

**LINEE DI INDIRIZZO
PER IL CONTRASTO ALLA
GRAVE EMARGINAZIONE ADULTA
IN ITALIA**

INDICE

1. IL FENOMENO E GLI APPROCCI PER AFFRONTARLO

- 1.1 La classificazione ETHOS
- 1.2 Il fenomeno della grave emarginazione
 - 1.2.1 *Le dimensioni del fenomeno*
 - 1.2.2 *I diritti delle persone senza dimora*
 - 1.2.3 *Le competenze istituzionali*
 - 1.2.4 *L'apporto della società civile e della comunità*
- 1.3 Le pratiche e i servizi di contrasto alla grave emarginazione
 - 1.3.1 *Definizioni*
 - 1.3.2 *Le dimensioni dei servizi*
- 1.4 Approcci: dalla gestione dell'emergenza all'*housing first*
- 1.5 Integrare i servizi

2. INDIRIZZI PER IL CONTRASTO ALLA GRAVE MARGINALITA'

- 2.1 Destinatari e adeguatezza delle misure e delle pratiche
 - 2.1.1 *Le persone senza un valido titolo di soggiorno sul territorio nazionale*
 - 2.1.2 *Le persone profughe e richiedenti asilo*
 - 2.1.3 *Le donne senza dimora*
 - 2.1.4 *Le persone senza dimora giovani*
 - 2.1.5 *Le persone senza dimora con più di 65 anni*
 - 2.1.6 *Le persone senza dimora con problemi di salute fisica, psichica e di dipendenza*
 - 2.1.7 *Le persone senza dimora che patiscono discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere*
- 2.2 La Residenza
- 2.3 La gestione dell'emergenza
- 2.4 I servizi di strada
- 2.5 Le strutture di accoglienza
 - 2.5.1 *Strutture di accoglienza notturna*
 - 2.5.1.1 *Bassa Soglia*
 - 2.5.1.2 *Accoglienza prolungata*
 - 2.5.2 *Strutture di accoglienza diurna*
- 2.6 Mense e centri di distribuzione
- 2.7 La Presa in carico
 - 2.7.1 *Nella rete dei servizi*
 - 2.7.2 *A livello individuale*
 - 2.7.3 *Nella comunità*
 - 2.7.4 *Presa in carico ed integrazione socio-sanitaria*
- 2.8 Le professioni sociali
- 2.9 L'*housing first*
 - 2.9.1 *Come implementare l'housing first*
 - 2.9.2 *Comunità di transito e spazi condivisi verso l'housing first*
 - 2.9.3 *La sostenibilità*
 - 2.9.4 *Indicatori di risultato dei progetti housing first e housing led*
- 2.10 Modello strategico integrato

1. IL FENOMENO E GLI APPROCCI PER AFFRONTARLO

1.1. La classificazione ETHOS

Definire la *homelessness* in modo omogeneo, uniforme e convincente è sempre stato un problema per i Paesi Occidentali. FEANTSA (Federazione Europea delle organizzazioni che lavorano con persone senza dimora) ha sviluppato negli ultimi anni una classificazione definita ETHOS, acronimo inglese traducibile con “Tipologia europea sulla condizione di senza dimora e sull’esclusione abitativa”, che rappresenta al momento attuale il punto di riferimento maggiormente condiviso a livello internazionale e che, anche in queste linee di indirizzo, si intende assumere come riferimento principale.

Tale classificazione si basa sull’elemento oggettivo della disponibilità o meno di un alloggio e del tipo di alloggio di cui si dispone. Attraverso l’assunzione dell’abitare come condizione imprescindibile per l’inclusione sociale, ETHOS si pone la duplice finalità di dare una conoscenza chiara dei percorsi e dei processi che conducono all’esclusione abitativa (multi-dimensionalità e dinamicità della povertà estrema) e di offrire una definizione concettuale misurabile, comune ai vari paesi europei, e che può essere aggiornata annualmente per tenere conto delle evoluzioni del fenomeno.

La griglia definitoria di ETHOS individua diverse situazioni di disagio abitativo, raggruppate per intensità, in quattro macro categorie concettuali (*senza tetto, senza casa, sistemazione insicura, sistemazione inadeguata*) dettagliate poi attraverso le categorie operative che classificano le persone senza dimora e in grave marginalità in riferimento alla loro condizione abitativa.

	Categorie operative	Situazione abitativa	Definizione Generica	
Categorie concettuali	SENZA TETTO	1 Persone che vivono in strada o in sistemazioni di fortuna	1.1 Strada o sistemazioni di fortuna	Vivere per strada o in sistemazioni di fortuna senza un riparo che possa essere definito come una soluzione abitativa
		2 Persone che ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna	2.1 Dormitori o strutture di accoglienza notturna	Persone senza abitazione fissa che si spostano frequentemente tra vari tipi di dormitori o strutture di accoglienza
	SENZA CASA	3 Ospiti in strutture per persone senza dimora	3.1 Centri di accoglienza per persone senza dimora 3.2 Alloggi temporanei 3.3 Alloggi temporanei con un servizio di assistenza	In cui il periodo di soggiorno è di breve durata
		4 Ospiti in dormitori e centri di accoglienza per donne	4.1 Dormitori o centri di accoglienza per donne	Donne ospitate a causa di esperienze di violenza domestica, in cui il periodo di soggiorno è di breve durata
		5 Ospiti in strutture per immigrati, richiedenti asilo, rifugiati	5.1 Alloggi temporanei/centri di accoglienza 5.2 Alloggi per lavoratori immigrati	Immigrati in centri di accoglienza ospiti per un breve periodo a causa della loro condizione di immigrati
		6 Persone in attesa di essere dimesse da istituzioni	6.1 Istituzioni penali (carceri)	Non sono disponibili soluzioni abitative prima del rilascio
			6.2 Comunità terapeutiche, ospedali e istituti di cura 6.3 Istituti, case famiglia e comunità per minori	Soggiorno che diviene più lungo del necessario a causa della mancanza di soluzioni abitative al termine del percorso terapeutico Mancanza di una soluzione abitativa autonoma (ad esempio al compimento del 18° anno di età)
	7 Persone che ricevono interventi di sostegno di lunga durata in quanto senza dimora	7.1 Strutture residenziali assistite per persone senza dimora anziane	Sistemazioni di lunga durata con cure per persone precedentemente senza dimora (normalmente più di un anno) anche per mancanza di sbocchi abitativi più adeguati	
		7.2 Alloggi o sistemazioni transitorie con accompagnamento sociale (per persone precedentemente senza dimora)		
	SISTEMAZIONI INSICURE	8 Persone che vivono in sistemazioni non garantite	8.1 Coabitazione temporanea con famiglia o amici	La persona utilizza un alloggio diverso per indisponibilità del proprio alloggio abituale o di altre soluzioni abitative adeguate nel Comune di residenza
			8.2 Mancanza di un contratto d'affitto	Nessun (sub)affitto legale, Occupazione abusiva/illegale
			8.3 Occupazione illegale di alloggio o edificio o terreno	Occupazione abusiva di suolo/terreno
		9 Persone che vivono a rischio di perdita dell'alloggio	9.1 Sotto sfratto esecutivo	Dove gli ordini di sfratto sono operativi
9.2 Sotto ingiunzione di ripresa di possesso da parte della società di credito	Dove il creditore ha titolo legale per riprendere possesso dell'alloggio			
10 Persone che vivono a rischio di violenza domestica	10.1 Esistenza di rapporti di polizia relativi a fatti violenti	Dove l'azione della polizia è atta ad assicurare luoghi di sicurezza per le vittime di violenza domestica		
SISTEMAZIONI INADEGUATE	11 Persone che vivono in strutture temporanee/non rispondenti agli standard abitativi comuni	11.1 Roulotte	Nel caso non sia l'abituale luogo di residenza per una persona	
		11.2 Edifici non corrispondenti alle norme edilizie	Ricovero di ripiego, capanna o baracca	
		11.3 Strutture temporanee	Capanna con struttura semi-permanente o cabina (ad es. marina)	
	12 Persone che vivono in alloggi impropri	12.1 Occupazione di un luogo dichiarato inadatto per uso abitativo	Definito come inadatto per uso abitativo dalla legislazione nazionale o dalle regolamentazioni sull'edilizia	
	13 Persone che vivono in situazioni di estremo affollamento	13.1 Più alto del tasso nazionale di sovraffollamento	Definito come più alto del tasso nazionale di sovraffollamento	

Fonte: <http://www.feantsa.org/spip.php?article120&lang=en>

ETHOS ha il pregio di essere una classificazione obiettiva e graduale che fa rientrare nella *homelessness* tutte le situazioni personali di disagio economico e sociale che comportano un disagio abitativo e, conseguentemente, un rischio più o meno accentuato di esclusione sociale. Per contro essa, applicandosi in modo universale, non riesce a dare conto delle differenze culturali e ambientali proprie dei diversi contesti locali né a evidenziare in modo specifico le ulteriori dimensioni psico-sociali, economiche e culturali che caratterizzano la grave emarginazione.

Questa classificazione è stata utilizzata come base definitoria dall'Istat nella prima indagine nazionale sulle persone senza dimora¹ e parzialmente adottata per il conteggio delle persone senza dimora presenti in Italia, che si è focalizzato sulle categorie ritenute di grave disagio abitativo.

È comunque importante ribadire che, al di là delle persone conteggiate in strada, esistono secondo ETHOS situazioni di *homelessness* “nascoste”, che generano come le altre un disagio multiforme e complesso, esprimono anche un problema abitativo e richiedono anch'esse una risposta sociale organizzata ed orientata a risolverlo.

Si può ritenere che ETHOS rappresenti un valido strumento per l'analisi complessiva del disagio abitativo e delle dinamiche di povertà ed esclusione sociale ad esso collegate, con lo scopo di aiutare il *policy maker* e gli operatori ad avviare un percorso di presa in carico, accompagnamento ed inclusione sociale della persona *homeless* che tenga necessariamente conto della disponibilità di un alloggio adeguato. In queste linee di indirizzo, ad ogni modo, ci occuperemo sostanzialmente delle categorie identificate nella classificazione ETHOS come “*senza casa*” e “*senza tetto*”. In particolare, non ci occuperemo di popolazioni rom, sinti e caminanti, pur trattandosi di comunità spesso emarginate e discriminate con particolare riferimento anche alla condizione abitativa; nello specifico si rimanda alla *Strategia nazionale d'inclusione dei rom, dei sinti e dei caminanti 2012-2020*, adottata dal Governo Monti in attuazione della Comunicazione della Commissione Europea n. 173/2011.

1.2. Il fenomeno della grave emarginazione

In Italia esistono numerose espressioni per denotare le persone *homeless* e la condizione di *homelessness*: senza dimora, senza fissa dimora, clochard, barbone, grave emarginazione adulta, povertà estrema, deprivazione materiale, vulnerabilità, esclusione sociale, etc.

Non si tratta di sinonimi né di vere e proprie definizioni ma di espressioni che colgono ciascuna diversi aspetti di un fenomeno sociale complesso, dinamico e multiforme che non si esaurisce nella 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.

La definizione italiana più diffusa per rendere il termine anglosassone *homeless* o il più recente francese *sans chez-soi* è il termine *persona senza dimora*.

Si intende qui per dimora 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.

Differisce dalla definizione di Persona Senza Fissa Dimora, termine di uso abituale per definire il medesimo fenomeno, in quanto la locuzione “senza fissa dimora” ha una specifica connotazione burocratico-amministrativa e vale a connotare la condizione di una persona che, non potendo dichiarare un domicilio abituale, è priva di iscrizione anagrafica o ne possiede soltanto una fittizia. La fattispecie, per legge (legge 1228/1954), si applica principalmente a categorie come nomadi, girovaghi,

¹ L'indagine sulle persone senza dimora rientra nell'ambito di una ricerca sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema, realizzata a seguito di una convenzione tra l'Istat, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora (fio.PSD) e la Caritas Italiana. Prima edizione Anno 2011 (<http://www.istat.it/it/archivio/72163>). Mentre si scrivono le Linee guida è chiusa la rilevazione del follow up dell'indagine 2013-2014 e sono in corso di elaborazione i dati raccolti. In particolare la ricerca quantitativa si è concentrata sulle categorie ETHOS dei senza tetto e dei senza casa, non perché non si considerassero *homeless* anche le altre persone incluse in ETHOS, ma perché queste ultime, a differenza delle prime, possono essere conteggiate con metodologie diverse, già disponibili nelle ordinarie periodiche rilevazioni condotte dall'Istat sulla popolazione e il patrimonio abitativo. È evidente che, da un punto di vista culturale, la classificazione ETHOS fa rientrare nel campo del disagio abitativo e della *homelessness* situazioni che in Italia non si è abituati a considerare come tali, quali ad esempio le vittime di violenza domestica o le situazioni di sovraffollamento; ciò ha delle implicazioni importanti in tema di percezione della povertà, della povertà estrema e del rischio di esclusione sociale.

commercianti ambulanti e giostrai, che condividono con le persone senza dimora la mancanza di una residenza e di un domicilio stabili, ma che non necessariamente vivono la condizione di deprivazione che connota le persone senza dimora.

Ciò che connota le persone senza dimora è una situazione di disagio abitativo, più o meno grave secondo la classificazione ETHOS, che è parte determinante di una più ampia situazione di povertà estrema². Dal punto di vista delle politiche e dell'intervento sociale, a connotare tale situazione è la presenza di un bisogno indifferibile e urgente, ossia tale da compromettere, se non soddisfatto, la sopravvivenza della persona secondo standard di dignità minimi.

La condizione stessa di persona senza dimora presenta in sé le caratteristiche di situazione connotata da indifferibilità e urgenza del bisogno; ciò in quanto, come è noto, l'esposizione prolungata alla vita in strada o in sistemazioni alloggiative inadeguate, comporta conseguenze gravi e difficilmente reversibili nella vita delle persone, con un forte impatto anche in termini di costi sociali. Tra le persone senza dimora si registrano infatti tassi di malattia più elevati che tra la popolazione ordinaria, una speranza di vita più bassa, maggior frequenza di vittimizzazione, maggiori tassi di incarcerazione.

Qualunque persona senza dimora che chiede aiuto è quindi considerata di per sé portatrice di un bisogno indifferibile e urgente, determinato dall'esigenza di essere collocata quanto prima in una sistemazione alloggiativa adeguata, dalla quale ripartire per la realizzazione di un percorso personalizzato di inclusione sociale. Abitare significa infatti avere un alloggio o uno spazio adeguato a soddisfare i bisogni dell'individuo e della sua famiglia; la casa garantisce il mantenimento della privacy e la possibilità di godere di relazioni sociali; la persona o la famiglia che occupa la casa deve poterne disporre in modo esclusivo, avere sicurezza di occupazione e un titolo legale di godimento. Proprio l'esclusione da uno o più di questi domini configura le diverse forme di povertà abitativa che connotano la *homelessness*.

1.2.1. Le dimensioni del fenomeno

In base alla rilevazione condotta nel 2011 nell'ambito della ricerca sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema, realizzata da Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora (fio.PSD), Caritas Italiana e Istat, le persone senza dimora che, nei mesi di novembre-dicembre 2011, hanno utilizzato almeno un servizio di mensa o accoglienza notturna nei 158 comuni italiani in cui è stata condotta l'indagine sono stimate in 47.648. A queste vanno aggiunte le persone senza dimora che non si rivolgono ai servizi sopra specificati o che non vivono nelle città oggetto di indagine (che comunque sono le più grandi del paese, dove il fenomeno tende ad essere più concentrato).

Tra le persone senza dimora prevalgono gli uomini (86,9%); con riferimento all'età, la maggioranza ha meno di 45 anni (57,9%). La maggioranza è costituita da stranieri (59,4%) e tra questi le cittadinanze più diffuse sono la rumena (11,5% del totale delle persone senza dimora), la marocchina (9,1%) e la tunisina (5,7%). In media, le persone senza dimora riferiscono di essere in tale condizione da circa 2,5 anni. Quasi i due terzi (il 63,9%), prima di diventare senza dimora, viveva nella propria casa, mentre gli altri si suddividono pressoché equamente tra chi è passato per l'ospitalità di amici e/o parenti (15,8%) e

² Non è compito di queste linee di indirizzo adottare una definizione di povertà "estrema", né tantomeno di povertà *tout-court*. Diversi sono comunque gli indicatori di povertà o di deprivazione materiale adottati sia in campo UE che da parte dell'Istat. Su un piano più generale e teorico, a prescindere dalle concrete caratterizzazioni degli indicatori, nei Principi guida delle Nazioni Unite su povertà estrema e diritti umani adottati dal Consiglio dei Diritti umani delle Nazioni Unite il 27 settembre 2012, la povertà è definita come "una condizione umana caratterizzata dalla privazione continua o cronica di risorse, capacità, opzioni, sicurezza e potere necessari per poter godere di un tenore di vita adeguato e di altri diritti civili, culturali, economici, politici e sociali". In questo contesto la povertà estrema è a sua volta ivi definita come "una combinazione di penuria di entrate, sviluppo umano insufficiente ed esclusione sociale". Essa è quindi un intreccio di povertà di beni materiali, di competenze, di possibilità e capacità, sia assolute che relative, che si combinano in situazioni di fragilità personali multidimensionali e complesse, le quali conducono alla deprivazione ed all'esclusione sociale di chi ne è colpito. Vero è che queste caratteristiche e questi processi sociali possono investire gruppi più ampi di quello delle persone senza dimora. Ciò non toglie però che, dove sia presente un disagio abitativo, sia assai frequente riscontrare la presenza di molti se non tutti gli indicatori di disagio che contraddistinguono le diverse definizioni di povertà estrema. Le persone senza dimora possono quindi essere considerate, sotto questo profilo, la "punta di un iceberg" di un disagio sociale ben più ampio e profondo, che ne suggerisce allo sguardo, nella sua forma più estrema, la natura e le dimensioni.

chi ha vissuto in istituti, strutture di detenzione o case di cura (13,2%). Il 7,5% dichiara di non aver mai avuto una casa. Il 28,3% delle persone senza dimora dichiara di lavorare: si tratta per lo più di occupazioni a termine, poco sicure o saltuarie (24,5%); i lavori sono a bassa qualifica nei settori dei servizi (l'8,6% delle persone senza dimora lavora come facchino, trasportatore, addetto al carico/scarico merci o alla raccolta dei rifiuti, giardiniere, lavavetri, lavapiatti, ecc.), dell'edilizia (il 4% lavora come manovale, muratore, operaio edile, ecc.), nei diversi settori produttivi (il 3,4% come bracciante, falegname, fabbro, fornaio, ecc.) e in quello delle pulizie (il 3,8%). Le persone senza dimora che non svolgono alcuna attività lavorativa sono il 71,7% del totale; tuttavia, quelle che non hanno mai lavorato sono solo il 6,7%. Ben il 61,9% ha dichiarato di aver perso un lavoro stabile a seguito di un licenziamento e/o chiusura dell'azienda (il 22,3%), per il fallimento di una propria attività (il 14,3%) o per motivi di salute (il 7,6%).

La perdita di un lavoro si configura come uno degli eventi più rilevanti del percorso di progressiva emarginazione che conduce alla condizione di senza dimora, insieme alla separazione dal coniuge e/o dai figli e, con un peso più contenuto, alle cattive condizioni di salute. Ben il 61,9% delle persone senza dimora ha perso un lavoro stabile, il 59,5% si è separato dal coniuge e/o dai figli e il 16,2% dichiara di stare male o molto male. Sono solo una minoranza coloro che non hanno vissuto questi eventi o che ne hanno vissuto uno solo, a conferma del fatto che l'essere senza dimora è il risultato di un processo multifattoriale.

1.2.2 I diritti delle persone senza dimora

Le persone senza dimora hanno i medesimi diritti, doveri e potestà di ogni altro cittadino; l'ordinamento italiano non prevede diritti o interessi legittimi o doveri specifici per chi si trovi in condizioni di *homelessness*. Se da un lato ciò è positivo, perché evita discriminazioni e riconosce implicitamente la piena dignità di cittadini ed esseri umani delle persone senza dimora, dall'altro esso è anche indice della mancanza di misure specifiche in forma di diritti sociali alla protezione dall'emarginazione. Il problema principale non è quindi definire quali siano i diritti delle persone senza dimora, ma comprendere se i diritti universali di cui godono siano o meno per loro esigibili come lo sono per ogni altro cittadino. Infatti, per le persone senza dimora, anche se formalmente titolari di diritti, esistono alcune barriere specifiche, legate alla loro condizione abitativa e di emarginazione, che impediscono o possono impedire l'accesso ai diritti fondamentali garantiti a ogni altro cittadino.

Particolarmente importante è il diritto alla residenza, in quanto la disponibilità di una residenza, e quindi dell'iscrizione anagrafica in un Comune italiano, è porta di accesso imprescindibile per poter accedere ad ogni altro diritto, servizio e prestazione pubblica sul territorio nazionale. Tale preconditione, a lungo negata in moltissimi comuni italiani alle persone senza dimora, è oggi pienamente esigibile. Si tratta quindi soltanto di applicare correttamente le norme e le prassi ad esse relative. Nel seguito di questo documento verranno fornite indicazioni precise in tal senso.

Un diritto negato alle persone senza dimora, e spesso anche a molte persone che *homeless* non sono, è il diritto all'alloggio.

Al diritto all'alloggio sono collegati altri diritti la cui esigibilità per le persone senza dimora è scarsa; si pensi ad esempio al diritto alla salute e a come sia difficile, se non impossibile, seguire percorsi di cura in casi di malattie anche semplici, come un'influenza invernale, ovvero in caso di decorso post-acuto a seguito di ricoveri ospedalieri qualora non si disponga di un alloggio e si sia costretti a vivere in strada o dormitorio.

Un ultimo accenno importante in tema di diritti riguarda il diritto alla vita, alla sopravvivenza e all'integrità fisica, stabilito sin dalla Dichiarazione Fondamentale dei Diritti dell'Uomo delle Nazioni Unite (art. 3) come diritto fondativo sul quale tutti gli altri diritti si basano. Essendo accertato che la vita in strada conduce in molti casi alla morte prematura, elementari ragioni di diritto umanitario rendono evidente, anche sotto il profilo giuridico, che anche tali persone dovrebbero poter accedere, a prescindere dal loro status legale, a servizi di base per la protezione della vita e la sopravvivenza, specie quando quest'ultima sia messa particolarmente a rischio da obiettive condizioni esterne di pericolo (freddo, catastrofi etc.).

1.2.3 Le competenze istituzionali

A livello nazionale le politiche sociali a favore delle persone in grave marginalità trovano solo nella legge 328/2000 un primo, e per ora unico, riferimento legislativo (art.28). La disposizione comunque è volta unicamente ad assicurare finanziamenti nel biennio successivo all'entrata in vigore della legge per interventi circoscritti che non richiamano pertanto a responsabilità istituzionali di largo respiro e continuative nel tempo.

Più in generale, con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 (l. cost. n. 3/2001) le politiche sociali sono rientrate nella competenza residuale delle Regioni, le uniche titolate ad oggi quindi alla legislazione e programmazione dei servizi anche in materia di povertà estrema. Allo Stato rimane solo la competenza in materia di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (art. 117, lettera m) della Costituzione). Come noto, al dettato costituzionale non ha fatto seguito, in assenza di specifiche coperture finanziarie, la definizione di livelli essenziali nella materia delle politiche sociali (e, quindi in particolare, nella definizione di servizi e interventi per le persone senza dimora). Ed anche a livello regionale gli interventi sulla grave marginalità sono risultati, in via generale, piuttosto limitati nel tempo e nelle risorse.

Pertanto i Comuni, singoli o associati in ambiti territoriali ai sensi della legge 328/2000 (art. 8), si occupano tipicamente di progettare, gestire ed erogare servizi e interventi rivolti alla grave marginalità senza vincoli derivanti dalla normativa nazionale o regionale, in maniera non di rado lacunosa e non priva di contraddizioni.

La conclusione di questo processo è che a farsi carico concretamente delle persone senza dimora spesso sono solo gli enti non profit (associazionismo e privato sociale) attraverso un'assunzione di responsabilità che si manifesta spesso come surroga e non – come dovrebbe – articolazione di una competenza pubblica.

La funzione programmatica e di coordinamento dell'Ente locale più prossimo (Comune, Ambito territoriale, Città metropolitana) diventa quindi fattore determinante per costruire un sistema capace di valorizzare le risorse delle comunità locali (umane, economiche, progettuali ed esperienziali) e mettere a profitto le (limitate) risorse pubbliche.

1.2.4 L'apporto della società civile e della comunità

È un dato storico che la maggior parte dei servizi per persone senza dimora nel nostro Paese abbia avuto origine da organismi privati, vuoi di matrice ecclesiale e religiosa, vuoi, più di recente, organizzazioni laiche impegnate sul fronte della promozione dei diritti civili attraverso la solidarietà.

Il contributo di tali organizzazioni è fondamentale nelle attività di contrasto alla grave emarginazione per almeno tre motivi:

1. si tratta di organizzazioni spesso in grado di leggere in modo più rapido e flessibile i bisogni del territorio;
2. tali organismi hanno generalmente un radicamento comunitario che permette loro di mobilitare risorse informali e volontarie altrimenti non facilmente utilizzabili in un sistema di servizi;
3. in questi servizi si esprime un valore aggiunto di tipo relazionale, scaturente dalla motivazione solidaristica dell'impegno volontario o professionale di chi vi è impegnato, che aiuta a ridurre gli ostacoli all'accessibilità delle prestazioni.

Tale contributo, particolarmente evidente quando i servizi siano integralmente svolti dal volontariato e scaturiscano da processi di auto-mutuo-aiuto comunitario, non può però in alcun modo sostituire l'esistenza di un sistema organizzato professionalmente ed adeguatamente programmato di servizi a disposizione delle persone senza dimora. Ciò in quanto non si può e non si deve chiedere ai corpi sociali, espressione della sussidiarietà, di farsi carico in maniera esclusiva, senza coinvolgimento attivo del settore pubblico, di compiti che hanno una funzione pubblica essenziale come quella di tutelare in modo permanente e continuativo i diritti fondamentali delle persone, garantiti costituzionalmente.

Non è un caso che le migliori pratiche messe in campo dal Terzo Settore a favore delle persone senza dimora abbiano luogo in quei contesti nei quali esiste un sistema pubblico di programmazione degli interventi che, lungi dal delegare loro compiti pubblici, coinvolge e valorizza i corpi intermedi nella

gestione della funzione pubblica di supporto alle persone senza dimora, considerandoli autentici partner e non meri delegati o fornitori di prestazioni, con o senza corrispettivo.

È in questi contesti che, nel rispetto della dignità dei destinatari degli interventi, il valore aggiunto della gratuità e della motivazione personale possono esprimersi al meglio, fungendo da integratori di risorse, come catalizzatori di nuove energie che possono essere messe a disposizione del sistema e come fattori di costante umanizzazione delle relazioni che si instaurano con le persone senza dimora nel sistema.

1.3 Le pratiche e i servizi di contrasto alla grave emarginazione

Le pratiche di contrasto alla grave emarginazione adulta possono essere di diverso genere e tipo e variano a seconda della cultura di riferimento, delle caratteristiche sociali ed ambientali del territorio in cui vengono messe in atto, delle risorse a disposizione e dell'intenzionalità politica di chi ne è responsabile.

1.3.1 Definizioni

I sistemi di intervento sociale contro la *homelessness* sono costituiti da dispositivi stabili di servizi, orientati da un approccio strategico, per il conseguimento di un fine specifico.

Per servizi si intendono in questo contesto delle unità organizzative specifiche atte ad erogare presso una determinata sede tipologie di prestazioni ben determinate, in modo continuativo o ripetuto nel tempo, socialmente riconosciuto e fruibile.

I singoli servizi che possono comporre un dispositivo locale di intervento contro la grave emarginazione sono molteplici e possono avere diverse coniugazioni funzionali.

Nel contesto di queste linee di indirizzo appare utile adottare le definizioni della citata indagine Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Caritas e fio.PSD, che sulla base di una ricognizione nazionale ed internazionale dell'esistente ne ha censiti e codificati 32, distinti per orientamento funzionale. Essi possono essere così definiti:

Servizi di supporto in risposta ai bisogni primari:

1. Distribuzione viveri - strutture che distribuiscono gratuitamente il sostegno alimentare sotto forma di pacco viveri e non sotto forma di pasto da consumare sul posto;
2. Distribuzione indumenti - strutture che distribuiscono gratuitamente vestiario e calzature;
3. Distribuzione farmaci - strutture che distribuiscono gratuitamente farmaci (con o senza ricetta);
4. Docce e igiene personale - strutture che permettono gratuitamente di usufruire dei servizi per la cura e l'igiene della persona;
5. Mense - strutture che gratuitamente distribuiscono pasti da consumarsi nel luogo di erogazione dove l'accesso è sottoposto normalmente a vincoli;
6. Unità di strada - unità mobili che svolgono attività di ricerca e contatto con le persone che necessitano di aiuto laddove esse dimorano (in genere in strada);
7. Contributi economici una tantum – è una forma di supporto monetario a carattere sporadico e funzionale a specifiche occasioni;

Servizi di accoglienza notturna:

8. Dormitori di emergenza - strutture per l'accoglienza notturna allestite solitamente in alcuni periodi dell'anno, quasi sempre a causa delle condizioni meteorologiche;
9. Dormitori - strutture gestite con continuità nel corso dell'anno che prevedono solo l'accoglienza degli ospiti durante le ore notturne;
10. Comunità semiresidenziali - strutture dove si alternano attività di ospitalità notturna e attività diurne senza soluzione di continuità;
11. Comunità residenziali - strutture nelle quali è garantita la possibilità di alloggiare continuativamente presso i locali, anche durante le ore diurne e dove è garantito anche il supporto sociale ed educativo;
12. Alloggi protetti - strutture nelle quali l'accesso esterno è limitato. Spesso vi è la presenza di operatori sociali, in maniera continuativa o saltuaria;

13. Alloggi autogestiti - strutture di accoglienza nelle quali le persone hanno ampia autonomia nella gestione dello spazio abitativo (terza accoglienza);

Servizi di accoglienza diurna

14. Centri diurni - strutture di accoglienza e socializzazione nelle quali si possono passare le ore diurne ricevendo anche altri servizi;
15. Comunità residenziali - comunità aperte tutto il giorno che prevedono attività specifiche per i propri ospiti anche in orario diurno;
16. Circoli ricreativi - strutture diurne in cui si svolgono attività di socializzazione e animazione, aperte o meno al resto della popolazione;
17. Laboratori - strutture diurne ove si svolgono attività occupazionali significative o lavorative a carattere formativo o di socializzazione;

Servizi di segretariato sociale:

18. Servizi informativi e di orientamento - sportelli dedicati specificamente o comunque abilitati all'informazione e all'orientamento delle persone senza dimora rispetto alle risorse e ai servizi del territorio;
19. Residenza anagrafica fittizia - uffici ove è possibile eleggere il proprio domicilio e che sono riconosciuti dalle anagrafi pubbliche ai fini dell'iscrizione all'anagrafe fittizia comunale;
20. Domiciliazione postale - uffici ove è possibile eleggere il proprio domicilio e ricevere posta;
21. Espletamento pratiche - uffici atti al segretariato sociale specifico per le persone senza dimora;
22. Accompagnamento ai servizi del territorio - uffici di informazione e orientamento che si fanno carico di una prima lettura dei bisogni della persona senza dimora e del suo invio accompagnato ai servizi competenti per la presa in carico;

Servizi di presa in carico e accompagnamento:

23. Progettazione personalizzata - uffici specializzati nell'ascolto delle persone senza dimora al fine di instaurare una relazione progettuale di aiuto mediante la presa in carico da parte di un operatore adeguatamente preparato e a ciò istituzionalmente demandato;
24. *Counselling* psicologico - uffici con servizi professionali di sostegno psico-sociale alle persone senza dimora mediante tecniche di *counselling*;
25. *Counselling* educativo - uffici con servizi professionali di presa in carico educativa delle persone senza dimora mediante tecniche di *counselling*;
26. Sostegno educativo - uffici con possibilità di presa in carico ed accompagnamento personalizzato da parte di educatori professionali;
27. Sostegno psicologico - uffici con possibilità di offrire sostegno psicoterapeutico alle persone senza dimora;
28. Sostegno economico strutturato - uffici con possibilità di offrire sostegno economico continuativo alle persone senza dimora sulla base di un progetto strutturato di inclusione sociale;
29. Inserimento lavorativo - uffici con possibilità di offrire alle persone senza dimora inserite in un percorso di inclusione sociale opportunità di formazione lavoro, di lavoro temporaneo o di inserimento lavorativo stabile;
30. Ambulatori infermieristici/medici - servizi sanitari dedicati in modo specifico alla cura delle persone senza dimora, in modo integrativo rispetto al servizio sanitario regionale;
31. Custodia e somministrazione terapie - struttura presidiata da operatori sociali per la custodia e l'accompagnamento delle persone senza dimora nell'assunzione di terapie mediche;
32. Tutela legale - uffici con possibilità di offrire tutela legale alle persone senza dimora per il tramite di professionisti a ciò abilitati.

Tali servizi, sempre secondo la classificazione Istat, possono avere natura di:

- Servizio istituzionale: quando è erogato direttamente da un ente pubblico oppure è strutturato e riconoscibile dalla disciplina delle associazioni, fondazioni, cooperative sociali e opera in regime di sussidiarietà riconosciuta (convenzione, appalto, ecc.);
- Servizio formale: quando è strutturato e riconoscibile dalla disciplina delle associazioni, fondazioni, cooperative sociali;
- Servizio informale: quando è spontaneo pur conservando i caratteri di un intervento ripetuto e socialmente riconosciuto.

Anche in questo caso si può notare come, nelle diverse strutture e nei differenti dispositivi possibili, tali servizi possano coesistere ed integrarsi in modo molto diverso a seconda dell'intenzionalità strategica del dispositivo e delle risorse disponibili.

1.3.2 Le dimensioni dei servizi

Facendo riferimento ancora all'indagine condotta nel 2011, la risposta alle esigenze delle persone senza dimora viene da 727 enti che hanno erogato servizi alle persone senza dimora nei 158 comuni italiani in cui è stata condotta la rilevazione. Considerando che ciascuno di essi spesso eroga più tipologie di servizi, in media 2,6 per ente, il totale dei servizi rivolti alle persone senza dimora è pertanto di 1.890.

Un terzo dei servizi cerca di dare risposta ai bisogni primari (cibo, vestiario, igiene personale), il 17% fornisce un alloggio notturno, mentre il 4% offre accoglienza diurna. Molto diffusi sul territorio sono i servizi di segretariato sociale (informativi, di orientamento all'uso dei servizi e di espletamento di pratiche amministrative, inclusa la residenza anagrafica fittizia) e di presa in carico e accompagnamento (rispettivamente, 24% e 21%).

Gli enti pubblici erogano direttamente il 14% dei servizi, raggiungendo il 18% dell'utenza. Se ad essi si aggiungono i servizi erogati da organizzazioni private che godono di finanziamenti pubblici, è possibile osservare che i due terzi dei servizi, direttamente o indirettamente, sono garantiti da enti pubblici, mentre un terzo è sostenuto con mezzi privati.

I servizi erogati in Lombardia e Lazio raggiungono, insieme, quasi il 40% dell'utenza nazionale (rispettivamente, 20% e 17%), essendo a loro volta concentrati sulle città di Milano (63% dell'utenza lombarda) e Roma (91% dell'utenza del Lazio). Seguono Sicilia e Campania, regioni che raggiungono, ciascuna, il 10% dell'utenza nazionale.

Servizi di risposta ai bisogni primari:

Il bisogno di alimentazione viene soddisfatto tramite i servizi di distribuzione viveri e mensa. I primi rappresentano il 26,1% dei servizi in risposta ai bisogni primari, mentre i secondi il 18,9%. Tuttavia, se si considera l'utenza, le mense rappresentano il servizio con il maggior numero di utenti, pari a tre volte quelli che si rivolgono ai centri di distribuzione viveri. In ciascuna delle 277 mense individuate, in media, vengono erogati 118 pasti al giorno e ben il 34% delle mense ha più di mille utenti all'anno.

La dimensione dell'utenza raggiunta dai servizi di distribuzione viveri è simile a quella che caratterizza i servizi di docce e igiene personale e di distribuzione indumenti, che rappresentano, rispettivamente, il 14,5% e il 18,1% dei servizi forniti; in oltre un terzo dei casi, per entrambi, si tratta di servizi con oltre 500 utenti annui. Tra i servizi di risposta ai bisogni primari, un discorso a parte meritano le unità di strada che, pur rappresentando "solo" l'8% dei servizi forniti, raggiungono un'utenza molto ampia che, in valore assoluto, è circa un quarto di quella delle mense.

Servizi di accoglienza notturna:

Per quanto riguarda l'accoglienza notturna, i dormitori (inclusi quelli di emergenza) rappresentano il 39% dei servizi offerti, contro il 33% rappresentato dalle comunità residenziali o semiresidenziali e il 28% degli alloggi (anche autogestiti). Ancora una volta però, 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.

Oltre un terzo dei servizi di accoglienza notturna è ubicato in uno dei grandi comuni e oltre la metà è situato in una zona centrale. Tale concentrazione è particolarmente evidente nel caso dei dormitori di emergenza che, nei grandi comuni, ospitano circa il 73% dell'utenza e, nelle zone centrali, ben l'82%.

Gli alloggi protetti e le comunità semiresidenziali, invece, mostrano una consistente diffusione anche nei comuni medio-piccoli, dove raggiungono il 65% e l'83% dell'utenza; gli alloggi protetti e autogestiti raggiungono una consistente quota di utenza (il 37 e il 41% rispettivamente) anche attraverso le sedi ubicate nelle aree periferiche.

Nel 15% dei casi i dormitori di emergenza sono erogati direttamente da enti pubblici che, più degli altri, gestiscono un'utenza decisamente elevata (circa un terzo del totale): il 22% dei dormitori di erogazione pubblica ha più di mille utenti. Gli alloggi, sia protetti sia autogestiti, sono in maggioranza erogati da organizzazioni private a finanziamento pubblico (61% e 54%) che, anche in questo caso, gestiscono strutture ad utenza elevata (raggiungono il 66% e il 74% dell'utenza).

Servizi di accoglienza diurna, accompagnamento e presa in carico:

L' accoglienza diurna rappresenta un servizio piuttosto marginale, sia rispetto al numero di servizi offerti sia rispetto all'utenza raggiunta. Decisamente più diffusi sul territorio sono, invece, i servizi di segretariato sociale: solo un terzo di tali servizi viene erogato nei grandi comuni (e si tratta di servizi quasi sempre ubicati nelle zone centrali).

Anche i servizi di presa in carico e accompagnamento per circa un terzo si collocano nei grandi comuni - dove raggiungono il 70% dell'utenza - e sono generalmente situati in una zona centrale in oltre i tre quarti dei casi (ad eccezione di quelli di custodia di farmaci e somministrazione di terapie che, nelle zone periferiche, presentano le strutture più ampie e raggiungono ben l'86% dell'utenza).

1.4 Approcci: dalla gestione dell'emergenza all'*housing first*

In sistemi non strutturati – per necessità o per scelta – a prevalere è un approccio residuale o emergenziale. In tali casi, non si programmano e gestiscono dispositivi di servizio specificamente dedicati alle persone senza dimora; i servizi esistenti sono tendenzialmente solo quelli offerti liberamente e spontaneamente dai corpi sociali intermedi o quelli tradizionalmente offerti alle povertà dalle istituzioni, come grandi mense e dormitori ovvero servizi di emergenza.

Diffuso e comune è, in particolare, l'intervento emergenziale, che ha luogo mediante il dispiegamento straordinario di risorse temporanee per la soddisfazione dei bisogni primari fondamentali, urgenti ed indifferibili delle persone senza dimora, quando particolari condizioni esterne mettano a rischio la sopravvivenza fisica delle persone senza dimora o una convivenza sociale pacifica. In tali condizioni, come potrebbero essere temperature esterne particolarmente rigide o elevate ovvero improvviso afflusso in strada di numeri consistenti di nuove persone senza dimora, le autorità competenti dispongono di solito l'attivazione temporanea di servizi straordinari per il ricovero delle persone senza dimora, che vanno ad aggiungersi ai normali servizi esistenti, che evidenziano così la loro ordinaria e cronica insufficienza a fronteggiare i bisogni, pur indifferibili e urgenti, della popolazione cui sono dedicati. Questo approccio, quando si dispiega con continuità e in frangenti che non possono definirsi a rigore "emergenziali" (ad esempio nelle cosiddette "emergenze freddo" che vengono attivate tutti gli inverni³) è tipico di quelle realtà che non hanno un approccio strategico complessivo alla grave emarginazione.

Ciò non toglie che l'intervento emergenziale possa essere strategicamente orientato, come è tipico di quelle realtà ben organizzate che, nella loro programmazione, oltre a un sistema di servizi ordinario

³ Si può parlare di emergenza quando si verifica un qualche fattore straordinario ed imprevedibile che causa una necessità di intervento specifica e differente da quanto ordinariamente messo in atto. In questo senso viene ampiamente criticato tra gli operatori l'uso del termine "emergenza freddo" per connotare quei sistemi di servizio che in molte città vengono messi in atto di inverno, episodicamente, quando la temperatura scende sotto livelli ordinari, per dare ricovero alle persone senza dimora presenti in strada. Essendo l'inverno e il freddo, in larga parte del Paese, un fenomeno del tutto ordinario, non si può pensare che esso rappresenti un'emergenza quando colpisce le persone senza dimora. Per questo molte città, accortesi della contraddizione, predispongono da anni dei cosiddetti "piani freddo", che prevedono l'attivazione durante l'inverno di posti letto e sistemi di accoglienza supplementari, per periodi continuativi pari alla durata dei mesi stimati come più freddi. Non si tratta in questo caso di una gestione emergenziale ma di una programmazione specifica e particolare del sistema di accoglienza notturna e diurna territoriale in funzione del fattore temperatura.

sufficientemente capace, dispongono anche di dispositivi di emergenza allertabili a sostegno di questi ultimi qualora si verificano contingenze effettivamente straordinarie.

Più strutturati appaiono i sistemi orientati a garantire almeno servizi e interventi di bassa soglia o di riduzione del danno. Essi comportano, all'interno di un sistema di servizi strategicamente orientati verso il perseguimento del maggior grado di inclusione sociale possibile per ciascuna persona in stato di bisogno, il fronteggiamento primario dei bisogni delle persone senza dimora mediante servizi di pronta e prima accoglienza svolti in strada o in strutture di facile accessibilità, in una dimensione di prossimità rispetto alla persona bisognosa. In tale approccio gli interventi non si propongono direttamente una progettualità orientata all'inclusione sociale delle persone che vi si rivolgono, ma tendono a creare per queste condizioni di sopravvivenza dignitosa dalle quali muovere liberamente verso successivi percorsi socio-assistenziali ove utile, possibile o necessario. Tali approcci si danno spesso in forma integrata con altri dispositivi di inclusione, rispetto ai quali rappresentano una sorta di "passaggio propedeutico" ovvero di "sistema di salvaguardia" in caso di *drop-out*.

Tra i sistemi di intervento strutturati più diffusi vi è il cosiddetto "approccio a gradini" che prevede una successione di interventi propedeutici l'uno all'altro, dalla prima accoglienza sino al reinserimento sociale una volta nuovamente conseguita la piena autonomia da parte della persona senza dimora⁴. Caratteristica di questo approccio è la definizione preventiva da parte delle strutture dei requisiti che servono per accedere ad ogni stadio successivo, secondo una logica "educativa" orientata a far conseguire o recuperare alle persone le abilità reputate necessarie per condurre una vita autonoma⁵. La sostenibilità di un tale approccio dipende ovviamente dalla sufficiente disponibilità di strutture e servizi nei diversi livelli di accoglienza progettati, rispetto alla quantità di persone che si ritiene di poter accogliere e a quelle che sono effettivamente presenti sul territorio.

Simile per morfologia dei servizi ma differente nella logica è la struttura dei dispositivi orientati dal cosiddetto approccio olistico o multidimensionale. Anche in questi sistemi esistono una pluralità di strutture orientate a coprire fasce ed intensità diverse dei bisogni delle persone senza dimora. La differenza fondamentale con l'approccio a gradini consiste qui nel fatto che il percorso che ciascuna persona compie tra le diverse strutture non è dato da una logica progressiva anticipatamente stabilita in un processo educativo standardizzato, ma viene adattato alla singola persona all'interno di una relazione individualizzata con un operatore sociale deputato a condividere con la persona un progetto di reinclusione e a seguirne l'attuazione usando delle diverse risorse disponibili a seconda delle necessità specifiche. Anche in questo caso cruciale è la disponibilità di tali risorse.

A questa famiglia di interventi, non caratterizzati da percorsi incrementali e progressivi che, gradino dopo gradino, conquista dopo conquista, portano l'utente ad una abitazione, sono riconducibili gli approcci cosiddetti *housing led* e *housing first*; questi partono dal concetto di "casa" come diritto e come punto di partenza dal quale la persona senza dimora deve ripartire per avviare un percorso di inclusione

⁴ Lo "staircase approach" nasce in relazione ai processi di deistituzionalizzazione psichiatrica avviati a partire dalla fine degli anni '50 e gli inizi degli anni '60 negli USA e in Italia a seguito dell'esperienza basagliana e della promulgazione della Legge 180/1978: il modello a gradini viene sviluppato per il reinserimento dei pazienti psichiatrici in percorsi di uscita accompagnata dall'ospedale verso forme di abitazione differenziate e sempre più simili all'abitare ordinario, fino al raggiungimento dell'indipendenza. Decenni di applicazione del modello e la sua diffusione nei principali Paesi avanzati (USA, Paesi Europei, Australia) hanno reso l'approccio a gradini il modello dominante nelle politiche istituzionali di contrasto all'*homelessness*. La progressiva istituzionalizzazione del modello ha tuttavia comportato lo sviluppo di modalità di intervento che per forme e applicazioni spesso si sono rivelate distanti dai fini di tutela e di sostegno delle persone beneficiarie: un approccio innovativo e teso alla deistituzionalizzazione è andato nel corso del tempo spesso a tradursi in un insieme di pratiche standardizzate e omologanti, a scapito degli elementi improntati sul rispetto delle soggettività e dei bisogni delle persone cui è rivolto.

⁵ In questa accezione il paradigma che sottostà all'approccio a gradini è quello proprio dell'intervento educativo nel contesto sociale, non sostitutivo e capacitante: l'accompagnamento ed il sostegno di una persona in condizioni di disagio sociale da uno stato di marginalità assoluta ad una progressiva ri-acquisizione o assunzione di abilità sociali e capacità. È l'approccio dell'empowerment, del sostegno alle autonomie dei soggetti fragili. Nel momento in cui il soggetto fragile è persona senza dimora, il percorso di sostegno si articola anche in diverse tipologie di strutture, dove al crescere dell'autonomia diminuisce tendenzialmente la presenza dell'intervento professionale di sostegno. È una visione generativa ed evolutiva del lavoro sociale, impostata sulla presunzione che l'adulto, in condizione di marginalità estrema, possa – se opportunamente sostenuto – raggiungere obiettivi di autonomia e di benessere.

sociale. Con *housing first*⁶ si identificano tutti quei servizi basati su due principi fondamentali: il *rapid re-housing* (la casa prima di tutto come diritto umano di base) e il *case management* (la presa in carico della persona e l'accompagnamento ai servizi socio-sanitari verso un percorso di integrazione sociale e benessere). Secondo l'*housing first* solo l'accesso ad una abitazione stabile, sicura e confortevole può generare un benessere diffuso e intrinseco nelle persone che hanno vissuto a lungo un grave disagio (*long term homelessness*). Per le persone senza dimora la casa è il punto di accesso, il primo passo, l'intervento primario da cui partire nel proporre percorsi di integrazione sociale. Il benessere derivato da uno stato di salute migliorato, l'accompagnamento psicologico, assistenziale e sanitario garantiti dall'equipe all'utente direttamente a casa possono, come gli studi hanno dimostrato, essere vettori di una stabilità abitativa.

Con *housing led* si fa riferimento a servizi, finalizzati sempre all'inserimento abitativo, ma di più bassa intensità, durata e destinati a persone non croniche. Lo scopo è assicurare che venga rispettato il diritto alla casa e l'accesso rapido ad un'abitazione. Per queste persone, ancora di più che nei programmi di *housing first*, bisogna lavorare sull'incremento del reddito attraverso percorsi di formazione/reinserimento nel mondo del lavoro e sul reperimento di risorse formali e informali sul territorio. L'obiettivo è rendere la persona nel breve periodo in grado di ricollocarsi nel mondo del lavoro e di reperire un alloggio in autonomia.

Ad ogni modo, pur consapevoli di queste differenze, di seguito i termini *housing first* ed *housing led* saranno usati come sinonimi, se non diversamente specificato, ad indicare un cambio di paradigma in cui, a differenza del modello tradizionale, si prefigura un sistema di intervento che prevede l'ingresso diretto della persona o del nucleo familiare all'interno di un appartamento e il supporto di un'equipe multidisciplinare che accompagna la persona, fino a quando sarà necessario, nel suo percorso di riconquista dell'autonomia e di benessere psico-fisico.

In questo modello fondamentale è la ricerca degli alloggi⁷: è necessario trovare alloggi disseminati sul territorio e non inserire le persone in conglomerati deputati all'accoglienza di persone in stato di disagio. Questa politica, necessaria per creare ambiti di vita normalizzanti per le persone, implica un attivo lavoro con il territorio: il lavoro con i proprietari; la mediazione con il vicinato e il sostegno nella conoscenza del quartiere.

Le equipe dei programmi *housing first* si attivano in un continuo lavoro di comunità che porta ad identificare le risorse attive sul territorio (es. attività di volontariato; palestre; luoghi deputati al tempo libero) e a renderle fruibili per i partecipanti che vengono sostenuti e accompagnati nell'uscire dalle proprie case.

La ricerca di alloggi autonomi e il lavoro di comunità permette alle persone di uscire da ambienti marginalizzanti e di creare nuove reti sociali passando da utenti a veri e propri cittadini.

Comune a tutti gli approcci strategicamente orientati e loro principale punto di differenza con i servizi emergenziali e residuali, è la pratica della "presa in carico". Essa consiste nel riconoscimento che la persona in stato di bisogno è priva di specifici punti di riferimento esterni rispetto alla soddisfazione di uno o più dei suoi bisogni e/o non ha risorse sufficienti per farvi fronte, e nel conseguente mandato istituzionale al servizio stesso affinché un operatore adeguatamente preparato instauri una relazione personale di aiuto, continuativa e organizzata, con la persona e la aiuti a potenziare le proprie abilità residue perché possa fronteggiare, con il sostegno delle strutture esistenti e disponibili, il proprio disagio

⁶ Tali pratiche si sono diffuse anche in Italia e prima ancora in Europa seguendo la scia delle sperimentazioni avvenute nei paesi anglosassoni, in particolare il progetto *Pathways to housing*, modello d'intervento creato da Sam Tsemberis negli anni novanta a New York. È bene ricordare che il modello *Housing first* ha un protocollo scientifico validato a livello internazionale e oggetto di prassi, sperimentazione e monitoraggio a livello europeo (*Housing first Europe*) ed internazionale (*Housing first International*).

⁷ Buona prassi nei programmi HF è quella della *Social Rental Agency*: un'organizzazione no profit che media tra il mercato degli affitti privati e le psd inserite nei programmi. L'agenzia sociale per l'affitto provvede al reperimento degli alloggi, funge da garante per le psd inserite, si assicura che non ci siano morosità nel pagamento degli affitti e garantisce che gli operatori impegnati nei programmi monitorino lo stato dell'appartamento. Altra buona prassi è considerata quella del *Self-Help Housing*: la possibilità di reperire nel mercato privato alloggi da ristrutturare coinvolgendo i beneficiari dei programmi nelle ristrutturazioni. Questa pratica produce molti benefici: l'abbattimento dei costi di locazione; la possibilità di incrementare il reddito per le persone inserite e la creazione di cantieri formativi dove le persone vengono reintrodotti al lavoro.

e riprendere un controllo attivo della propria vita, raggiungendo il maggior grado di autonomia possibile.

Oggi la “presa in carico” ha anche una definizione normativa, che deriva dall’attuazione del cosiddetto Casellario dell’assistenza⁸, parte del più generale sistema informativo degli interventi e servizi sociali previsto dalla legge 328/2000, che trova proprio nel casellario la sua prima attuazione. In tale contesto, per presa in carico si intende: “*la funzione esercitata dal servizio sociale professionale in favore di una persona o di un nucleo familiare in risposta a bisogni complessi che richiedono interventi personalizzati di valutazione, consulenza, orientamento, attivazione di prestazioni sociali, nonché attivazione di interventi in rete con altre risorse e servizi pubblici e privati del territorio*”.

Per quanto fondamentale, anche l’efficacia di una presa in carico così configurata è ovviamente dipendente dalla quantità e qualità delle risorse che l’operatore e la persona in condizione di bisogno hanno a disposizione e del potere che entrambe sono in grado di esercitare nell’utilizzo delle stesse.

Come detto, questi approcci e le pratiche che ne discendono quasi mai si danno in maniera “pura”, essendo piuttosto comune la loro compresenza e reciproca contaminazione, sia in senso positivo che negativo. Resta il fatto che, in assenza di una specifica intenzionalità strategicamente orientata all’inclusione sociale delle persone senza dimora, delle risorse e delle strutture necessarie all’inclusione e di una programmazione territorialmente adeguata delle stesse, è difficile se non impossibile che un sistema possa uscire dalla residualità e dall’emergenzialità nel fronteggiamento della *homelessness*.

1.5. Integrare i servizi

Per uscire dalla settorializzazione delle politiche e dalla frammentarietà degli interventi, così come per portare a sistema innovazioni sociali quali l’*housing first*, diventa quanto mai essenziale promuovere, anche nell’ambito delle politiche di contrasto alla grave marginalità, l’adozione di un modello strategico integrato. I già citati dati dell’indagine Istat sulle PSD e i rapporti sulla povertà in Italia ci dimostrano come l’*homelessness* sia un fenomeno circoscritto ma strutturato e come la povertà colpisca sempre di più differenti categorie di cittadini. Questo implica la necessità di fare delle politiche sociali un nodo di collegamento per una più ampia strategia di contrasto alla grave emarginazione e, più in generale, alla povertà che integri in rete le diverse competenze sia a livello nazionale che a livello locale ma soprattutto fra i diversi settori che compongono le politiche (salute, casa, istruzione, formazione, lavoro, , ordine pubblico, amministrazione della giustizia, ecc.).

In questo senso il modello strategico integrato rappresenta un tentativo di risposta sistemica alla complessità di bisogni di cui sono portatori le persone in condizione di grave disagio socio-economico, che cerca di mettere in sinergia strumenti, *policies*, risorse e attori. Modello strategico integrato significa inoltre adottare un approccio *cost-effective* alla spesa sociale. I vari ambiti di *policy* e i diversi attori, se agiscono separatamente, non colgono i benefici che l’intervento di uno porta ai risparmi dell’altro, potenzialmente generandosi, allo stesso tempo, un livello di intervento sub-ottimale e un costo complessivo superiore. L’elemento caratterizzante affinché si superi la retorica che ruota attorno ai temi dell’integrazione, è che il livello politico sia coinvolto fin da principio attivandosi in una pianificazione strategica che intersechi le aree di *policy* orientandole al medesimo obiettivo: il contrasto alla grave marginalità. Ogni politica (sociale, salute, casa, lavoro, giustizia, ordine pubblico) deve programmare il contributo che il proprio ambito può dare al contrasto alla povertà ragionando sulla base di due presupposti: povertà come fenomeno multi-dimensionale e persone in povertà come risorsa e non solo come costo.

L’integrazione può avvenire in diversi modi e a diversi livelli, in senso verticale (Stato, Regioni, Comuni) e orizzontale (settori diversi dell’amministrazione pubblica, privato e privato sociale). In una recente pubblicazione dell’OCSE⁹, con riferimento all’integrazione orizzontale nell’erogazione dei servizi si identificano le tre categorie di *collocation*, *collaboration*, *cooperation* a denotare i diversi gradi di intensità

⁸ Decreto 16 dicembre 2014, n. 206, del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze

⁹ OECD, Integrating Social Services for Vulnerable Groups, 2015, Parigi.,

dell'integrazione. Con il termine *collocation* si fa riferimento al collocare i diversi servizi (salute, inclusa salute mentale, servizi di sostegno all'abitare, servizi sociali, *counselling*, servizi per l'igiene) in uno stesso luogo fisico. Questo evidentemente migliora l'accessibilità ai servizi e rende più facili le comunicazioni tra diversi settori. La collaborazione (*collaboration*) presuppone però un livello di integrazione maggiore che la mera condivisione del medesimo luogo fisico. In particolare, cruciale è la condivisione delle informazioni tra amministratori, professionisti e operatori del sociale appartenenti a diverse "agenzie" circa gli utenti seguiti e i servizi offerti. Tutto ciò facilita la diffusione di conoscenza e processi di apprendimento organizzativo che nel tempo possono migliorare l'efficacia e, di nuovo, l'efficienza del servizio ottimizzando l'uso delle risorse disponibili. Infine, il più alto livello di integrazione si raggiunge con la cooperazione (*cooperation*) ovvero quando i professionisti lavorano insieme (anche per piccoli gruppi multidisciplinari) e, soprattutto, quando i servizi non sono duplicati. In questo modo è più agevole identificare e rispondere agli utenti con risposte complesse e strutturate a minor costo.

È dunque opportuno superare una divisione di competenze "rigida" (cosiddetta a compartimenti stagni) che impedisce di valutare il risparmio, l'efficacia e l'efficienza che si potrebbero ottenere optando invece per l'adozione di un modello strategico integrato. La presenza di protocolli operativi tra le diverse filiere amministrative operanti sul territorio – che prevedano diversi livelli di integrazione a seconda delle necessità – può funzionare da catalizzatore alla realizzazione di interventi comprensivi che, superando la logica settoriale, strutturino risposte complesse di lungo periodo che incidano contemporaneamente su più elementi deprivativi (mancanza di una casa, di lavoro, di formazione professionale, di fiducia e progettualità, etc).

L'elemento che deve tuttavia caratterizzare questo tipo di azioni è la strategicità ovvero non deve trattarsi di manovre una tantum portate avanti da un singolo dipartimento ma è importante che i servizi siano pianificati in maniera strategica e integrata fin da principio.

2. INDIRIZZI PER IL CONTRASTO ALLA GRAVE MARGINALITÀ

2.1. Destinatari e adeguatezza delle misure e delle pratiche

Il primo requisito per la strutturazione di un sistema di contrasto alla grave emarginazione è l'individuazione specifica delle caratteristiche delle persone alle quali le misure sono rivolte e la disponibilità ad adeguare ciascun intervento a queste caratteristiche. Può essere utile quindi individuare in maniera specifica alcuni gruppi di popolazione che possono essere ricondotti all'interno del raggio d'azione di misure simili.

2.1.1 Le persone senza un valido titolo di soggiorno sul territorio nazionale

Le persone non in possesso di un regolare titolo di soggiorno sul nostro territorio nazionale possono avere caratteristiche molto diverse a fronte di una medesima irregolare posizione amministrativa rispetto ai requisiti di legge per la permanenza sul territorio nazionale. Questo comporta una profonda differenziazione tra gli irregolari. Essi, infatti, possono essere persone introdotti sul territorio nazionale eludendo i controlli alla frontiera, soggetti diniegati dalla commissione territoriale per il riconoscimento della domanda di asilo, ma rimasti sul territorio nazionale, o soggetti che, anche dopo lunghi anni di permanenza regolare in Italia, hanno perso i requisiti per il mantenimento del titolo di soggiorno. Questa condizione di irregolarità che può avere, come visto, origine da situazioni molto differenti, può portare gli irregolari alla condizione di veri e propri *homeless*. L'irregolarità giuridica, infatti, impedisce l'accesso ad alcune tipologie di servizi essenziali, come ad esempio, la possibilità di stipulare un regolare contratto di affitto. Al di là della loro reale vita in strada gli irregolari possono accedere solo ai servizi cosiddetti "salvavita" o emergenziali (pronto soccorso, ambulatori STP/ENI – cioè, Stranieri Temporaneamente Presenti/Europei Non Iscritti –, emergenze freddo, mense, docce e accoglienze notturne di bassa soglia del privato sociale).

Tuttavia il diritto internazionale umanitario e le convenzioni internazionali sottoscritte anche dall'Italia ci fanno affermare che sono doverose la presa in carico di queste situazioni e la ricerca di una soluzione positiva, che risolva il problema amministrativo oltre che il problema del disagio sociale e abitativo¹⁰ Tale presa in carico va praticata riconoscendo un diritto umanitario e non solo assumendo una posizione di umana carità. Ignorare queste situazioni crea gravi problematiche di salute e di sicurezza pubblica producendo un aggravio dei costi degli interventi e acuendo la percezione sociale diffusa di insicurezza e disordine.

A tal fine si raccomanda di:

- **non porre barriere all'accesso di tali persone rispetto ai servizi di base per la tutela della dignità e della sopravvivenza (docce, cibo, accoglienza notturna di emergenza e assistenza medica essenziale) oltre che vigilare sul rispetto del divieto di segnalazione;**
- **coinvolgere le associazioni che si occupano di migranti nelle azioni di assistenza specifica rivolte a queste persone;**
- **implementare la presenza territoriale di ambulatori STP/ENI (Stranieri Temporaneamente Presenti/Europei Non Iscritti) per l'accesso ai servizi sanitari delle persone irregolari;**
- **utilizzare nel maggior grado possibile, attraverso processi di coordinamento territoriale affidati alle Prefetture, i programmi di rimpatrio assistito, come ad esempio la rete RIRVA (Rete Italiana per il Ritorno Volontario Assistito);**
- **garantire la presenza di mediatori linguistico culturali nei servizi pubblici essenziali e nell'affiancamento a equipe di strada per comprendere meglio i vissuti, le aspettative e le progettualità delle persone irregolari.**

¹⁰ Convenzione di Ginevra, Diritto di Ginevra, Diritto delle Vittime di Guerra, Diritto Internazionale Umanitario – 1949; Protocolli di Ginevra – 1977; Convenzione ONU status rifugiato – 1951; Protocollo relativo allo status dei rifugiati - 1967

Si consiglia di censire se non i nominativi, spesso inattendibili causa mancanza di documenti, quantomeno l'entità dei flussi e i paesi di provenienza ai fini di meglio comprendere e potenzialmente orientare i servizi rispetto al fenomeno e viceversa.

2.1.2. Le persone profughe e richiedenti asilo

Le persone che entrano nel nostro paese presentando domanda per il riconoscimento dell'asilo politico sono una diretta competenza del Ministero degli Interni, che negli ultimi anni, in collaborazione con ANCI, ha elaborato un programma nazionale di accoglienza e sostegno all'integrazione (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati, da qui in poi SPRAR). Il numero di posti disponibili in questo sistema reticolare e coordinato, ancorché ampiamente incrementato nel 2014, è ad oggi insufficiente per accogliere tutte le persone in questa condizione giuridica. Pertanto il Ministero ha creato un percorso di accoglienza parallelo che vede coinvolti, oltre ai CARA (Centri Accoglienza Richiedenti Asilo) e i nascenti HUB, le Prefetture che implementano posti di accoglienza diffusi su ogni territorio, tramite l'utilizzo di Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS). Queste persone, quindi, nella fase di richiesta del riconoscimento del loro status giuridico, non dovrebbero accedere ai servizi per *homeless*.

Nel caso di un avvenuto diniego della richiesta di asilo, lo straniero può presentare ricorso avverso la decisione della Commissione Territoriale. Durante l'attesa del giudizio definitivo, il ricorrente può ottenere un permesso di soggiorno valido per attività lavorativa ed è nelle condizioni di essere accolto nei CAS o negli SPRAR.

Si raccomanda di:

- **segnalare prontamente ai circuiti di accoglienza (SPRAR e Prefettura) l'eventuale accesso di profughi e richiedenti asilo alle strutture per Homeless;**
- **creare sinergie logistiche amministrative fra i diversi sistemi di servizi per potenziarne l'efficacia;**
- **nel caso di ricorrenti, ribadire e informare adeguatamente riguardo alla possibilità che questi siano accolti nei circuiti previsti dalla normativa;**
- **garantire la presenza di mediatori linguistico culturali nei servizi pubblici al fine di comprendere meglio i vissuti, le aspettative e le progettualità delle persone richiedenti o rifugiate, stimolando la messa in rete coi vari servizi di accoglienza.**

I sistemi SPRAR e le Prefetture sono dotati di loro procedure di monitoraggio; si consiglia una interfaccia con tali sistemi per monitorare prontamente l'evoluzione del fenomeno e gestirne eventuali criticità.

2.1.3 Le donne senza dimora

Per le donne la vita "per strada" si presenta come una condizione particolarmente drammatica per le diverse problematiche che questa situazione comporta. Le donne hanno un problema prima di tutto di sicurezza ed incolumità, essendo esposte senza protezione alla violenza che si incontra vivendo senza possibilità di riparo. Vi sono poi delle difficoltà igienico-sanitarie specifiche della fisiologia delle donne: sia l'igiene quotidiana che l'igiene specifica durante il periodo mestruale diventano problemi insormontabili che esitano in problemi ginecologici importanti. Tutto questo senza considerare gli aspetti di stigmatizzazione per la rottura con un sé sociale che porta le donne a vivere come una devastante sofferenza la perdita di una situazione alloggiativa, la perdita del riconoscimento del ruolo che da sempre le è riconosciuto di garante della tenuta di una situazione familiare stabile, rispetto in particolare alla cura della casa e dei figli, ruolo che è ancestralmente ancorato alla donna. Le donne perdono l'autostima, vengono etichettate come "cattiva madre", "prostituta" e questa situazione le mette in grossa difficoltà nel chiedere aiuto.

Particolarmente drammatica è la condizione delle donne che sono anche madri: la separazione dai figli è una delle esperienze più frequenti ma al contempo una delle più laceranti per queste donne, che a trauma aggiungono trauma, senza trovare possibilità di recupero.

Le donne senza dimora sono meno numerose degli uomini e si collocano in tutte le fasce di età, dalle donne più giovani – che arrivano alla vita in strada da rotture con la famiglia di origine, spesso dovute a problemi di dipendenza da droghe ed alcool, abusi famigliari e problematiche legate alla salute mentale che il contesto famigliare non è riuscito a sostenere – fino alle donne oltre i 50 anni – che diventano senza dimora spesso per la rottura del legame con la famiglia acquisita, con una precarietà lavorativa e fragilità delle competenze spendibili nel mondo del lavoro, espulse dal proprio contesto famigliare da mariti che si sono costruiti nuove relazioni o da figli che non sono in grado di sostenerle. In questo quadro molto frequenti sono le donne vittime di violenza famigliare, che fuggono dal proprio contesto caratterizzato appunto da violenza e soprusi fisici e psicologici, senza però incontrare una valida alternativa. Molto frequenti sono le situazioni in cui le donne sono state vittime di abusi già da bambine, situazione che ha reso particolarmente fragile la loro struttura di personalità.

Le donne in strada sono spesso indotte alla prostituzione per potersi creare un reddito di sussistenza, prostituzione che si consuma in condizioni igieniche pessime e senza nessuna condizione di sicurezza.

Pertanto in queste situazioni si raccomanda di:

- **creare servizi specifici destinati solo alle donne, per creare situazioni protette che le tutelino dai loro vissuti di violenze e abusi, dove le donne trovino un luogo di tregua;**
- **porre particolare attenzione alla cura del sé e del corpo come azione di ricostruzione di una condizione femminile;**
- **strutturare servizi per le donne vittime di violenza e di traumi, che le possano supportare con una presa in carico specialistica;**
- **porre particolare attenzione al momento della maternità, creando le condizioni per una presa in carico e un accompagnamento che preveda, oltre alla tutela sanitaria per la madre e il bambino, anche la possibilità di servizi dedicati alla loro accoglienza insieme dopo il parto;**
- **porre particolare attenzione alle azioni di cura usando un approccio integrato tra azioni di trattamento per abuso di sostanze, per problemi mentali e per traumi (da violenza, da abusi, da separazione dai figli...);**

La rilevazione dei dati non può prescindere dal genere della persona senza dimora. Si consiglia di monitorare servizi specificamente dedicati alla peculiare condizione della donna senza dimora, per una presa in carico che tenga in conto tutti gli aspetti di particolare fragilità di queste donne.

2.1.4 Le persone senza dimora giovani

La realtà giovanile legata alla grave marginalità è diventata in questi ultimi anni un fenomeno degno di nota nelle città metropolitane e nei grossi centri urbani, fatto che comporta una riflessione seria e approfondita da parte degli operatori sociali.

L'esperienza ci dice che un numero sempre maggiore di giovani in età compresa fra i 18 ed i 25 anni si trova privo di un sostegno familiare e di una rete sociale solida, privo di mezzi di sostentamento (per la difficoltà a reperire un impiego dovuta alla congiuntura economica attuale ed anche ad un livello di istruzione mediamente basso), in un isolamento che lo conduce a vivere l'esperienza della strada.

La classificazione ETHOS prevede alcune specifiche, soprattutto nella categoria dei "senza casa" individuando in particolare i giovani che, al compimento del 18° anno, non hanno una soluzione abitativa.

Si tratta principalmente di:

- giovani provenienti da famiglie in difficoltà che non costituiscono, spesso già da anni, un valido punto di riferimento relazionale e sociale; di frequente, anzi, sono la causa prima delle problematiche che li hanno portati in strada.

- giovani già conosciuti dai servizi perché provenienti da comunità per minori e appartamenti per giovani appena maggiorenni, per i quali è terminato il periodo di accoglienza o che hanno deciso di lasciare la struttura ospitante. Da rilevare il numero crescente di giovani presenti nelle strutture di accoglienza notturna con esperienza di adozione fallita o interrotta in età adolescenziale.
- molti giovani provenienti da situazioni di disagio sociale e non, che hanno intrapreso percorsi di devianza e dipendenza da sostanze (alcool, stupefacenti, etc.) e presentano un livello medio di istruzione piuttosto basso, con difficoltà a reperire un impiego utile alla propria indipendenza.

La condizione di senza dimora può portare ad un allontanamento forzato o volontario dai *caregivers*. I *caregivers* sono fondamentali per quanto concerne la risposta ai bisogni primari ma, soprattutto, per la stabilità relazionale ed emotiva: l'*homelessness* determina spesso la rottura delle relazioni sociali significative sia per quanto concerne la rete primaria (familiare-amicale) che quella secondaria (istituzioni-servizi). Tali "rotture" necessitano di particolare attenzione nell'intervento sociale, che dovrebbe focalizzarsi sulla riattivazione-ricostruzione di un sistema di supporto che vada oltre la mera risposta al bisogno primario, introducendo opportunità di socializzazione, anche attraverso percorsi formativi e/o lavorativi.

Quale che sia la motivazione che li ha portati alla vita in strada, non è pensabile inserire ragazzi, che pur si trovano in una situazione di grave marginalità, in circuiti legati all'*homelessness*, e nel momento in cui vi si trovano loro malgrado inseriti, diventa importante farli uscire quanto prima. Sempre l'esperienza ci insegna che, con la permanenza in strutture dedicate alle persone senza dimora e il contatto stretto e quotidiano con chi ne usufruisce, i ragazzi tendono ad attivare meccanismi adattivi che portano ad assumere comportamenti tipici dell'esclusione sociale, inclusi sistemi di sopravvivenza che allontanano anche nella percezione del soggetto stesso, l'orizzonte dell'autonomia e della possibilità di raggiungerla.

Si nota insomma che l'ambiente dedicato alla grave marginalità può disincentivare l'attivazione delle proprie risorse, che, per la giovane età e per quanto compromesse, sono comunque vitali e riattivabili più facilmente che in soggetti in cui il periodo prolungato di vita sulla strada ha stratificato abitudini e schemi mentali tipici della stessa. Quando poi i giovani senza dimora sono immigrati la condizione di isolamento, solitudine, mancanza di possibilità di re-inserimento in una situazione familiare o amicale positiva assume particolare rilevanza.

È quindi indispensabile pensare e creare spazi e percorsi dedicati, tenendo conto dell'età e dell'esperienza di vita ancora flessibile e meno compromessa dall'esperienza di grave marginalità. Questo richiede un notevole investimento di risorse umane, nonché un collegamento con i servizi specialistici e la rete del volontariato e del privato sociale che possa creare il clima di accoglienza che sempre l'esperienza ci dimostra determinante nei percorsi di reinserimento sociale.

Esempi di percorsi possibili e già in sperimentazione possono essere alcune realtà abitative ispirate all'*housing first* arricchite con l'elemento della coabitazione fra pari e con una figura di riferimento educativo forte (la presenza dell'operatore, fulcro di una rete relazionale di sostegno). Si è potuto sperimentare, infatti, come un monitoraggio esterno non sia sufficientemente incisivo, ed è emersa sempre più chiaramente la necessità di un riferimento educativo costante. Tale elemento, e la costruzione graduale di una rete sociale sana, che permetta un'integrazione positiva nel territorio, si sono rivelati i cardini delle progettualità rivolte a soggetti giovani. Il percorso di accompagnamento nel territorio di vita del giovane è di grande importanza perché ha come obiettivo quello di far acquisire dei legami significativi di amicizia o di buon vicinato basati sulla reciprocità. Riferimento educativo costante e rete sociale sono fattori fondamentali per accompagnare verso l'uscita dal circuito della marginalità e il recupero di una condotta di vita sana (uscita dalle dipendenze) e della motivazione necessaria a costruire una propria autonomia.

La tematica delle persone senza dimora giovani porta a riflettere in modo forte sul tema "prevenzione" all'interno del fenomeno *homelessness*, chiamando in causa anche i "fallimenti" dei servizi sociali sia della tutela che del penale minorile. Il giovane senza dimora in alcuni casi è stato infatti già "agganciato" dai servizi, che però non riescono ad incidere sul percorso di vita del minore.

Interventi preventivi dovrebbero essere orientati sia verso le cause strutturali sia verso tutta una serie di cause specifiche che costituiscono dei rischi in particolare per i giovani (violenza domestica, rotture

familiari, uso di sostanze, problematiche relative al genere/identità sessuale, ecc.). In tutti i casi fondamentale è la precocità dell'intervento.

Si raccomanda pertanto di:

- **dedicare spazi e competenze specifiche nei sistemi di accoglienza alle relazioni con le persone senza dimora più giovani anche allo scopo di effettuare bilanci di competenze e valutazione delle possibilità concrete di avviamento al lavoro;**
- **impiegare nel lavoro con le persone senza dimora giovani, operatori dotati di competenze specifiche rispetto al target;**
- **dare priorità, nelle progettazioni di percorsi di reinserimento delle persone senza dimora giovani, all'utilizzo di strumenti, risorse e strutture facenti leva sulle capacità di autonomia e partecipazione dei soggetti coinvolti privilegiando, ove possibile, approcci *housing first* e *housing led*;**
- **costruire o rafforzare reti territoriali coese con i servizi che si occupano di disagio giovanile e di inserimenti lavorativi;**
- **costruire percorsi di dimissione dalle strutture per minori e giovani adulti, supportati da strumenti, risorse e competenze specifiche per evitare passaggi attraverso la condizione di *homelessness*;**
- **promuovere e supportare situazioni anche transitorie di cohousing tra giovani;**

Si consiglia un monitoraggio specifico di percorsi delle persone sotto i 35 anni all'interno delle strutture e della loro durata anche al fine di incrociare tali dati anche con altre banche dati riferite al mondo giovanile e individuare possibili soluzioni integrate.

2.1.5 Le persone senza dimora con più di 65 anni

Rispetto alle persone senza dimora con più di 65 anni (sia in strada, che nei dormitori da cui devono uscire per raggiunti limiti massimi d'età) e, più in generale, rispetto alle persone anziane che non possono più continuare a vivere presso il proprio domicilio, deve preferirsi l'utilizzo di forme abitative stabili e in vario grado assistite.

L'anziano, in molti casi, ha la possibilità di accedere a risorse economiche minime e stabili, come alcune forme pensionistiche (es. la pensione di anzianità o l'assegno sociale), con le quali può permettersi il mantenimento di posti letto, abbattendo i rischi di peggioramento della salute e di malessere che la strada comporterebbe.

Non necessariamente ciò comporta il ricovero in strutture residenziali quali case di riposo o RSA (Residenza Sanitaria Assistita). Ove appropriato vanno considerati servizi "più leggeri", sia in termini assistenziali che di costi, che garantiscano alla persona un luogo dove poter vivere nel benessere. Tra queste forme abitative rientrano le comunità alloggio, le case famiglia e i gruppi appartamento.

Si raccomanda di:

- **riservare l'inserimento in RSA alle situazioni di maggior compromissione psicofisica effettuando parimenti una ricognizione circa il numero di posti complessivamente disponibile nelle diverse strutture del territorio per ricoveri di questo genere e delle risorse a ciò dedicabili dalla pubblica amministrazione e dal terzo settore;**
- **individuare 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*;**
- **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;**

- 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;
- limitare al massimo le dimissioni da strutture di persone over 65 ove non siano immediatamente disponibili soluzioni abitative alternative;
- monitorare mediante l'attivazione di risorse di prossimità le condizioni di vita in strada delle persone senza dimora anziane particolarmente compromesse e che non si riesca a ricondurre in strutture, al fine di poter prontamente attivare dispositivi di emergenza in caso di necessità.

Si consiglia di creare un sistema di monitoraggio e allerta rapido degli ingressi o ricadute in condizione di homelessness delle persone over 65 al fine di consentire la minor permanenza dei medesimi all'interno del circuito delle strutture ordinarie.

2.1.6 Le persone senza dimora con problemi di salute fisica, psichica e di dipendenza

Le problematiche di salute fisica e psichica e le diverse forme di abuso di sostanze psicotrope, fino alla grave dipendenza, si osservano in percentuale assai significativa nelle persone che vivono la condizione di *homeless*. Lo evidenziano molti studi effettuati a livello nazionale e internazionale, con percentuali simili. Citiamo, a titolo di esempio, uno studio¹¹ effettuato nel 2014 che ha coinvolto 2500 soggetti senza dimora rilevando che: il 73% riferisce sintomi di natura fisica e il 41% li accusa da diverso tempo. L'80% del campione intervistato riferisce qualche forma di disturbo mentale e il 45% ha ricevuto la diagnosi di malattia mentale da parte dello specialista di un servizio. Il 39% del campione assume sostanze stupefacenti o è stato ricoverato per le conseguenze di un abuso. Il 27% è stato almeno una volta ricoverato per cause legate all'abuso alcolico. Il 35% degli intervistati è stato portato almeno una volta in Pronto Soccorso nei precedenti 6 mesi e, nello stesso periodo, il 26% è stato ricoverato in ospedale per un periodo più o meno lungo. L'esperienza della malattia fisica e mentale e dell'abuso di sostanze nella popolazione *homeless* è quasi doppia rispetto alla popolazione generale.

Pur trattandosi di un elemento rilevante per i ricercatori, nella pratica degli interventi non è mai prioritario accertare se sia accaduto prima l'esordio della patologia o la caduta nella condizione *homeless*. Sono invece molto importanti - e spesso disattese - tutte le azioni volte ad intervenire sui determinanti sociali (condizioni igieniche e ambientali, contesto relazionale, casa, lavoro, accesso ai servizi, disponibilità di denaro, etc.) della malattia fisica e mentale che causano nei soggetti vulnerabili nuovi esordi di malattia, aggravamento delle patologie esistenti e comorbidità. Si sa, e molti dati lo confermano, che la vita sulla strada e in condizioni abitative precarie aumenta i tassi di malattia respiratoria nonché il rischio di malattie infettive. Si conosce la ricca disponibilità di droghe e alcolici scadenti che la vita di strada e la vita ai limiti della legalità offrono a coloro che non hanno dimora.

Tra gli italiani si rilevano maggiormente i casi di soggetti con patologie psicotiche molto gravi che durano da anni e che spesso non sono mai state trattate da specialisti.

Per quanto riguarda gli immigrati (specie richiedenti asilo) è conosciuta la situazione di soggetti gravemente traumatizzati da condizione di tortura subita, di guerra vissuta o di esperienza drammatica dell'uccisione dei propri familiari davanti agli occhi in modo brutale – è il caso dei numerosi soggetti che sbarcano sulle coste della nostra penisola – che possono sviluppare importanti reazioni psichiche (che la psichiatria definisce Disturbo Post Traumatico da Stress o DPTS) che si aggravano ulteriormente quando si presentano occasioni, anche lievi, di riedizione del trauma subito. Così può capitare che un soggetto che ha resistito per anni ad una condizione di tortura abbia poi un crollo psichico nel nostro paese se viene guardato con sospetto da soggetti in divisa o se viene stratonato, o se si sente isolato e soffre la lontananza dei familiari. Traumi apparentemente banali fungono da detonatore e “risvegliano” la sofferenza relativa a fatti ben più gravi. Pur essendo gli individui più forti quelli che affrontano i viaggi difficili e che resistono in condizioni di violenza diffusa, una volta giunti nel nostro paese diventano

¹¹ *The unhealthy state of homelessness. Health audit results 2014.* A cura di Homeless link. Disponibile al seguente indirizzo web: <http://www.homeless.org.uk/facts/our-research/homelessness-and-health-research>

soggetti particolarmente vulnerabili e a rischio decisamente aumentato rispetto al resto della popolazione di sviluppare malattia. La loro traiettoria migratoria, che spesso considera il nostro paese solo come luogo di transito, rende più complessa una gestione organica e continuativa della situazione sanitaria dal punto di vista fisico (per le caratteristiche del viaggio) e per i traumi di carattere psicologico che segnano sia le modalità di uscita dai luoghi di origine sia le possibili violenze (specie alle donne) lungo il tragitto migratorio.

In merito alle pratiche attuali si rilevano alcune carenze molto significative a proposito degli interventi di salute e cura:

- la scarsa conoscenza da parte del personale sociale e sanitario che svolge le prime azioni di ascolto e soccorso della complessità delle problematiche che riguarda le persone *homeless*: i percorsi che possono portare un italiano alla condizione *homeless*, le questioni legali e i determinanti sociali che contribuiscono a causare o aggravare le patologie, le storie dei gruppi di stranieri presenti nel paese, i fenomeni mondiali che causano una certa immigrazione;
- la frammentazione delle risposte a cui si è abituati in virtù di una organizzazione dei servizi incentrata sui bisogni espressi e non sui bisogni inespressi e sulla persona;
- una visione eccessivamente sanitarizzata della salute che induce la messa a fuoco del sintomo o della sindrome ma non della situazione complessiva del soggetto: storia di vita e non solo della malattia, situazione abitativa, lavorativa, legale, relazionale, psicologica;
- una scarsa attitudine dei servizi di salute esistenti ad “andare verso il paziente” più che ad “attendere che il paziente arrivi”.

Per l'intervento sui soggetti *homeless* che presentano problematiche di salute fisica, psichica e abuso di sostanze si raccomanda:

- **una formazione specifica alla complessità e in grado di cogliere facilmente i nessi tra la malattia fisica, la malattia mentale e l'abuso di sostanze;**
- **un luogo di primo approccio multidisciplinare che possa offrire in prima battuta e contestualmente sia risposte di tipo sanitario che risposte di tipo relazionale e sociale. Tale luogo, prima che essere fisico, riguarda la mentalità e le competenze dell'operatore coinvolto;**
- **la valutazione immediata dell'idoneità dei documenti e la messa in regola per quanto possibile della posizione sanitaria al fine di garantire il maggior livello di prestazioni utili e necessarie;**
- **l'attivazione il prima possibile di servizi socio-sanitari del territorio, entro un contesto abitativo sufficientemente stabile, indispensabile per effettuare la grande maggioranza delle cure;**
- **la disponibilità ad accompagnare il soggetto presso i servizi specialistici e a rimanere in contatto con i diversi specialisti per seguirne il percorso (funzione di case management);**
- **evitare per quanto possibile la costituzione di presidi sanitari temporanei o permanenti dedicati esclusivamente alla popolazione *homeless* privilegiando la definizione di percorsi di accesso anche agevolati al sistema sanitario territoriale;**
- **gestire la eventuale somministrazione di farmaci da banco alle persone senza dimora in maniera coordinata con le autorità sanitarie locali e comunque sotto la vigilanza di personale specializzato.**

Si consiglia, specie nelle situazioni dove siano compresenti forti tratti di multietnicità e povertà sanitaria, contrassegnata anche da alcolismo e tossicodipendenza, un monitoraggio congiunto con i servizi specialistici, teso a fornire:

- *un quadro sanitario del disagio di strada con analisi delle peculiarità antropologiche, culturali, etniche, epidemiologiche e sociali della popolazione target e la distribuzione sul territorio della città;*
- *rilevazione dati circa la tipologia delle prestazioni erogate e la valutazione dell'impatto che hanno generato rispetto al benessere dei soggetti beneficiari.*

2.1.7 Le persone senza dimora che patiscono discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere

In Italia il genere e l'orientamento sessuale nell'ambito dell'intervento con le persone senza dimora sono variabili ancora poco studiate, ma appaiono fortemente significative in tutte le ricerche nazionali e internazionali svolte (negli USA si stima almeno il 30% di persone lesbiche, gay, bi o trans tra i giovani *homeless*).

Le problematiche specifiche sono collegate alla discriminazione e allo stigma, dove nella discriminazione includiamo sia aspetti visibili (aggressioni verbali o fisiche, rifiuti nelle richieste di lavoro) che invisibili (rimozione del tema dai discorsi, senso di inferiorità nelle persone, difficoltà a formulare richieste d'aiuto). La specificità della questione risiede nel chiamare direttamente in causa il contesto culturale: è come culturalmente si concepiscono l'essere uomo, donna, trans e l'essere etero, omo o bisessuale che condiziona il benessere, o più spesso il malessere, di intere categorie di persone.

Se molto spesso già la povertà in sé è oggetto di stigma, l'essere discriminati per il proprio genere o orientamento sessuale moltiplica il problema, in particolare negli ambiti riguardanti:

- la sicurezza personale: le strutture di accoglienza, in particolare in assenza di adeguati spazi di intimità, non risultano sicure per persone LGBT dichiarate, soprattutto per le persone trans e per i giovani adulti rifiutati dalle famiglie;

- l'immagine di sé-autostima: il considerarsi di poco valore in quanto persone LGBT ha ricadute sulla ricerca di casa, lavoro e sulla cura di sé.

- la rete familiare-affettiva: venendo rifiutati dal proprio contesto si perdono risorse per l'autosufficienza e si creano traumi in grado di consolidare il percorso di marginalizzazione della persona;

- l'appartenenza alla comunità: le persone LGBT possono essere esposte al doppio vincolo del dichiararsi e perdere le proprie relazioni e appartenenze o non dichiararsi e reprimere la propria identità. L'azione della discriminazione sulla vita delle persone è significativa sia come causa della *homelessness* che come elemento in grado di condizionare il successo o l'insuccesso dell'intervento.

Oltre la logica di mettere in sicurezza la persona, gli interventi dovrebbero tenere conto dell'azione sul contesto; si raccomanda pertanto di:

- **agire trasversalmente in tutti gli interventi per il superamento degli stereotipi e dello stigma, in primis nella persona discriminata;**
- **lavorare specificamente, nella relazione di aiuto, sull'apertura personale, sulla presa di coscienza e la formulazione del problema, individuazione di contesti non discriminanti e il lavoro sulle relazioni con gli "altri significativi";**
- **formare specificamente gli operatori alla acquisizione di sensibilità, visione e strumenti per rovesciare la cultura dell'invisibilità e permettere l'emersione del tema, prima ancora che l'elaborazione di soluzioni efficaci;**
- **strutturare azioni congiunte con le eventuali organizzazioni che, sul territorio, già si occupano di tematiche di genere o LGBT per creare occasioni di incontro e confronto, sia per le persone *homeless* che per gli operatori e la comunità;**
- **sviluppare servizi dedicati o modalità di accesso dedicate all'interno dei servizi ordinari (sportelli, numeri di telefono amici, appartamenti protetti) per permettere risposte più efficaci e l'emersione di problematiche altrimenti nascoste;**
- **sviluppare servizi di mediazione familiare e comunitaria per creare contesti non discriminanti;**
- **prevedere forme dedicate di assistenza legale e sanitaria.**

La relativa numerosità di questo tipo di popolazione consente di effettuare un monitoraggio dell'efficacia, efficienza e impatto di tali servizi molto puntuale e precisa.

Si consiglia un'attenzione specifica per tali dati e un loro utilizzo nella valutazione dell'incidenza di tali servizi sul benessere delle persone coinvolte

2.2 La residenza

La questione della residenza anagrafica per le persone senza dimora, spesso caratterizzata dall'assenza di una residenza stabile e certificata, è nodale nella gestione degli interventi di contrasto alla grave marginalità. Il concetto giuridico di residenza trova le sue basi nell'art. 43 del Codice Civile che così dispone: "Il domicilio di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito la sede principale dei suoi affari ed interessi. La residenza è nel luogo in cui la persona ha la dimora abituale".

La residenza anagrafica, in estrema sintesi, contrariamente a quello che spesso si pensa, non consiste esclusivamente nel possedere un alloggio dignitoso e commisurato ad alcuni standard, ma nell'essere persona abitualmente presente in un luogo dato. Questa presenza assumerà rilievo utile per l'iscrizione nei registri anagrafici, al di là delle caratteristiche del luogo in cui il cittadino dichiara di essere abitualmente presente.

Se il concetto di "dimora" indica, di fatto, una relazione giuridicamente debole che una persona ha con il luogo in cui abita e permane, ben più vincolante è il concetto di domicilio. Esso, infatti, esprime un vincolo di diritto più stretto tra una persona e il luogo dove essa "ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi". La Corte di Cassazione (sentenza 7750 del 20 luglio 1999 – Corte di Cassazione – Sezione II) ha stabilito che per "affari e interessi" si devono intendere "tutti i rapporti e tutte le relazioni di qualsiasi natura, personali, sociali, familiari, economiche e morali, aventi per oggetto interessi di ogni genere"; una definizione molto ampia che ben si adatta anche a situazioni estreme, quali quelle delle persone senza dimora, che spesso hanno relazioni deboli con il luogo nel quale eleggono il domicilio.

L'ordinamento giuridico prevede una norma specifica per la residenza anagrafica delle persone senza dimora, norma contenuta all'articolo 2, comma 3 della legge 1228 del 24 dicembre 1954, nota come "legge anagrafica". Essa stabilisce che "la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel Comune ove ha il domicilio, e in mancanza di questo nel Comune di nascita". L'elezione del domicilio, nell'accezione ampia prevista dalla Cassazione, di fatto, è elemento sufficiente perché una persona senza dimora possa ottenere dal Comune nel quale ciò avviene, la residenza anagrafica.

Il non riconoscimento di questo diritto da parte di molti Comuni, in violazione della normativa vigente, oltre a non consentire un diritto di piena cittadinanza alle persone senza dimora, rende complicato o, più spesso, impossibile l'accesso ai servizi assistenziali e sanitari e l'esigibilità degli stessi da parte di questo specifico target di utenza.

Solitamente infatti gli ordinamenti comunali e l'organizzazione dei servizi sociali privilegiano il criterio formale ovvero la residenza anagrafica per regolare l'accesso.

Una prima soluzione per rendere fattiva l'iscrizione delle persone senza dimora nei registri anagrafici è fornita dalle note illustrative della legge anagrafica (legge 1228 del 24 dicembre 1954), nonché dal regolamento DPR 223 del 30 maggio 1989, dove si suggerisce l'istituzione, in ogni comune, di una sezione speciale "non territoriale" nella quale elencare e censire come residenti tutti i "senza fissa dimora" e i "senza tetto" che avessero eletto domicilio al fine di ottenere la residenza anagrafica, individuando allo scopo una via territorialmente non esistente ma conosciuta con un nome convenzionale dato dall'ufficiale di anagrafe.

È bene precisare che l'individuazione di un indirizzo specifico non è indispensabile per l'elezione di domicilio in sé (ricordiamo che il Codice Civile fa riferimento al "territorio comunale" e non ad un singolo alloggio e/o indirizzo) ma per la reperibilità del richiedente (ricevimento della posta, di atti giudiziari, ecc.).

In alcuni casi si sono riscontrate delle criticità connesse a richieste di vario genere (documentazione comprovante lo svolgimento di attività lavorativa nel territorio comunale, disponibilità di un'abitazione, accertamento assenza di precedenti penali, presenza di contratti di utenza, valutazione favorevole da parte dei Servizi Sociali ecc.) alle quali subordinare la concessione della residenza. Si tratta anche in questi casi di forzature e prassi non rispettose dell'ordinamento giuridico che, di fatto, impediscono a molti cittadini stabilmente presenti nei nostri comuni di iscriversi nei registri anagrafici. Ciò è stato ulteriormente ribadito da una circolare del Ministero degli Interni (Circolare n. 8 del 29 maggio 1995) nella quale, ricordando che il servizio anagrafico è svolto dai Comuni per conto dello Stato e che pertanto il Sindaco, agendo in qualità di ufficiale di Governo, è obbligato ad applicare quanto previsto dall'ordinamento nazionale, si definisce "contraria alla legge e lesiva dei diritti dei cittadini" qualsiasi

richiesta di documentazione supplementare. Riconoscendo l'iscrizione anagrafica come dovere e diritto soggettivo del cittadino, la stessa circolare precisa che l'atto di vincolarla a condizioni non previste dalla legge e dal regolamento anagrafici, costituisce altresì una palese violazione dell'art. 16 della Carta Costituzionale limitando la libertà, riconosciuta a qualsiasi cittadino, di spostamento e stabilimento sul territorio nazionale.

In pratica la funzione dell'anagrafe è essenzialmente di rilevare la presenza stabile, comunque situata, di soggetti sul territorio comunale, e tale funzione non può essere alterata dalla preoccupazione di tutelare altri interessi, anch'essi degni di considerazione, quale ad esempio l'ordine pubblico, l'incolumità pubblica, per la cui tutela dovranno essere attivati idonei strumenti giuridici, diversi tuttavia da quello anagrafico.

La discrezionalità dell'ufficiale di anagrafe si esercita esclusivamente nelle modalità di accertamento dell'effettiva residenza abituale sul territorio comunale della persona che fa richiesta di residenza. Nel caso di persona senza dimora tale accertamento può effettivamente comportare difficoltà particolari e richiede attenzioni specifiche. Si raccomanda pertanto che:

- **tutti i Comuni, nel rispetto della legge dello Stato, riconoscano a qualsiasi persona senza dimora che ne faccia richiesta e che ne abbia titolo, la possibilità di essere iscritta nei registri anagrafici secondo le modalità previste dalla legge;**
- **l'istituzione delle eventuali vie fittizie presso le quali effettuare l'iscrizione sia fatta evitando di utilizzare toponimi stigmatizzanti ovvero che consentano una agevole identificazione da parte di terzi della persona come senza dimora;**
- **sia privilegiata, rispetto alla identificazione di vie fittizie inesistenti, una sede operativa dell'amministrazione, preferibilmente l'ufficio del servizio sociale in modo da permettere alla persona il ricevimento della posta e degli atti ufficiali;**
- **la concessione della residenza sia inserita all'interno di un percorso di presa in carico da parte del servizio sociale o sanitario e di definizione del piano individualizzato di assistenza;**
- **l'ufficiale anagrafico e/o il vigile ispettore conducano gli accertamenti volti a confermare l'abituale presenza del richiedente sul territorio comunale mediante visita diretta nei luoghi ove la persona ordinariamente è presente, anche ove si trattasse di luoghi aperti o sistemazioni precarie; qualora la persona non fosse rinvenuta si raccomanda inoltre, prima di esprimere un diniego, di raccogliere informazioni dirette e indirette circa l'effettiva presenza del richiedente presso i terzi che, per qualsivoglia ragione, possano essere ritenuti informati sui fatti;**
- **l'eventuale concessione della residenza presso associazioni o altri luoghi che concedano alle persone senza dimora l'elezione di domicilio o di residenza in convivenza venga regolata attraverso apposito accordo procedimentale con l'anagrafe comunale.**

La struttura informatizzata dell'anagrafe consente una semplice e veloce elaborazione dei dati. Si consiglia per l'analisi e il monitoraggio delle residenze concesse la definizione di specifici protocolli di collaborazione tra Anagrafe, Servizi Sociali Territoriali e Associazioni coinvolte.

2.3 La gestione dell'emergenza

I dispositivi più maturi prevedono in anticipo la possibilità che possano verificarsi eventi di tipo emergenziale e hanno piani predeterminati per l'attivazione di tali servizi, che ne facilitano e velocizzano il dispiegamento, rendendolo più efficace e meno costoso. Tali piani non vanno tuttavia confusi ad esempio con i cosiddetti "piani freddo" di alcune città che, come visto, non sono dispositivi emergenziali ma piani di potenziamento dei servizi ordinari in casi predeterminati, che rientrano in una previa programmazione e comportano un dispiegamento preventivo e di durata certa dei relativi servizi. Sulla base dell'analisi delle prassi esistenti, sotto un profilo pragmatico, si può raccomandare di:

- pianificare risposte programmate allorquando l'insorgenza dei fenomeni acuti sia prevedibile, così da ridurre i margini per dover intervenire in emergenza, tenuto conto che in tali casi (ad es. il freddo invernale) gli interventi pianificati sono meglio gestibili e più economici ed efficaci degli interventi emergenziali, per lo meno qualora si considerino complessivamente i costi di questi ultimi;
- nella pianificazione degli interventi, considerare che le risorse di volontariato mobilitate in occasione degli emergenze operano in maniera più efficace e per tempi più lunghi qualora vi sia un efficace coordinamento da parte dell'amministrazione pubblica;
- sfruttare il miglior coordinamento delle gestioni emergenziali per consentire ai servizi ordinari di venire in contatto in maniera efficace con persone che altrimenti avrebbero potuto non rivolgersi loro, facilitando percorsi di avvicinamento, orientamento e possibile presa in carico altrimenti preclusi;
- porre particolare attenzione alla chiusura dei servizi di emergenza, che può rappresentare un momento particolarmente critico sia per le persone senza dimora ivi accolte che per i servizi ordinari se non gestito con una strategia specifica di comunicazione o inclusione in altri servizi i;
- investire – specialmente in periodi in cui l'emergenza non c'è e in collaborazione con i servizi per le persone senza dimora esistenti sul territorio – in percorsi di formazione incentrati sulla problematica della grave emarginazione adulta riservati agli operatori dell'emergenza (siano essi forze dell'ordine, volontari, professionisti della protezione civile o gruppi informali).

In alcune città si sono messe a punto in questo campo buone pratiche che hanno condotto, oltre che ad una gestione coordinata del fenomeno, anche ad un più razionale finanziamento degli interventi, che è stato effettuato non solo a valere sui fondi sociali del Comune interessato ma anche sui fondi per la protezione civile del Comune stesso, permettendo così al bilancio dei servizi sociali della città un migliore equilibrio anche in questa fase.

Tale approccio potrebbe, con opportuni accordi, essere esteso al coinvolgimento nella programmazione dei dipartimenti di Protezione Civile regionali ed a quello nazionale, per reperire le risorse necessarie anche in quei territori ove i Comuni non riuscissero a provvedere da sé. Al momento in Italia non sono peraltro noti accordi di questo tipo.

2.4 I servizi di strada

Il lavoro di strada è un'azione sociale dai confini tuttora incerti che richiede di passare da una logica dei servizi ad una modalità che presuppone di muoversi nel territorio e nelle strade, alla ricerca delle tracce dei passaggi e dei percorsi di vita dei singoli individui e di gruppi. Presuppone che l'operatore di strada abbia una disponibilità molto alta al lavoro in situazioni di incertezza (in senso metaforico al lavoro "senza protezione"), quindi sperimentale in ordine al ruolo, alla professionalità, allo stile relazionale, alle attese.

Nei luoghi dove la gente vive e dove si generano le condizioni di disagio e di sofferenza, l'operatore di strada può inserirsi come "interlocutore privilegiato", negoziatore che ascolta, ricerca, accoglie, ma anche informa, fornisce gli strumenti, accompagna e sviluppa varie risposte sociali.

Nell'ambito degli interventi finalizzati al contrasto e alla prevenzione dell'*homelessness* e delle dipendenze patologiche, le unità di strada sono tra i servizi più diffusi e svolgono funzioni di prossimità sul territorio, con azioni di informazione, sensibilizzazione e riduzione dei rischi legati alla vita "di strada", oltre che interventi di riduzione del danno rivolti a persone con dipendenza patologica.

I servizi di strada sono spesso il primo, e a volte l'unico, contatto che le persone senza dimora hanno con il mondo dei servizi. La loro funzione pertanto non si limita a un compito soltanto assistenziale ma anche di orientamento. Un buon approccio in strada è il più delle volte decisivo per l'accessibilità al sistema territoriale di servizi.

Non è tanto rilevante quale assistenza i servizi offrono in strada quanto come la offrono. La risposta ai bisogni primari è tanto più efficace quanto più percepita come parte di un sistema più articolato. Si possono offrire coperte, cibo e bevande calde in gran quantità ma se insieme ad esse non si riesce a

proporre l'accesso ad una relazione di aiuto e a un sistema di servizi coerenti con la possibilità di uscire dalla strada, il sollievo che tali interventi comportano è destinato a rimanere fittizio.

Per impostare e gestire efficacemente un servizio di strada si raccomanda pertanto di:

- stabilire uno stretto coordinamento tra chi già, a qualsiasi titolo, opera in strada e i servizi esistenti, al fine di proporre alle persone senza dimora che si incontrano interventi coerenti e informazioni corrette;
- dedicare un'attenzione specifica alla formazione del personale professionale e volontario delle unità di strada rispetto alle tipologie delle relazioni di aiuto che in questo contesto possono avvenire;
- fornire ai gruppi che operano in strada un supporto logistico che consenta di mantenere omogenea ed adeguata durante tutto il corso dell'anno l'offerta di beni e servizi che vengono proposti;
- organizzare i servizi di strada in modo tale da garantire la copertura costante di alcune zone stabili di riferimento insieme ad una mobilità sul territorio che consenta di andare a cercare le persone senza dimora anche in luoghi non abituali;
- dotare le unità di strada di operatori secondo una logica multidisciplinare (ad es. educatori, assistenti sociali, personale sanitario, ecc.) capace di cogliere la multiproblematicità delle situazioni di chi vive in strada;
- garantire la possibilità per gli operatori di strada di dare accesso immediato, mediante canali preferenziali, ai servizi della rete (ad es. accoglienze notturne, docce, deposito bagagli, centri di distribuzione, ecc.) alle persone che ne fanno richiesta e ne hanno la possibilità;
- privilegiare l'avvio di interventi in strada che non si limitino a dare risposte a bisogni primari (sola distribuzione di generi alimentari e di conforto), ma che, anche attraverso la distribuzione degli stessi, valorizzino la componente relazionale per favorire l'aggancio e l'orientamento/accompagnamento ai servizi, pubblici e privati;
- riconoscere agli operatori di strada un più ampio ruolo di mediazione e negoziazione con il territorio nonché di ricognizione del disagio nascosto, utile non solo per il contrasto della grave emarginazione ma più in generale per l'intervento sociale a favore della comunità.

Nel lavoro di strada è spesso più importante l'analisi e il monitoraggio dei percorsi delle persone che si incontrano che non la contabilità meramente quantitativa degli interventi effettuati, pur essendo quest'ultima più semplice da mantenere e più direttamente percepibile dalla comunità e dai media.

Si consiglia, senza trascurare gli aspetti quantitativi, di prestare particolare attenzione al monitoraggio delle presenze e dei percorsi delle persone nei luoghi ove il servizio viene effettuato, allo scopo di prevenire eccessivi dropouts dal sistema dei servizi e di reagire con prontezza ad eventuali situazioni di emergenza.

2.5 Le strutture di accoglienza

Le strutture di accoglienza per le persone senza dimora sono l'infrastruttura materiale più evidente ed importante di un sistema territoriale di contrasto alla grave emarginazione, anche se, fuori da un contesto strategicamente orientato, esse rischiano di ridursi a meri contenitori per un problema in cui la domanda sembra apparire sempre superiore all'offerta.

Per quanto molte strutture ricoprono più funzioni in un medesimo spazio, è opportuno distinguere il ruolo di tali strutture a seconda che si tratti di strutture notturne o diurne.

2.5.1 Le strutture di accoglienza notturna

2.5.1.1 Bassa soglia

Le strutture di accoglienza notturna sono tra i servizi per persone senza dimora i più richiesti e allo stesso tempo i meno diffusi come dimostrano i dati Istat secondo i quali meno della metà delle persone che vivono in strada riesce a trovare accoglienza per la notte nel momento in cui la cerca.

Tale criticità deriva sia dalla disponibilità fisica di posti letto in ciascun territorio sia dalle modalità organizzative interne alle strutture di ospitalità.

Non esistono a livello nazionale “regole di ingaggio” e disciplinari di intervento comuni e condivisi per questo tipo di strutture e spesso, anche a livello territoriale, ciascuna struttura tende a organizzarsi con regole proprie sulla base delle proprie disponibilità di risorse ed esigenze organizzative.

Nella prassi si possono distinguere, tra i servizi di cui al precedente punto, tre principali modelli di accoglienza notturna:

- i dormitori;
- le comunità;
- gli alloggi.

In un sistema territoriale di servizi orientato alla logica *housing led* o *housing first* l’obiettivo principale dovrebbe essere quello di utilizzare l’accoglienza notturna in strutture ad ampia ricettività esclusivamente come soluzione emergenziale e di transito in attesa di reperire, nel minor tempo possibile, una soluzione alloggiativa stabile e adeguata per ciascuna persona.

L’accesso ai servizi di bassa soglia come i dormitori è quasi sempre inquadrato in un sistema di regole (possessione del buono di ingresso, colloqui di valutazione, rispetto degli orari di entrata e di uscita della struttura, etc.) che impone alla persona di adattare la propria organizzazione di vita alle esigenze del servizio offerto. Ne deriva, per la persona, un condizionamento che inibisce gradualmente la capacità di sviluppare autonomia e autodeterminazione. Risulta evidente come la risposta emergenziale del dormitorio protratta nel lungo periodo sia predittiva di una regressione del livello di “capacitazioni” e di “funzionamenti” della persona e come progressivamente la inducano a rinunciare ad un percorso progettuale di uscita dalla propria condizione di senza dimora.

È necessario, pertanto, che i sistemi orientati ad un approccio *housing led* rivedano e riorganizzino le proprie strutture di accoglienza notturna esistenti in funzione dell’obiettivo di garantire a tutte le persone accolte, una sistemazione alloggiativa stabile e non istituzionalizzante entro tempi ragionevoli, che possono essere quantificati in circa tre mesi.

Nei territori dove non siano presenti strutture di asilo notturno, qualora si intenda dotarsi di un sistema di servizi per persone senza dimora dovrà essere esclusa la prospettiva di realizzare investimenti in dormitori permanenti per progettare da subito sistemi di accoglienza *housing led* eventualmente supportati da strutture di emergenza e transito.

Poiché molte sono le strutture di accoglienza esistenti e non è né semplice né immediato gestire la transizione da un approccio emergenziale o a gradini verso un approccio *housing led*, può essere utile tenere presenti alcune specifiche raccomandazioni che possono contribuire a rendere più efficaci, umanizzanti ed accoglienti le strutture notturne esistenti.

Nel caso di **dormitori di emergenza** si raccomanda di:

- **garantire il presidio costante di tali strutture con personale formato e preparato non solo per la vigilanza ma anche per l’orientamento sociale e sanitario;**
- **evitare il più possibile la promiscuità interna alle strutture e cercare di garantire quanti più spazi di privacy individuale;**
- **garantire uno stretto coordinamento tra queste strutture e le altre strutture del sistema al fine di indirizzare il più rapidamente possibile le persone che ne facciano richiesta verso altre sistemazioni;**
- **coinvolgere nella gestione di tali strutture il maggior numero di organizzazioni comunitarie possibile al fine di ridurre l’impatto e il possibile allarme sociale che esse generano nel territorio;**
- **considerare tali presidi alla stregua di veri e propri dispositivi di protezione civile coinvolgendo le relative autorità anche per quanto riguarda il finanziamento delle stesse.**

Nel caso di **dormitori gestiti con continuità durante l’anno** si raccomanda di:

- evitare la compresenza di un numero eccessivo di persone nella medesima struttura suddividendo eventuali immobili di grandi dimensioni in spazi di accoglienza più piccoli e differenziati in base alla tipologia di persone accolte;
- preferire l'accoglienza in stanze di piccole dimensioni possibilmente dotate di un numero dispari di letti;
- garantire l'accoglienza in edifici che, nel rispetto delle norme vigenti, siano dichiarati idonei dalle autorità competenti dal punto di vista della sicurezza, dell'igiene, della salubrità e del risparmio energetico;
- prevedere una disponibilità di servizi igienico-sanitari tale da consentire un sufficiente rispetto della privacy individuale;
- allestire in ogni struttura box, armadietti o altri spazi che possano essere utilizzati dalle persone in via esclusiva o riservata per la custodia dei beni personali;
- prevedere periodi di accoglienza congruenti con le esigenze progettuali di ciascuno così come definite nei relativi percorsi di presa in carico individuale; allo stato attuale una accoglienza inferiore ai tre mesi eventualmente rinnovabili risulta poco congrua rispetto a possibili percorsi di inclusione a meno che la struttura non sia esplicitamente configurata come struttura di prima accoglienza e transito rapido verso altre sistemazioni;
- stabilire circuiti di comunicazione continui ed efficaci tra la struttura e tutti gli altri servizi rivolti agli ospiti accolti;
- coinvolgere le persone ospiti della struttura nel maggior numero di attività possibili relative alla manutenzione e alla cura degli ambienti a meno che non si tratti di prime accoglienze a transito rapido;
- curare la comunicazione e la relazione con il contesto sociale ambientale in cui la struttura è inserita per mediare eventuali conflitti e rendere meno stigmatizzante per le persone l'accesso alla struttura stessa;
- prevedere specifiche azioni mirate all'attivazione e al potenziamento della partecipazione degli ospiti in modo da creare, negli ambiti in cui questo sia possibile, una gestione parzialmente condivisa tra operatori e persone accolte.

2.5.1.2 Accoglienza prolungata

Nel caso di *Comunità semiresidenziali o residenziali* si raccomanda di:

- utilizzare il percorso di vita comunitaria per facilitare la formazione di contesti relazionali e di capacità che, promuovendo il maggior grado di autonomia possibile in ciascuna persona, consentano il passaggio a sistemazioni alloggiative anche in convivenza stabili e durature;
- specializzare sempre più tali strutture verso l'accoglienza stabile e permanente di persone per le quali sia difficile immaginare gradi di autonomia ulteriore;
- stimolare il maggior livello di partecipazione possibile degli ospiti non solo nella gestione ma anche nell'organizzazione e nell'animazione della struttura.

Nel caso di *alloggi*, essendo tali strutture intrinsecamente congruenti con un intervento di tipo *housing led*, si raccomanda di:

- limitare al massimo il turn over delle persone inserite in alloggio e legarlo in modo molto solido a specifici obiettivi del progetto personalizzato di ciascuno;
- curare in maniera attenta le dinamiche di mediazione con il contesto sociale e ambientale in cui l'alloggio è ubicato;
- garantire un presidio leggero della struttura attraverso operatori dotati di competenze specifiche nel campo della facilitazione e della mediazione relazionale.

Oltre alla raccolta di dati quantitativi inerenti ai servizi erogati e ai pernottamenti effettuati in struttura, si consiglia l'adozione in questo tipo di strutture di indicatori di benessere individuale attraverso i quali misurare periodicamente come le dinamiche in atto all'interno delle stesse e l'organizzazione incidono sui percorsi delle persone inserite e sulla qualità

della loro vita. Si tratta di forme di misurazione e valutazione trasversali che devono vedere coinvolti gli operatori della presa in carico ma che hanno nelle accoglienze notturne un luogo di osservazione privilegiato. Modelli di valutazione multidimensionale possono essere proficuamente impiegati in contesti come questo.

2.5.2 Strutture di accoglienza diurna

I diversi tipi di accoglienza diurna esistenti si caratterizzano in base a due necessità prevalenti: l'offerta di spazi di socializzazione e rifugio durante il giorno a chi non ne disponga e l'offerta di contesti protetti in cui recuperare o sviluppare abilità o comunque impiegare in modo significativo e produttivo il proprio tempo.

Si tratta di obiettivi senza dubbio importanti ma dietro ad essi si cela un duplice rischio. Innanzitutto, saturare il tempo delle persone senza dimora mediante un'offerta non differenziata che per alcuni può risultare controproducente o incentivare meccanismi di adattamento negativo. Il secondo rischio è di costruire percorsi o aspettative che qualora non abbiano uno sbocco concreto al di fuori del circuito dei servizi appaiono destinati a generare ulteriore frustrazione e perdita di fiducia nelle persone e negli operatori coinvolti.

Gli interventi e le prestazioni erogate dai centri diurni siano dunque programmate e indirizzate alla persona in chiave propedeutica e preliminare alla strutturazione di un percorso di aiuto di più lungo periodo.

In quest'ottica è determinante predisporre la presa in carico della persona senza dimora mediante una fattiva collaborazione e integrazione tra servizi sociali e sanitari pubblici.

Al fine di valorizzare e impiegare al meglio le risorse di accoglienza diurna si raccomanda di:

- **nel caso di centri diurni di accoglienza e socializzazione, separare per quanto possibile gli spazi dedicati alla socialità dagli spazi dedicati alla fruizione di servizi in risposta ai bisogni primari (docce, distribuzione indumenti, etc.), destinando competenze specifiche a ciascuna delle due attività;**
- **organizzare gli spazi dedicati ai servizi igienico-sanitari in modo tale da evitare promiscuità e garantire a ciascuna persona una sufficiente privacy e libertà di movimento (es. in un servizio docce fare in modo che i box doccia siano singoli e dotati di un antibagno dove le persone possano spogliarsi e rivestirsi dopo la doccia);**
- **strutturare sempre all'interno dei centri diurni un'area dove le persone possano riporre in maniera sicura e riservata i propri effetti personali e gli eventuali bagagli che necessitano di un deposito;**
- **consentire nei servizi di distribuzione quanto più possibile la scelta libera delle persone tra i beni disponibili in modo da favorire un'esperienza più simile a quella dell'acquisto che a quella di ricevere un'elemosina;**
- **aprire per quanto possibile tali strutture alla fruizione da parte di destinatari diversi dalle sole persone senza dimora;**
- **ove non si disponga di strutture di questo tipo, prima di aprirne, verificare la disponibilità dei circoli ricreativi e culturali presenti sul territorio ad effettuare servizi simili in modalità diffusa;**
- **nel caso di laboratori ove si svolgano attività occupazionali significative o lavorative a carattere formativo o di socializzazione, evitare di investire in azioni o ambiti di attività che non presentino garanzie anche minime di utilità ai fini di un successivo inserimento nella vita comunitaria o nel mondo del lavoro; a tal fine si raccomanda in modo particolare la creazione di imprese sociali o un collegamento stretto e congruente tra quelle esistenti sul territorio e i laboratori stessi;**
- **si raccomanda di sfruttare al massimo, entro la rete di questi servizi, le opportunità, le risorse e i finanziamenti che possono provenire da un adeguato coordinamento con i circuiti della formazione professionale, dell'avviamento al lavoro e dell'*empowerment* comunitario.**

Come già indicato per le strutture di accoglienza notturna anche in questo caso, accanto ad una contabilità analitica dei servizi offerti, utile anche ai fini di controllo di gestione, può essere significativa ed opportuna una misurazione periodica della capacità di tali servizi di incidere sul benessere e sui percorsi delle persone coinvolte mediante appositi indicatori anche del tipo di quelli sopra suggeriti.

2.6 Mense e Centri di Distribuzione

Le mense e i centri di distribuzione di alimenti e generi di prima necessità sono ormai nel nostro paese numerosi e consolidati. Negli ultimi cinque anni l'impennata della domanda, senza precedenti dal dopoguerra ad oggi, ha spinto all'auto organizzazione di servizi di questo tipo e al consolidamento di quegli storici. Senza dubbio questi particolari servizi rientrano in quelli denominati più comunemente di "bassa soglia".

L'ampia diffusione di servizi di questo tipo se da un lato è indice di sicura solidarietà e attenzione per le persone senza dimora, dall'altro presenta alcune criticità.

In primo luogo essi tendono a presentare una scarsa differenziazione al loro interno e a offrire contesti difficilmente personalizzati o personalizzabili nei quali concentrare l'attenzione sulla relazione di aiuto.

In secondo luogo sono sempre più utilizzati da persone, non solo senza dimora, che ricorrono a tali servizi come forma di surroga alla mancanza di una misura alternativa di sostegno al reddito.

Infine le modalità organizzative di tali servizi e le scarse risorse economiche per essi disponibili portano spesso a strutturare i menu offerti e la composizione dei pacchi viveri dando preminenza all'impiego dei viveri effettivamente disponibili piuttosto che all'esigenza di assicurare un corretto equilibrio nutrizionale ai fruitori del servizio. Ciò è causa in molti casi di deficit qualitativi nell'alimentazione e di conseguenti complicazioni per la salute.

Per la maggior adeguatezza ed efficacia possibile di tali servizi si raccomanda di:

- **mantenere la massima accessibilità dei servizi prestando attenzione alle diverse categorie di persone che vi accedono e strutturando modalità di fruizione diversificate in base alle esigenze individuali (ad esempio spazi riservati per persone anziane in cui sostare più a lungo e sviluppare socialità; maggior ricorso all'asporto per chi "soffra" la promiscuità interna alla mensa, etc.);**
- **considerare i fabbisogni e l'equilibrio nutrizionali delle persone senza dimora come una priorità organizzativa del servizio specie ove questo sia offerto su base stabile; a questo proposito si raccomanda come già in molte realtà accade di avvalersi della consulenza specifica di nutrizionisti e altri professionisti del settore;**
- **strutturare, anche esteticamente, gli spazi in cui il servizio viene offerto e le modalità di distribuzione considerando anche gli aspetti simbolici del cibo e dell'esperienza del mangiare; molto spesso tali momenti sono tra i più delicati per le persone senza dimora in termini di impatto sulla percezione di sé e sulla propria autostima;**
- **non disgiungere mai i servizi di tipo alimentare da forme, anche leggere, di presa in carico delle persone coinvolte, valorizzando al massimo le connessioni di sistema tra i servizi della rete;**
- **coinvolgere il più possibile le comunità locali in cui il servizio è inserito nella gestione e sostenibilità, vuoi impiegando volontari del territorio nella preparazione e somministrazione dei pasti, vuoi cercando di reperire preferibilmente sul territorio le materie prime utilizzate, vuoi favorendo una cultura dell'economia circolare attraverso riuso e riduzione dello spreco alimentare. Occorrono certamente professionalità specifiche, specie nella gestione delle mense ma l'apporto dei volontari è in questo ambito particolarmente essenziale;**
- **prima di aprire nuove mense e/o nuovi centri di distribuzione alimentare, verificare insieme all'intera rete dei servizi territoriali se il bisogno alimentare sia effettivamente prioritario per le persone che chiedono aiuto e se non vi siano altre modalità per soddisfarlo adeguatamente, magari usufruendo delle risorse commerciali già esistenti (ad esempio convenzioni agevolate con trattorie, rosticcerie, mense aziendali).**

Oltre ai dati quantitativi sui pasti effettuati e la quantità di materie prime impiegate, certamente utili in una logica di fund raising, può essere importante in questi servizi dare evidenza all'impatto positivo che si può riuscire a creare sulle filiere locali di consumo e sulla salute dei fruitori. Si potrebbe ad esempio misurare l'utilizzo di prodotti a km zero, la quantità di alimenti recuperati altrimenti destinati alla distruzione, il bilancio nutrizionale delle prestazioni offerte, etc.

2.7 La presa in carico

Si può parlare di presa in carico in tanti modi diversi. Nell'ambito dell'*homelessness*, in cui è maggiore e più grave il livello di disaffiliazione sociale delle persone coinvolte, presa in carico significa tuttavia una cosa ben specifica: l'attivazione coordinata di tutte le risorse professionali e culturali, formali ed informali, esplicite e implicite che, in un territorio, possono essere messe a disposizione della persona in difficoltà, a partire da una specifica relazione di aiuto, al fine di ricostituire un legame sociale funzionante e adeguato ad una sopravvivenza dignitosa.

A tal fine una presa in carico idonea deve esprimere livelli di consapevolezza e professionalità adeguati e coinvolgere una pluralità di soggetti: nella rete dei servizi, a livello di relazione di aiuto individualizzata e nella comunità.

2.7.1. Nella rete dei servizi

Il soggetto della presa in carico della persona senza dimora è l'equipe multidisciplinare, ovvero una realtà plurale che include competenze educative, sociali, legali, sanitarie, psicologiche, transculturali, organizzative.

Il percorso di richiesta di aiuto di una persona senza dimora non è mai lineare, nè parte da un bisogno ben definito: spesso solo nel corso dell'approfondimento relazionale successivo ai primi contatti, quali che ne siano le modalità, svela richieste e bisogni nascosti. Passo prioritario e fondamentale per la presa in carico del soggetto *homeless* è sempre la relazione discreta, graduale e paziente. Il tasso di sospettosità, di sfiducia nell'aiuto, di timore per un mondo esterno vissuto spesso come minaccioso può essere molto alto e richiede la tenacia di un operatore che mai si ferma alla prima richiesta presentata.

L'accompagnamento della persona *homeless* avviene contemporaneamente in più direzioni, perché prende in considerazione fin da subito obiettivi legali, clinici, obiettivi educativi e risocializzanti. Se la domanda è multiproblematica e complessa, la risposta non può essere frammentata e semplificante.

Molto spesso si dà il nome di presa in carico a relazioni di aiuto che non assumono la dimensione della rete e della connessione tra servizi come priorità organizzativa e criterio strutturante. La presa in carico in senso istituzionale si dà in realtà soltanto quando è una rete locale di servizi, sotto la regia dell'ente pubblico, ad attivarsi intorno al bisogno manifestato da una persona in difficoltà al fine di strutturare percorsi territoriali di reinserimento sociale attraverso relazioni e prestazioni.

Al fine di una presa in carico efficace nella rete dei servizi si raccomanda di:

- **costituire équipe territoriali multidisciplinari tra operatori con competenze diverse e appartenenti a servizi differenti sia pubblici sia privati ove la figura dell'assistente sociale pubblico svolga un ruolo di regia e connessione;**
- **impostare i percorsi sul terreno della fiducia reciproca tra persona senza dimora e operatore, mettendo in conto tempi anche lunghi;**
- **ipotizzare piani di lavoro, discussi e definiti nell'ambito dell'intera équipe multidisciplinare, riconoscendo la maggior voce in capitolo all'operatore che ha potuto stabilire la miglior relazione possibile con l'interessato e definendo diversi obiettivi intermedi praticabili, concordati con il soggetto e facilmente verificabili;**
- **garantire una disponibilità all'accompagnamento verso i servizi e verso luoghi e persone che rappresentano gli obiettivi di cura e di risocializzazione che sono stati pattuiti (un alloggio, un ambulatorio medico, un servizio sociale, la questura, un luogo di lavoro o un contesto ricreativo, etc.). Il soggetto *homeless* vive in uno stato di spaesamento e sradicamento molto forti, spesso sostenuti da un distacco dalla realtà accentuato dalla**

patologia psichica e per questo in molti casi non gli bastano rassicurazioni e indicazioni; ha bisogno di essere accompagnato e aiutato gradualmente a riprendere confidenza con i luoghi nei quali può vedere riconosciuti i propri diritti, imparando a chiedere in modo produttivo e ad accogliere le risposte;

- strutturare negli operatori esperti nella presa in carico dei soggetti *homeless* capacità e competenze specifiche per gestire i tanti possibili “fallimenti” del percorso: ripensamenti, malintesi, battute d’arresto, appuntamenti mancati, fughe, rifiuti. Occorre che l’operatore superi la frustrazione di porsi al fianco di un soggetto che non di rado pare ostinarsi nel “non voler essere aiutato”, pur continuando a mandare numerosi segnali di segno opposto, che indicano invece il forte bisogno di essere finalmente sorretti e guidati;
- richiamare sempre fermamente il soggetto alla sua responsabilità e libertà di scelta, sebbene lo stato di degrado anche molto marcato, nel quale spesso viene raccolto, rischi di indurre gli operatori dell’aiuto ad assumere atteggiamenti paternalistici ed infantilizzanti. Le verifiche degli obiettivi concordati insieme vanno condivise senza remore durante il percorso, vanno rese note anche come spunto per ricordare continuamente quale meta si vuole raggiungere;
- garantire un sistema di comunicazione e feedback continuo tra l’operatore di riferimento della persona e tutti gli altri servizi nella rete che erogano prestazioni alla medesima;
- definire e praticare livelli minimi di attivazione delle persone senza dimora che possano essere proposti anche a bassa soglia per gli obiettivi in tale fase praticabili;
- strutturare percorsi formativi ad hoc mediante i quali addestrare gli operatori alla complessità, alla multidisciplinarietà, al lavoro in équipe, al lavoro di rete e al coinvolgimento della comunità.

Nella presa in carico all’interno della rete di servizi, più che una contabilità quantitativa, comunque utile a fini statistici, è fondamentale la condivisione almeno a livello di rete territoriale, di diari e protocolli informativi comuni e condivisi. Tali strumenti, adottando alcune opportune cautele in termini di privacy, possono utilmente essere strutturati e condivisi in formato elettronico, così da divenire essi stessi in tempo reale agenti di strutturazione e consolidamento della rete.

È auspicabile una progressiva condivisione di tali strumenti anche tra territori differenti così da immaginare in un futuro forse non troppo lontano l’impiego di protocolli nazionali che, vista l’elevata mobilità delle persone senza dimora, favoriscano l’interoperabilità tra sistemi e rappresentino un fattore di qualità comunque tra i servizi.

2.7.2. A livello individuale

La presa in carico della persona in difficoltà avviene attraverso un patto con la persona e per la persona (e non sulla persona) finalizzato ad un percorso di consapevolezza delle proprie potenzialità e limiti, all’attivazione delle risorse personali e al coinvolgimento delle risorse offerte dalla rete del territorio che si costruisce intorno alla stessa.

Accompagnare significa stabilire una relazione con la persona, ricercare insieme delle risposte, sostenendola nei tentativi di soluzione, formulando con lei un progetto che tenga conto della situazione e delle risorse attivabili, aiutandola a porsi degli obiettivi realistici, gradualmente e verificabili. L’accompagnamento è un processo che si realizza attraverso alcune fasi che si raccomanda di tenere in debita considerazione:

- accogliere la persona come “unica”, non come un “caso” da risolvere, ma come una “storia” da assumere;
- prendere coscienza del bisogno e delle possibilità reali di affrontarlo in termini di risorse personali, territoriali, comunitarie, formali e informali;
- studiare, formulare e sperimentare risposte che partano dalla concretezza del bisogno della persona e non dalla mera disponibilità di risorse esistenti presso il servizio;

- spendere tempo, energie e competenze nella ricerca di soluzioni che, prima di tutto, valorizzino la persona;
- coinvolgere e utilizzare i servizi, la comunità e se stessi attorno ai bisogni emersi;
- attivare, creando una rete di solidarietà, le risorse disponibili, a partire da quelle della persona;
- accompagnare la persona nel percorso di ricerca delle soluzioni al suo bisogno, facendosi promotori del riconoscimento e della tutela dei suoi diritti e stimolandone la partecipazione attiva;
- formulare un progetto con la persona che, partendo dalla sua situazione reale, valuti le risorse disponibili, individui le strategie operative per affrontare e risolvere il problema, definisca degli obiettivi realistici, gradualmente e verificabili nel tempo;
- stimolare la partecipazione al progetto di presa in carico in tutti i servizi con esso coinvolti, individuando ruoli e compiti specifici per ciascuno e verificando che tutti li svolgano effettivamente secondo le modalità concordate;
- considerare parte della presa in carico individuale il ruolo di connessione tra la persona e il territorio e di mediazione del conflitto tra la persona e la società spesso alla base del disagio nell'*homelessness*;
- individuare gli spazi, i tempi e i momenti per i colloqui e, più in generale, la relazione di presa in carico, seguendo quanto più possibile le esigenze e i percorsi della persona in difficoltà senza ricorrere, a meno che non sia strettamente necessario, a settings istituzionali tradizionali. In caso di approcci *housing led*, ad esempio, è del tutto naturale e congruente che i colloqui facenti parte della presa in carico possano avvenire direttamente nell'abitazione messa a disposizione della persona;
- garantire agli operatori della presa in carico una formazione ed un aggiornamento costanti e soprattutto una supervisione personale e di équipe a cadenza almeno mensile ma preferibilmente quindicinale.

Oltre a quanto indicato al punto precedente la misurazione quantitativa della presa in carico individuale può trarre molto giovamento dall'impiego di strumenti analitici di valutazione multidimensionale.

Si consiglia altresì di tenere sempre in considerazione, nel monitoraggio di tali relazioni di aiuto, i vissuti e le emozioni dell'operatore sviluppando strumenti che consentano di tenerne traccia.

2.7.3. Nella comunità

Un buon lavoro di presa in carico del soggetto *homeless* comprende sempre la sensibilizzazione e il coinvolgimento del contesto. La società civile, la città, il quartiere, il caseggiato, la comunità religiosa sono i soggetti responsabili della cura e i luoghi relazionali ai quali l'interessato deve sentirsi "restituito" per uscire dalla condizione emarginante nella quale si è, inconsapevolmente, trovato prigioniero. I contesti vanno coinvolti e sostenuti perché, a loro volta, diventino soggetti di coinvolgimento e aiuto della persona *homeless*.

L'attenzione è spostata sulla comunità solidale, rispetto alla quale l'istituzione pubblica dovrebbe svolgere un compito di promozione e supporto all'auto-organizzazione e all'autodeterminazione, attraverso il sostegno o la rivitalizzazione delle reti "naturali" e la qualificazione degli interventi di solidarietà organizzata.

Senza presa in carico comunitaria è probabilmente velleitario immaginare percorsi effettivi di inclusione sociale per moltissime persone senza dimora, specie per quelle da più tempo esposte alla vita di strada o meno dotate di risorse culturali, sociali e emotive.

La presa in carico comunitaria tuttavia è ad oggi praticata più in modo teorico che pratico e costituisce forse la sfida principale di cambiamento culturale e sociale che gli operatori di questo settore debbono affrontare.

Affinché si dia presa in carico a livello comunitario si raccomanda di:

- delineare un programma di trasformazione progressiva degli interventi esistenti: da modalità prevalentemente riparative a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale;
- mappare il territorio a livello micro per individuare potenziali risorse e spazi comunitari da attivare, in funzione della presa in carico permanente di persone specifiche (ad esempio parrocchie, circoli ricreativi e culturali, condomini solidali, etc.);
- inserire in modo stabile nel lavoro sociale con le persone senza dimora sul territorio l'offerta alla comunità ivi residente di momenti, spazi, esperienze, eventi e altre occasioni culturali per sensibilizzare al tema dell'esclusione sociale e innescare percorsi virtuosi di partecipazione e di mutualismo tra cittadini nei quali anche le persone senza dimora possano avere cittadinanza;
- sperimentare e consolidare forme di "occupazione significativa" per le persone senza dimora all'interno dei territori mediante le quali, pur non trattandosi di vere e proprie attività professionali retribuite, le persone senza dimora possano impiegare il loro tempo in attività di cura, manutenzione e presidio del territorio e dimostrare così la loro capacità di svolgere un ruolo positivo all'interno della comunità (ad esempio custodia diurna e notturna di spazi comunitari, pulizie di luoghi pubblici, aiuto nella differenziazione dei rifiuti, animazione di spazi di transito, etc.);
- promuovere all'interno e all'esterno delle strutture di accoglienza occasioni di partecipazione delle persone senza dimora alla vita pubblica e culturale della comunità, di esercizio dei loro diritti sociali e politici, di espressione anche creativa delle loro sensibilità, emozioni e narrazioni;
- allestire e mantenere all'interno del territorio in cui si gioca l'inclusione sociale di specifiche persone senza dimora, competenze e disponibilità, formali ed informali, relative all'intervento comunitario di mediazione dei conflitti che dovessero insorgere.

In assenza di indicatori di valutazione di impatto sociale, è particolarmente difficile misurare e dare conto dell'efficacia di un lavoro di questo tipo.

Si consiglia a fini di valutazione e monitoraggio di impiegare il più possibile un approccio narrativo e comunicativo focalizzato sulle storie individuali e sulle percezioni comunitarie del disagio in relazione ad esse.

Si consiglia altresì di documentare e dare risalto comunicativo a tutti i casi in cui una concreta attivazione comunitaria abbia consentito di raggiungere sistemazioni alloggiative stabili per persone senza dimora altrimenti destinate all'istituzionalizzazione.

2.7.4 Presa in carico ed integrazione socio-sanitaria

Specifiche riflessioni merita l'integrazione socio-sanitaria, uno degli aspetti più deboli del sistema italiano di welfare, da tutti invocato ma scarsamente e frammentariamente praticato (per riflessioni più ampie sulla necessità di un modello di intervento integrato, si rimanda alla sezione 2.9).

Nel campo del contrasto alla grave emarginazione adulta, integrare servizi sociali e servizi sanitari significa, in modo ancora più pregnante che in altri ambiti, porre al centro la persona senza dimora e le sue esigenze di salute e benessere, spesso fortemente compromesse dalla vita in strada. Ciò può avvenire a diversi livelli, sia allestendo strutture e percorsi sociali e sanitari che consentano alle persone senza dimora di limitare la loro esposizione a malattie comuni per la maggioranza della popolazione ma fortemente problematiche per gli *homeless*; sia prevedendo protocolli di ricovero, cura ed assistenza ospedaliera integrati con l'intervento dei servizi territoriali per la *homelessness* e meno vincolati, nella durata, dai DRG ospedalieri; sia, infine, prevedendo percorsi di accoglienza post-acuzie che consentano alle persone senza dimora che abbiano subito ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici o patito malattie che richiedono degenze prolungate, di potersi rimettere in salute in contesti che lo rendano possibile, evitando le ricadute pressoché certe che il vivere in strada comporta.

Le poche esperienze progettuali esistenti in Italia in cui questo approccio è praticato in modo integrato tra servizi sociali, servizi sanitari ed ospedale ne dimostrano l'efficacia e l'utilità ma denunciano al tempo stesso come, nella maggior parte dei casi, l'unica interfaccia sanitaria effettiva per la persona *homeless*, sia

e resti il servizio di Pronto Soccorso, con tutti gli extra-costi, le disfunzioni e le problematiche di adeguatezza che ciò comporta.

Tutto ciò sembra discendere, oltre che da problematiche organizzative e comunicative tra servizi e politiche pubbliche, anche da culture e visioni eccessivamente settoriali dell'idea di cura e di riabilitazione. Occorre accedere ad un concetto esteso di salute, non sanitarizzato, che consideri la comunità come il primo soggetto interessato al benessere complessivo dei suoi membri e il primo attore capace di favorirlo, anche per evitare spese consistenti ed improprie all'interno del circuito sanitario per problemi che facilmente si sarebbero potuti prevenire e/o gestire in circuiti integrati più economici ed efficaci.

Anche sulla scorta dell'esperienza dei servizi integrati esistenti, siano essi di tipo ambulatoriale, diagnostico-terapeutico, ospedaliero o preventivo, al fine di impostare dispositivi socio-sanitari territoriali integrati a favore delle persone senza dimora si raccomanda di:

- **favorire processi di comunicazione, progettazione partecipata, cofinanziamento e governance congiunta tra servizi sociali territoriali pubblici e privati e servizi sanitari, dialogando con le istituzioni sanitarie competenti (Regione, ASL) a partire da un approccio *evidence based e cost effective*;**
- **strutturare, nell'ambito dei servizi di strada e/o delle strutture a bassa soglia, unità congiuntamente gestite da operatori sociali e sanitari che, con periodicità regolare, effettuino, senza barriere all'accesso, monitoraggi e screening gratuiti delle condizioni di salute delle persone senza dimora presenti in strada, interventi preventivi e interventi di prima necessità ed orientamento verso il sistema sanitario;**
- **individuare, all'interno delle strutture ospedaliere e d'intesa con le autorità competenti, spazi che possano essere dedicati in modo specifico alla degenza di persone senza dimora a seguito di ricoveri per patologie non gravi o in fase post acuta, impostando in tali spazi protocolli di intervento congiunto tra personale sanitario ed operatori sociali, al fine di ridurre il costo dell'intervento sanitario, favorire una degenza protetta altrimenti impossibile e utilizzare il periodo di ricovero come occasione per rinforzare la relazione di aiuto e la presa in carico della persona senza dimora;**
- **definire, all'interno delle strutture di accoglienza, modalità di permanenza particolari e dedicate per le persone accolte in caso di malattia o degenza post-acuta;**
- **predisporre percorsi formativi e di aggiornamento congiunto tra operatori sociali, sanitari, medici e paramedici, per la gestione delle problematiche di salute in soggetti senza dimora.**

In questo ambito si consiglia e raccomanda in particolare la collaborazione tra strutture sociali e strutture sanitarie per lo screening socio-sanitario delle persone coinvolte e la tenuta ed analisi costante dei dati epidemiologici ad esse relativi. Tali dati, già raccolti con successo, e protocolli scientificamente validati in varie strutture italiane (ad es. INMR Roma), risultano utilissimi sia a fini di prevenzione generale e salute pubblica, sia per monitorare e gestire percorsi individuali di presa in carico sotto il profilo della salute, sia, infine, per porre in essere specifiche azioni di sistema contro determinate patologie ovvero per la riduzione del danno e dei rischi ad esse collegati.

2.8 Le professioni sociali

Nelle professioni sociali, l'obiettivo primo è quello di restituire benessere ad un soggetto in situazione di disagio più o meno grave. Le professioni dell'aiuto si caratterizzano con interventi di recupero delle situazioni personali e sociali, di supporto e sostegno ai processi di cambiamento, di cura (persone, famiglie, comunità), e implicano presupposti, motivazioni e competenze articolate, che spesso si "ricostruiscono" nelle pratiche quotidiane e nella formazione continua.

Il sistema delle professioni sociali – forse più di quanto accada in altri ambiti lavorativi – è, inoltre, caratterizzato da continue trasformazioni e necessarie interconnessioni, tali da rendere talvolta non semplice l'identificazione di chiari e distinti profili. Nell'ambito della Classificazione delle professioni

dall'Istat sono identificate alcune cosiddette "Unità professionali" riconducibili alla filiera delle professioni sociali: in particolare, lo Psicologo, il Sociologo, l'Assistente sociale, l'Educatore, l'Operatore socio-sanitario (nell'Unità delle Professioni qualificate nei servizi socio-sanitari), il Mediatore interculturale, l'Esperto per il reinserimento di ex detenuti e il Tecnico della mediazione culturale (nell'Unità professionale dei Tecnici per il reinserimento e l'integrazione sociale), per i quali è possibile identificare non soltanto le principali caratteristiche, ma anche le competenze e le capacità (*skill*) che questi stessi soggetti ritengono fundamentalmente associate al lavoro svolto. A queste, in una logica di équipe multidisciplinare che permetta di affrontare la dimensione complessa delle problematiche legate alla grave marginalità, si affiancano le figure degli antropologi, degli etnologi, degli infermieri e dei medici.

Nel campo specifico della grave marginalità adulta, non si può tuttavia prescindere da considerare interventi su più fronti e a diversi livelli, nei quali l'integrazione delle specifiche professionalità permette di agire non solo sul e con il soggetto ma sul e nel contesto, nonché sulle relazioni tra soggetto e contesto. La definizione della grave marginalità adulta come fenomeno sociale complesso, dinamico e multiforme, induce necessariamente ad immaginare gli interventi degli operatori professionali secondo una logica di multidisciplinarietà o multiprofessionalità che vede un punto di forza proprio nell'integrazione delle professionalità specifiche. Modello di riferimento particolarmente significativo risulta essere quello della "psicologia di comunità" che considera le persone e le problematiche sociali all'interno di un determinato contesto e sistema sociale che, a sua volta, presenta dimensioni complesse e interconnesse. In particolare un "approccio ecologico" consente di valutare le diverse variabili del contesto socio-culturale e della sua organizzazione in relazione al come l'individuo si percepisce e interagisce nell'ambito delle relazioni del/i contesto/i di riferimento. Un'impostazione degli interventi delle diverse professioni di aiuto, in un lavoro di équipe, secondo un paradigma ecologico consente di intervenire sulle problematiche ma anche sulle potenzialità dei soggetti portatori di disagio (multiforme) all'interno e in stretta relazione con il contesto comunitario di riferimento.

L'orizzonte di riferimento del grave disagio adulto, soprattutto nelle forme più gravi ed estreme della vita di strada, ma non solo (forme di marginalità grave si possono ritrovare anche in persone che hanno un'abitazione propria), chiede ai professionisti degli interventi di aiuto una notevole flessibilità e adattabilità a operare talvolta in contesti e *setting* destrutturati (si pensi agli interventi in strada da parte degli operatori delle unità mobili, negli ambulatori di strada, nelle strutture di accoglienza a bassa soglia, ecc.) così come in luoghi di socialità, servizi, destinati alla cittadinanza più in generale, spesso utilizzati dalle persone senza dimora, sia per funzione loro propria sia "adattati" alle necessità che la vita, soprattutto in strada, comporta (si pensi alle biblioteche utilizzate anche come "centri diurni", alle stazioni, agli aeroporti, ai mezzi di trasporto pubblici, ecc., utilizzati come luoghi per il riposo notturno e per l'igiene personale, o più in generale altri luoghi pubblici come i centri commerciali, i parchi, le stesse strade e piazze, i portici, e via dicendo).

Se ciò non avviene, se il professionista della relazione di aiuto opera solo all'interno del *setting* di lavoro più tradizionale della propria professione (lo studio medico o psicologico, il centro di servizio sociale, l'ambulatorio ospedaliero) è evidente che molti soggetti in stato di grave marginalità rischiano di restare esclusi già in partenza da qualsiasi intervento di aiuto. L'operare in contesti destrutturati e "sconosciuti" chiede a maggior ragione un approccio multiprofessionale capace, nell'integrazione delle diverse competenze, di creare le condizioni, anche nei contesti più estremi e difficili per interventi efficaci e efficienti.

Qualunque sia l'approccio che caratterizza la formazione di base del professionista dell'aiuto è importante che si passi da una cultura del bisogno e dell'assistenza a una cultura della possibilità, al riconoscimento di risorse individuali e ambienti di vita. Di fatto è determinante superare l'assistenzialismo con atteggiamenti di fiducia nel prossimo, di potenziamento delle opportunità anche in situazioni di grave marginalità, di pratiche d'aiuto che sviluppino condizioni attive e responsabili. In questo modo l'aiuto, più che rinforzare i vantaggi offerti dalla dipendenza dai servizi, può avviare un percorso autonomo di emancipazione dal bisogno. Elemento distintivo dell'intervento di aiuto e di cura, infatti, è la capacità di superare lo stato di bisogno, non solo individuando le risposte disponibili ma "inventandosi" quelle possibili e "impossibili", materiali e relazionali.

Si raccomanda quindi di impiegare persone nei servizi che abbiano acquisito le competenze professionali necessarie alla tipologia sociale (assistente sociale, psicologo, educatore, operatore sociosanitario) o sanitaria (medico, infermiere, operatore sanitario) dell'intervento e, laddove si decida di impiegare volontari, operatori pari e altre figure cui non si richieda il possesso di specifici percorsi/titoli di studio, si raccomanda di prevedere specifici percorsi di formazione e supervisione, per supportare la pratica del quotidiano e accompagnare gli interventi di cura.

Nei percorsi di accompagnamento al personale impiegato (che abbia o meno un percorso di studio specifico), si identificano alcune aree prioritarie di capacità necessarie:

- **Capacità di riconoscere i reali bisogni.** Essa richiede non solo di conoscere a chi è destinato l'intervento, e quindi di conoscere i bisogni e le caratteristiche dell'altro, ma anche di individuare una misura, un limite, perché l'aiuto e la cura inutile frenano lo sviluppo dell'altro. Una prima competenza da acquisire quindi è quella di saper fare con l'altro ciò di cui l'altro ha bisogno, nulla più di questo, lasciando che l'altro sperimenti la cura di se stesso o metta in atto la sua capacità residua di curarsi. La persona curante deve quindi acquisire la competenza di identificare i bisogni della persona curata e di sapere come dare ad essi risposta, rispettando la persona aiutata come persona cognitiva, che sa e può scegliere, che ha dei diritti e che è portatrice di valori.
- **Capacità di sviluppare uno sguardo strategico.** La cura non dipende solo dall'azione in sé ma anche dall'intenzione di chi la fa, dal perché la fa e dal contesto in cui avviene. L'operatore deve quindi acquisire anche una competenza definibile come "sguardo strategico", relativa cioè all'essere in grado di proporre ciò che è benessere per la persona curata in senso globale. Ciò che aiuta l'operatore a decidere che una certa azione o situazione sia quella adatta da portare avanti per migliorare la condizione della persona curata, è che tale azione avvenga all'interno di un disegno, di un piano, di un progetto di attività pensato proprio per quella persona.
- **Competenze relazionali.** Gentilezza, comprensione empatica, pazienza sono da considerare non tanto virtù morali o affetto personale, quanto invece tecniche professionali riconosciute e necessarie per far bene il proprio lavoro. In particolare riguardano la capacità di assumere un equilibrio e un adeguato distanziamento emotivo affettivo dalle persone curate.
- **Competenza di stare in collegamento con un fare che non frammenti e non ponga distinzioni.** Uno degli aspetti meno esplorati della professionalità di chi fa lavoro di cura è il pensiero delle relazioni esistenti tra quanti condividono a diverso titolo – familiare e professionale – la responsabilità della cura. È necessario quindi che chi fa lavoro di cura sviluppi la consapevolezza delle differenze – di ambiti, ruoli, interessi, posizioni – che la cura mette in contatto, senza irrigidirle ma costruendo fluidità per dar vita a relazioni vitali.

In questo senso diventa chiaro che curare non è semplicemente una pratica che "come viene viene", bensì una modalità complessa e coerente d'intervento, costituita da diverse dimensioni materiali, organizzative ed emotive, entro cui il benessere della persona curata è veramente il centro di interesse non come principio arbitrario ma come orientamento delle scelte operative.

2.9 L'housing first

Come esplorato nel capitolo precedente, i percorsi *housing first* (HF) e *housing led* (HL) rappresentano un'innovazione nell'ambito delle politiche di contrasto alla grave marginalità poiché introducono potenziali cambiamenti di natura politico-istituzionale, organizzativa, culturale ed economica rispetto ai paradigmi di policy degli interventi posti già in essere in materia di contrasto alla grave marginalità (*homelessness*), al disagio abitativo dei singoli o dei nuclei familiari.

2.9.1 Come implementare l'*housing first*

In questa logica, condizioni preliminari per gli enti pubblici locali, le organizzazioni del privato e del privato sociale, affinché possano avviare percorsi di HL e HF sul proprio territorio, sono:

- considerare l'*housing* (la dimora) come diritto umano di base e come strumento di cura della persona;
- poter gestire l'impegno a lavorare con le persone per tutto il tempo necessario all'acquisizione dell'autonomia sostenibile;
- dotarsi di appartamenti liberi e dislocati in varie parti della città (possibilmente vicino a spazi collettivi e luoghi di vita cittadina);
- separare l'eventuale trattamento (ad esempio psicologico, psichiatrico o di disintossicazione da alcol e droghe) dall'*housing* (inteso come diritto alla casa);
- avvalersi di un gruppo di professionisti con profilo differente che, a seconda del target individuato e del tipo di approccio di intervento utilizzato (intensivo o di supporto) sia capace di predisporre un intervento di tipo integrato e transdisciplinare;
- rispettare l'auto-determinazione del soggetto;
- seguire un approccio al *Recovery* (ovvero sostenere la persona nel recuperare le relazioni sociali con la comunità di riferimento, riassumere un ruolo sociale, ricostruire un senso di appartenenza)

Molto spesso le strutture di accoglienza notturna esistenti sono storiche e ubicate in grandi complessi che rendono certamente difficoltosa, da un punto di vista logistico, la loro compartimentazione e suddivisione in spazi più piccoli, accoglienti e a misura d'uomo. Tale difficoltà tuttavia nella maggior parte dei casi è rinforzata da un approccio culturale, politico ed operativo che, anche sotto la spinta delle continue emergenze, tende a considerare maggiormente efficace all'atto pratico, anche economicamente, una risposta quantitativamente ampia al bisogno immediato di posti letto di prima accoglienza piuttosto che una risposta qualitativa e diffusa che infrastrutturi progressivamente il territorio con risorse capaci di evitare nel tempo la saturazione delle strutture di pronto intervento.

L'esperienza dei Paesi che da più tempo praticano approcci *housing led* dimostra in modo evidente che, salvi alcuni costi iniziali di impianto e trasformazione dell'esistente, da considerare peraltro come investimenti, questo secondo approccio 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.

Non è quindi impossibile trasformare strutture di accoglienza già esistenti in spazi di accoglienza *housing led*, purché si disponga della volontà di farlo e di un quantitativo di risorse sufficienti per effettuare l'investimento infrastrutturale inizialmente necessario per la trasformazione e la riqualificazione della struttura. Risorse economiche di questo tipo, se c'è condivisione della volontà politica di cambiare approccio tra le istituzioni pubbliche e private coinvolte, sono peraltro reperibili, spesso con cofinanziamenti limitati, nei programmi europei di cui le Regioni dispongono per l'impiego di fondi strutturali nella riqualificazione del patrimonio esistente, senza quindi togliere risorse ai capitoli di spesa sociale pubblica utilizzati per finanziare i servizi.

A chi intenda trasformare in struttura *housing led* una tradizionale struttura di accoglienza si può quindi raccomandare di:

- **progettare la trasformazione della struttura esistente in mini-alloggi e convivenze per un numero limitato di persone con spazi e servizi comuni, calcolando sin dall'inizio, accanto ai costi di trasformazione, i risparmi che il nuovo assetto della struttura potrà comportare nel breve, medio e lungo periodo in termini di minori costi, maggiore flessibilità della struttura, possibile compartecipazione degli ospiti alla gestione;**
- **coinvolgere ospiti ed operatori nel percorso di trasformazione, individuando con loro gli aspetti sui quali puntare nella riconversione e nell'adattamento degli spazi, dei servizi e delle competenze professionali presenti in struttura e valutando insieme la possibilità di mantenere in struttura la presenza di livelli di accoglienza diversi;**

- **coinvolgere le istituzioni locali e regionali nella progettualità relativa alla trasformazione della struttura, in modo da stimolare le stesse a mettere a disposizione risorse anche da fondi e fonti di finanziamento strutturali differenti dai fondi per l'intervento sociale.**

In questo caso specifico può essere molto utile, anche a fini di controllo di gestione, la raccolta di dati comparativi sui costi di gestione, l'efficacia della struttura ed il suo impatto sul benessere delle persone rispetto alle precedenti modalità di gestione, per un periodo medio-lungo.

2.9.2 Comunità di transito e Spazi Condivisi verso l'*housing first*

Le Comunità di transito accolgono, h24, persone adulte in difficoltà dettata dalla mancanza di una dimora e dalla perdita – o dal forte affievolimento - dei legami e delle reti di appartenenza familiari e sociali, che hanno intrapreso o vogliono intraprendere un percorso di reinserimento sociale e lavorativo. Tale condizione, contingente o stabilizzata, può rappresentare una tappa all'interno di un progetto di vita individuale oppure il risultato di una biografia "in discesa", ma in tutti i casi comporta l'emergere di bisogni prioritari, legati alla sussistenza - come il riparo, il cibo, il vestiario, la salute – e la necessità di uno spazio per riappropriarsi della propria autonomia e ridefinire il proprio progetto di vita.

Entro un approccio *housing led* è fondamentale concepire tali strutture come un passaggio, non obbligatorio ma utile in molti casi, vuoi per attendere la disponibilità di una sistemazione alloggiativa stabile e quanto più possibile autonoma, vuoi per accompagnare verso tale sistemazione chi presenti situazioni personali tali da far ritenere, nel progetto personalizzato condiviso, opportuno e propedeutico un previo passaggio in una sistemazione comunitaria.

Le comunità a spazi condivisi sono invece comunità in cui persone adulte e anziane, per lungo tempo esposte alla strada o comunque non in grado a breve, medio o lungo periodo di mantenere una sistemazione autonoma, possono trovare una accoglienza permanente di tipo comunitario e parzialmente assistita in cui esprimere il maggior grado di autonomia per loro possibile e condurre una vita che permetta loro di mantenere dignità e quanto più benessere possibile.

Gli Obiettivi principali di queste accoglienze non sono troppo dissimili da quelli di una accoglienza di secondo livello nel modello *staircase* e possono essere riassunti in:

- offrire una risposta concreta a bisogni primari, la cui soddisfazione è importante per la salute fisica e mentale (dormire, mangiare, lavarsi, vestirsi, avere un luogo dove passare il tempo e socializzare, etc.) e dove potersi riappropriare della propria autonomia;
- la cura della persona (del proprio corpo, delle proprie emozioni, della propria storia personale);
- il riappropriarsi di un'organizzazione di vita (consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali, delle proprie risorse e capacità, acquisizione di nuove abilità);
- l'attivazione di una rete di supporto (formale ed informale);
- l'opportunità di costruire un percorso di reinserimento sociale e lavorativo ove possibile;
- favorire l'accesso delle persone alla rete dei servizi.

Affinché strutture di questo genere risultino efficaci anche all'interno di un approccio di *housing led* si raccomanda di:

- **garantire un accesso alla struttura opportunamente mediato da un servizio di presa in carico in base ad un progetto finalizzato al raggiungimento più rapido possibile dell'autonomia personale in un alloggio adeguato ovvero al conseguimento di una stabilità alloggiativa e di vita all'interno della comunità;**
- **impostare i tempi di accoglienza su periodi medio lunghi o, in caso di comunità spazi condivisi, indeterminati, sebbene sempre in funzione di uno specifico progetto personalizzato;**
- **impostare il rapporto tra operatori e utenti in modo da favorire una reciproca alleanza per raggiungere gli obiettivi prefissati in una logica più improntata all'auto mutuo aiuto che all'intervento educativo;**
- **investire sulla sensibilizzazione del territorio in cui la comunità è inserita per attivarlo a fini di supporto all'inclusione delle persone accolte;**

- sviluppare un forte lavoro di rete tra diversi servizi per facilitare la risposta a bisogni più specifici manifestati dall'utenza, in particolare a quelli sanitari, psicologici e relazionali
- sviluppare al maggior grado possibile forme di autogestione della struttura da parte degli ospiti, anche sfruttando al meglio le economie di scala che possono derivare dalla condivisione tra i medesimi delle risorse economiche e socio assistenziali disponibili;
- attuare il protocollo scientifico HF nei processi di implementazione e sviluppo.

Oltre ai monitoraggi e alla raccolta dati utili in qualsiasi struttura di accoglienza, all'interno delle comunità di transito è indispensabile monitorare con attenzione i tempi di permanenza in funzione dei tempi di disponibilità della sistemazione alloggiativa di destinazione, anche adattando il progetto personale e quello della struttura alle eventuali necessità logistiche.

2.9.3 La Sostenibilità

Si può parlare di sostenibilità di un progetto HF e HL quando esso risulta adeguato alle esigenze della/e persona/e accolta/e, quando compatibile con le risorse economiche complessivamente disponibili, idoneo a soddisfare le esigenze di tutti i portatori di interesse.

In tal senso un progetto può essere considerato sostenibile se:

- Comprende le risorse per il mantenimento permanente dell'alloggio, quali che ne siano le fonti
- La persona inserita è in grado di mantenere l'alloggio in buone condizioni
- La permanenza in alloggio ha effetti positivi sul benessere della persona inserita
- Si struttura o mantiene una rete di supporto intorno all'alloggio e ai suoi occupanti

Data l'assenza in Italia di una misura universale di sostegno al reddito e la scarsa capienza e capacità strutturale dei fondi nazionali, regionali e locali per il sostegno alla locazione, il tema della sostenibilità economica degli alloggi rappresenta certamente, nella pratica attuale, la maggior criticità per l'implementazione di un approccio di questo tipo.

In realtà tali perplessità non tengono conto del fatto che le attuali accoglienze notturne hanno mediamente costi pro capite per die che, raffrontati con i costi di una soluzione *housing led* (ad esempio un co-housing tra 2-3 persone senza dimora) risultano pari se non superiori.

Il problema è quindi essenzialmente culturale ed organizzativo, anche se non si può nascondere che le soluzioni *housing led* e *housing first* al momento della loro attivazione comportano la necessità di investimenti iniziali che possono essere problematici in situazione di scarsità di risorse.

Al fine di sperimentare e consolidare progetti sostenibili, si raccomanda di:

- **Privilegiare nel reperimento degli alloggi la collaborazione con enti pubblici o del privato sociale che abbiano interesse a utilizzare il proprio patrimonio abitativo in modo non speculativo**
- **Cercare di costituire fondi pubblici o comunque a partecipazione pubblica e aperti, anche alla contribuzione volontaria di privati oltre che dei beneficiari che ne abbiano la possibilità, per il mantenimento della funzionalità degli alloggi e il loro eventuale ripristino in caso di danni (fondo rotativo);**
- **Prevedere all'interno del progetto socio-assistenziale fatto con la persona un riordino degli emolumenti da questa percepiti di modo da convogliare sul mantenimento dell'alloggio una quota certa e adeguata di risorse;**
- **Attivare tutte le forme possibili di sostegno al reddito della persona a partire prioritariamente dall'inserimento lavorativo, aiutando il beneficiario a vincolare una quota delle risorse percepite al mantenimento della sistemazione dell'alloggio;**
- **Utilizzare in rete con tutte le autorità competenti in materia ogni opportunità di finanziamento strutturale offerta da fondi europei, progetti obiettivo nazionali e regionali, bandi di fondazioni o quant'altro, al fine di supportare l'acquisizione, il ripristino e il mantenimento di soluzione alloggiative da destinarsi a progetti *housing led*;**

- **Garantire alle persone inserite negli alloggi modalità di presa in carico, accompagnamento e sostegno anche ai fini del mantenimento dell'alloggio;**
- **In caso di inserimento in alloggi di proprietà di privati, assicurare tramite operatori adeguatamente formati, un servizio di mediazione e di pronto intervento in caso di conflitti o altre problematiche che dovessero insorgere tra proprietari e inquilini;**
- **Allestire a livello territoriale reti e contesti di *governance* il più possibile unitari o almeno coordinati, per una impostazione uniforme e criteri di gestione omogenei a tutti i progetti HF e HL esistenti;**
- **Seguire il protocollo internazionale HF alla ricerca di evidenze che contribuiscano a sviluppare il modello.**

Gli elementi valutativi più importanti in questo ambito sono quelli della qualità dell'abitare espressa e percepita dal beneficiario e della stabilità dell'esperienza; si consiglia di osservare tali elementi, spesso immateriali e difficilmente misurabili, mediante colloqui, interviste, narrazioni e altri eventuali strumenti di rilevazione del benessere personale.

Particolare significatività analitica può avere in questo campo anche il monitoraggio della gestione economica dell'alloggio e più in generale delle proprie risorse da parte delle persone inserite nel progetto. Ciò non tanto a fini di controllo quanto di miglior programmazione ed ottimizzazione individuale degli aiuti economici eventualmente disponibili per ciascun progetto.

2.9.4 Indicatori di risultato dei progetti *housing first* e *housing led*

Mentre si cominciano a consolidare alcuni indicatori utili a valutare i progetti *housing first*, non ci sono ancora chiari riferimenti valutativi per la più ampia prospettiva *housing led*.

Adottare e sperimentare indicatori di questo tipo resta in ogni caso una esigenza utile non solo per la buona conduzione dei progetti in corso ma anche per il consolidamento futuro dell'approccio.

A titolo orientativo ed esemplificativo, si possono pensare di utilizzare come indicatori misure del tipo seguente:

- Rapporto costo pro capite per die accoglienza in alloggio rispetto ad accoglienza notturna tradizionale;
- Frequenza di uso dei servizi assistenziali della rete da parte delle persone inserite in *housing led* rispetto alle persone inserite in percorsi tradizionali;
- Stato di salute complessivo e frequenza dell'accesso ai servizi sanitari delle persone inserite in *housing led* rispetto alle persone inserite in percorsi tradizionali;
- Impatto sul benessere personale complessivo del beneficiario;
- Frequenza degli interventi manutentivi necessari in alloggio;
- Percentuale di partecipazione effettiva ai costi dell'accoglienza coperti dal beneficiario
- Tasso di occupazione e reddito percepito dai beneficiari rispetto a chi è accolto in strutture tradizionali;
- Durata della permanenza in alloggio dei singoli beneficiari;
- Densità dei reticoli relazionali costituitisi intorno ai beneficiari nel territorio ove l'alloggio è collocato;
- Impatto sulla percezione del fenomeno dell'emarginazione e dell'allarme sociale che esso comporta nella comunità ove il problema è trattato con approccio *housing led* rispetto a quelle dove è trattato con approccio tradizionale.

Ovviamente ciascuno di questi indicatori e famiglie di indicatori va declinato in misure specifiche da compiersi con strumenti da mettere a punto sul campo

Esistono e sono già in uso metodi per misurare ad esempio il benessere individuale o i costi comparativi tra strutture diverse, ma non ci sono standard che ad oggi possano essere ritenuti preferibili. Si suggerisce pertanto che ogni sistema territoriale di intervento si organizzi sulla base dei dati e degli strumenti con i quali ha maggior consuetudine o ai quali può avere accesso e che progressivamente, anche con l'aiuto di esperti, reti nazionali e delle stesse autorità governative, si proceda all'individuazione delle migliori pratiche e ad una loro omogeneizzazione e standardizzazione.

2.10 Modello strategico integrato

Il modello strategico integrato si pone come obiettivo principale quello di promuovere sul versante organizzativo e del *case management* sociale 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. Gli interventi di contrasto alla grave emarginazione, affrontando una multiproblematicità portata dalle persone in questa condizione, richiedono una pianificazione strategica, che permetta di usare al meglio le risorse a disposizione, ridurre i carichi di lavoro su situazioni estreme, anche attraverso l'integrazione dei diversi fondi a disposizione.

Diventa quindi strategico poter dare delle risposte complesse, al di là delle filiere amministrative che governano i singoli interventi. Si pensi alla necessità che l'intervento sociale sia coordinato con quello sanitario, con quello delle politiche abitative e della casa, con quello delle amministrazioni responsabili per la formazione e il lavoro, tutte dimensioni fondamentali in questa logica integrata per il contrasto all'esclusione. I benefici che derivano alla persona sono evidenti, ad esempio, in termini di una presa in carico che sia a cura di un'equipe multidisciplinare, che tiene conto del complesso dei bisogni con un'ottica di progettualità di lungo periodo, invece che essere settorializzata, standardizzata e per interventi di breve periodo.

A questa lettura si aggiungono alcuni elementi peculiari delle aree metropolitane, legati ai grandi numeri e ad alcune procedure amministrative che li differenziano dai contesti urbani medio-piccoli e rurali, ossia:

- numero delle persone senza dimora presenti e coinvolte nel problema;
- scarsa o nulla relazione tra il territorio di appartenenza/provenienza delle persone e il contesto metropolitano a cui oggi fanno riferimento (fenomeno della migrazione dei poveri/del disagio verso i grandi centri urbani) che determina la necessità di una ricostruzione totale del legame sociale tra persona e contesto;
- estensione territoriale delle aree metropolitane che necessita di una scomposizione territoriale specifica per definire confini e misurabilità degli impatti delle azioni per avere un riscontro sugli investimenti realizzati;
- numero degli attori in gioco che è moltiplicato e di più difficile gestione;
- necessità di organizzare la strategia con procedure amministrative che tengano conto delle esigenze dei molti e diversi comparti della pubblica amministrazione (es. dipartimenti del servizio sociale territoriale e questi con uffici personale, bilancio, patrimonio, lavori pubblici, casa, protocollo, appalti e bandi, ecc.).

Diventa quindi evidente come sia fondamentale adottare un approccio "*cost-effective*", laddove attualmente la divisione di competenze impedisce di valutare il risparmio e la migliore ripartizione economica sul complesso delle risorse disponibili.

La necessità di adottare una strategia del minor costo per il miglior intervento comporta a ricaduta che l'investimento sociale (a carico dei Comuni) per interventi con le persone in grave marginalità possa essere ricompreso in una strategia più ampia di risparmio economico e migliore utilizzo delle risorse a carico del SSN (a carico delle Regioni) sia sulla parte ospedaliera (Pronto Soccorso e ricovero) sia su quella territoriale (post acuzie e riabilitazione) così come per quanto riguarda l'impiego appropriato ed efficace dei servizi specialistici (salute mentale e dipendenze) e di prevenzione/profilassi (sempre a carico delle Regioni). Senza dimenticare la spesa farmaceutica anche se, in questo campo, di difficile misurazione. Allo stesso modo si possano monitorare gli impatti economici sul sistema di controllo e gestione del territorio in capo al Ministero degli interni e sull'amministrazione della giustizia (carcerazione e misure alternative, procedimenti penali).

È dunque possibile formulare alcune raccomandazioni generali per una strategia più efficace:

- **superare l'approccio legato prevalentemente alle politiche sociali per allargare la visione a sistemi maggiormente integrati; il settore delle politiche sociali può rappresentare l'elemento di collegamento del processo ma una strategia complessiva necessita di un'integrazione fra i diversi settori delle politiche mettendo in connessione integrando le diverse competenze sia a livello nazionale che a livello locale ma soprattutto fra i diversi settori che compongono la città (salute, casa, ordine pubblico, istruzione, formazione, lavoro, amministrazione della giustizia, ecc.);**

- una strategia integrata è quella capace di aggregare soggetti diversi della istituzione pubblica ma anche del mondo del profit e del no profit per costituire una cabina di regia che raccolga energie e risorse diverse, affiancando all'intervento riparativo un intervento di carattere promozionale che permetta di allargare il numero di risorse presenti attingendo all'interno delle comunità locali (comuni dell'hinterland, quartieri, social street, ecc.) ulteriori energie positive per l'efficacia e sostenibilità dell'intervento;
- assumere l'orizzonte della messa in atto di processi di salute della comunità, perché il fenomeno *homeless* è strutturale e non una emergenza; il benessere di una comunità locale non è un problema di salute che si realizza solo in un tempo presente, ma un percorso che si struttura e mantiene nel tempo. Questo approccio è direttamente connesso con lo sviluppo delle cosiddette "*smart cities*" dove agli aspetti tecnologici del vivere sia affiancato un aspetto di convivenza e coesione sociale.

Data la complessità e vastità dei soggetti in campo, si raccomanda di lavorare su iniziative/progetti pilota che permettano di identificare vantaggi e criticità (secondo una logica che può anche essere quella dei costi benefici) per un allargamento e replicabilità successiva, dandosi scadenze e traguardi da raggiungere nel tempo.