca di un’occupazione.

L’inefficacia delle politiche abitative – con la conseguente mancanza di housing a buon mercato – è considerato dalla maggior parte della letteratura come una delle principali cause strutturali dell’homelessness – sia in generale, che per quanto riguarda i senza dimora più anziani (Boeri et al., 2009; Grenier et al., 2016a; Hecht & Coyle, 2001; Knopf–Amelung, 2013; Crane & Joly, 2014). Sebbene sembri scontato parlare di come l’instabilità abitativa sia influenzata dal mercato immobiliare e dalle politiche abitative, nei discorsi sull’homelessness questa variabile viene talvolta dimenticata, dando la precedenza alle mancanze individuali. In un paese come l’Italia, dove l’offerta di abitazioni non sta compensando l’aumento della domanda – con un conseguente aumento dei prezzi –, la questione abitativa assume rilevanza tra le vulnerabilità sociali (Bonini, 2021). Le politiche per la casa italiane sono connotate da un forte orientamento alla proprietà, da una residuale regolazione del mercato dell’affitto e da limitazioni nell’ambito dell’affitto sociale (Poggio, & Boreiko, 2018). Difatti, nel Paese la “domanda di abitazioni a condizioni sostenibili, se non sociali, [...] è grande e largamente insoddisfatta” (Poggio, & Boreiko, 2018, p.66). Dunque, quando i costi degli affitti diventano eccessivamente gravosi per il bilancio familiare, l’intervento pubblico non si rivela sempre in grado di tutelare i cittadini attraverso l’edilizia residenziale pubblica, esponendo di fatto le famiglie a basso reddito all’homelessness.

Dall’altra parte è importante evidenziare come in Italia quasi l’89% delle persone sole con più di 65 anni goda di un’abitazione di proprietà (Istat, 2019); inoltre, le spese dell’abitazione hanno minore probabilità di gravare sugli over 65, rispetto alle generazioni più giovani (Eurostat, 2020). Sebbene questi dati siano rassicuranti, ricordiamo come la correlazione tra casa di proprietà e benessere abitativo sia impropria. Difatti, nonostante l’abitazione di proprietà svolga un ruolo protettivo dall’emergenza abitativa, ciò non si traduce automaticamente in un’esclusione di tutti i proprietari dal rischio di instabilità abitativa (Bonini, 2021). In più, questi dati sono riferiti solamente al *target* over 65, mentre – come abbiamo precedentemente sostenuto – sono da considerarsi *older* homeless coloro che hanno compiuto il cinquantesimo anno d’età.

A tal proposito, ci sembra necessario sottolineare come la differenziazione tra over 50 e over 65 rappresenti un tema ricorrente nei discorsi riguardo la popolazione di riferimento,

rientrando tra le cause maggiormente citate di vulnerabilità per i senza dimora *older* e di difetti delle politiche (McLeod & Walsh, 2014; Rota–Bartelink & Lipmann, 2007; Crane & Warnes, 2010). Sebbene la letteratura straniera consideri i senza dimora con più di 50 anni come ‘più anziani’, ciò non implica che anche le istituzioni li riconoscano come tali ed operino di conseguenza. La maggior parte delle prestazioni, dei programmi e delle agevolazioni volti a proteggere la popolazione anziana in Italia si rivolgono solitamente alle persone con più di 65 anni – soglia con cui si identifica solitamente l’ingresso nella terza età. Ne è un esempio l’assegno sociale, accessibile solamente dopo il sessantasettesimo anno d’età. Perciò le persone homeless che manifestano difficoltà e problematiche legate all’invecchiamento precoce non possiedono, di fatto, i requisiti per potere usufruire di queste prestazioni. Per questo motivo più autori intravedono in questo *gap* – di politiche e di pratiche – una ragione per cui coloro che hanno tra i 50 e i 64 anni si rivelino talvolta più vulnerabili rispetto alla fascia più anziana (Cohen, 1999).

### **3.6 Ulteriori ostacoli nell’uscita dall’homelessness**

Ci sembra appropriato rimarcare come numerosi elementi individuali ed extra individuali discussi nei precedenti capitoli possano contribuire al prolungamento della durata della condizione di SD. Ad esempio, il peggioramento della salute o la mancanza di politiche abitative efficaci costituiscono tanto un fattore di rischio quanto un possibile ostacolo di uscita dalla condizione di senza dimora. Per evitare ripetizioni ripercorrendo ogni fattore, abbiamo dunque deciso di indagare alcuni possibili elementi sinora non approfonditi che potrebbero frapporsi tra le persone SD e la loro uscita dall’homelessness.

Innanzitutto, ci siamo chiesti se e quanto il *fattore “età”* di per sé possa influenzare la fine della condizione di senza dimora. Sono in molti a riportare una maggiore durata della condizione di senza dimora tra i più anziani rispetto alle altre generazioni (Cohen, 1999; Milaney et al., 2020); così come una permanenza più lunga all’interno dei dormitori ed una maggiore difficoltà nel trovare una sistemazione stabile (Serge & Gnaedinger, 2003; Stergiopoulos & Herrmann, 2003; Kimbler et al., 2017). Riteniamo che il collegamento tra questi ultimi due punti sia evidente: più complesso si rivela trovare un alloggio alternativo stabile, più a lungo la persona rimane all’interno del sistema dei dormitori. Al contrario, non è chiaro se sia presente una connessione tra la facilità nel reperire e mantenere un alloggio

stabile e la durata dell'homelessness. Uno studio di Crane e Warnes (2007) mostra come le risistemazioni non riuscite, a due anni dal trasferimento, coinvolgevano persone con una durata media di homelessness maggiore; gli stessi autori, però, qualche anno prima non avevano trovato correlazioni tra durata della condizione di senza dimora ed esiti positivi (Warnes & Crane, 2000). È dunque complesso sbilanciarsi con certezza, ma nonostante ciò crediamo sia plausibile ipotizzare che gli elementi che contribuiscono ad una cronicizzazione possano eventualmente influenzare la transizione in una nuova sistemazione e, alla pari, che la mancanza di alloggi stabili possa contribuire ad un prolungamento della condizione di senza dimora. Sfortunatamente, non sono al momento disponibili dati rispetto al contesto italiano per poter argomentare quanto appena discusso. Rispetto alla durata della condizione di senza dimora, ad esempio, Istat distingue solamente tra stranieri ed italiani, astenendosi dal differenziare tra le classi d'età (Istat, 2015).

Già in precedenza è stato accennato come i pregiudizi – in particolare il “*doppio pregiudizio*” – possano contribuire ad una marginalizzazione rispetto la fruizione dei servizi. I pregiudizi rivolti agli *older* homeless potrebbero rappresentare, però, anche una possibile causa – più o meno diretta – di una maggiore difficoltà d'uscita dall'homelessness. Ad esempio, alcuni sostengono che nelle politiche di housing sia diffuso l'ageismo (Herring, 2009, citato in Alden, 2017), il che potenzialmente limiterebbe le persone anziane SD nella reperibilità di nuovi alloggi. In aggiunta, alcuni SD più anziani riportano di avere incontrato l'ageismo anche durante la ricerca di una nuova occupazione (McDonald et al., 2004). Ciò si verifica laddove i datori di lavoro si rivelano meno propensi ad assumere persone più anziane, dinamica che può essere ulteriormente esasperata dai pregiudizi verso le persone senza dimora. In uno studio qualitativo canadese viene evidenziato, inoltre, come la stigmatizzazione derivante dalla condizione di senza dimora in età avanzata possa essere interiorizzata, provocando preoccupazione, vergogna ed ansia che, se combinate alla mancanza di supporto sociale ed alla percezione di essere nell'ultima fase della propria vita<sup>4</sup>, possono rendere ancora più difficoltosa la progettazione dell'uscita dall'homelessness (Grenier et al., 2016b).

A questo punto abbiamo indagato qualora l'età possa incidere sulla capacità di fronteggiare le sfide della quotidianità, con particolare attenzione alla *resilienza e alle capacità di coping*, compromettendo così l'uscita dalla condizione di SD. Tompsett e colleghi (2009) sostengono che la resilienza tra gli adolescenti senza dimora sia maggiore rispetto agli

---

<sup>4</sup> Testo originale: “[...] a sense that one has “little time left”” (Grenier et al, 2016, p. 464).

adulti homeless – sia quelli più giovani (18–34 anni) che quelli più anziani (35–78 anni). Data questa singola informazione non è, tuttavia, possibile affermare che vi sia un cambiamento nella resilienza con l'avvicinarsi della vecchiaia.

Le capacità di coping dell'individuo dipendono anche da altri fattori, come “la nostra personale sensazione di controllo sulla situazione, lo stile di spiegazione e le relazioni di sostegno” (Myers, 2014, p. 450). Rispetto a quest'ultimo punto, uno studio longitudinale su persone senza dimora con psicopatologie ha confermato che livelli più alti di supporto sociale e di funzionamento sono associati a maggiore resilienza e minore stress percepito (Durbin et al., 2019). Anche se al momento non ci è possibile affermare una mancanza o perdita di capacità nel fronteggiare gli eventi stressanti o traumatici tra gli *older* homeless, è bene considerare come la molteplicità di elementi che costituiscono la vita senza dimora – come appunto la contrazione delle reti sociali o i fenomeni di emarginazione – possano a loro volta influire sulla capacità del soggetto di superare le difficoltà. Talvolta occorre tempo per apprendere o recuperare le competenze che permettono alla persona di ricostruirsi una vita *housed*, soprattutto quando la durata di questa condizione si protrae per anni.

### **3.7 Tipologie di housing**

In questa sezione proveremo ad esplorare la gamma di soluzioni abitative disponibili per le persone senza dimora con più di cinquant'anni, cercando di cogliere la loro coerenza rispetto alle esigenze della popolazione considerata.

#### **3.7.1 Dormitori notturni**

Per primi tratteremo i dormitori, servizi di c.d. *bassa soglia*, che rappresentano spesso la prima sistemazione per molte persone prive di un alloggio. Circa il 68% dei SD intervistati da Istat aveva, infatti, usufruito dei servizi di accoglienza notturna nell'anno precedente (Istat, 2015) e “se si considera l'utenza, emerge che gli utenti dei dormitori sono oltre dieci volte quelli degli alloggi e cinque volte superiori a quelli presenti nelle comunità residenziali” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 8).

Eccetto durante il “piano freddo”<sup>5</sup>, i dormitori italiani accolgono solitamente un’utenza tra i 18 ed i 65 anni, considerando il sessantacinquesimo anno d’età come limite per la permanenza nelle strutture, in seguito al quale le persone vengono assegnate ad altri servizi – solitamente specializzati nella presa in carico di persone anziane. Come è stato più volte evidenziato, però, una parte delle persone con più di 50 anni invecchia precocemente, ritrovandosi potenzialmente costretta ad attendere anni prima di essere ricollocati in sistemazioni più adeguate alle proprie necessità. Da ciò risulta chiaro come i limiti d’età prescritti da questi servizi rischino di favorire un ulteriore deterioramento delle condizioni di salute fisica e mentale.

Nonostante le permanenze all’interno dei dormitori siano spesso prolungate, queste strutture sono progettate come luoghi di transizione verso una sistemazione stabile (McGhie et al., 2013; Campagnaro & Giordano, 2017; Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015); ciò assume particolare rilevanza per la popolazione qui considerata. Una moltitudine di fattori contribuisce a rendere il dormitorio una sistemazione inadatta per molte persone con più di cinquant’anni. In primis, gli spazi non sempre sono progettati per persone con difficoltà motorie o disabilità (McGhie et al., 2013), prevenendo di fatto una fruizione appropriata degli ambienti e talvolta costituendo una fonte di rischio per l’utenza. In aggiunta, come indicato da Campagnaro e Giordano (2017), frequentemente “sono poco accoglienti, utilizzano attrezzature di bassa qualità [...], sono carenti di spazi di socialità e di privacy [...] e garantiscono raramente spazi dove ricoverare effetti personali in modo sicuro e protetto da furti” (p. 180). Il tema della sicurezza nei dormitori – sia dei propri averi che della propria persona – può avere diverse letture. Prima di tutto, appare evidente come l’utilizzo dei dormitori possa offrire protezione da potenziali reati subiti in strada o in altre sistemazioni non sicure durante la notte. D’altro canto, come riporta un articolo statunitense, gli episodi violenti possono accadere anche all’interno dei dormitori stessi (Meinbresse, et al., 2014) – anche se in misura minore rispetto all’ambiente della strada. Inoltre, la protezione esercitata dalle strutture non riesce ad estendersi oltre l’orario di chiusura. Gli orari dei dormitori spingono molti utenti – specialmente coloro che non hanno un’occupazione o che guadagnano attraverso la colletta – a trascorrere una quantità considerevole di tempo per strada. Specialmente per la popolazione senza dimora con più di 50 anni queste abitudini possono

---

<sup>5</sup> Termine che si riferisce all’offerta di posti letto a persone senza dimora durante i mesi invernali, volta a prevenire i rischi per la salute connessi all’abbassamento stagionale delle temperature.

rivelarsi dannose, non solamente per quanto concerne la propria sicurezza, ma anche dal punto di vista sanitario e psicologico.

Riteniamo, inoltre, che all'interno di queste strutture sia complesso intercettare efficacemente l'insorgenza di patologie, in particolare in servizi in cui vi è carenza di personale o privi di figure con competenze sanitarie all'interno dell'équipe. A questo proposito, Backer e Howard (2007) segnalano come in una moltitudine di servizi il personale non riesca ad individuare o rispondere a deficit cognitivi dell'utenza senza dimora, sia per mancanza di formazione, che per mancanza di risorse economiche.

In ultima analisi, il dormitorio non rappresenta una sistemazione in grado di rispondere alla complessità dei bisogni della popolazione qui presa in esame, se non in quanto “soluzione emergenziale e di transito in attesa di reperire, nel minor tempo possibile, una soluzione alloggiativa stabile e adeguata per ciascuna persona” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 25).

### **3.7.2 Permanent Supportive Housing (PSH)**

Il Permanent Supportive Housing<sup>6</sup> può essere definito come un modello di housing caratterizzato da alloggi permanenti a buon mercato connessi ad una rete di servizi, in loco o strettamente collegati, per il supporto alla persona o alla famiglia senza dimora o a rischio di homelessness (CSH & Hearth, Inc., 2011; Brown et al., 2013a; Goldberg et al., 2016). Le forme in cui si può presentare il PSH sono molteplici, tuttavia esse condividono delle caratteristiche comuni: a) gli alloggi sono pensati per persone fortemente ostacolate a vivere in modo indipendente, a rischio di homelessness e senza dimora; b) gli inquilini hanno un contratto di affitto senza limiti di tempo; c) gli affittuari solitamente non contribuiscono ad affitto e utenze con più del 30% del proprio reddito; d) tutti gli inquilini possono accedere ad una gamma di servizi di supporto; e) nonostante si cerchi di coinvolgere gli inquilini ad utilizzare i servizi offerti, la fruizione degli stessi non costituisce un requisito necessario per beneficiare dell'alloggio; f) vengono messe in atto strategie coordinate a livello di gestione

---

<sup>6</sup> Il termine “Permanent Supportive Housing” non è di comune utilizzo nel contesto italiano; talvolta viene usato il simile “Supported Housing” per indicare il modello qui esposto, mentre i servizi più simili presenti in Italia sono quelli di Housing Led. Ciò malgrado, pensiamo che questo modello e gli studi in seguito riportati possano fornire utili spunti di riflessione per comprendere e sostenere efficacemente le persone senza dimora in età avanzata.

delle sistemazioni e dei servizi per affrontare problemi derivati da crisi di salute mentale, ricadute e uso di sostanze (CSH & Hearth, Inc., 2011).

Già da tempo questo modello ha raccolto consensi a livello internazionale per la sua efficacia nella riduzione dell'homelessness, anche per quanto riguarda le persone senza dimora *older* (McDonald et al., 2004; Henwood et al., 2015). Tra i vari lati positivi del PSH si annovera un minore ricorso ai servizi sanitari di emergenza da parte dell'utenza (Goldberg et al., 2016; CSH & Hearth, Inc., 2011; Brown et al., 2013b; Pandit & Brown, 2021). A nostro avviso, questo dato potrebbe suggerire che la presenza continuativa di personale sanitario possa prevenire l'inasprimento precoce di patologie e intercettare sintomi emergenti o, ancora, che grazie ad una sistemazione permanente il tempo trascorso in strada si riduca, favorendo le condizioni di salute. Riducendo l'utilizzo dei servizi di emergenza e impedendo l'inserimento in strutture più "intensive" – laddove non necessario – il Permanent Supportive Housing può costituire un modello di housing *cost-effective*, specialmente per le persone SD croniche (Bamberger & Dobbins, 2015).

Un ulteriore vantaggio del PSH risiede nel livello di indipendenza garantita agli utenti. Difatti, non sono presenti vincoli per l'utilizzo dei servizi, né riguardo gli ingressi e le uscite, né per quanto concerne la durata del soggiorno nell'alloggio. Perciò, specialmente per coloro che valorizzano la propria autonomia e che sono in grado di vivere in modo indipendente, questo modello può rappresentare una reale opportunità di uscita dall'homelessness.

D'altra parte, però, è giusto evidenziare come questa tipologia di sistemazioni non sia adatta per tutte le persone senza dimora con più di 50 anni, in quanto "*many older homeless people [...] lack the skills, confidence or motivation to manage independent living. Some have never previously lived alone, and some have impairments arising from ill-health or substance misuse*" (Crane & Warnes, 2010, p. 358). Tra le carenze di questo modello Pandit e Brown (2021) individuano la frequente mancanza di focus su tematiche geriatriche e di servizi che sostengano l'*aging in place* – ad esempio, valutazioni riguardanti la sicurezza degli spazi.

Considerando quanto appena discusso riteniamo che il PSH possa costituire una buona soluzione di housing per molte persone senza dimora over 50, sia come "trampolino" verso una completa autonomia, sia in quanto alloggio permanente – specialmente nei casi in cui sono presenti disabilità, problematiche o patologie che richiedono un intervento regolare da parte dei servizi.

### 3.7.3 Housing First

Il modello di Housing First ricade all'interno di ciò che abbiamo appena definito Permanent Supportive Housing – il quale, come già accennato, si presenta in svariate forme e declinazioni. Guardando alle caratteristiche principali dell'HF ci è possibile identificare molteplici punti di contatto con il PSH: il diritto all'abitare, i servizi di sostegno flessibili e continui per il tempo necessario, l'autodeterminazione e la mancanza di obblighi verso l'assistenza offerta – pur mantenendo un'ottica in direzione del recupero. Abbiamo deciso di dedicare una specifica sezione all'Housing First in quanto negli anni recenti esso ha affermato la propria validità nel contesto europeo ed italiano, acquisendo una certa rilevanza specialmente a livello teorico.

Negli anni recenti i progetti di HF hanno iniziato ad apparire anche in Italia, raggiungendo quota 31 alla fine del 2019 (Osservatorio fio.PSD, 2020). Nel 2020 è stato pubblicato il *Report di Monitoraggio dei progetti del Network Housing First Italia*, riferito al biennio 2017–2019 (Osservatorio fio.PSD, 2020) che crediamo possa essere utile prendere in esame ai fini del nostro discorso. È possibile vedere (tab. 5) come l'utenza dei servizi di HF presenti una distribuzione simile – per quanto riguarda le fasce d'età – alla fotografia restituita da Istat nel 2015. Le percentuali appaiono invece diverse per quanto concerne sesso e cittadinanza. Ad usufruire dei servizi di HF sono per la maggior parte persone di cittadinanza italiana, nonostante i dati Istat di qualche anno prima indichino un'homelessness a prevalenza straniera; in più, la percentuale di persone di sesso femminile supera il 35% del totale.

	<i>Istat</i>	<i>HF Network</i>
<b><i>Età</i></b>		
<i>18–34</i>	25,7%	24,1%
<i>35–44</i>	24,1%	20,6%
<i>45–54</i>	26,0%	28,0%
<i>55–64</i>	18,4%	22,3%
<i>&gt;65</i>	5,9%	5,0%
<b><i>Sesso</i></b>		
<i>Femminile</i>	14,3%	37%
<i>Maschile</i>	85,7%	63%
<b><i>Cittadinanza</i></b>		

<i>Straniera</i>	58,2%	29%
<i>Italiana</i>	41,9%	71%

Tab. 5. Dati anagrafici delle persone senza dimora ed utenza dei progetti HF Italia, Istat (2015); Osservatorio fioPSD (2020).

Sempre secondo questo report, per quanto riguarda le sfere di intervento dei servizi troviamo, in ordine di diffusione: salute, orientamento ai servizi, sostegno psicologico, lavoro, diritti di cittadinanza, sostegno al reddito, tutela legale, istruzione e formazione e legami familiari. Ovviamente molte delle aree in questione sono di grande interesse per la popolazione di cui andiamo discutendo e, per questa ragione, riteniamo che i servizi connessi ad Housing First possano fornire un ottimo supporto ai senza dimora *older*.

L’Housing First, come precedentemente argomentato, deve parte della sua popolarità ai molti studi che confermano la sua adeguatezza nel contrasto dell’homelessness in modi efficaci ed efficienti, anche dal punto di vista dei costi (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015). Ci siamo dunque chiesti qualora questo paradigma possa risultare compatibile con la popolazione senza dimora con più di 50 anni. A livello teorico “i servizi di Housing First adottano una pianificazione orientata alla persona, che essenzialmente prevede l’organizzazione dei sostegni e delle cure attorno all’individuo e ai suoi bisogni” e, ancora, “il sostegno può essere calibrato a seconda dei bisogni dell’utente ed è in grado di rispondere in modo positivo quando l’utente ha bisogno di più o meno assistenza” (Cortese, 2016, p. 23–24). La personalizzazione dei servizi dedicati al singolo utente e la flessibilità degli stessi possono costituire un ottimo vantaggio per gli homeless *older* che, come abbiamo visto, frequentemente presentano bisogni complessi. Tutto questo avviene, però, rispettando l’autodeterminazione e le scelte del singolo, non andando quindi ad ostacolare il bisogno di indipendenza.

Questo approccio, inoltre, sembrerebbe implementare la salute a lungo termine e il funzionamento sociale tra SD con problemi di salute e con alle spalle esperienze traumatiche (MHCC, 2012 citato in McGhie et al., 2013). In un’analisi su homeless affetti da psicopatologie fruitori di servizi di HF, Chung e colleghi (2018) riferiscono più miglioramenti a livello della salute mentale e in specifici domini della qualità della vita tra senza dimora più anziani rispetto ai più giovani, oltre ad un generale aumento della stabilità abitativa.

I risultati sinora registrati sull'utenza dei progetti di Housing First in Italia sembrano incoraggianti, con un aumento nella percentuale di persone occupate, un 7% di abbandoni e un 23% di uscite con esito positivo – che includono “la raggiunta autonomia abitativa, i ricongiungimenti familiari, l'integrazione nella comunità, una indipendenza economica e lavorativa, includendo anche l'aver trovato un'altra sistemazione alloggiativa più consona come per esempio una RSA (per persone adulte con disabilità certificate)” (Osservatorio fio.PSD, 2020, p.17).

In ultima istanza, riteniamo che l'Housing First possa costituire un buon modello di housing per molte persone over 50. Alla pari del Permanent Supportive Housing, questa tipologia di sistemazione consente, da un lato di mitigare i rischi connessi alla vita di strada e, dall'altro, di accedere a servizi e/o trattamenti solo dopo aver acquisito un certo grado di stabilità. A nostro avviso è tuttavia importante evidenziare come, ad oggi, l'HF non costituisca una possibilità concreta per molte persone senza dimora. Sebbene i progetti di Housing First si stiano lentamente diffondendo anche nel contesto italiano, nel 2019 erano 292 le persone accolte – 420 se si sommano le uscite – (Osservatorio fio.PSD, 2020). Date le percentuali esposte nel sondaggio, erano circa 80 le persone con più di 55 anni accolte da HF in tutta Italia, circa lo 0,65% delle 12.301 persone over 55 riportate da Istat (Istat, 2015).

### **3.7.4 RSA e case di riposo**

Nonostante le Residenze Sanitarie Assistenziali e le case di riposo non vengano tipicamente considerate come opzioni di *housing* per senza dimora, è evidente come nel caso delle persone *older* queste possano costituire un'alternativa adeguata.

Uno studio qualitativo canadese riporta come l'inserimento prematuro nelle case di riposo o RSA sia preceduto solitamente da una trascuratezza dei problemi di natura medica, con conseguente ospedalizzazione (Sussman et al., 2020). A tal proposito, Goldberg e colleghi (2016) individuano un “*institutionalization circuit*”, cioè un circolo vizioso che si può attivare tra vita di strada/dormitorio e istituzionalizzazione. Ulteriori fattori sistemici sembrano favorire ricollocamenti prematuri in strutture di questo tipo e ostacolare la riuscita dei trasferimenti: la scarsità di opzioni abitative per persone con limitazioni funzionali minori, l'insufficienza di tempo per progettare gli inserimenti, i traslochi frequenti, la mancata

considerazione delle preferenze rispetto alla posizione geografica e i pregiudizi degli operatori (Sussman et al., 2020).

Tra le problematiche che, a nostro avviso, possono emergere negli inserimenti di persone senza dimora *older* nelle strutture per anziani troviamo una minore indipendenza. Come affermato in precedenza, una parte di questa popolazione – in particolare tra le persone autosufficienti – potrebbe manifestare il bisogno di mantenere la propria autonomia, che in questo genere di sistemazione verrebbe a mancare. Secondo chi scrive, però, il difetto principale di questo tipo di servizi risiede nel fatto che gli stessi non siano focalizzati sulle problematiche connesse all’homelessness. Il personale potrebbe essere meno abile nel riconoscere ed affrontare difficoltà e necessità meno presenti nella popolazione generale anziana. Serge & Gnaedinger (2003) parlano di una sorta di “scontro tra culture”, quella *homeless* e quella *mainstream*, in cui una serie di comportamenti esibiti da alcune persone senza dimora – solitamente associati alla vita di strada – possono impedire una completa integrazione all’interno di un *setting* come le case di riposo o le RSA, nelle quali certe condotte sono fortemente scoraggiate – ad esempio, abuso di alcol o sostanze, comportamenti antisociali, ecc. Gli autori suggeriscono, da un lato, di formare il personale delle strutture rispetto alla cultura *homeless* e, dall’altro, di incentivare gli operatori dei dormitori a non candidare persone con problemi che impatterebbero negativamente gli ospiti delle strutture stesse. A nostro avviso, quest’ultimo punto lascerebbe un “vuoto”, teorico e pratico: se le alternative al dormitorio sono poche o nulle, dove verrebbero trasferite le persone che esibiscono quel tipo di comportamenti e/o abitudini? E questo ci conduce nuovamente a ciò che, per noi, costituisce il rischio maggiore nei casi in cui persone senza dimora – specialmente quelle croniche – vengono inserite in servizi non orientati all’homelessness, cioè la mancanza di risposte efficaci ai bisogni espressi dal soggetto, con il rischio di esasperare la preesistente condizione di fragilità e di marginalità.

D’altro canto, l’inserimento in strutture per anziani presenta anche dei vantaggi per alcuni *SD older*. La costanza delle cure di natura medico–geriatrica e dell’assistenza nelle attività della vita quotidiana può essere fondamentale per coloro che soffrono di patologie croniche o che hanno perduto la propria autonomia. In aggiunta, quando gli esiti degli inserimenti si dimostrano positivi, questi *setting* possono fornire buone occasioni di stabilità e di socialità.

Dato quanto appena discusso, le residenze per anziani si presentano come una buona alternativa per una parte di persone senza dimora con più di 50 anni, ma solamente nei casi in cui ciò si ritenga realmente necessario. In Italia l’inserimento in RSA sembra riservato a

persone con disabilità certificate, in cui il deterioramento delle condizioni di salute – fisica o mentale – abbia compromesso l'autonomia del singolo, rendendo necessaria una cura e una supervisione specializzata e costante. Difatti, nel momento in cui queste strutture vengono scelte come sostituto di sistemazioni più adeguate, non solo si rischia di innescare un rifiuto del soggetto verso il trasferimento, bensì anche di ignorare i suoi reali bisogni.

### 3.7.5 Quali soluzioni abitative migliori?

Cercando di rielaborare quanto appena trattato, in questa sezione daremo le nostre conclusioni e offriremo le nostre riflessioni rispetto alle possibili soluzioni di *housing* per il *target* in questione.

Le “Linee di Indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015) sono l'unica fonte italiana a noi nota che si esprime riguardo l'*housing* delle persone SD più anziane. Innanzitutto, è bene notare come in questo documento sia presente una sezione riservata a questa popolazione, il che dimostra quantomeno un riconoscimento della specificità di questo *target* da parte delle istituzioni. Dall'altra parte, notiamo come siano solo le persone con più di 65 anni ad essere considerate “anziane”, cioè coloro che hanno raggiunto quell'età secondo cui la popolazione generale fa il proprio ingresso nella terza età. Come già discusso, questo *gap* teorico può avere ripercussioni concrete sul benessere di coloro che sperimentano un invecchiamento prematuro. In questo documento si presume, ad esempio, che “l'anziano, in molti casi, [abbia] la possibilità di accedere a risorse economiche minime e stabili, come alcune forme pensionistiche” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 18) grazie alle quali accedere ad una qualche forma di *housing*, così da ridurre i rischi connessi alla vita di strada – come il peggioramento delle condizioni di salute. Risulta evidente come per gli *older homeless* tra i 50 ed i 64 anni questo assunto non sarebbe, di fatto, valido.

Le raccomandazioni<sup>7</sup> formulate dalle Linee di Indirizzo per questa popolazione risultano coerenti con quanto sinora analizzato. In primis, viene incoraggiato l'inserimento in RSA

---

<sup>7</sup> Qui, per ragioni di coerenza, riportiamo solamente le raccomandazioni relative alle forme di *housing*. Quelle mancanti verranno trattate nei capitoli successivi. La lista completa delle raccomandazioni è disponibile a pagina 18 [Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2015). *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia*].

solamente in caso di grave compromissione psicofisica, prediligendo sistemazioni meno “pesanti” da un punto di vista assistenziale e di costi – tra cui case-famiglia, comunità alloggio e gruppi appartamento – per le situazioni più moderate. Ancora, le Linee di Indirizzo disincentivano, per ovvie ragioni, le dimissioni dell’utenza anziana dalle strutture senza la previa individuazione di una soluzione abitativa alternativa. Si suggerisce, poi, di identificare:

“modalità di cohousing sostenibili sia dal punto di vista economico che socio-relazionale tra persone anziane, configurando all’interno dei sistemi territoriali di assistenza domiciliare integrata e di custodia sociale, unità operative specializzate nel sostegno a persone con precedente esperienza di homelessness” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 18).

In questo punto notiamo come venga confermato, almeno in parte, quanto precedentemente ipotizzato rispetto al bisogno di disporre di operatori in grado di rispondere alle problematiche complesse del *target* in questione.

Secondo chi scrive, al fine di (ri)collocare con successo le persone senza dimora più anziane è innanzitutto necessario analizzare il singolo caso. Date le opzioni di housing presenti ad oggi nel Paese, una soluzione uguale per tutti non è pensabile, specialmente considerando l’eterogeneità di questa popolazione. Pertanto, riteniamo sia fondamentale giudicare “caso per caso”, cercando la sistemazione migliore per ciascuno in base alle sue ambizioni, difficoltà, necessità ed esperienze. In particolar modo laddove i servizi sociali e sanitari sono da tempo in contatto con l’utente, e per questo motivo possono avere una conoscenza più approfondita del soggetto, la sua ricollocazione dovrebbe poter risultare più accurata. A nostro avviso, nei casi più complessi sarebbe utile avvalersi del giudizio di figure esterne – come medici, geriatri, psicologi, psichiatri o specialisti nel settore della terza età o delle dipendenze, con precedente esperienza con persone senza dimora – in modo da prevenire esiti negativi nei trasferimenti. È bene ricordare, infatti, come si tratti di scelte con conseguenze sul lungo termine, in grado di impattare fortemente la vita del singolo, e per questo motivo meritevoli di riflessioni ed attenzioni mirate.

Per favorire il benessere delle persone *older* homeless alcuni autori sottolineano la necessità di un *continuum di soluzioni abitative* (McGhie et al., 2013; Serge & Gnaedinger, 2003). Oltre a prevenire inserimenti precoci nelle RSA e case di riposo e ad aggirare il rischio di ritorno alla vita di strada, poter disporre di una varietà di strutture tra loro diverse aiuterebbe l’utenza a ricevere il supporto specifico di cui necessitano. È bene ricordare, però,

come ciò non debba tradursi in trasferimenti continui dell'utenza, in quanto cambiamenti troppo frequenti potrebbero destabilizzarla e prevenire una sana costruzione e mantenimento di quei legami – interpersonali, con la comunità, con i luoghi – che costituiscono ciò che è *casa*.

Come ricordano Gonyea e colleghi (2010), molti servizi concepiti per accogliere persone anziane si trovano impreparati davanti ad alcuni bisogni diffusi nella popolazione homeless – come comorbidità tra problemi di salute mentale e abuso di alcol o sostanze – e, allo stesso modo, molti programmi e servizi per persone senza dimora non sono in grado di affrontare abilmente le patologie associate all'invecchiamento. Al fine di favorire il superamento di questi limiti in entrambe le direzioni si rende necessaria, in primis, una forte collaborazione tra servizi per la terza età, servizi sanitari e servizi per persone senza dimora. Ciò dovrebbe tradursi anche in un'implementazione dei rapporti preesistenti tra i servizi, in modo da migliorare la risposta degli stessi verso questo tipo di utenza. In aggiunta, secondo chi scrive, andrebbe attentamente considerata la creazione di *housing specifico* per persone senza dimora con più di 50 anni. Realizzare progetti e strutture *ad hoc* può costituire il primo passo verso il riconoscimento delle esigenze specifiche delle persone homeless più anziane.

### **3.8 TAC+ Bologna**

Nell'intento di indagare ulteriormente la varietà di opzioni di *housing* e di servizi per le persone senza dimora più anziane – oltre che la loro attuabilità nei contesti locali – ci siamo rivolti a Lidia Paternò, coordinatrice di un servizio pensato proprio per questo tipo di utenza. Il progetto in questione è stato creato nel 2015 dalla cooperativa sociale Piazza Grande<sup>8</sup> a Bologna e prende il nome di “Tutti a Casa +”. Questo servizio – creato in collaborazione con il Dipartimento welfare e promozione del benessere di comunità del Comune di Bologna – è nato principalmente dalla necessità di ricollocare alcuni utenti del progetto “Tutti a Casa”<sup>9</sup>. Gli stessi, avendo raggiunto il sessantacinquesimo anno d'età, non potevano formalmente rimanere nel servizio – pensato per adulti autonomi – ma nemmeno erano nelle condizioni per

---

<sup>8</sup> Nato come primo giornale di strada italiano nel 1993, oggi Piazza Grande è una cooperativa sociale che – attraverso progetti di *housing*, servizi di bassa soglia, laboratori ed attività – si adopera per contrastare la grave emarginazione adulta a Bologna.

<sup>9</sup> Nome originario del progetto HF sostenuto dalla cooperativa sociale Piazza Grande.

poterne uscire. Ci è stato spiegato come, frequentemente, coloro che si trovano a dover uscire da strutture, case d'accoglienza o dormitori per adulti vengano assegnati a case di riposo o ad appartamenti protetti solamente in caso di forte compromissione delle autonomie – dato il costo elevato di queste soluzioni. Facilmente, si nota come queste tipologie di *housing* si rivelano inadeguate per le persone che mantengono un alto livello di autonomia.

Tac+ si rivolge a persone senza dimora *over 65* autonome, in grado di gestire la propria vita in appartamento in modo indipendente. Il progetto le inserisce all'interno di appartamenti affittati per conto della cooperativa sociale Piazza Grande con contratto possibilmente a canone calmierato. Le abitazioni solitamente accolgono due o tre persone in camere singole e sono distribuite su quasi tutti i quartieri di Bologna. La scelta di optare per appartamenti in grado di accogliere pochi utenti è stata presa in funzione del benessere degli inquilini, in quanto, da un lato favorisce la gestibilità degli ambienti comuni, il senso di privacy e il “senso di casa”, e dall'altro lato previene la riproduzione delle dinamiche presenti in strutture di grandi dimensioni – come i dormitori –, spesso ghettizzanti e difficilmente gestibili in autonomia.

Per poter accedere al progetto è necessario essere oggetto di segnalazione da parte dei servizi presenti sul territorio, disporre di residenza, medico di base e un ISEE inferiore ad un determinato importo. È, inoltre, obbligatorio partecipare ad una valutazione semplice svolta dall'infermiere e dal dottore di comunità. Prevedendo il progetto una bassa intensità educativa, l'idoneità viene stabilita principalmente in base all'autonomia del singolo, che deve raggiungere almeno il 90%. L'équipe, formata da 3 operatori – di cui uno è coordinatore – ha a disposizione solamente due ore settimanali di assistenza educativa per utente, all'interno delle quali sono comprese le visite domiciliari, gli accompagnamenti, i contatti con altri servizi ed altre attività laterali; in questi limiti di tempo è evidente come in presenza di autonomia compromessa i bisogni dell'utente non verrebbero adeguatamente soddisfatti.

Al momento l'utenza è composta da 21 persone, sia italiane che straniere, di cui 2 donne e 19 uomini. Viene restituito un quadro eterogeneo dei percorsi di *homelessness*: non tutti gli utenti hanno vissuto a lungo in strada, infatti alcuni hanno abitato per molto tempo in dormitorio e altri solo per brevi periodi. La perdita del lavoro, i divorzi e la rottura dei legami con la famiglia vengono riportate come le ragioni più diffuse del passaggio allo stato di senza dimora. La lacerazione dei rapporti con la famiglia – tra cui, talvolta, anche ex coniugi e figli – rappresenta un nodo critico per la quasi totalità delle persone accolte e, nonostante gli sforzi degli operatori, raramente le relazioni vengono ristabilite. I problemi di salute sono

moderatamente diffusi tra l'utenza, mentre l'abuso di alcolici e le psicopatologie sembrano presentarsi raramente.

Tra i limiti del progetto ci vengono elencate principalmente problematiche relative alla reperibilità degli appartamenti e alla gestione delle entrate economiche dell'utenza. La difficoltà nel reperire sistemazioni sul mercato immobiliare viene principalmente attribuita ai costi elevati degli affitti, ma anche ai pregiudizi da parte degli affittuari. Questo, non solo contribuisce all'aumento dei costi del servizio, ma previene anche l'espansione del progetto ad una platea d'utenza più ampia. Un'ulteriore limitazione di questo progetto riguarda la gestione dei redditi delle persone accolte. La convenzione in corso con il Comune è, da questo punto di vista, comparabile a quella delle case di riposo. Tale aspetto, però, si rivela poco compatibile con le caratteristiche degli utenti del progetto, i quali spesso lamentano una mancata possibilità di gestire in autonomia le proprie entrate economiche.

Dall'altra parte, invece, gli esiti riportati sembrano incoraggianti. I casi in cui alcune persone hanno abbandonato il progetto nel corso degli anni sono sporadici e avvenuti principalmente a causa della perdita di autonomia – con successivo trasferimento in casa di riposo – oppure per il passaggio ad alloggi di edilizia residenziale pubblica. In aggiunta, si registra solamente un episodio in cui una persona è stata allontanata dal servizio a causa del mancato rispetto del regolamento. Il processo di adattamento alla nuova sistemazione, seppur complesso per i primi periodi – in quanto richiede una rivisitazione del sé e delle proprie abitudini – risulta positivo nella totalità dei casi. Ciò, ci riferiscono, deriva principalmente dalla (ri)acquisizione della propria privacy e di un senso di stabilità e serenità che in passato sono venuti a mancare. Inoltre, viene riportato come i costi – economici, sociali e materiali – appaiano minori, specialmente se confrontati con un inserimento precoce in strutture per anziani; tutto ciò senza considerare il guadagno per l'utente in termini di benessere.

Per i motivi appena elencati, l'intenzione sarebbe quella di espandere Tac+, sia esportando questo modello in più città, che per quanto riguarda il numero di utenti coinvolti dal servizio di Bologna. Viste, però, le difficoltà nel reperire appartamenti a buon mercato, questo proposito non sembra realizzabile in tempi contenuti. Nonostante ciò, la cooperativa ed i servizi ad essa connessi si continuano ad attivare per permettere a più persone senza dimora di accedere a questo progetto.

### 3.9 Spunti di riflessione educativo-pedagogici

Cercheremo ora di concentrarci maggiormente sugli aspetti educativi e sulle prassi utili quando a contatto con persone senza dimora con più di cinquant'anni. Se nel precedente capitolo la nostra attenzione si è focalizzata prettamente sul tema delle sistemazioni, è indubbio come anche altri fattori possano influire sulla possibilità di uscita dalla condizione di senza dimora. Sulla base di quanto preso in analisi finora ci siamo domandati: come possono intervenire il sistema dei servizi e gli operatori degli stessi, al fine di rispondere efficacemente ai bisogni espressi dalle persone senza dimora più anziane?

Il primo argomento che andremo ad affrontare riguarda la *centralità della persona* senza dimora. Luppi (2008) sostiene che – nella popolazione generale – la varietà interindividuale tra gli anziani sia maggiore rispetto a quella tra individui più giovani e, similmente, Alvarado (2018) esprime come i bisogni della popolazione homeless over 50 si differenzino di più tra di loro, rispetto ai bisogni dei più giovani. Pertanto, nel caso delle persone senza dimora *older* risulta ancora più fondamentale mantenere un approccio *client-centred* – cioè centrato sul soggetto (Serge & Gnaedinger, 2003; McGhie et al., 2013). Ciò, a nostro avviso, si articola sia sul piano *progettuale* che su quello *relazionale*.

Ad esempio, da una riunione di comunità tra più *stakeholder* in Canada è emersa la necessità di creare piani individualizzati per gli homeless più anziani che comprendano soluzioni a *breve termine* – allontanando la persona SD dalla strada –, a *medio termine* – individuando housing coerente alla progettualità e alle esigenze del singolo, mantenendo un adeguato sostegno e creando stabilità – e a *lungo termine* – assicurando housing stabile, riducendo il rischio di ricadute nello stato di senza dimora e progettando in ottica di *life long learning* e di coinvolgimento nella comunità – (Woolrych et al., 2015, pp. 247-248).

È poi nella relazione tra educatore e persona senza dimora che l'unicità dell'individuo assume un valore fondante. In primis, comprendere e valorizzare l'esperienza della persona permette un apprendimento maggiormente significativo. Inoltre, aiutare la persona a rielaborare il proprio percorso è “[...] decisivo, perché permette di riappropriarsi di risorse creative, progettuali” (Lizzola, 2009, p. 164), dunque di ripensare il proprio futuro. Infine, proprio grazie al rapporto con il soggetto ci è possibile co-costruire il suo percorso di uscita dall'homelessness, coinvolgendolo nella realizzazione ed attuazione del proprio progetto educativo.

Per contrastare l'homelessness si rivela, poi, fondamentale incentivare l'acquisizione di *competenze* specifiche e trasversali in quanto, da un lato, possono migliorare l'autonomia e il benessere generale del singolo e, dall'altro, possono contribuire ad evitare una ricaduta nello stato di senza dimora. Tra le skill che andrebbero sostenute troviamo quelle legate all'autostima, la resilienza, la capacità di coping (Woolrych et al., 2015) e le abilità comunicativo-relazionali. Come esposto precedentemente, secondo la *life-span perspective* lo sviluppo comporta nel tempo crescite e declini nei vari domini; a nostro avviso, nel caso di alcune persone senza dimora – in special modo tra chi verge da più tempo nella condizione – è possibile che alcune competenze individuali fondamentali per un buon funzionamento si indeboliscano o si perdano. Le esperienze quotidiane di chi vive l'homelessness – e, nondimeno, gli eventi precedenti alla stessa – differiscono non di rado da ciò che costituiva la “normalità” per gli individui coinvolti. Nelle persone che fanno vita di strada spesso emerge l'istanza di dover soddisfare bisogni fondamentali – quelli che Maslow (1973) definisce ‘bisogni fisiologici’ e ‘bisogni di sicurezza’ – e ciò comporta una riformulazione quantomeno delle proprie abitudini, se non del sé in generale. A tal proposito, Gelberg e colleghi (1997, citato in Garibaldi et al, 2005) parlano di “*competing priorities*” – cioè priorità concorrenti –, riportando come l'utilizzo dei servizi sanitari possa perdere di importanza tra le persone SD, laddove emerga la necessità di procurarsi cibo, riparo e sicurezza. Risulta dunque evidente come, per navigare efficacemente la nuova realtà homeless la persona si trovi costretta a mettere in atto meccanismi di adattamento inediti – ad esempio, imparando a sfruttare i servizi disponibili o utilizzando le proprie risorse e quelle dell'ambiente al fine di assicurarsi ciò di cui necessita – che possono produrre dinamiche controproducenti per il benessere del singolo. Ad esempio, le stesse strategie di coping messe in atto per soddisfare le necessità a breve termine, da un lato facilitano la sostenibilità della vita in strada o in dormitorio, ma dall'altro possono costituire un ostacolo nello sviluppo di abilità progettuali sul lungo termine: capacità fondamentali nel percorso di uscita dall'homelessness (Lee et al., 2010). La nostra intenzione, attraverso questo discorso, non vuole essere motivo di generalizzazione rispetto alla popolazione senza dimora. Al contrario il nostro intento è quello, in primo luogo, di ampliare la concezione di “povertà non solo come un problema di scarsità di risorse ma anche come privazione o perdita di capacità” (Meo, 2009, p. 195) e, in secondo luogo, di sottolineare nuovamente l'importanza della conoscenza della persona senza dimora. È solamente attraverso un approfondimento conoscitivo in relazione che ci è permesso comprendere, in quanto educatori, le competenze di cui la persona è in possesso o meno, sostenendo di conseguenza la ricostruzione o sviluppo di abilità spendibili sul lungo termine.

Da un punto di vista educativo è, inoltre, fondamentale il supporto alla creazione, ricostruzione e mantenimento delle *reti sociali*. Ricordiamo il ruolo cruciale che la sfera relazionale assume, sia per quanto concerne l'ingresso nello stato di senza dimora, sia per quanto riguarda il percorso di homelessness in sé – a cui ci si riferisce, non casualmente, con l'espressione “grave emarginazione adulta”.

La riconfigurazione delle dinamiche all'interno dell'assetto familiare, tipico dell'ingresso nella terza età, prende in causa eventi come la vedovanza, il pensionamento, l'acquisizione del ruolo di nonno/nonna, il calo di carico di responsabilità verso i figli e l'aumento della dipendenza dai familiari (Luppi, 2008; Chattat, 2004). Nel caso delle persone senza dimora con più di 50 anni è evidente come molte di queste circostanze non si manifestino, oppure si sviluppino con modalità atipiche. Come riportato nel caso di Tac+ a Bologna, il rapporto con la famiglia d'origine sembra rappresentare un punto di criticità per molte persone SD più anziane. In primis, riteniamo che sia di fondamentale importanza per gli educatori conoscere e ricomporre insieme ai soggetti la storia dei propri legami familiari. In quanto relazioni significative per definizione, la loro costituzione e sviluppo può consegnarci spunti interessanti di riflessione, anche laddove i rapporti sono da tempo cessati. Difatti,

“se ammettiamo che la persona SD abbia raggiunto un livello di compromissione elevato di tutte le relazioni che lo hanno condotto a un così grave stadio d'isolamento, possiamo senza alcun dubbio affermare che la famiglia è tanto presente e ha un peso altamente significativo nell'articolazione dei percorsi biografici e nelle apparenti scelte di vita proprio per la sua assenza” (Gazziero & Balordi, 2009, p. 175).

È compito degli educatori incentivare la persona a ricongiungersi o, quantomeno, a riconciliarsi con la famiglia di origine laddove possibile; nei casi, invece, in cui i familiari siano già presenti, favorire un rafforzamento del legame potrebbe fornire al soggetto una rete di sostegno essenziale per uscire dall'homelessness (McGhie et al., 2013).

A nostro avviso, è possibile supporre che un inasprimento dell'isolamento sociale possa fare aumentare il valore rivestito dai rapporti con gli operatori dei servizi, quantomeno per alcuni. Anche per questa ragione riteniamo che l'educatore o l'educatrice debba cercare di instaurare con l'utente una relazione sicura, continuativa e significativa – evitando, ovviamente, di sostituire il ruolo delle relazioni familiari o amicali. Tuttavia, come evidenziato da McGhie e colleghi (2013), ciò può risultare complesso in servizi dominati da alti tassi di *turnover* tra gli operatori, che possono intaccare la stabilità delle relazioni stesse tra educatori e persona senza dimora e – frammentando il sostegno offerto – la riuscita dei progetti dell'utenza.

Il valore del supporto relazionale e sociale viene evidenziato anche nelle “Linee di Indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia”, dove si raccomanda di “accompagnare la strutturazione di reti formali e informali intorno alle persone senza dimora anziane e incentivare sistemi di custodia di prossimità in modo da offrire loro dei contesti sufficientemente stabili nei quali condurre una esistenza dignitosa” (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2015, p. 18). Ci siamo dunque chiesti quali azioni gli educatori possano mettere in pratica per agevolare la creazione e il mantenimento delle relazioni. In primis, dobbiamo mettere in evidenza come, quando si tratta di emarginazione adulta, la quantità dei rapporti rivesta un ruolo secondario rispetto alla *qualità* degli stessi. Per questo motivo sarebbe appropriato conoscere e valutare le competenze comunicative e sociali del soggetto, intervenendo insieme alla persona senza dimora più anziana sulle skill in grado di promuovere la creazione di reti sociali forti e durevoli. Anche in contesti come i dormitori gli operatori non possono limitarsi alle sole risposte emergenziali, bensì coordinarsi insieme agli altri servizi progettando sul lungo periodo. Ad esempio, organizzare attività interne alle strutture potrebbe incoraggiare la socialità delle persone SD – sia nei confronti degli altri ospiti che verso gli operatori – agevolando eventualmente le complesse dinamiche di convivenza. Inoltre, promuovere la partecipazione o la co-progettazione di eventi al di fuori delle strutture può portare una serie di vantaggi: in primis, la persona SD viene esposta alla possibilità di creare nuove relazioni informali dove un contenuto o un’attività condivisa facilita la socialità; in aggiunta, i contatti con persone *housed* potrebbero contribuire allo smantellamento di pregiudizi verso le persone SD, beneficiando la comunità stessa. Laddove i servizi decidano di pianificare attività, è necessario porre attenzione sulla frequenza delle stesse, in modo da incentivare la formazione di reti sociali solide attorno alla persona SD.

Come ricordano Woolrych e colleghi (2015), vanno poi tenute in considerazione le necessità del gruppo adottando “[...] culturally sensitive forms of engagement and consultation” (p. 246), evitando dunque di proporre eventi o interventi culturalmente distanti o verso i quali l’utenza non nutre interesse. Ricordiamoci, infatti, che la significatività riveste un valore fondamentale per l’apprendimento in qualsiasi periodo della vita.

Di seguito riporteremo brevemente un’interessante ricerca qualitativa svolta a Cesena, che ha previsto l’intervista di 19 persone SD di tutte le età riguardo il tema dell’integrazione sociale (Ruggieri et al., 2019). I principali ostacoli riscontrati dagli intervistati durante il processo di integrazione sono: a) gli aspetti strutturali della casa e del dormitorio; b) l’atteggiamento degli ospiti della casa e del dormitorio; c) l’atteggiamento degli operatori dei servizi; d) l’atteggiamento delle persone e i loro pregiudizi; e) i problemi personali; f) gli

ostacoli dell'integrazione dei SD stranieri. Al contrario, i fattori facilitatori rilevati dalle persone homeless sono: a) il supporto strumentale ed emotivo da parte dei servizi e delle istituzioni; b) gli aspetti strutturali e relazionali della casa e del dormitorio; c) per l'integrazione dei SD stranieri: conoscenza dell'italiano, supporto da parte di persone italiane, relazioni con almeno un cittadino italiano e l'appartenenza a gruppi costituiti da italiani. La ricerca in questione ci fornisce ottimi spunti di riflessione. In primis, emerge il peso del ruolo dei servizi e degli operatori nell'incentivare – o nel disincentivare – l'integrazione, in struttura e al di fuori di essa. Non dimentichiamoci, poi, che è anche responsabilità del personale dei servizi facilitare relazioni positive e mediare conflitti tra gli ospiti della struttura stessa, cercando il più possibile di sostenere un clima di serenità, apertura e fiducia. Ovviamente, ciò non risulta sempre semplice, specialmente dove gli attori in campo tendono a cambiare frequentemente – ci riferiamo al già citato *turnover* degli operatori, ma anche al *turnover* degli ospiti –, destabilizzando le dinamiche e gli equilibri costruiti.

Un ulteriore aspetto interessante sollevato dall'indagine riguarda le persone senza dimora straniera, le quali incontrano difficoltà – culturali, linguistiche, legali, sociali – che impediscono o ritardano la piena integrazione sociale, aggravando potenzialmente la condizione di emarginazione sociale. In questo caso il supporto istituzionale e dei servizi diventa fondamentale per poter efficacemente spianare queste barriere – in un'ottica multiculturale, dinamica e specifica – e per creare una solida rete formale attorno alla persona senza dimora.

Dalla ricerca in questione emerge, inoltre, la tematica degli spazi e della collocazione delle strutture. La vivibilità e l'accessibilità degli ambienti vissuti dalle persone senza dimora influenzano il modo in cui queste percepiscono e si relazionano agli altri in quei luoghi, al territorio circostante e agli ambienti stessi. L'attenzione rivolta all'argomento nel Paese pare insufficiente al punto che “ciò determina l'applicazione, in modo discrezionale, di modelli abitativi derivati da altri contesti normativi [...]. Ne derivano strutture che sono inadeguate perché non pensate per le esigenze, estremamente complesse, di benessere, recupero e integrazione sociale della persona senza dimora” (Campagnaro & Giordano, 2017, p. 182). Le conseguenze di tali malfunzionamenti possono farsi sentire maggiormente sugli ospiti con compromissioni motorie, in particolare per quanto riguarda la vicinanza ai servizi e alle zone centrali, luoghi chiave per il rafforzamento dei legami sociali e di comunità. Sarebbe opportuno da parte dei servizi, quindi, considerare questi aspetti già nella fase di assegnazione della persona SD più anziana ad una struttura e, come raccomandato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2015), “configurare all'interno di servizi come mense, centri di

distribuzione e centri diurni, degli spazi specificatamente dedicati alle persone anziane che consentano di valorizzare gli aspetti di socialità e utilizzo dinamico del tempo in essi trascorso” (p. 18).

Di seguito discuteremo la tematica degli *operatori e delle operatrici nei servizi* per senza dimora, cercando di delineare una serie di indicazioni, generali e specifiche, riguardante il personale a contatto con le persone homeless in terza età. Woolrych e colleghi (2015) riportano una serie di competenze informali di base per poter svolgere questo tipo di mansione: abilità di ascolto e interpersonali, apertura, strategie comunicative verbali e non verbali, capacità di valorizzare l'individuo e atteggiamento non giudicante. Queste skill, tra le molteplici abilità che gli educatori dovrebbero possedere, permettono di creare e mantenere relazioni di fiducia e ascolto reciproco all'interno delle quali è possibile svolgere l'azione educativa. Il compito del singolo operatore è, perciò, quello di esercitarle, affinarle e metterle in discussione, in particolar modo quando si tratta di pregiudizi. Come accennato in precedenza, il doppio pregiudizio è in grado di manifestarsi anche all'interno delle logiche decisionali e dei servizi, con ripercussioni reali sui percorsi di uscita dall'homelessness. Interrogarsi rispetto ai propri *bias* e pregiudizi verso l'utenza, esercitando spirito critico e riflessività, permette di arginare il rischio di ridurre l'altro alla sola età anagrafica o condizione in cui versa.

Al di là delle abilità informali è necessario che il personale posseda competenze e conoscenze formali. Il tema in questione è fondamentale per chi scrive, in quanto fa emergere una varietà di problematiche interconnesse. Ad esempio, la disinformazione dei lavoratori nel campo della grave emarginazione adulta può derivare dalla mancanza di ricerca svolta in Italia, che trasmette la più diffusa la mancanza di un interesse verso il *target* in questione. Alla pari della sola teoria, la sola esperienza con le persone senza dimora non può bastare a formare persone in grado di intercettare i bisogni di una popolazione specifica e complessa come quella di cui trattiamo. Alcuni esempi di tematiche di formazione e informazione che gli operatori dovrebbero approfondire riguardano l'*aging in place*, il supporto all'*housing* per persone anziane e le pratiche per combattere l'ageismo (Woolrych et al., 2015). Una formazione, a nostro avviso, ideale dovrebbe comprendere contenuti pedagogici, sociologici, psicologici e medici. Trascorrendo una quantità considerevole di tempo a contatto con l'utenza, il personale delle strutture possiede un punto di vista privilegiato sulla loro quotidianità e sulle loro condizioni. Gli educatori e le educatrici dovrebbero essere dotati di strumenti utili a riconoscere segnali di disadattamento e di cambiamento a livello psicologico, sociale e fisico, soprattutto lavorando a contatto con un'utenza più anziana. D'altro canto,

sarebbe impensabile pretendere una formazione completa ed esaustiva in tutti i settori precedentemente elencati; è in simili situazioni che si rivela utile l'ausilio di professionisti esterni capaci, da un lato di prendersi cura dei bisogni specifici della persona senza dimora e, dall'altro, di guidare l'équipe ad un sostegno individualizzato. Ad esempio, affrontando il tema dell'abuso di sostanze, Garibaldi e colleghi (2005) esprimono:

“[...] il bisogno di un raggio d'azione specifico, mirato e continuo, in particolare verso chi ha bisogni di fondo legati all'abuso di sostanze e che sono avversi ai trattamenti, in modo da connetterli ai servizi appropriati. Ciò dovrebbe includere team multidisciplinari con sede nei rifugi e in strada, che includano consulenti di salute mentale e abuso di sostanze e servizi che includano sia cure sanitarie che assistenza per servizi sociali/programmi assistenziali. Dovrebbe includere anche la capacità di integrare la cura con base in strada e nei dormitori con quella fornita in setting meglio attrezzati” (p. 730)<sup>10</sup>.

La *collaborazione e l'integrazione tra i vari servizi* che circondano gli adulti homeless creano le fondamenta per una buona riuscita dei progetti con l'utenza e, nondimeno, dei processi di ricollocazione, anche in vista di trasferimenti in case di riposo o RSA (Sussman et al., 2020). Al contrario, la mancata trasparenza e coordinazione nella rete dei servizi può rivelarsi controproducente: uno studio riporta, infatti, come la frammentazione del sistema dei servizi venga percepita dalle stesse persone senza dimora come ulteriore barriera per superare l'homelessness (McGhie et al., 2013). Se consideriamo la condizione di senza dimora come frutto di una pluralità di fattori, non è pensabile intervenire su un singolo fronte. La complessità dell'homelessness, particolarmente quella vissuta delle persone SD più anziane, richiede di essere fronteggiata attraverso un approccio multidisciplinare e olistico. Per questa ragione la mancata integrazione dei servizi connessi alla grave emarginazione adulta non può che tradursi in una frammentazione della presa in carico dell'utenza. Gli operatori delle strutture sarebbero, perciò, tenuti a creare e mantenere canali comunicativi trasparenti ed efficienti con gli altri servizi, cercando al contempo di ampliare la rete dei contatti coinvolgendo più attori possibili. Stringendo rapporti con enti ed associazioni – sia formali che informali – con base nel territorio, gli educatori e le educatrici possono armare l'utenza

---

<sup>10</sup> Testo originale: “There is a need for specific, targeted, and ongoing outreach, particularly to those with underlying substance abuse needs who are treatment adverse, to connect them to appropriate services. This should include multidisciplinary shelter- and street-based teams that include substance abuse and mental health counselors and services that include both medical care and social services/entitlement assistance. It should also include the capacity to integrate street- and shelter-based care with that provided in better equipped settings” (Garibaldi, 2005, p.730). Trad. it. a cura di chi scrive.

con una gamma di risorse e strumenti utili per uscire dalla condizione di senza dimora e per rafforzare i legami con la comunità.

## Conclusione

Le persone senza dimora più anziane sono una categoria tanto vulnerabile quanto trascurata. La mancanza di ricerca organica sull'argomento rispecchia il livello di marginalità di questa popolazione e, a sua volta, contribuisce allo stesso, nella misura in cui la ricerca è in grado di influenzare la percezione della popolazione generale e le scelte delle istituzioni. L'interesse di queste ultime nell'arginare il problema dell'homelessness in età avanzata è, a nostro avviso, insufficiente. Come più volte riferito in questo testo, l'homelessness non è frutto delle mere mancanze individuali, bensì esito dell'interazione tra più fattori di rischio, tra i quali troviamo quelli di natura strutturale. Per agire efficacemente nel contrasto alla grave emarginazione adulta sono, perciò, richiesti interventi su più fronti. Alvarado (2018) parla di “engagement at all levels” – i.e. impegno su tutti i livelli – cioè di azioni che coinvolgano tutti gli *stakeholder*, compresi quelli istituzionali. Senza provvedimenti di tipo strutturale, non solo si favorisce la preservazione dei fattori di rischio per la caduta nello stato di senza dimora, ma si predispone anche il mantenimento di quelle barriere che prevengono l'uscita dall'homelessness, reiterando circoli viziosi di marginalità. Sarebbero dunque necessarie indagini rispetto alle tematiche chiave concernenti la popolazione di cui abbiamo discusso, in modo da permettere azioni mirate ed efficaci. Ad esempio, è presente un *gap* per accedere a supporto economico e sociale tra le persone SD tra i cinquanta e i sessantacinque anni? In che modo può essere prevenuto il deterioramento delle condizioni di salute delle persone senza dimora? Come si potrebbe incentivare l'offerta di housing a basso costo?

L'homelessness cronica genera costi a livello economico (Brown et al., 2013b) e soprattutto a livello sociale. Perciò, laddove non si investe in provvedimenti e servizi adeguati si promuovono spese maggiori sul lungo periodo volte a sostenere un mero approccio emergenziale, e si favoriscono esclusione e marginalizzazione. Agire per contrastare la grave emarginazione in età avanzata significa riconoscere la specificità dei bisogni della persona, aiutandola riappropriarsi della propria dignità e della propria fragilità.

## Bibliografia

- Alagna, E., Santangelo, O. E., Raia, D. D., Gianfredi, V., Provenzano, S., & Firenze, A. (2019). Health status, diseases and vaccinations of the homeless in the city of Palermo, Italy. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 31(1), 21–34. <https://doi.org/10.7416/ai.2019.2255>
- Alden, S. (2017). Public-sector service provision for older people affected by homelessness in England. *Ageing & Society*, 37(2), 410-434. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001233>
- Aldridge, R. W., Menezes, D., Lewer, D., Cornes, M., Evans, H., Blackburn, R. M., Byng, R., Clark, M., Denaxas, S., Fuller, J., Hewett, N., Kilmister, A., Luchenski, S., Manthorpe, J., McKee, M., Neale, J., Story, A., Tinelli, M., Whiteford, M., Wurie, F., ... Hayward, A. (2019). Causes of death among homeless people: a population-based cross-sectional study of linked hospitalisation and mortality data in England. *Wellcome open research*, 4(49). <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15151.1>
- Alvarado, M. (2018). *A Strategy for Homeless Seniors Living in the Downtown Eastside*. <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/9424?show=full>
- Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 19-37. <https://www.feantsa.org/download/article-1-33278065727831823087.pdf>
- Aveni Casucci, M. (1992). *Psicogerontologia e ciclo di vita*. Milano: Ugo Mursia Editore.
- Avonto, C., Consoli M.T., & Cortese C. (2018). La grave emarginazione adulta. In Caritas Italiana, *Povertà in attesa. Rapporto 2018 su povertà e politiche di contrasto in Italia*. Maggioli Editore.
- Backer, T. E., & Howard, E. A. (2007). Cognitive impairments and the prevention of homelessness: Research and practice review. *The journal of primary prevention*, 28(3), 375-388. <https://doi.org/10.1007/s10935-007-0100-1>
- Baggett, T. P., Hwang, S. W., O'Connell, J. J., Porneala, B. C., Stringfellow, E. J., Oray, E. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2013). Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA internal medicine*, 173(3), 189–195. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1604>
- Balducci, F., & Saruis, T. (2017). Uno studio di caso sui senza dimora: profili, caratteristiche e interazione fra le problematiche. *Sociologia e Politiche Sociali*, 20(2), 141–160. <https://doi.org/10.3280/SP2017-002008>

- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611-626. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P., & Baltes, M. (Eds.). (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bamberger, J. D., & Dobbins, S. K. (2015). A research note: Long-term cost effectiveness of placing homeless seniors in permanent supportive housing. *Cityscape*, 17(2), 269-278. <https://www.jstor.org/stable/26326949>
- Blazer, D. G., Yaffe, K., Liverman, C. T., Committee on the Public Health Dimensions of Cognitive Aging, Board on Health Sciences Policy, & Institute of Medicine (Eds.). (2015). *Cognitive Aging: Progress in Understanding and Opportunities for Action*. National Academies Press (US). <http://dx.doi.org/10.17226/21693>
- Boeri, T., Braga, M., & Corno, L. (2009). L'economia invisibile dei senza casa. In Gnocchi R. (a cura di). *Homelessness e dialogo interdisciplinare. Analisi e confronto tra modelli diversi*. Pisa: Carocci.
- Bonini, R. (2021). *Le politiche abitative in Italia tra trasformazioni, sfide e criticità*.
- Bretherton, J. (2017) Reconsidering Gender in Homelessness. *European Journal of Homelessness*, 11(1), 1-21. [https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh-11-1\\_a1-v045913941269604492255.pdf](https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh-11-1_a1-v045913941269604492255.pdf)
- Brown, R. T., Hemati, K., Riley, E. D., Lee, C. T., Ponath, C., Tieu, L., Guzman, D., & Kushel, M. B. (2017). Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757–766. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw011>
- Brown, R. T., Kiely, D. K., Bharel, M., & Mitchell, S. L. (2012). Geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of general internal medicine*, 27(1), 16–22. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1848-9>
- Brown, R. T., Kiely, D. K., Bharel, M., & Mitchell, S. L. (2013a). Factors associated with geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of health care for the poor and underserved*, 24(2), 456–468. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0077>
- Brown, R. T., Thomas, M. L., Cutler, D. F., & Hinderlie, M. (2013b). Meeting the Housing and Care Needs of Older Homeless Adults: A Permanent Supportive Housing Program Targeting Homeless Elders. *Seniors housing & care journal*, 21(1), 126–135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3980491/>
- Campagnaro, C., & Giordano, R. (2017). Home for homeless. Linee guida per la progettazione dei centri di accoglienza notturna. *TECHNE: Journal of Technology for Architecture & Environment*, 14, 179-187. <https://doi.org/10.13128>

- Caritas Roma. (2018) *Persone senza dimora. Le sfide di un sistema integrato*. A cura dell'Ufficio Studi e Progettazione dell'Area Ascolto e Accoglienza.
- Chattat, R. (2004). *L'invecchiamento. Processi psicologici e strumenti di valutazione*. Roma: Carrocci.
- Cherubini, A. (2006). La depressione in età avanzata: dalla epidemiologia alla clinica. *Giornale di Gerontologia*, 54(2),18-24. <https://www.sigg.it/assets/gdg/2006/gdg-05-ottobre-2006-LIV-s.pdf>
- Cheung, A. M., & Hwang, S. W. (2004). Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal/journal de l'Association medicale canadienne*, 170(8), 1243–1247. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031167>
- Chung, T. E., Gozdzik, A., Palma Lazgare, L. I., To, M. J., Aubry, T., Frankish, J., Hwang, S.W., & Stergiopoulos, V. (2018). Housing first for older homeless adults with mental illness: a subgroup analysis of the at home/Chez Soi randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 85-95. <https://doi.org/10.1002/gps.4682>
- Cohen, C. I. (1999). Aging and homelessness. *The Gerontologist*, 39(1), 5–14. <https://doi.org/10.1093/geront/39.1.5>
- Contarello, A., & Romaioli, D. (2020). «Eccezioni alla regola». Rappresentazioni sociali dell'invecchiamento nel contesto italiano contemporaneo. *Psicologia sociale*, 15(3), 403–424. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100019>
- Cortese, C. (2016). *Scenari e pratiche dell'Housing First: Una nuova via dell'accoglienza per la grave emarginazione adulta in Italia*. Franco Angeli.
- Costituzione della Repubblica Italiana, art. 117.
- Crane, M., & Joly, L. (2014). Older homeless people: Increasing numbers and changing needs. *Reviews in Clinical Gerontology*, 24(4), 255-268. <https://doi.org/10.1017/S095925981400015X>
- Crane, M., & Warnes, A. M. (2007). The outcomes of rehousing older homeless people: a longitudinal study. *Ageing & Society*, 27(6), 891-918. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006319>
- Crane, M., & Warnes, A. M. (2010). Homelessness among older people and service responses. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(4), 354-363. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000225>
- Crane, M., Byrne, K., Fu, R., Lipmann, B., Mirabelli, F., Rota-Bartelink, A., Ryan, M., Shea, R., Watt, H., & Warnes, A. M. (2005). The causes of homelessness in later life: findings from a 3-nation study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 60(3), S152–S159. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.3.s152>

- Crestani, C., Masotti, V., Corradi, N., Schirripa, M. L., & Cecchi, R. (2019). Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 90(1), 68–76. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.6312>
- CSH & Hearth, Inc. (2011). *Ending homelessness among older adults and elders through permanent supportive housing*. December 2011. [https://www.csh.org/wp-content/uploads/2012/01/Report\\_EndingHomelessnessAmongOlderAdultsandSeniorsThroughSupportiveHousing\\_112.pdf](https://www.csh.org/wp-content/uploads/2012/01/Report_EndingHomelessnessAmongOlderAdultsandSeniorsThroughSupportiveHousing_112.pdf)
- Davies, R. (2014). *Older people in Europe: EU policies and programmes*. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM\\_BRI\(2014\)140811\\_REV1\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM_BRI(2014)140811_REV1_EN.pdf)
- Durbin, A., Nisenbaum, R., Kopp, B., O'Campo, P., Hwang, S. W., & Stergiopoulos, V. (2019). Are resilience and perceived stress related to social support and housing stability among homeless adults with mental illness?. *Health & social care in the community*, 27(4), 1053-1062. <https://doi.org/10.1111/hsc.12722>
- Edgar, B. (2009). *European Review of Statistics on Homelessness*. FEANTSA. <https://www.feantsaresearch.org/download/6-20098376003316223505933.pdf>
- Ferrera, M. (1996). The “Southern Model” of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17–37. <https://doi.org/10.1177/095892879600600102>
- Filippini, F. (2007). Uno sguardo sulla povertà e sulla condizione dei senza dimora. *Ricerche di pedagogia e didattica*, 2(1), 1-21. <https://doi.org/10.1400/128255>
- Gal, J. (2010). Is there an extended family of Mediterranean welfare states? *Journal of European Social Policy*, 20(4), 283–300. <https://doi.org/10.1177/0958928710374374>
- Garibaldi, B., Conde-Martel, A., & O'Toole, T. P. (2005). Self-reported comorbidities, perceived needs, and sources for usual care for older and younger homeless adults. *Journal of general internal medicine*, 20(8), 726–730. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0142.x>
- Gazziero, A., & Balordi, V. (2009). La psicologia dell'homelessness. In Gnocchi R. (a cura di). *Homelessness e dialogo interdisciplinare. Analisi e confronto tra modelli diversi*. Pisa: Carocci.
- Gelberg, L., Linn, L. S., & Mayer-Oakes, S. A. (1990). Differences in health status between older and younger homeless adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(11), 1220–1229. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb01503>
- Gnocchi, R. (a cura di) (2009). *Homelessness e dialogo multidisciplinare. Analisi e confronto tra modelli diversi*. Roma: Carrocci.
- Goldberg, J., Lang, K., & Barrington, V. (2016). How to prevent and end homelessness among older adults. *Justice in aging*, 1-10.

Gonyea, J. G., Mills-Dick, K., & Bachman, S. S. (2010). The complexities of elder homelessness, a shifting political landscape and emerging community responses. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(7), 575-590. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.510169>

Grattagliano, I., Signorile, C., Lisi, A., Aliquò, G., Poduti, D., Poduti, D., Palella, L., Ventrella, V. & Catanese, R. (2015). Gli eremiti del marciapiede. Senza fissa dimora, autori e vittime di reato. Dati preliminari di una ricerca nella Regione Puglia, ed una review di letteratura. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 9(1), 6-20. <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric/article/view/1966>

Grenier, A., Barken, R., Sussman, T., Rothwell, D., Bourgeois-Guérin, V., & Lavoie, J. P. (2016)a. A Literature Review of Homelessness and Aging: Suggestions for a Policy and Practice-Relevant Research Agenda. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 35(1), 28–41. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000616>

Grenier, A., Sussman, T., Barken, R., Bourgeois-Guérin, V., & Rothwell, D. (2016b). ‘Growing old’ in shelters and ‘on the street’: Experiences of older homeless people. *Journal of gerontological social work*, 59(6), 458-477. <https://doi.org/10.1080/01634372.2016.1235067>

Gui, L. (a cura di) (1995). *L'utente che non c'è. Emarginazione grave, persone senza dimora e servizi sociali*. Milano: FrancoAngeli.

Hassanally, K., & Asaria, M. (2018). Homeless mortality data from East London. *London journal of primary care*, 10(4), 99–102. <https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1458443>

HCH Clinicians' Network. (2008), Aging on the streets. *Healing hands*, 12(2), 1-6. <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/Apr08HealingHands.pdf>

Hecht, L., & Coyle, B. (2001). Elderly homeless: A comparison of older and younger adult emergency shelter seekers in Bakersfield, California. *American Behavioral Scientist*, 45(1), 66-79. <https://doi.org/10.1177/00027640121957024>

Henwood, B. F., Katz, M. L., & Gilmer, T. P. (2015). Aging in place within permanent supportive housing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1), 80-87. <https://doi.org/10.1002/gps.4120>

Homeless Link. (2015). ‘Housing First’ or ‘Housing Led’? *The current picture of Housing First in England*. <https://homelesslink-1b54.kxcdn.com/media/documents/Housing First or Housing Led scoping report 2015.pdf>

Hurstak, E., Johnson, J. K., Tieu, L., Guzman, D., Ponath, C., Lee, C. T., Jamora, C. W., & Kushel, M. (2017). Factors associated with cognitive impairment in a cohort of older homeless adults: Results from the HOPE HOME study. *Drug and alcohol dependence*, 178, 562–570. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.002>

Istat. (2012). *Le persone senza dimora. Anno 2011*. <http://www.istat.it/it/archivio/72163>

- Istat. (2014). *La ricerca nazionale sulla condizione delle persone senza dimora in Italia*. <https://www.istat.it/it/archivio/127256>
- Istat. (2015). *Le persone senza dimora. Anno 2014*. <https://www.istat.it/it/archivio/175984>
- Istat. (2018). *La salute mentale nelle varie fasi della vita*. <https://www.istat.it/it/archivio/219807>
- Istat. (2019). *Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze - titolo di godimento dell'abitazione (in affitto o di proprietà)*. [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_TITGODABIT](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_TITGODABIT)
- Istat. (2021b). *Le Condizioni di Salute Della Popolazione Anziana in Italia*. Anno 2019. <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>
- Istat. (2021a). *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie*. Base 1/1/2020. <https://www.istat.it/it/files/2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>
- Kimble, K. J., DeWees, M. A., & Harris, A. N. (2017). Characteristics of the old and homeless: identifying distinct service needs. *Aging & mental health*, 21(2), 190-198. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1088512>
- Knopf-Amelung, S. (2013). Aging and housing instability: Homelessness among older and elderly adults. *Focus: A quarterly research review of the National HCH council*, 2(1), 1-5. [https://nhhc.org/wp-content/uploads/2019/08/infocus\\_september2013.pdf](https://nhhc.org/wp-content/uploads/2019/08/infocus_september2013.pdf)
- Lee, B. A., Tyler, K. A., & Wright, J. D. (2010). The new homelessness revisited. *Annual review of sociology*, 36, 501. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115940>
- Legge 24 dicembre 1954, n. 1228, art. 2, c. 3
- Legge 8 novembre 2000, n. 328: "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*".
- Legge regionale 29 luglio 2021, n. 10, art.1
- Levorato, S., Bocci, G., Troiano, G., Messina, G., & Nante, N. (2017). Health status of homeless persons: a pilot study in the Padua municipal dorm. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 29(1), 54–62. <https://doi.org/10.7416/ai.2017.2132>
- Lewer, D., Aldridge, R. W., Menezes, D., Sawyer, C., Zaninotto, P., Dedicoat, M., Ahmed, I., Luchenski, S., Hayward, A., & Story, A. (2019). Health-related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: A cross-sectional study in London and Birmingham. *England. British Medical Journal Open*, 9(4), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025192>
- Lewer, D., Aldridge, R. W., Menezes, D., Sawyer, C., Zaninotto, P., Dedicoat, M., Ahmed, I., Luchenski, S., Hayward, A., & Story, A. (2019). Health-related quality of life and prevalence

of six chronic diseases in homeless and housed people: A cross-sectional study in London and Birmingham. *England. British Medical Journal Open*, 9(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025192>

Lizzola, I. (2009). L'educazione alla prova delle sofferenze urbane. In Gnocchi R. (a cura di). *Homelessness e dialogo interdisciplinare. Analisi e confronto tra modelli diversi*. Pisa: Carocci.

Luppi, E. (2008). *Pedagogia e terza età*. Roma: Carrocci.

Maslow, A. H. (1973). *Motivazione e personalità*. Roma: Armando.

McDonald, L., Dergal, J., & Cleghorn, L. (2004). Homeless *older adults research project: Executive summary*. Institute for Human Development, Life Course and Aging, University of Toronto, 1-12.  
<https://www.toronto.ca/legdocs/2005/agendas/committees/rse/rse050301/it005.pdf>

McGhie, L., Barken, R., & Grenier, A. (2013). Literature review: housing options for older homeless people. *Gilbrea Centre for Studies on Aging*, 1-15.  
<https://aginghomelessness.com/wp-content/uploads/2012/10/Literature-Review-Housing-Options-for-Older-Homeless-People.pdf>

McLeod, H., & Walsh, C. A. (2014). Shelter design and service delivery for women who become homeless after age 50. *Canadian Journal of Urban Research*, 23(1), 23-38.  
<https://www.jstor.org/stable/26195251>

Meinbresse, M., Brinkley-Rubinstein, L., Grassetto, A., Benson, J., Hall, C., Hamilton, R., Malott, M. & Jenkins, D. (2014). Exploring the experiences of violence among individuals who are homeless using a consumer-led approach. *Violence and victims*, 29(1), 122-136.  
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00069>

Meo, A. (2009). Vivere in strada: carriere di povertà e pratiche di sopravvivenza. Uno sguardo sociologico sui senza dimora. In Gnocchi R. (a cura di). *Homelessness e dialogo interdisciplinare. Analisi e confronto tra modelli diversi*. Pisa: Carocci.

Milaney, K., Kamran, H., & Williams, N. (2020). A Portrait of Late Life Homelessness in Calgary, Alberta. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 39(1), 42-51. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000229>

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. (2015). *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia*. <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Poverta-estreme/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf>

Minnery, J., & Greenhalgh, E. (2007). Approaches to Homelessness Policy in Europe, the United States, and Australia. *Journal of Social Issues*, 63(3), 641-655.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00528.x>

- Myers, D.G. (2014). *Psicologia generale. Un'introduzione al pensiero critico e all'indagine scientifica*. Bologna: Zanichelli.
- Nooe, R. M., & Patterson, D. A. (2010). The Ecology of Homelessness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 105-152.  
<https://doi.org/10.1080/10911350903269757>
- O'Connell, J. (2005). Premature mortality in homeless populations: A review of the literature. *National Health Care for the Homeless Council, Inc.*  
<http://www.santabarbarastreetmedicine.org/wp-content/uploads/2011/04/PrematureMortalityFinal.pdf>
- Osservatorio fioPSD. (2020). *Report di Monitoraggio dei progetti del Network Housing First Italia (biennio 2017-2019) ultima versione: 6 ottobre 2020*. A cura di: Cortese, C. & Pascucci, R. <https://www.fiopsd.org/wp-content/uploads/2020/12/Report-finale-Monitoraggio-fio.PSD-Housing-First-2019.pdf>
- Pandit, S. G., & Brown, R. T. (2021). Mitigating Homelessness Among Older Adults: Opportunities in Adapting the Permanent Supportive Housing Model. *Generations*, 45(2), 1-15.  
<https://www.ingentaconnect.com/contentone/asag/gen/2021/00000045/00000002/art00011>
- Pezzana, P. (2012). Control and Contain: a “Hidden Strategy” where a Common Strategy is Lacking: Perspectives from Italy. *European Journal of Homelessness*, 6(1), 125-141.  
<https://www.feantsa.org/download/article-6-21762148549302963462.pdf>
- Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L., & Busch-Geertsema, V. (2019). The Regulation and Quality of Homelessness Services. *EOH Comparative Studies on Homelessness*, 9.  
[https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/2020/comparative\\_studies/comp\\_Studies\\_09\\_v02.pdf](https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/2020/comparative_studies/comp_Studies_09_v02.pdf)
- Poggio, T., & Boreiko, D. (2018). L'affitto sociale in Italia: criticità e prospettive. *Polis*, 32(1), 45-76. <https://doi.org/10.1424/89421>
- Rota-Bartelink, A., & Lipmann, B. (2007). Causes of homelessness among older people in Melbourne, Australia. *Australian and New Zealand journal of public health*, 31(3), 252–258.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2007.00057.x>
- Ruggieri, L. B., Gaboardi, M., Geraci, I., Papa, F., & Santinello, M. (2019). Integrazione sociale delle persone senza dimora: di cosa stiamo parlando?. *COMUNITÀ IMPERFETTE*, 90-96. <http://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/6104>
- Sahlin, I. (2012). The Logos of ETHOS. *European Journal of Homelessness*, 6(2), 227-234.  
[https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh-6-2\\_web8473130563287537610.pdf](https://www.feantsaresearch.org/download/feantsa-ejh-6-2_web8473130563287537610.pdf)
- Sanders, B., & Brown, B. (2015). I was all on my own': experiences of loneliness and isolation amongst homeless people. *Crisis*, 1-22.  
[https://www.crisis.org.uk/media/20504/crisis\\_i\\_was\\_all\\_on\\_my\\_own\\_2016.pdf](https://www.crisis.org.uk/media/20504/crisis_i_was_all_on_my_own_2016.pdf)

- Serge, L., & Gnaedinger, N. (2003). Housing options for elderly or chronically ill shelter users: Final report (No. CMHCC. R. File No. 6530-62). *Ottawa: Research Division: Canadian Mortgage and Housing Corporation.*  
<https://publications.gc.ca/site/eng/390242/publication.html>
- Spinelli, M. A., Ponath, C., Tieu, L., Hurstak, E. E., Guzman, D., & Kushel, M. (2017). Factors associated with substance use in older homeless adults: Results from the HOPE HOME study. *Substance abuse, 38*(1), 88–94.  
<https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1264534>
- Stephens, M., & Fitzpatrick, S. (2007). Welfare Regimes, Housing Systems and Homelessness: How are they linked?. *European Journal of Homelessness, 1*, 201-212.  
[https://www.feantsaresearch.org/download/ejh\\_vol1\\_thinkpiece15730722341054309703.pdf](https://www.feantsaresearch.org/download/ejh_vol1_thinkpiece15730722341054309703.pdf)
- Sussman, T., Barken, R., & Grenier, A. (2020). Supporting older homeless persons' positive relocations to long-term care: Service provider views. *The Gerontologist, 60*(6), 1149-1158.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnz171>
- Tompsett, C. J., Fowler, P. J., & Toro, P. A. (2009). Age differences among homeless individuals: adolescence through adulthood. *Journal of prevention & intervention in the community, 37*(2), 86-99. <https://doi.org/10.1080/10852350902735551>
- Tosi A. (2009). Senza dimora, senza casa: note di ricerca. In Brandolini A., Saraceno C., Schizzerotto A. (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione* (pp. 355-368). Bologna: il Mulino.
- van Dongen, S. I., van Straaten, B., Wolf, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., Rietjens, J., & van de Mheen, D. (2019). Self-reported health, healthcare service use and health-related needs: A comparison of older and younger homeless people. *Health & social care in the community, 27*(4), e379–e388. <https://doi.org/10.1111/hsc.12739>
- Vuillermoz, C., Aouba, A., Grout, L., Vandentorren, S., Tassin, F., Moreno-Betancur, M., Jougl, É., & Rey, G. (2016). Mortality among homeless people in France, 2008-10. *European journal of public health, 26*(6), 1028–1033.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw083>
- Warnes, A. M., & Crane, M. A. (2000). The achievements of a multiservice project for older homeless people. *The Gerontologist, 40*(5), 618-626. <https://doi.org/10.1093/geront/40.5.618>
- Watson, D. P. (2010). The Mental Health of the Older Homeless Population: Provider-Perceived Issues Related to Service Provision. *Journal of Applied Social Science, 4*(1), 27–43. <https://doi.org/10.1177/193672441000400104>
- Willcock, K. (2004). Journeys Out of Loneliness: The Views of Older Homeless People: a Report for Help the Aged. *Help the Aged, 1-83.*

Woolrych, R., Gibson, N., Sixsmith, J., & Sixsmith, A. (2015). "No home, no place": Addressing the complexity of homelessness in old age through community dialogue. *Journal of Housing for the Elderly*, 29(3), 233-258. <https://doi.org/10.1080/02763893.2015.1055024>

## Sitografia

Eurostat. (2020, luglio). *Ageing Europe - statistics on housing and living conditions*. Consultata in data 06.10.2022. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing\\_Europe\\_-\\_statistics\\_on\\_housing\\_and\\_living\\_conditions#Housing\\_affordability\\_for\\_older\\_people](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_housing_and_living_conditions#Housing_affordability_for_older_people)

FEANTSA. (n.d.). *ETHOS - Classificazione Europea sulla grave esclusione abitativa e la condizione di persona senza dimora*. [https://www.feantsa.org/download/it\\_8942556517175588858.pdf](https://www.feantsa.org/download/it_8942556517175588858.pdf)

fiio.PSD. (n.d.-a). *Morti senza dimora, la strage invisibile*. <https://www.fiio-psd.org/morti-senza-dimora/>

fiio.PSD. (n.d.-b). *Carta dei Valori*. <https://www.fiio-psd.org/chi-siamo/la-carta-dei-valori/>