

Giuseppina Tumminelli

Margini di cura

Prospettive sull'intersezione
tra homelessness, abitare
e interventi socio-sanitari

fio.PSD
la collana è fondata da
Federazione Italiana Organismi
per le Persone Senza Dimora

FrancoAngeli 





Povertà e Percorsi di Innovazione Sociale

Collana promossa da fio.PSD (Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora).

Direzione: Presidente fio.PSD in carica (Cristina Avonto) e Senior Policy Officer fio.PSD in carica (Marco Iazzolino).

Coordinamento: Caterina Cortese (PhD) (fio.PSD).

Comitato Editoriale: Alessandro Carta (Cooperativa sociale Il Simbolo), Domenico Leggio (Associazione Tetti colorati), Marco Lucchini (Banco Alimentare), Francesco Marsico (Caritas Italiana), Antonio Russo (ACLI).

Comitato Scientifico: Maurizio Bergamaschi (Università degli Studi di Bologna), Cristian Campagnaro (Politecnico di Torino), Teresa Consoli (Università degli Studi di Catania), Caterina Cortese (fio.PSD), Marco Iazzolino (fio.PSD), Sabina Licursi (Università della Calabria), Francesco Mazzeo Rinaldi (Università degli Studi di Catania), Antonella Meo (Università degli Studi di Torino), Paolo Molinari (IRES-FVG), Roberta Pascucci (fio.PSD), Carlo Pennisi (Università degli Studi di Catania), Valentina Porcellana (Università degli Studi di Torino), Riccardo Prandini (Università degli Studi di Bologna), Massimo Santinello (Università di Padova), Alice Stefanizzi (Università degli Studi di Torino), Anna Zenarolla (Università di Padova).

Comitato Scientifico Internazionale: Peter Cockersell (Intapsych – Winchester, UK), Pascale Estecahandy (National Coordinator operational side – DIHAL, FR), Jose Ornelas (ISPA – Instituto Universitario – Lisboa, PT), Deborah Padgett (NYU Silver School of Social Work, New York, USA), Nicolas Pleace (Centre for Housing Policy – University of York, UK), Sam Tsemberis (Pathways Housing First, Columbia University Medical Center – New York, USA).

La Collana Povertà e Percorsi di Innovazione Sociale si pone come laboratorio privilegiato di pensiero aperto al confronto tra tutti coloro che intendono riflettere sulle pratiche sociali, in particolare studiosi di settore, esperti e operatori, nonché come strumento di presentazione e diffusione di iniziative sperimentali e buone prassi riguardanti l'inclusione sociale e l'integrazione di persone che sperimentano forme e diverse intensità di povertà (assoluta, relativa, estrema, abitativa, alimentare, ecc.).

La Collana predilige studi mono e multidisciplinari, di tipo teorico e applicativo, che analizzano la multidimensionalità del bisogno legato alla condizione abitativa, alla depravazione materiale e relazionale, alla salute e alla grave emarginazione. A questo scopo comprende due sezioni così articolate: Teoria e Ricerca (Sezione I); Metodi e Strumenti (Sezione II).

Rientrano nella Collana, studi sulle politiche sociali e abitative, sul welfare locale, sugli esiti dei progetti di integrazione sociosanitaria e sociale; studi sui movimenti migratori, sulla sicurezza sociale e l'uguaglianza, sulla povertà urbana, sulla homelessness, sulle connessioni con le dimensioni individuali e psicologiche del benessere; sugli spazi abitativi intesi come luoghi di costruzione sociale; sulle dimensioni organizzative e professionali del lavoro con le persone in condizione di grave marginalità.

Tutte le proposte di pubblicazione vengono sottoposte alla procedura del referaggio (peer review), fondata su una valutazione che viene espressa sempre e per ogni lavoro da parte di due referee anonimi, selezionati fra docenti universitari e/o esperti dell'argomento.

Le proposte vanno inviate all'indirizzo di posta elettronica collanastudipoverta@fiopsd.org.



OPEN ACCESS la soluzione FrancoAngeli

Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.



TEORIA E RICERCA

Giuseppina Tumminelli

Margini di cura

Prospettive sull'intersezione
tra homelessness, abitare
e interventi socio-sanitari

la collana è fondata da
fio.PSD
Federazione Italiana Organismi
per le Persone Senza Dimora

FrancoAngeli®

Il presente volume è stato pubblicato grazie al contributo del progetto “Re-care: ricostruire cura e salute” (PRJ-0808) finanziato da Fondazione con il Sud in risposta al bando Socio-sanitario 2020.

Il progetto è coordinato da La Panormitana, società cooperativa sociale ONLUS, ed è condotto in collaborazione con soggetti pubblici (ASP 6, Salute mentale, Comune di Palermo, Città metropolitana di Palermo, Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni internazionali dell’Università di Palermo) e soggetti privati (Fondazione San Giuseppe dei Falegnami, fio.PSD, Centro Astalli, ETS Associazione Nahuel).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

Pubblicato con licenza *Creative Commons
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale*
(CC-BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

*L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore.
L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni
della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>*

Indice

| | |
|---|--------|
| Introduzione, di Giuseppina Tumminelli | pag. 9 |
| 1. Il Welfare Responsabile: una cornice per ricostruire cura e salute, di Giuseppina Tumminelli | » 11 |
| 1.1. Premessa | » 11 |
| 1.2. Welfare State | » 11 |
| 1.3. Welfare Responsabile | » 16 |
| 1.4. Il progetto Re-Care: ricostruire cura e salute | » 19 |
| 1.5. Il processo: valore aggiunto | » 21 |
| Riferimenti bibliografici | » 24 |
| 2. Politiche di contrasto alla grave emarginazione adulta, di Agnese Ciulla | » 26 |
| 2.1. Premessa | » 26 |
| 2.2. Le politiche in materia di grave marginalità adulta | » 27 |
| 2.3. Le linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta | » 27 |
| 2.4. Il primo Piano sociale italiano: il Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 | » 28 |
| 2.5. Programmazione nazionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali | » 31 |
| 2.6. I programmi nazionali in corso | » 32 |
| 2.7. Il nuovo piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026 | » 36 |
| 2.8. Le misure di contrasto alla grave emarginazione adulta | » 37 |
| 2.9. Il ruolo di fio.PSD nel favorire la capacitazione dei territori | » 42 |

| | | |
|---|------|----|
| 2.10. Una riflessione sul target di riferimento | pag. | 43 |
| 2.11. Le sfide | » | 44 |
| Riferimenti bibliografici | » | 49 |
| 3. Classificazioni e rappresentazioni. Una luce di posizione sui senza dimora, di Vincenzo D'Amico | » | 50 |
| 3.1. L'oggetto di studio e le sue caratteristiche: evoluzione storica e sociale | » | 50 |
| 3.2. I diversi tipi di homelessness: differenze geografiche e culturali | » | 52 |
| 3.3. Il rapporto tra dati e classificazioni | » | 55 |
| 3.4. Le classificazioni come cornici narrative | » | 57 |
| 3.5. Diritto all'abitare e classificazione dei servizi | » | 60 |
| Conclusioni | » | 63 |
| Riferimenti bibliografici | » | 64 |
| Filmografia | » | 64 |
| 4. Senza dimora e salute bio-psicosociale, di Renzo Muracini | » | 65 |
| 4.1. Premessa | » | 65 |
| 4.2. I senza dimora: il trauma della perdita e la sofferenza bio-psico-sociale | » | 66 |
| 4.3. Quale aiuto? E come organizzarlo? | » | 71 |
| Riferimenti bibliografici | » | 72 |
| 5. Integrazioni socio sanitarie, di Anna Cullotta | » | 73 |
| 5.1. Premessa | » | 73 |
| 5.2. Integrazione sociosanitaria: riferimenti e percorsi normativi ed indicazioni europee | » | 74 |
| 5.3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021 | » | 76 |
| 5.4. La salute mentale nello scenario internazionale dell'integrazione sociosanitaria: approccio globale e salutogenico | » | 78 |
| 5.5. Economia del benessere | » | 83 |
| 5.6. Comunità | » | 85 |
| 5.7. Dinamica e complessità della presa in carico: dal pensiero all'azione | » | 88 |
| 5.8. <i>Community Care</i> | » | 89 |
| 5.9. <i>Community Care</i> e creatività | » | 92 |
| 5.10. <i>Community Care</i> e partecipazione | » | 94 |

| | |
|---|---------|
| 5.11. Comunità: modi o mondi possibili di lavoro | pag. 98 |
| 5.12. Il <i>Relational Social Work</i> : spunti importanti | » 100 |
| Conclusioni o nuovi inizi | » 102 |
| Riferimenti bibliografici | » 103 |
| Sitografia | » 105 |
| 6. Housing supportato e grave marginalità , di <i>Caterina Cortese e Maddalena Floriana Grassi</i> | » 106 |
| 6.1. Premessa | » 106 |
| 6.2. Grave marginalità e salute | » 107 |
| 6.3. La punta dell'iceberg di un fenomeno complesso e multiforme | » 109 |
| 6.4. Grave marginalità, salute e casa | » 111 |
| 6.5. Quale tipo di housing per garantire il diritto alla salute di persone senza dimora? | » 114 |
| Considerazioni conclusive | » 121 |
| Riferimenti bibliografici | » 123 |
| 7. Senza dimora e salute mentale , di <i>Chiara Majorana e Laura Fucà</i> | » 129 |
| 7.1. Contesto di attuazione e riferimenti legislativi | » 129 |
| 7.2. Il progetto Re-Care: "l'antefatto" | » 131 |
| 7.3. Il progetto Re-Care. Step, strategie e realizzazione | » 132 |
| Riferimenti bibliografici | » 134 |
| 8. Le nuove frontiere dell'amministrazione di sostegno , di <i>Gabriella Marcatajo</i> | » 135 |
| 8.1. L'amministrazione di sostegno | » 135 |
| Riferimenti bibliografici | » 153 |
| 9. Università e welfare responsabile: profili di diritto amministrativo della cura e della co-progettazione pubblica , di <i>Annalisa Lorito</i> | » 155 |
| 9.1. Premessa | » 155 |
| 9.2. Il fondamento costituzionale: tra autonomia e responsabilità | » 156 |
| 9.3. L'Università come amministrazione pubblica relazionale | » 157 |
| 9.4. La co-progettazione universitaria come pratica di cura | » 159 |
| 9.5. Prospettive | » 160 |
| Riferimenti bibliografici | » 161 |
| Gli Autori e le Autrici | » 163 |

Introduzione

di Giuseppina Tumminelli

Margini di cura. Prospettive sull'intersezione tra homelessness, abitare e interventi socio-sanitari è il risultato di una riflessione critica sulle dinamiche che attraversano le esperienze di vita delle persone senza dimora, il più delle volte collocate ai margini anche delle pratiche di cura, delle politiche abitative e dell'assistenza socio-sanitaria. Il concetto di margine non si riferisce solo a una condizione spaziale o sociale, ma evoca un luogo simbolico in cui si ridefiniscono le relazioni tra istituzioni, soggettività vulnerabili e dispositivi di welfare. È proprio in questi margini che emergono, in modo più evidente, le tensioni tra modelli normativi di abitare e percorsi biografici, tra standard sanitari e bisogni complessi, tra interventi emergenziali e logiche di lungo periodo.

L'intreccio tra homelessness, abitare e interventi socio-sanitari viene qui affrontato come una zona di intersezione in cui si co-producono forme di esclusione e tentativi di inclusione, governance del disagio e pratiche di resistenza, istituzionalizzazione e agency. L'obiettivo del volume, che vuol essere una voce corale, è esplorare queste intersezioni adottando uno sguardo sociologico capace di cogliere la multidimensionalità del fenomeno, ponendo attenzione tanto agli assetti strutturali quanto alle dinamiche relazionali e simboliche che caratterizzano i percorsi di chi vive ai margini dell'abitare.

In questo senso, i “margini di cura” diventano uno spazio analitico da cui osservare le politiche pubbliche, le pratiche professionali e le soggettività coinvolte, interrogando le possibilità di trasformazione dei sistemi di welfare in una prospettiva più inclusiva e relazionale.

Le analisi e le riflessioni proposte nel volume prendono spunto dal progetto “Re-Care: ricostruire cura e salute”, finanziato da Fondazione con il Sud, in risposta a bando Socio-sanitario 2020.

Con Re-Care, la rete pubblico-privata ha posto al centro la persona, ha valorizzato le risorse di contesto e l'empowerment dei soggetti destinatari, promuovendo percorsi personalizzati di accompagnamento all'autonomia. In tal senso, i concetti chiave attorno ai quali si articola il progetto, senza dimora, disabilità psicosociale, progetto individualizzato, responsabilità condivisa, sussidiarietà orizzontale, vengono riletti in un'ottica di interconnessione.

Ogni lavoro di ricerca incorpora un valore nascosto che si trova nelle dinamiche relazionali e negli scambi intersoggettivi che lo hanno sostenuto, contribuendo in modo significativo alla produzione di conoscenza e ai processi di crescita collettiva. Un ringraziamento speciale è rivolto alle organizzazioni pubbliche e private del progetto, il cui contributo, articolato attraverso prospettive disciplinari eterogenee, ha sostenuto e co-costruito il percorso epistemologico di questo progetto e di questo volume.

1. Il Welfare Responsabile: una cornice per ricostruire cura e salute

di Giuseppina Tumminelli

1.1. Premessa

Gli ultimi decenni sono stati segnati da profondi cambiamenti che hanno interessato le società, le comunità e il vivere sociale. La complessità, tipica della contemporaneità e risultato anche della diffusione dei processi di globalizzazione, ha trovato espressione in un nuovo paradigma: quello dell'interconnessione. Ciò ha comportato la messa in relazione di tutti i fenomeni e l'individuazione di soluzioni ai problemi in stretta connessione con il territorio nel quale questi prendono forma e si sviluppano.

Far riferimento al territorio, pertanto, consente di leggere e di analizzare la dimensione macro, micro e meso, riconoscendo, in aggiunta, l'influenza e l'impatto che il territorio stesso esercita sui temi che si affrontano e sugli abitanti. Si pensi ad esempio al *leisure*, al tempo libero, e alla presenza di musei, cinema, teatri, palestre, ecc., alla formazione come scuole, università, biblioteche, ecc., ai servizi socio sanitari come ambulatori, centri di riabilitazione, ecc. Prendendo spunto da ciò, è innegabile che la crisi del welfare, la necessità di fornire risposte a nuovi problemi e di proporre “visioni future”, ossia cornici di senso all'interno delle quali convogliare interventi e azioni innovative, ha generato riflessioni che hanno spinto verso la formulazione teorica di nuovi tipi di welfare per giungere alla elaborazione di un “Welfare responsabile”.

1.2. Welfare State

Il Welfare State, o stato sociale, può essere considerato uno degli asunti fondamentali delle moderne democrazie occidentali, che propone un sistema nel quale lo Stato, attraverso l'introduzione di politiche sociali, si

fa carico del benessere e della sicurezza economica dei cittadini, riducendo, in tal modo, le disuguaglianze sociali e economiche e assicurando sicurezza e stabilità. Questo sistema implica l'accesso gratuito al sistema educativo e al sistema sanitario, supporto economico attraverso pensioni, sussidi e altre forme di aiuto, accesso per famiglie, disabili, anziani, ecc. all'assistenza sociale.

Il Welfare State¹ può essere, pertanto, definito come un insieme istituzionalizzato di politiche pubbliche mediante le quali lo Stato interviene per garantire ai cittadini – o a specifiche categorie sociali – protezione contro rischi sociali standardizzati (quali malattia, disoccupazione, vecchiaia, povertà), attraverso strumenti di assistenza, assicurazione e sicurezza sociale. Gli interventi che vengono proposti si basano sul riconoscimento dei diritti sociali e su obblighi di contribuzione, delineando un nuovo patto di cittadinanza che si affianca ai diritti civili e politici. In questa prospettiva, lo Stato sociale emerge come una risposta strutturale alle trasformazioni indotte dalla modernizzazione e dall'industrializzazione, che hanno ridefinito sia la natura dei rischi sociali, sia le modalità della riproduzione sociale. La sua nascita si radica in particolar modo nel contesto europeo, dove ha accompagnato l'evoluzione dello Stato-nazione e delle istituzioni democratiche a partire dalla fine del XIX secolo, in un processo di estensione funzionale dello Stato oltre i confini dello Stato minimo liberale.

È confermato che l'espansione delle politiche sociali ha implicato una profonda trasformazione della governance pubblica: da una parte, l'allargamento dell'intervento statale ha prodotto una crescente burocratizzazione e specializzazione degli apparati amministrativi; dall'altra, ha inciso sulle dinamiche della stratificazione sociale, alterando i meccanismi classici di disuguaglianza e modificando le basi materiali e simboliche della legittimazione politica.

Dal punto di vista sociologico, la nascita dello Stato sociale non può essere ricondotta unicamente alle rivendicazioni del proletariato industriale, ma deve essere letta anche come esito del consolidamento della democrazia di massa e delle esigenze di integrazione sociale in contesti capitalistici avanzati. Secondo Marshall, il welfare rappresenta una componente cruciale dell'evoluzione della cittadinanza moderna, consentendo di coniugare il principio democratico con l'economia di mercato. In questo senso, il Welfare State ha contribuito alla stabilizzazione dell'ordine sociale e politico, alla riduzione delle disuguaglianze generate dalle strutture familiari e di classe, e alla promozione di condizioni materiali minime per l'autonomia individuale e lo sviluppo collettivo.

¹ Si rimanda alla letteratura sul tema per ulteriori approfondimenti.

Il Welfare State è nato in risposta alle disuguaglianze, innescate dalla rivoluzione industriale, tra i lavoratori. La Germania è comunemente identificata come la realtà fondativa del moderno Stato sociale, avendo avviato, già nel decennio 1880-1890, un processo di istituzionalizzazione del welfare sotto la guida del Cancelliere Otto von Bismarck. Questo processo si tradusse nell'introduzione di dispositivi di protezione sociale quali le assicurazioni contro le malattie, gli infortuni sul lavoro e in un secondo momento, assicurazioni per la vecchiaia, invalidità, configurandosi come una risposta statale al crescente conflitto sociale derivante dall'industrializzazione. Queste politiche sociali non furono unicamente orientate al miglioramento delle condizioni materiali della classe lavoratrice, ma svolsero una funzione di controllo sociale, di stabilizzazione dell'ordine politico-istituzionale e di neutralizzazione di eventuali dinamiche rivoluzionarie. Nel corso del XX secolo, la logica del Welfare State si è progressivamente diffusa su scala transnazionale, diventando parte integrante delle strategie di governance nei paesi industrializzati, in particolare nel secondo dopoguerra. In questo contesto, il welfare si affermò come strumento fondamentale di regolazione sociale, volto alla promozione dell'integrazione, della coesione sociale e alla riproduzione delle condizioni di sviluppo economico in contesti capitalistici avanzati.

Nel panorama comparato delle politiche sociali, il modello britannico si configura oggi come uno dei paradigmi più emblematici dello Stato sociale moderno. Un momento fondativo è rappresentato dal Beveridge Report del 1942, elaborato nel Regno Unito dall'economista e riformatore sociale William Beveridge. Questo documento definì le coordinate normative e strutturali di un Welfare State universalistico, orientato alla lotta sistematica contro le disuguaglianze sociali. Beveridge identificò cinque "mali" strutturali che affliggevano la società industriale – povertà, malattia, ignoranza, miseria e disoccupazione – e propose un apparato di protezione sociale di carattere universale, finanziato attraverso la fiscalità generale, capace di garantire un livello minimo di sicurezza economica e benessere a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro posizione nel mercato del lavoro.

Sul versante statunitense, il modello di Welfare si sviluppò secondo una traiettoria differente, fortemente marcata dall'ideologia individualista e dal primato del mercato. Un momento decisivo in tale evoluzione è rappresentato dal New Deal promosso da Roosevelt negli anni Trenta, in risposta alla crisi sistemica generata dalla Grande Depressione. Attraverso misure come il Social Security Act e l'introduzione di programmi di sussidio alla disoccupazione, si affermò un modello di protezione sociale selettivo e categoriale, fondato su logiche assicurative e non universalistiche, in cui lo

Stato assunse un ruolo di garante minimo, piuttosto che di re-distributore attivo delle risorse.

In Italia, la costruzione dello Stato sociale si configura come un processo storico stratificato, profondamente influenzato dalle trasformazioni politiche, economiche e culturali che hanno attraversato il Paese. Il modello italiano di welfare ha seguito una traiettoria discontinua, articolandosi in fasi successive e rispondendo, di volta in volta, alle pressioni derivanti dalla modernizzazione, dall'industrializzazione tardiva e dalle crisi politico-istituzionali. Le prime manifestazioni di intervento sociale risalgono alla fine del XIX secolo, in un contesto monarchico e ancora fortemente influenzato da logiche assistenziali e paternalistiche. Tuttavia, è solo con l'avvento della Repubblica, nel secondo dopoguerra, che si assiste alla progressiva istituzionalizzazione del Welfare State in senso moderno. La Costituzione del 1948 rappresenta un punto di svolta: essa non solo riconosce i diritti sociali come elementi fondamentali della cittadinanza, ma introduce il principio di solidarietà come architrave del patto sociale repubblicano. I diritti al lavoro, alla salute, all'istruzione e all'assistenza configurano un progetto di cittadinanza sociale orientato all'inclusione e alla riduzione delle disuguaglianze. Durante il ciclo espansivo degli anni '50 e '60 – segnato dal cosiddetto boom economico – lo Stato italiano intensifica il proprio intervento redistributivo, ampliando il sistema previdenziale e consolidando le politiche di protezione sociale. Questa fase vede l'emergere di un welfare occupazionale e corporativo, fortemente legato al lavoro salariato e alla mediazione partitica e sindacale. Nel lungo periodo, il Welfare State italiano si è configurato come un modello “familista mediterraneo”, caratterizzato da una forte interdipendenza tra istituzioni pubbliche e reti familiari, una bassa incidenza di servizi sociali e una spiccata segmentazione delle prestazioni.

In una prospettiva di comparazione tra i sistemi di protezione sociale, Esping-Andersen (1996, 2010) e Ferrera (2019) identificano la presenza di differenti regimi di welfare, intesi non solo come insiemi di politiche statali, ma come configurazioni istituzionali che riflettono l'interazione sistematica tra Stato, mercato del lavoro e famiglia. Questi regimi definiscono modalità distinte di produzione e distribuzione del benessere, nonché forme di cittadinanza sociale: “regime liberale”, tipico degli Stati Uniti, Australia, Regno Unito, caratterizzato da misure assistenziali e da prestazioni modeste rivolte a destinatari che ne hanno bisogno. In questo modello, il mercato riveste un ruolo primario, con incentivi alla privatizzazione della protezione sociale; “regime conservatore-corporativo”, prevalente nei Paesi dell’Europa centrale (Germania, Austria, Francia), fonda il proprio impianto su logiche assicurative contributive, con una stretta correlazione tra sta-

tus occupazionale e diritti sociali. Le prestazioni sono differenziate per categoria professionale, riflettendo una concezione di cittadinanza fortemente segmentata. La famiglia, e in particolare il modello del breadwinner (capofamiglia maschio lavoratore), assume un ruolo sussidiario cruciale; “regime socialdemocratico”, proprio dei Paesi scandinavi, si distingue per la sua vocazione universalistica e demercificatrice. I diritti sociali sono garantiti a tutti i cittadini in modo incondizionato, le prestazioni sono finanziate prevalentemente dalla fiscalità generale, con un alto grado di redistribuzione. Questo modello mira all’uguaglianza sostanziale e alla piena partecipazione sociale.

È stato successivamente individuato un quarto regime, il regime mediterraneo, applicabile ai Paesi dell’Europa meridionale (Italia, Spagna, Grecia, Portogallo). Questo modello si sviluppa a partire da una matrice corporativa, ma evolve secondo una logica dualistica: da un lato, offre ampie e spesso generose tutele alle categorie centrali e formalmente inserite nel mercato del lavoro; dall’altro, mostra significative lacune nei confronti dei soggetti marginali, dei lavoratori atipici e dei disoccupati di lunga durata, soprattutto nelle prestazioni non legate all’occupazione.

Nel contesto italiano, il welfare presenta tratti riconducibili a questo modello mediterraneo, ma anche elementi di ibridazione e peculiarità nazionali. La segmentazione verticale delle tutele è particolarmente marcata, con la presenza di veri e propri “regimi occupazionali” interni al sistema pubblico, fortemente presidiati da gruppi professionali organizzati (pubblico impiego, grandi imprese, libere professioni). A ciò si aggiungono profonde asimmetrie territoriali tra Nord e Sud del Paese, che si riflettono nella disomogeneità dell’erogazione di servizi e prestazioni, anche nei settori formalmente universalistici come sanità e assistenza. Il modello italiano si caratterizza, inoltre, per una marcata interazione tra sfera pubblica e sfera privata informale, con la famiglia che assume funzioni integrative e compensative rispetto alle carenze del sistema pubblico, svolgendo il ruolo di ammortizzatore sociale di ultima istanza. Tali caratteristiche concorrono a una distribuzione della spesa sociale fortemente diseguale, più sprequata rispetto agli altri paesi europei, sia in termini verticali (tra gruppi sociali) sia orizzontali (tra territori).

Le distorsioni strutturali che caratterizzano il modello italiano di welfare possono essere ricondotte, secondo l’analisi di Ferrera, alle specificità del sistema politico e sociale nazionale. Quest’ultimo si distingue per una marcata polarizzazione ideologico-politica, per un basso grado di coesione e omogeneità sociale, e per una *civicsness* incerta, ovvero una debole interiorizzazione diffusa dei principi di responsabilità civica e legalità. Tali fattori concorrono a determinare una limitata capacità delle istituzioni pub-

bliche di esercitare un'autorità autonoma e imparziale nei confronti degli attori collettivi, in particolare partiti e gruppi di interesse.

In questo contesto, il welfare ha assunto una funzione strumentale nel processo di legittimazione politica: la distribuzione delle risorse sociali è stata frequentemente piegata a logiche di scambio politico, finalizzate all'acquisizione del consenso elettorale. Tali pratiche si sono concretizzate sia attraverso meccanismi concertativi formalizzati, sia mediante dinamiche informali o clientelari, spesso orientate a soddisfare interessi settoriali o territoriali piuttosto che principi di universalismo e giustizia redistributiva. La deriva particolaristica è stata ulteriormente favorita dal progressivo indebolimento delle grandi narrazioni ideologiche, che in passato avevano svolto una funzione aggregativa e normativamente orientante. La perdita di forza delle ideologie come collante della sfera pubblica ha lasciato spazio a forme di gestione politica del welfare sempre più pragmatica e opportunistica, alimentando disuguaglianze e inefficienze. Il caso italiano, pur non essendo isolato nel panorama comparato, costituisce una manifestazione particolarmente accentuata di tali dinamiche distorsive, spesso descritte nei termini di un “welfare clientelare” o “segmentato”.

1.3. Welfare Responsabile

La proposta di un Welfare Responsabile è stata avanzata da centri di ricerca universitari e da soggetti del terzo settore, e ha avuto il fine di riformulare l'idea di welfare provando a superare la crisi. Di conseguenza, numerose sono state, nel corso del tempo, le modifiche al sistema di welfare motivate dalla richiesta di inserimento e di attivazione di servizi diversificati. Inoltre, l'ulteriore desiderio di comprensione del ruolo svolto nella società da parte di soggetti pubblici e privati, collettivi e individuali, ha condotto alla nascita di concetti quali “Welfare Society” o “Welfare Community”. E ancora, l'attribuzione di risposte a bisogni e a desideri nascenti ha trasformato ulteriormente lo scenario, orientandolo verso un Welfare di tipo Plurale. In questo modo, è confermata la presenza di numerose azioni, interventi, visioni che può essere offerta da un sistema di Welfare non statale, rispetto ad un Welfare State tradizionale. Quest'ultimo appare in declino sia per le difficoltà finanziarie presenti e confermate, sia per le non adeguate risposte alle nuove domande sociali. Anche la mobilitazione del tessuto associativo e cittadino è andata nella direzione dell'avvio di servizi e attività finalizzata al principio della solidarietà, in un contesto nel quale lo Stato ha continuato a svolgere compiti di controllo e di finanziamento. I rischi, in questo scenario, sono stati e potrebbero continuare ad essere

un'accentuazione della privatizzazione dei servizi e uno svuotamento del significato di coesione sociale. Del resto, lo Stato si è trasformato da gestore a finanziatore di prestazioni sociali, mentre le organizzazioni, anche mirando all'autoreferenzialità, si sono orientate verso la ricerca e l'ottenimento di finanziamenti.

In questo scenario, i sistemi di Welfare, scaturiti dai processi di negoziazione tra i diversi attori sociali, si sono andati differenziando anche nei diversi Paesi. È questo il caso dell'affermarsi del “New Welfare”, esempio della ridefinizione di sistemi che si presentano in forme diverse.

Il collegamento tra fenomeni sociali ha, quindi, reso sempre più evidente la complessità dell'argomento e l'esigenza di trovare soluzioni che, contrastando il clima di frammentazione e di confusione, siano orientate all'analisi e alla rilevazione delle specificità del contesto.

Come evidenzia Cesareo,

(...) l'attuale fase è caratterizzata dal tentativo di tenere insieme (ibridando nei fatti) la cultura del Welfare State, che ha trovato massima espressione nei regimi social democratici, e la logica del neo liberismo, che si è manifestata nei regimi liberali e nelle loro revisioni. L'equilibrio fra queste prospettive è cercato con riferimento a tre elementi che orientano la riorganizzazione del nuovo welfare, vale a dire: una solidarietà produttivista o “flessibile”, un'inclusione attiva, una promozione sociale (2017: 7).

Base di partenza del Welfare Responsabile è l'osservazione dei fenomeni sociali, che non si esaurisce in se stessa, ma si apre al confronto e alla critica, giocando un ruolo centrale nei processi di coesione sociale.

Il focus rimane la persona, il suo coinvolgimento e l'attivazione del senso di responsabilità, che alimenta la partecipazione attiva al cambiamento. La persona è al centro di ogni politica, intervento, servizio. Ciò trova una traduzione nell'attenzione verso le complessità individuali di cui ciascuno è portatore e verso l'adozione di una nuova prospettiva. Quest'ultima deve essere alimentata dalla “riflessività” considerata come uno strumento “[...] per poter comprendere e valutare i diversi linguaggi, per attivare risposte innovative, per adottare il principio della “mobilitazione delle potenzialità” (Cesareo, Pavesi 2019). Adottare tale prospettiva comporta il fornire risposte articolate a bisogni diversificati.

Il principio della “mobilitazione delle potenzialità” potrebbe diventare un moltiplicatore di condivisione di responsabilità ed essere, di conseguenza, in grado di coinvolgere attori sociali diversi per competenze e per sapere, quali utenti, psicologi, pedagogisti, sociologi, psichiatri, supervisori, esperti, amministrativi, volontari, ecc. Ciò anche al fine di superare la logica burocratica di standardizzazione dei processi.

Gli elementi attorno ai quali prende forma il welfare responsabile sono:

- l’“attivazione capacitante”, ossia la mobilitazione e il potenziamento delle risorse, delle competenze e delle abilità di tutti gli attori sociali coinvolti;
- l’“integrazione” condivisa, che comporta l’interazione in base a un modello di governance a rete finalizzato al raggiungimento della coesione sociale tra attori, istituzioni sia profit che non;
- il territorio nel quale mettere in comune iniziative, proposte, azioni;
- lo spazio sociale di prossimità, risultato di un processo di integrazione condiviso e l’acquisizione del bisogno dell’altro come proprio, alla luce del principio di responsabilità sociale.

Pertanto, il welfare responsabile

- si fonda sulla ricchezza di senso, sulla libertà e sulla assunzione del rischio del prendersi cura da parte dell’intera filiera dei soggetti che compongono la società;
- si realizza attivando e coordinando molteplici attori (et-*et*) presenti su un territorio (territorializzazione) per costruire uno spazio sociale di prossimità;
- personalizza gli interventi mediante la capacitazione;
- adotta una particolare governance reticolare e una regolamentazione finalizzata a produrre benessere per le persone e per le comunità in una logica di inclusione sociale che si declina in chiave universalistica (Cesareo 2019: 30).

Il benessere non è ciò che le persone hanno ma, riprendendo Sen, ciò per cui si è in grado di fare (*functionings*), scegliendo tra possibili alternative (*capabilities*).

In questa prospettiva, lo sviluppo di pratiche collaborative tra enti pubblici e enti del Terzo settore, attraverso le azioni di co-programmazione e co-progettazione, permettono l’avvio di alleanze nel territorio tra attori coinvolti a diverso titolo in un rapporto di sostanziale “parità nella diversità” e in risposta alle esigenze e ai bisogni rilevati. Queste azioni necessitano di investimenti, ma anche di collaborazioni e condivisione che pongano al centro l’attivazione di processi di partecipazione tra soggetti diversi.

Tutto ciò presuppone la condivisione, come ricordano Lorenz e Havrdová (2023), di una governance partecipata dei processi, dei tempi, della cornice teorica di riferimento all’interno della quale collocare gli interventi, di forme di integrazione tra servizi, politiche, soggetti, istituzioni, di tavoli di discussioni che coinvolgano attori pubblici e privati e di orizzonti condivisi.

1.4. Il progetto Re-Care: ricostruire cura e salute

Nella fase di progettazione del progetto “Re-Care: ricostruire cura e salute”, la cornice del “Welfare responsabile” è stata individuata come quella maggiormente in grado di rispondere alla presa in carico di soggetti in condizioni di grave marginalità adulta in situazioni di rischi abitativi e con problemi di salute mentale.

Il progetto intende consolidare, a Palermo, una rete territoriale in grado di rispondere, con tempi e servizi adeguati, ai bisogni di cura delle persone senza dimora, con specifica attenzione alla tutela della salute mentale, favorendo percorsi di accompagnamento all'autonomia. Come emerge dalla letteratura sul tema, vi è una stretta relazione tra le condizioni di grave povertà e marginalità estrema, come quelle sperimentate dalle persone senza dimora, e la salute fisico-psichica individuale (Valtolina 2003). La costruzione sociale del fenomeno e la sua definizione (Friso 2017) pongono il tema della salute mentale delle persone senza dimora (PSD) al centro degli interventi pubblici finalizzati all'attivazione di servizi e di competenze specifiche nel territorio. Il profilo dei PSD, oggi, anche in seguito alle conseguenze della pandemia, racchiude una molteplicità di situazioni (Fio.PSD 2021, 2020). Si tratta di donne e di uomini con età differenziate che condividono una precarietà materiale estrema che si manifesta nell'assenza di una “casa”, della residenza anagrafica e di fonti di reddito, nella difficoltà nell'accedere ai servizi socio-sanitari, nel non potere contare su reti di supporto familiari e nello sperimentare un deterioramento fisico e psichico. Proprio questi soggetti sono maggiormente esposti a problemi variegati, come quelli della salute, non soltanto fisica ma anche mentale, come emerge dai disagi psichici quali disturbi psicotici e depressivi che, negli homeless, sono superiori rispetto alla media della popolazione o a quelli connessi alle dipendenze.

Il livello locale, territoriale, rimane il banco di prova dell'innovazione (Mura, Zurru 2013) dove, cioè, è possibile sperimentare alleanze tra attori diversi, forme di governance efficaci e efficienti e dispositivi di presa in carico dell'utente (Tumminelli 2022; Biggeri, Bellanca 2011). Innanzitutto, rimane complesso stabilire relazioni con le PSD e ciò necessita di un approccio globale alla persona, di un'integrazione socio-sanitaria tra i diversi servizi e di una presa in carico collettiva tra attori, quali servizi sociali territoriali, aziende ospedaliere, privato sociale e saperi multidisciplinari. Numerosi sono i problemi legati agli aspetti strutturali e organizzativi dei servizi amplificati dalla pandemia come, ad esempio, le lentezze burocratiche-amministrative, i tempi per gli appuntamenti, le carenze di organico. Inoltre, difficoltà emergono nei servizi a bassa soglia, come i dormitori,

che non è detto siano i servizi più adeguati alla cura di persone con disagio psichico. Attenzione, infine, deve essere rivolta al tema della comunità e della sensibilizzazione del territorio nell'approccio al contrasto alla grave marginalità.

Il fenomeno delle persone senza dimora con problemi di salute mentale rappresenta in Italia una delle sfide più impegnative (Pavesi 2017), non soltanto per le politiche sociali e sanitarie, ma anche per quelle abitative. La deistituzionalizzazione della malattia mentale, avviata alla fine degli anni '70 in Italia e diffusa nel resto del mondo, ha introdotto un nuovo modello di intervento basato sull'integrazione tra servizi territoriali e comunitari, con l'obiettivo della "cura" centrata sulla persona e non sulla malattia (Biggeri, Bellanca 2011).

Di contro, la lentezza nella creazione di servizi alternativi e la mancanza di risorse adeguate nella presa in carico di persone con disagio psichico in condizioni di estrema marginalità hanno determinato un incremento nel numero di persone costrette a vivere in strada e amplificato le disuguaglianze e le forme di ingiustizia, anche abitativa.

La centralità della persona e la responsabilità individuale e collettiva sono stati, e continuano ad essere, il filo conduttore del processo avviato in seno al progetto "Re-Care: ricostruire cura e salute"²².

La nozione della centralità della persona conduce alla riflessione verso i sistemi di relazione attivati e attivabili e i concetti, nel caso specifico, di senza dimora, disabilità, progetto personalizzato, empowerment, autonomia.

La filiera della responsabilità intesa come "1. L'insieme degli attori che hanno responsabilità e che svolgono un ruolo attivo nei sistemi di welfare; 2. i legami che connettono gli attori; 3. le forme assunte dalle pratiche con cui si concretizza la responsabilità" (Cesareo, 2019: 25) è stata alla base della condivisione dei rapporti tra i soggetti del pubblico e del privato facenti parte della rete del progetto. L'aver adottato il modello della "responsabilità condivisa" ha permesso la partecipazione attiva e proattiva dei destinatari e delle destinatarie nella costruzione del proprio percorso all'interno del progetto stesso.

I soggetti coinvolti nella rete del progetto possono essere divisi da una parte negli attori della pubblica amministrazione (ASP 6, Salute mentale, Comune di Palermo, Città metropolitana di Palermo, Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni internazionali dell'Università di Palermo), dall'altra nei soggetti del terzo settore (La Panormitana, società cooperativa sociale ONLUS, Cooperativa San Giuseppe dei Falegnami, fio.PSD, Cen-

²² Il progetto "Re-Care: ricostruire cura e salute" (PRJ-0808) è stato finanziato da Fondazione con il Sud in risposta al bando Socio-sanitario 2020.

tro Astalli, ETS Associazione Nahuel). In aggiunta alla rete di progetto, è stata coinvolta una vasta rete di organizzazione tra Istituzioni, Scuole e Enti del Terzo settore.

La collaborazione si inserisce nel paradigma della cooperazione e della condivisione di obiettivi.

Investimento costruttivo e generativo è stata, inoltre, l'adozione del principio della “sussidiarietà” orizzontale sancito dall'art. 118 della Costituzione, che ha determinato attraverso “[...] una dinamica di progressivo spostamento dei poteri decisionali dal livello statuale agli enti più prossimi ai cittadini (sussidiarietà verticale) e di apertura dei processi decisionali al contributo delle soggettività sociali presenti sul territorio (sussidiarietà orizzontale)” (Burgalassi 2017: 22), l'avvio di processi rivolti verso la legittimazione dal basso degli interventi di protezione sociale. Pertanto, la consapevolezza che una società civile possa essere “[...] capace di valorizzare la cooperazione, la solidarietà, il mutualismo e la reciprocità su scala comunitaria può strutturare azioni di sistema utili ad affrontare i problemi complessi e multiformi sottesi alla crescita inclusiva, intelligente e sostenibile dei territori” (Cesareo, Pavesi 2019: 95).

L'adozione del principio di sussidiarietà ha spinto verso l'adozione di modelli innovativi che necessitano, però, di “[...] un considerevole investimento da parte di tutti gli attori coinvolti secondo tre principali orientamenti: la promozione degli attori di prossimità e della loro capacità di azione; la prevenzione del ricorso a interventi standardizzati e normalizzati da parte degli organismi istituzionali; la responsabilizzazione di tutti gli attori del sostegno sociale” (Simeone, Cadei, Sità 2014: 181).

Re-Care si è sviluppato in questa cornice, tenendo presenti gli elementi caratterizzanti il paradigma del welfare responsabile.

1.5. Il processo: valore aggiunto

L'attivazione della persona, della comunità e la personalizzazione degli interventi sono stati al centro dell'avvio di un processo di innovazione sociale ossia di

(...) cura dei processi che, agendo sulle organizzazioni, hanno come effetto non solo lo sviluppo di nuove relazioni con gli stakeholder e con il territorio, ma anche di nuove risposte a problemi sociali, costruite implementando servizi che migliorano la qualità della vita delle persone e della comunità, nonché di rinnovate dinamiche nel mercato del lavoro che sviluppano nuove competenze e forme di partecipazione” (Cesareo 2017: 11).

Nel caso specifico, la dimensione del territorio ha acquisito diversi significati non soltanto per i singoli partecipanti a livello individuale, per ciò che può rappresentare nelle esperienze personali dei beneficiari coinvolti e nelle esperienze degli operatori³ come piano concreto di sperimentazione di azioni e progetti, ma anche nella dimensione funzionale facendo riferimento all'attivazione di network tra i soggetti. Come caratteristica centrale, “La dimensione territoriale rappresenta il perno sul quale ancorare il WR: è quindi il livello locale (inteso in senso ampio) – quello più prossimo alla vita delle persone, delle famiglie e delle loro reti – a costituire il cuore pulsante di un welfare capace di dare risposte efficaci e sostenibili” (Cesareo, Pavesi 2019: 29).

La scelta di lavorare attraverso la creazione di équipe multidisciplinari è stata un altro degli elementi generativi per la capacità di avviare forme sia di lavoro di rete promuovendo connessioni e sinergie tra risorse formali e informali con lo scopo di realizzare un intervento di aiuto sia di lavoro in rete svolto in équipe in cui diversi professionisti si integrano e coordinano i loro interventi al fine di evitare sovrapposizioni e sprechi di risorse. In tal modo, si superano interessi individualistici e barriere, condividendo conoscenze, competenze per il raggiungimento del bene comune.

La valorizzazione dei diversi saperi ha consentito l'avvio di momenti di confronto, garantiti anche dai momenti di supervisione, e di una riflessività intenzionale, di una originalità aperta all'altro e a se stessi (Cesareo 2017). La riflessività è stata utilizzata come base nella creazione di relazioni e come guida metodologica per accompagnare attivamente la persona nel recupero della propria vita e in progetti futuri possibili.

Il percorso avviato, ponendo al centro la persona senza dimora e con problemi di salute mentale, ha integrato aspetti micro e macro nell'analisi delle condizioni di marginalità adulta, offrendo risposte di welfare responsabile.

La presa in carico, non ha risposto ad approcci e procedure standardizzate, ma è stata finalizzata all'attivazione delle risorse e dei desideri individuali. Questo approccio si è incrociato con il “capability approach” (Sen 1985, 2004, 2009) e con la dimensione di quello che ciascuno è in grado di fare (capacità e possibilità), di essere (funzionamenti e acquisizioni effettive); con la dimensione di quello che una persona potrebbe fare se volesse (funzionamenti potenziali) e con la dimensione di ciò che una persona non

³ Nel capitolo, tutti i termini riferiti ai beneficiari e agli operatori sono stati declinati al genere maschile. È stata fatta questa scelta per evitare ridondanze, pur nella consapevolezza dell'importanza dell'utilizzo di un linguaggio che rispetti le differenze di genere.

può scegliere. Tutto questo è collegato inoltre alle opportunità e alla libertà. Tale prospettiva, pertanto, spinge la persona presa in carico verso l'autonomia e la realizzazione del proprio percorso di vita fatto anche di sogni e di desideri. Fare riferimento a persone che hanno sperimentato la condizione di grave marginalità adulta e si trovano in condizioni di disabilità impone in aggiunta una ulteriore riflessione su come sia possibile attivare processi di autonomia. L'autonomia non può essere confusa con l'indipendenza dagli altri o come l'indipendenza economica, ma deve essere pensata come la possibilità sia di esercitare il proprio diritto all'autodeterminazione che è sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006), sia di poter costruire il proprio stare nel mondo sociale. Ne emerge, di conseguenza, che l'autonomia è un percorso complesso che deve comportare, perché si possa realizzare, un'assunzione di responsabilità tra più e differenti attori (Tumminelli 2022) che avviino quell'idea di “lavoro di comunità” la cui necessità è confermata dalla rete pubblico-privata.

Gli elementi teorici che caratterizzano il Welfare responsabile hanno trovato, pertanto, una declinazione significativa nella realizzazione del progetto Re-Care. L'attivazione capacitante scardina la logica dell'assistenzialismo attraverso la valorizzazione delle risorse delle persone senza dimora e l'attivazione delle reti di sostegno e di socialità. In questo modo, i beneficiari sono stati accompagnati verso un nuovo modo di vedere la propria condizione. Tutto ciò è stato possibile grazie all'integrazione condivisa tra i soggetti della rete che ha comportato non soltanto il lavorare in una logica di rete, ma di poter condividere reciprocamente saperi, competenze, professionalità al fine di proporre percorsi, soluzioni e attività. La costruzione di uno spazio sociale di prossimità, inoltre, è diventata un'opportunità di espressione e di valorizzazione della persona.

La prospettiva del Welfare responsabile, cornice del progetto, ha consentito di dar vita a una teoria della pratica. Il lavoro di comunità, articolato in azioni di sensibilizzazione, di informazione e di coinvolgimento, è stato orientato al depotenziamento dell'effetto stigmatizzante del homelessness e dell'homeless con problemi mentali nella consapevolezza che solo la conoscenza porta a ridurre gli stereotipi e i pregiudizi e di conseguenza a rendere possibili processi di inclusione.

Alla luce di quanto detto, è possibile leggere il progetto come un esempio di pratica di “innovazione sociale” “created from collective, intentional, and goal-oriented actions aimed at prompting social change through the reconfiguration of how social goals are accomplished” (Cajaiba, Santana 2014: 44).

Costituiscono la pratica, l'avere attivato processi di partecipazione tra soggetti pubblico-privati finalizzati non soltanto alla rilevazione dei bisogni

e dei desideri delle persone prese in carico, ma di condivisione dello stesso schema valoriale e teorico. La promozione della centralità della persona e, soprattutto la sua partecipazione attiva ai processi proposti è un altro degli elementi innovativi. La scelta di un'équipe multiprofessionale che abbia orientato le proprie azioni e interventi nella direzione di individuare strategie e metodologie finalizzate all'accompagnamento dei beneficiari è stata garante del rispetto della dignità della persona. All'interno della cornice del Welfare responsabile, è stato possibile creare connessioni e sinergie tra i servizi presenti nel territorio, potenziando forme di integrazione socio-sanitaria già avviate dall'Asp 6 e dalla Caritas di Palermo. I servizi socio-sanitari in raccordo con gli uffici comunali e della città metropolitana hanno costruito interventi personalizzati basati non soltanto sui bisogni, ma sul riconoscimento dei diritti della persona, sui suoi desideri e sulle sue aspirazioni.

Come anticipato, gli elementi principali tenuti in considerazione sono stati in linea con il paradigma del Welfare responsabile. Obiettivo comune e condiviso è stato, già durante la fase di co-progettazione, non la realizzazione di un progetto, ma l'avvio di un processo che riconoscesse nell'inclusività una parola centrale. Inclusività non soltanto dei soggetti partner della rete, dei soggetti esterni a questa, ma della comunità e, in particolar modo, delle persone destinatarie.

Nel progetto Re-Care, i risultati non hanno interessato l'erogazione di servizi, ma la generazione di legami sociali e di alleanze che, consolidatisi, hanno permesso di immaginare possibili proseguimenti e sviluppi.

L'iniziativa, per il suo carattere sperimentale e innovativo, ha valorizzato la persona presa in carico e creato le condizioni di fuori-uscita dalle condizioni di marginalità.

In tal modo, è stata superata l'idea di un Welfare assistenzialista grazie all'identificare e supportare le risorse della persona verso l'autodeterminazione.

Riferimenti bibliografici

- Biggeri M., Bellanca N. (a cura di) (2011), *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità. L'approccio delle «capability» alle persone con disabilità*, Liguori, Napoli.
- Burgalassi M. (2017), *Politica sociale e welfare locale*, Carocci, Roma.
- Cajaiba-Santana G. (2014), *Social innovation: Moving the field forward. A conceptual framework*, in «Technological Forecasting & Social Change», 82, pp. 42-51.
- Cesareo V. (a cura di) (2017), *Welfare responsabile*, Vita e Pensiero, Milano.

- Cesareo V., Pavesi N. (a cura di) (2019), *Il welfare responsabile alla prova*, Vita e Pensiero, Milano.
- Esping-Andersen G. (Ed.) (1996), *Welfare states in transition: National adaptations in global economies*, SAGE Publications Ltd.
- Esping-Andersen G. (2010), *Oltre lo stato assistenziale. Per un nuovo «patto tra generazioni»*, Garzanti, Milano.
- Ferrera M. (a cura di) (2019), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Friso V. (2017), *Disabilità, rappresentazioni sociali e inserimento lavorativo. Percorsi identitari, nuove progettualità*, Guerini Scientifico, Milano.
- Lorenz W., Havrdová Z. (a cura di) (2023), *Enhancing professionalism through reflectivity in social and health care*, Springer Nature Switzerland AG.
- Mura A., Zurro A.L. (a cura di) (2016), *Identità, soggettività e disabilità. Processi di emancipazione individuale e sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Pavesi N. (2017), *Disabilità e welfare nella società multietnica*, FrancoAngeli, Milano.
- Sen A.K. (1985), *Commodities and Capabilities*, North Holland, Amsterdam.
- Sen A.K. (2004), *Capabilities, lists, and public reason: continuing the conversation*, in «Feminist Economics», 10, pp. 77-80.
- Sen A.K. (2009), *Capability: Reach and Limits*, in E. Chiappero-Martinetti (a cura di), *Debating Global Society: Reach and Limits of the Capability Approach*, Fondazione Giacomo Feltrinelli, Milano.
- Simeone D., Cadei L., Sità C. (2014), *Le professioni educative*, in G. Elia (a cura di), *Le sfide sociali dell'educazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Tumminelli G (2022), *Educativamente: dall'esclusione all'inclusione*, in Aa.Vv., *L'inclusione lavorativa delle persone con disabilità intellettuale Itinerari di ricerca e buone pratiche*, Vannini Editoria Scientifica, Brescia, pp. 153-184.
- Valtolina G.G. (2003), *Fuori dai margini. Esclusione sociale e disagio psichico*, FrancoAngeli, Milano.

2. Politiche di contrasto alla grave emarginazione adulta

di Agnese Ciulla

2.1. Premessa

Ci troviamo di fronte ad una stagione cruciale per le politiche di contrasto alla grave emarginazione adulta. I diversi programmi ministeriali destinati ai territori sono frutto di un processo iniziato con le Linee di Indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta (MLPS 2015) che hanno fortemente influenzato l'istituzione dei LEPS previsti dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 ed il successivo piano, in fase di pubblicazione. L'Avviso 4/2016, il Fondo Povertà, il React Ue e il PNRR Next Generation EU ed oggi l'Avviso Integra, hanno posto le basi per l'attuazione di una infrastrutturazione dei servizi che si accinge a trovare continuità nella prossima Programmazione 2021-2027.

In questo processo fio.PSD ha svolto un ruolo attivo e di stimolo grazie alla competenza dei propri soci che radicano il loro intervento su tutto il territorio nazionale. La Federazione ha così potuto accreditarsi come Ente competente in materia di interventi innovativi e ampliare il proprio raggio di azione al di fuori della propria base associativa, attivando percorsi di accompagnamento territoriale rivolti agli Enti Locali impegnati in questa cruciale fase di progettazione di politiche sociali. I percorsi di accompagnamento territoriale sono stati un importante processo di capacitazione che ha coinvolto Enti Pubblici su tutto il territorio nazionale. L'azione di supporto alle cabine di regia regionali e dei singoli ambiti territoriali hanno permesso la diffusione e la condivisione di prospettive progettuali comuni, il coordinamento delle realtà territoriali e la creazione di spazi di co-programmazione tra pubblico e privato.

In questo percorso si inserisce la partecipazione al progetto Re-Care, ovvero nel voler rafforzare il sistema di confronto territoriale e di sperimentazione di pratiche volte a restituire stimoli, sollecitazioni e contributi

necessari per continuare a programmare politiche e servizi adeguati a bisogni e desideri delle persone senza dimora.

2.2. Le politiche in materia di grave marginalità adulta

Il fenomeno della grave emarginazione adulta ha richiesto - e continua a richiedere, una specifica attenzione affinché le politiche, i programmi e le azioni conseguenti, possano incidere significativamente nella vita delle persone, secondo una logica di riconoscimento dei diritti e di miglioramento della qualità della vita di tutti e tutte.

A seguito della prima indagine nazionale sulla condizione delle persone senza dimora in Italia, promossa nel 2011 da Istat, in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con fio.PSD e con Caritas Italiana, l'ambito della grave emarginazione adulta e delle persone senza dimora è stato interessato da una significativa evoluzione.

Questo processo ha visto la realizzazione di programmazioni senza precedenti, caratterizzate dall'assegnazione di ingenti risorse ai territori. Tale impegno è emerso sia come risultato di un processo avviato anni prima, con l'approvazione delle prime Linee di Indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta, la stesura dei primi Piani di intervento contro la povertà estrema e l'istituzione del relativo Fondo Povertà-Quota grave marginalità e la pubblicazione dell'Avviso 4/2016.

2.3. Le linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta

Le Linee di Indirizzo¹ sono il primo documento ufficiale di programmazione nel settore della grave marginalità che Governo, Regioni ed Enti Locali sono chiamati a seguire per investire fondi pubblici in servizi e strategie abitative innovative, in quello che si delinea come il Primo Piano Nazionale di Lotta alla Povertà.

Rappresentano una rivoluzione culturale perché per la prima volta in Italia vengono definiti dei “livelli minimi essenziali” a livello nazionale per il contrasto dell’homelessness e sono anche una grande opportunità e una leva fondamentale per dialogare con le Regioni e i Comuni, forti di questo

¹ Maggiori informazioni su <https://www.fiopsd.org/linee-di-indirizzo-per-il-contrastalla-grave-emarginazione-adulta-in-italia/>.

strumento, per accompagnare i nostri decisori politici in una programmazione delle risorse che veda finalmente il contrasto della povertà come uno dei temi centrali negli interventi di tutela delle persone più fragili.

Con l'emergenza dovuta al Covid-19, inoltre, le misure avviate, si sono configurate come risposta, agile e tempestiva, alle nuove sfide imposte dalla pandemia.

Le iniziative e le risorse allocate hanno stimolato profondamente l'ambito dei servizi rivolti alla grave emarginazione adulta, rafforzando e spesso creando le basi per un approccio più efficace e un cambio di paradigma nelle azioni di contrasto al fenomeno.

Per contrastare l'impatto dell'emergenza pandemica, sono stati stanziati dall'Europa i fondi React Eu e PNRR. L'Italia ha utilizzato tali fondi, per contrastare la grave emarginazione adulta, pubblicando gli avvisi, rivolti agli ambiti territoriali ed ai grandi comuni, PrIns per il primo fondo, i cui interventi si sono già conclusi e l'Avviso 1/2022 per il PNRR, le cui attività sono ancora in corso e si concluderanno nel marzo 2026.

Oggi, sono in fase di valutazione le proposte progettuali relative al nuovo Avviso Integra, intervento compreso nella programmazione nazionale FSE+ del PN Inclusione 2021-2027.

2.4. Il primo Piano sociale italiano: il Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, ancora oggi attuale ma in fase di aggiornamento con il nuovo piano in fase di pubblicazione, è stato costruito come un documento dinamico e modulare, che contiene all'interno di una cornice unitaria, i piani settoriali:

- il Piano sociale nazionale;
- il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà;
- il Piano per la non autosufficienza.

I Piani sono a loro volta collegati ai tre maggiori fondi sociali:

- Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS);
- Fondo povertà;
- Fondo per le non autosufficienze.

Il Piano configura così una cornice unitaria in grado di sostenere una logica complessiva di sviluppo dei servizi nei vari ambiti in cui attualmen-

te si articola la programmazione, fondata su un approccio volto a sostener e valorizzare le risorse delle persone che vengono prese in carico da un sistema sempre più solido e competente, che sia capace di promuovere sul territorio la partecipazione delle reti di cittadinanza coniugando welfare e sviluppo della democrazia. La stesura del piano ha avuto come passaggio intermedio l'approvazione dei primi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (L.E.P.S.) rivolti alle persone senza dimora.

Il concetto di L.E.P.S. ricalca nella sostanza lo stesso concetto dei LIV.E.A.S. (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale). Si tratta dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, vale a dire del livello minimo garantito di prestazioni e di servizi, finanziati con le risorse pubbliche raccolte anche attraverso la fiscalità generale, che i competenti organismi della Pubblica Amministrazione sono tenuti a fornire a tutti i cittadini sul territorio nazionale, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di contribuzione.

Gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali si riferiscono a specifici settori assistenziali:

- contrasto alla povertà;
- persone totalmente dipendenti;
- infanzia-adolescenza;
- responsabilità familiari;
- donne in difficoltà;
- persone disabili;
- persone anziane;
- persone dipendenti da sostanze;
- iniziative di auto-aiuto.

L'approvazione dei primi L.E.P.S. rivolti alla grave marginalità ha segnato un ulteriore passaggio cruciale: dal concetto di assistenza alle persone più fragili al loro riconoscimento come soggetti portatori di diritti legittimi ed esigibili. Questo elemento rappresenta sicuramente un notevole progresso verso un welfare più inclusivo e universalistico per le persone senza dimora.

I nuovi L.E.P.S. individuati sono i servizi di accesso alla residenza anagrafica e fermo posta e il Pronto intervento sociale. L'HF (Housing First) e l'HL (Housing Led) non sono classificati come L.E.P.S. ma sono stati definiti come servizi di potenziamento per i L.E.P.S., anche in ragione dei risultati che stanno dimostrando come modelli di intervento efficaci nel contrasto all'homelessness e alla marginalità sociale.

LEPS - Residenza anagrafica

“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” (art. 2, c. 3, L. 1228/54).

Dal diritto all’iscrizione anagrafica, normativamente discende la possibilità di fruire di servizi essenziali connessi ad ulteriori diritti fondamentali costituzionalmente garantiti quali, ad esempio, l’accesso ai servizi socio-assistenziali e sanitari. Attraverso l’accesso al servizio di fermoposta si intende assicurare la reperibilità della persona, con particolare riferimento all’accesso alle comunicazioni istituzionali, legate all’esercizio della cittadinanza.

LEPS - Pronto intervento sociale

“Il servizio si attiva in caso di emergenze ed urgenze sociali, circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato. Il pronto intervento sociale viene assicurato 24h/24 per 365 giorni l’anno. In relazione alle caratteristiche territoriali e di organizzazione dei servizi, può essere attivato come uno specifico servizio attivato negli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali oppure come intervento specialistico sempre attivo. Nel primo caso, il pronto intervento sociale viene assicurato direttamente dai servizi territoriali negli orari di apertura. Il pronto intervento sociale si rapporta con gli altri servizi sociali ai fini della presa in carico, laddove necessaria” (cit. scheda Pronto intervento sociale – Piano nazionale contro la povertà).

I livelli essenziali sono uno strumento di esplicitazione e di chiarificazione di diritti e di prestazioni atte a garantirli. Stabiliti i livelli essenziali delle prestazioni, questi dovranno essere immediatamente esigibili su tutto il territorio nazionale, ovvero dovranno essere erogati servizi capaci di rispondere ai bisogni ed alle esigenze degli interessati. Si pone un primo tema, ovvero le politiche sociali sono interpretate diversamente a seconda della Regione o perfino del Comune o Ambito territoriale di riferimento, anche perché le risorse per le politiche sociali provengono dal finanziamento plurimo dei tre livelli di governo (Stato, Regioni e Comuni), secondo dotazioni finanziarie presenti nei rispettivi bilanci.

L’approccio tracciato è stato quello di un modello strategico integrato, già delineato e indicato dalle Linee di Indirizzo del 2015, che mirava

ad intervenire in situazioni di grave emarginazione con risposte complesse, superando l'approccio emergenziale e assicurando la coerenza tra la definizione delle azioni e le risorse disponibili: “Gli interventi di contrasto alla grave emarginazione, affrontando una multiproblematicità portata dalle persone in questa condizione, richiedono una pianificazione strategica che permetta di utilizzare al meglio le risorse disponibili, anche attraverso l'integrazione dei diversi fondi a disposizione” (Linee di Indirizzo 2015: 78).

2.5. Programmazione nazionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

Programmi conclusi che hanno rafforzato la governance dei servizi pubblici

PON Inclusione – PO I Feed - Avviso 4/2016 (fondo comunitario)

Il cambiamento di passo è ulteriormente sottolineato dall’Avviso 4/2016, il primo intervento strutturato in materia di grave marginalità a valere sul PON Inclusione 2014-2020 e sul PO I FEAD. Inizialmente dotato di 50 milioni di euro, il programma è stato successivamente rifinanziato con altri 50 milioni di euro, rappresentando una svolta strategica significativa per quanto riguarda la governance dei servizi dedicati alla grave marginalità. Con questo Avviso, infatti, viene conferita per la prima volta ai Comuni e agli Ambiti Territoriali Sociali la responsabilità dei servizi per la grave marginalità, introducendo una nuova dinamica di governance pubblica. Tutto ciò richiede una solida struttura organizzativa capace di pianificare, attuare e gestire questa nuova responsabilità a livello locale, che non può prescindere dalla costruzione di percorsi di accompagnamento, formazione, supporto e capacity building, anche attraverso lo scambio di buone pratiche.

La programmazione nazionale conseguente al piano nazionale di contrasto alle povertà ha identificato una serie di fondi dedicati in seguito all’emergenza dovuta alla pandemia da Covid-19, nello specifico il React-EU ed il PNRR Next Generation EU.

Oggi è sostituito dall’Avviso Integra che vedremo più avanti.

Il REACT-EU

Il REACT-EU, acronimo di “Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d’Europa”, è un’iniziativa europea, ormai conclusa, nata per af-

frontare le conseguenze della pandemia da Covid-19, con l'obiettivo principale di favorire la ripresa economica e sociale. È entrato in vigore il 24 dicembre 2020, con la possibilità di finanziarie spese anche retroattive nel periodo dal 1° febbraio 2020 al 31 dicembre 2023.

In Italia, la concretizzazione dei fondi REACT-EU dedicati alla grave emarginazione adulta e delle persone senza dimora è avvenuta attraverso l'Avviso 1/2021 PrIns, che ha potenziato le risorse finanziarie destinate al Programma Operativo Nazionale (PON) Inclusione e al Programma Operativo (PO) FEAD. Nel contesto del PON Inclusione, sono stati assegnati ulteriori 90 milioni di euro, finalizzati ad implementare interventi strategici per favorire l'integrazione di persone in condizione di povertà, marginalità estrema e senza dimora. Tra le principali azioni messe in atto sono rientrati il Pronto Intervento Sociale, l'Housing First (HF), i Centri Servizi per il Contrasto alla povertà e i servizi di accesso alla residenza e fermo posta. Il sostegno del REACT-EU si è esteso anche al Programma Operativo (PO) FEAD (il Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti), con uno stanziamento di 190 milioni di euro nella Misura 1. L'obiettivo principale della Misura 1 è stato quello di ridurre la povertà attraverso l'acquisto e la distribuzione di aiuti alimentari.

2.6. I programmi nazionali in corso

Fondo povertà estrema (fondo nazionale)

Presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con la Legge di Stabilità 2016 – Legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 386 – è stato istituito il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (Fondo povertà). In particolare, sempre l'articolo 6 comma 1 del suddetto Decreto Ministeriale, prevede che per persone in condizione di povertà estrema e senza dimora (destinatarie degli interventi) si intendono le persone che:

- vivono in strada o in sistemazioni di fortuna;
- ricorrono a dormitori o strutture di accoglienza notturna;
- sono ospiti di strutture, anche per soggiorni di lunga durata, per persone senza dimora;
- sono in procinto di uscire da strutture di protezione, cura o detenzione, e non dispongono di una soluzione abitativa.

Interventi da garantire con una quota delle risorse complessive:

- Pronto intervento sociale;
- Servizio di Posta e per la Residenza virtuale;

- Interventi secondo l'approccio dell'Housing First di cui alle “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia;
- altra povertà estrema.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Next Generation Italia

Il piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) è il documento che il governo italiano ha predisposto per illustrare alla Commissione Europea come il nostro paese intende investire i fondi che arriveranno nell'ambito del programma Next generation Eu.

Il documento descrive quali progetti l'Italia intende realizzare grazie ai fondi comunitari. Il piano delinea, inoltre, come tali risorse saranno gestite e presenta anche un calendario di riforme collegate e finalizzate in parte all'attuazione del piano e in parte alla modernizzazione del paese. Il piano è stato realizzato seguendo le linee guida emanate dalla commissione europea e si articola su tre assi principali: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale.

La Missione 5, tra le sue varie componenti, prevede nella linea di investimento 1.3 una serie di interventi volti al contrasto della grave marginalità adulta con una dotazione di 450 milioni di euro. Questo investimento si articola in due sub-investimenti:

- Housing Temporaneo ed Housing First (1.3.1).
- Centri di Servizio per il contrasto alle povertà /Stazioni di Posta (1.3.2).

L'Housing temporaneo/Housing First (1.3.1), è una delle poche linee di investimento che richiama con forza il tema legato alle politiche dell'abitare e della casa. Dotato di 177,5 milioni di euro, prevede l'attivazione di progetti personalizzati per ogni singola persona o famiglia al fine di favorire un percorso e ad un processo che conduca ad una maggiore autonomia.

I Centri di servizio (1.3.2), finanziati con 272,5 milioni di euro, prevedono la creazione di centri di inclusione per offrire attività di presidio sociale e socio-sanitario, nonché supporto e accompagnamento a persone in condizioni di deprivazione materiale, marginalità estrema e senza dimora. L'obiettivo è agevolare l'accesso all'intera rete dei servizi, fornendo orientamento e supporto continuativo. Inoltre, offriranno servizi essenziali a bassa soglia, quali assistenza alimentare, orientamento al lavoro, distribuzione di beni alimentari, screening e primi interventi sanitari, consulenza amministrativa e legale. Si tratta di molteplici servizi in cui la presa in carico e il lavoro di équipe e di rete avranno un ruolo determinante affinché le persone non fruiscano solo di un servizio ma vengano accompagnate in un percorso di autonomia più ampio.

È fondamentale notare che la Missione 6 del PNRR, incentrata sulla salute, è strettamente collegata agli interventi della Missione 5 attraverso una logica di integrazione sociosanitaria. In particolare, l'Investimento 1.1 della Missione 6, dedicato alle “Case della comunità e alla presa in carico della persona”, prevede l’attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026. Questi luoghi costituiranno un punto unico di accesso per le valutazioni multidimensionali sociosanitarie e forniranno servizi dedicati alle persone fragili, integrando in modo sinergico gli sforzi nella promozione dell’inclusione sociale e nel miglioramento della salute della popolazione.

I progetti sono in fase di sviluppo; sono stati finanziati 259 progetti per la linea 1.3.1. Housing first ed housing temporaneo e 250 progetti per la linea 1.3.2. Centri di servizio per il contrasto alle povertà. Gli interventi dovranno concludersi entro il 31 marzo 2026.

Il Programma Nazionale Inclusione 2021-27

All’interno del quadro della programmazione europea per il nuovo settennio, il Piano Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-2027 si pone come obiettivo principale la promozione dell’inclusione sociale e il contrasto della povertà, attraverso un approccio integrato che ne affronti e risolva le cause profonde. Anche al fine di dare continuità alle iniziative più significative della precedente Programmazione 2014-2020, il piano è finanziato congiuntamente dal FSE+ e dal FESR, con una dotazione finanziaria di oltre 4 miliardi di euro provenienti dai finanziamenti dell’UE e dal cofinanziamento nazionale. La struttura del programma presenta cinque finalità principali e si articola su sei priorità.

Le finalità sono focalizzate sul finanziamento di servizi innovativi, su azioni rivolte a target specifici, sull’attivazione di linee di intervento non prese in carico dal PNRR, sull’integrazione delle progettualità proposte dal PNRR e sul rafforzamento della capacità amministrativa.

Il piano prevede quattro priorità principali (tre delle quali legate al FSE+ e una al FESR), e due ulteriori priorità di Assistenza Tecnica (una correlata al FSE+ e una al FESR). Entrando nello specifico, la Priorità 3 si focalizza sul contrasto alla deprivazione materiale delle persone senza dimora e dispone di una dotazione finanziaria di 830 milioni di euro con quattro obiettivi specifici. Questi comprendono azioni contro la povertà alimentare, interventi per ridurre le condizioni di deprivazione materiale delle persone senza dimora e di altre persone fragili, misure di accompagnamento e interventi di potenziamento della capacity building per gli organismi centrali e delocalizzati e agli operatori coinvolti nei processi di governance legati al contrasto della deprivazione materiale.

Attualmente il PN Inclusione 2021-2027 è in fase di implementazione. Sono già trascorsi 4 anni dall'inizio della fase pandemica da Covid-19 ma gli effetti di scivolamento nelle condizioni di povertà estrema continuano a manifestarsi. Attraverso la nuova programmazione europea e nazionale del prossimo settennio sembra aprirsi e rafforzarsi uno spazio per incidere sul cambiamento dei servizi. Auspichiamo che il nuovo Piano Nazionale possa essere modulato alla luce degli ulteriori bisogni manifestati dalle persone e possa rispondere ad una crescente domanda di servizi sociali integrati con altri servizi (sanitari, abitativi, delle anagrafi). Il percorso verso il miglioramento delle condizioni di vita delle persone senza dimora è, purtroppo, ancora lungo e complesso.

Dal PN inclusione 2021-2027, l'Avviso Integra

Con Decreto del Capo Dipartimento n. 275 del 4 settembre 2024 è stato approvato l'Avviso pubblico "Integra" per la presentazione di proposte d'intervento finalizzate all'inclusione sociale delle persone a rischio di grave marginalità sociale e al contrasto della condizione di senza dimora da finanziare sulla Priorità 1 "Sostegno all'inclusione sociale e lotta alla povertà" – Obiettivo specifico 1 (ESO 4.12) – e sulla Priorità 3 "Contrasto alla deprivazione materiale" – Obiettivo specifico m (ESO 4.13) del PN Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027 FSE+.

L'Avviso è rivolto a Comuni Capoluogo di Città Metropolitana, Comuni con oltre 250.000 abitanti, Enti territoriali delegati dalle Regioni e Province autonome, Regioni e Province autonome e intende sostenere azioni integrate per la riduzione della grave marginalità attraverso il rafforzamento dei servizi rivolti alle persone senza dimora, assicurando al contempo un'assistenza materiale di base. L'obiettivo è quello di generare sinergie tra gli interventi di bassa soglia e i progetti di presa in carico che permettano azioni personalizzate di sostegno e di accompagnamento all'autonomia.

Il finanziamento ammonta a € 120.000.000,00 a valere sul FSE+.

Il Decreto Ministeriale n. 104/2024 che approva le Linee di indirizzo sugli elementi fondanti la presa in carico, sociale integrata e il progetto personalizzato per la valutazione delle condizioni di svantaggio (ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, n. 154 del 13 dicembre 2023).

2.7. Il nuovo piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026

Estratto dal Piano

Il 5 maggio 2025 è stato adottato il nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali per il triennio 2024-2026, definito dalla Rete nazionale della protezione e approvato nella seduta della Conferenza Unificata del 6 marzo 2025.

Il Piano si articola in 3 capitoli:

- Quadro di riferimento. Parte generale.
- Piano sociale nazionale 2024-2026.
- Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026.

Nello specifico, il Piano sociale nazionale 2024-2026² costituisce l'atto di programmazione delle risorse afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari per la progressiva definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale.

Analogamente, il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026 costituisce l'atto di programmazione delle risorse afferenti al Fondo povertà e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi e dei servizi rivolti ai beneficiari dell'Assegno di inclusione necessari all'attuazione della misura come livello essenziale delle prestazioni sociali, estesi a nuclei familiari in simili condizioni di disagio economico. Nell'ambito del Piano sono altresì definite le priorità per l'utilizzo delle risorse del Fondo povertà dedicate agli interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora, ai sensi dell'articolo 7, comma 9, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, in coerenza con le Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali

La rilevanza centrale dei LEPS e della loro fruizione omogenea, a livelli minimi ed essenziali, su scala nazionale è ribadita dalla previsione

² <https://www.lavoro.gov.it/notizie/pagine/adottato-il-piano-nazionale-degli-interventi-e-dei-servizi-sociali-2024-2026>.

dell'articolo 120, comma 2, della Costituzione, ove è previsto che l'esercizio del potere sostitutivo straordinario del Governo nei confronti delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni sia esercitato, tra l'altro, "quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali".

2.8. Le misure di contrasto alla grave emarginazione adulta

LEPS - Potenziamento del servizio sociale professionale

Una parte rilevante del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, di cui all'art. 1, co. 386, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 è dedicata al potenziamento del servizio sociale professionale. La L. 178/2020 (Legge di bilancio per il 2021) all'art. 1, co. 797 e seguenti, ha infatti introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. In quest'ottica, ai fini di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, ha previsto l'erogazione di un contributo economico a favore degli Ambiti sociali territoriali in ragione del numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente.

Rafforzamento dei servizi per l'attuazione dell'Assegno di inclusione

Nell'ambito dell'Assegno di inclusione, in continuità con quanto previsto per le due misure di contrasto alla povertà che lo hanno preceduto, costituiscono livelli essenziali delle prestazioni i servizi per la definizione dei percorsi personalizzati di inclusione sociale e lavorativa e i sostegni in essi previsti, la cui attivazione deve essere garantita in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, nei limiti delle risorse disponibili. La norma precisa che attraverso la quota servizi del Fondo povertà sono potenziati gli interventi e i servizi di cui al comma 2 dell'articolo 7, del Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, riferibili ai beneficiari dell'Assegno di inclusione, nonché ai nuclei familiari e agli individui in simili condizioni di disagio economico. Si tratta dei servizi per l'accesso e la valutazione e dei sostegni da individuare nel progetto personalizzato afferenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui alla Legge n. 328 del 2000.

LEPS - Valutazione multidimensionale, progetto personalizzato e attivazione dei sostegni

In esito alla valutazione multidimensionale, il Patto per l'inclusione sociale prevede che accanto all'esplicitazione degli obiettivi/risultati attesi e agli impegni che i singoli componenti assumono (partecipazione ai PUC, azioni di cura, frequenza scolastica, ecc.), siano individuati gli specifici sostegni di cui il nucleo necessita. Per i componenti con responsabilità genitoriali attivabili al lavoro è prevista anche la definizione di un Patto di servizio personalizzato con i Centri per l'impiego. Il PAIS, in integrazione con il PSP, investe le diverse dimensioni del benessere del nucleo – lavoro, formazione, istruzione, salute, casa – e riporta ad unitarietà gli interventi che possono essere messi in campo da parte delle diverse filiere amministrative di governo dei servizi territoriali (servizi sociali, centri per l'impiego, agenzie regionali per la formazione, ASL, scuola, servizi specialistici sociosanitari, uffici per le politiche abitative, ecc.). In continuità con quanto previsto dal precedente Piano, nello specifico degli interventi e servizi sociali, la quota servizi del Fondo povertà interviene a rafforzare i sostegni da prevedere nei progetti personalizzati, nell'ottica dell'attuazione dei L.E.P.S. Oltre al segretariato sociale rivolto a tutti i cittadini e al servizio sociale professionale, l'elenco degli interventi e servizi finanziabili, previsto dal D.Lgs. 147/2017, comprende:

- i tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- il sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
- l'assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità;
- il sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- il servizio di mediazione culturale;
- il servizio di pronto intervento sociale.

L.E.P.S. - Pronto intervento sociale

L'articolo 1, comma 170 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e ss. mm. ha definito il Pronto intervento sociale come livello essenziale delle prestazioni sociali da garantire in ogni ATS, nei termini descritti nella scheda tecnica riportata nella sezione 3.7 del precedente Piano, che definisce il servizio con riferimento ai suoi contenuti minimali che devono essere assicurati in ogni ambito e alle modalità del suo espletamento.

Come già evidenziato nei precedenti Piani povertà 2018-2020 e 2021-2023, per alcuni dei servizi previsti dall'art. 7, co. 1 del D.Lgs. 147/2017,

tra cui rientrano le funzioni di segretariato sociale e di pronto intervento sociale, non è possibile distinguere uno specifico dell'area povertà nel servizio correntemente offerto a livello territoriale, trattandosi di servizi tipicamente trasversali a tutte le aree di utenza dei servizi sociali.

In particolare, il pronto intervento sociale è un servizio che può avere riflessi trasversali a tutta l'offerta di servizi sociali e pertanto il suo potenziamento rappresenta una priorità comune ai due Piani. Inoltre, pur essendo specificamente inserito tra i servizi finanziabili in favore dei beneficiari ADI, risulta svolgere una funzione di rilievo, anche attraverso la funzione delle Unità di strada, nel supporto delle persone senza dimora o in condizioni di marginalità estrema. Conseguentemente, alla fornitura di tale servizio, riconosciuto come L.E.P.S., concorrono sia le risorse della quota servizi del Fondo povertà in favore di beneficiari dell'Assegno di inclusione e di nuclei e individui in simili condizioni di disagio economico sia le risorse della componente povertà estrema del Fondo povertà nonché quelle del PN Inclusione.

Servizi per la povertà e la marginalità estrema

Attraverso il Piano si intende favorire l'effettiva esigibilità dei diritti universali e l'accessibilità ai servizi generali da parte degli utenti in condizioni di marginalità, con particolare riferimento alle persone senza dimora, a cominciare dalla attuazione del primo LEPS definito in questo ambito di intervento, rappresentato dal servizio per la “residenza fittizia”. In continuità con i precedenti Piani, gli interventi finanziati dovranno prendere a riferimento le “Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia”. Le Linee di indirizzo, sono state oggetto di accordo in sede di Conferenza Unificata il 9 novembre 2015 e costituiscono il principale strumento di riferimento per le Regioni e i Comuni nella costruzione e implementazione a livello locale di sistemi di intervento sociale per il contrasto alla povertà estrema, anche valorizzando l'apporto delle organizzazioni del volontariato e delle altre organizzazioni del Terzo settore; gli indirizzi condivisi riprendono gli intenti della Legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328/2000, che include gli interventi di contrasto della povertà e il rafforzamento dei servizi di accompagnamento dei senza dimora tra le componenti del sistema da rafforzare per promuovere l'inclusione sociale dei cittadini (articolo 22, comma 2, lettera a). L'intento è quello di favorire l'implementazione di interventi organici e strutturati in grado di assicurare prestazioni uniformi a livello nazionale e di superare la logica emergenziale.

LEPS - Accessibilità ai diritti esigibili: la residenza

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".

L'essere persona abitualmente presente in un luogo assume rilievo utile per l'iscrizione nei registri anagrafici, porta d'accesso imprescindibile a diritti, servizi e prestazioni pubbliche sul territorio nazionale. Le persone senza dimora hanno gli stessi diritti, doveri e potestà di ogni altro cittadino ma, come evidenziato nelle Linee guida per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, il problema sta nell'effettiva esigibilità degli stessi. Anche se formalmente titolari di diritti, alcune barriere legate alla loro condizione abitativa e di emarginazione possono impedirne l'accesso. Per la residenza anagrafica delle persone senza dimora, l'ordinamento giuridico prevede una specifica norma: la Legge 1228 del 24 dicembre 1954, nota come "legge anagrafica". In particolare, l'art. 2, comma 3 prevede 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, di fatto, è elemento sufficiente perché possa ottenere dal Comune la residenza anagrafica. Tuttavia, 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, non favorisce l'accesso ai servizi socioassistenziali e sanitari e l'esigibilità degli stessi, garantiti per dettato costituzionale, da parte di questo specifico target di utenza.

Viene, quindi, individuato come L.E.P.S. quello di garantire in ogni Comune, alle persone che lo eleggono a proprio domicilio, anche se prive di un alloggio, servizi che permettano di rendere effettivo il diritto all'iscrizione anagrafica, compreso il servizio di fermo posta necessario a ricevere comunicazioni di tipo istituzionale.

Presenza in carico e accompagnamento per l'accesso alle prestazioni universali - Centri servizi per il contrasto alla povertà

Un secondo obiettivo è quello di assicurare la presenza in carico delle persone in condizioni di marginalità, anche al fine di favorire l'accesso integrato alla intera rete dei servizi. In base alle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, la presenza in carico è "l'attivazione coordinata di tutte le risorse professionali e culturali, formali ed informali, esplicite e implicite che, in un territorio, possono esse-

re 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” (Linee di indirizzo 2015: 59). Nell’ambito dei Centri servizi per il contrasto alla povertà, l’équipe multidisciplinare composta da professionisti con competenze educative, sociali, legali, sanitarie, transculturali e organizzative, attiva la presa in carico delle persone che si trovano in condizioni di homelessness e di disagio abitativo e, in generale, di tutte le persone che sperimentano condizioni di deprivazione materiale. È auspicabile che, nell’ambito di tale processo, una rete locale di servizi, sotto la regia dell’ente pubblico, si attivi intorno al bisogno al fine di strutturare percorsi territoriali di reinserimento sociale, attraverso relazioni e prestazioni, e di favorire l’accesso al complesso dei servizi.

Housing first

In continuità con il Piano Povertà 2018-2020, sulla base del modello già concordato in sede di Conferenza Unificata e delle Linee guida per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, documenti cui si rimanda per le specifiche tecniche, nell’ottica di programmazione del presente Piano si intende dare un forte impulso alle attività volte ai progetti legati all’housing first. A tal fine, concorreranno sia le risorse previste nell’ambito della componente del Fondo povertà destinate al contrasto della povertà estrema, che le risorse dello specifico progetto.

A seguito della chiusura dell’Avviso 1/2022, il numero totale di progetti 1.3 ammessi a finanziamento è pari a 493 (Cruscotto di monitoraggio, dati aggiornati ad agosto 2024). In particolare, con riferimento all’intervento Centri di servizio per il contrasto alle povertà, linea 1.3.2, i progetti ammessi sono pari a 234. Con riferimento, invece, ad housing first ed housing temporaneo, linea 1.3.1, i progetti ammessi sono pari a 260.

Interventi di sostegno materiale

Fra gli interventi di contrasto alla povertà e alla marginalità si ritiene di indicare quello volto al sostegno materiale delle persone e delle famiglie in condizioni di bisogno fra quelli individuati come prioritari, per quanto non già esplicitamente finanziato con quote specifiche del Fondo povertà. Si fa riferimento ai servizi di supporto in risposta ai bisogni primari (distribuzione viveri; distribuzione indumenti; distribuzione farmaci; docce e igiene personale; mense; unità di strada che svolgono attività di ricerca e contatto con le persone che necessitano di aiuto; contributi economici una tantum), attività che negli anni recenti (durante la crisi associata

al Covid-19 e durante la successiva crisi economica) hanno mostrato ancor di più la loro importanza. Con la nuova programmazione europea le risorse del FEAD (il Fondo di aiuti europei agli indigenti) sono confluite nel PN Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027, con un significativo incremento di risorse. In particolare, nell'ambito della Priorità 3, cui sono destinati complessivamente 830 milioni di euro, sono previsti interventi rivolti a persone e famiglie in condizione di povertà assoluta e grave deprivazione materiale, con particolare riferimento a persone in gravi condizioni di disagio psichico e sociale e famiglie con minori, prioritariamente quelle numerose, in cui siano presenti persone con disabilità o disagio abitativo. Nell'ambito di tale Priorità vengono attivati anche gli interventi di contrasto alla povertà alimentare, attraverso la distribuzione di aiuti alimentari; interventi volti alla riduzione delle condizioni di deprivazione materiale, anche attraverso la distribuzione di beni di prima necessità e di altri beni materiali, nonché misure di accompagnamento e di potenziamento della capacity building di organismi centrali e delocalizzati, nonché di operatori coinvolti nei processi di governance.

2.9. Il ruolo di fio.PSD nel favorire la capacitazione dei territori

“fio.PSD considera la persona senza dimora come un soggetto in stato di povertà materiale e immateriale, portatore di un disagio complesso, dinamico e multiforme, che non si esaurisce alla sola sfera dei bisogni primari ma che investe l’intera sfera delle necessità e delle aspettative della persona, specie sotto il profilo relazionale, emotivo ed affettivo” (Carta dei valori fio.PSD ETS, art. 6).

Partendo da questa prospettiva, gli interventi per contrastare la grave emarginazione adulta non possono ridursi a sole azioni emergenziali e di risposte immediate ai bisogni primari, ma necessitano di programmazioni di lungo periodo che tengano conto di tutte le componenti che la condizione di senza dimora può creare in una persona. I servizi, quindi, dovranno costituirsse secondo una logica di sistema integrato tra molteplici enti pubblici ed enti del terzo settore.

A fronte della realtà specifica di ogni territorio, le politiche e i programmi precedentemente riportati hanno dato un forte impulso ai territori, inducendo un crescente bisogno di confronto e di programmazione specifica tra gli enti, pubblici e privati, che si occupano di marginalità estrema.

Le procedure di co-programmazione e co-progettazione hanno creato le condizioni per formalizzare la partecipazione degli enti del terzo settore e di altri enti coinvolti nel percorso di presa in carico al processo di costru-

zione degli interventi rivolti alle persone senza dimora. Il percorso nazionale è ancora in fase di costruzione e rafforzamento, ma molteplici esperienze locali sono in fase di sviluppo e concreta attuazione.

2.10. Una riflessione sul target di riferimento

L'unica rilevazione sul fenomeno delle persone senza dimora in Italia risale al 2011, con un successivo aggiornamento del 2014, a cura di ISTAT in collaborazione con Caritas Italiana e fio.PSD che stimava la presenza di 50.724 persone senza dimora in Italia. Le successive quantificazioni elaborate da ISTAT hanno preso in considerazione unicamente il dato delle persone iscritte presso le vie fittizie dei comuni (le persone senza fissa dimora e senza tetto iscritte nelle anagrafi comunali a fine 2021 ammontano a 96.197) e non possono essere ritenute rappresentative del fenomeno delle persone senza casa ma solo di una fetta di popolazione che, per precarietà abitativa o per particolari condizioni di vita, è di difficile intercettazione sul territorio. Nel frattempo il nostro paese è stato attraversato da eventi epocali, che hanno profondamente cambiato il tessuto sociale e l'incidenza della povertà in Italia. I profili di vulnerabilità si stanno moltiplicando. Diversi rapporti sulla povertà curati da Caritas Italiana (2023) e dall'Osservatorio fio.PSD (2022) richiamano l'attenzione su come negli anni i volti della povertà cambino a seconda dell'emergenza sociale in atto. Si pensi all'aumento di migranti poveri a causa dei conflitti siriano-palestinesi, ai costi umani della pandemia da Covid-19, al conflitto russo-ucraino, alla più recente crisi energetica o alla riforma del reddito di cittadinanza che potrebbe generare ulteriore insicurezza sociale.

Tra i nuovi profili che scivolano in povertà estrema ci sono sempre più giovani tra i 18 e i 25 anni, richiedenti asilo e migranti irregolari bloccati in una situazione di limbo, persone *low skilled* in cerca di lavoro, adulti con lavori precari senza un'adeguata previdenza sociale e scarse prospettive di pensionamento, persone con dipendenze attive, persone in attesa di un alloggio popolare, persone con problemi di salute e invalidità.

Sono profili di vulnerabilità spesso a cavallo tra una povertà anche solo economica o da lavoro povero e una totale mancanza di mezzi di sussistenza che costringe molte persone a trovare rifugio nel circuito dell'accoglienza.

Chi lavora nei servizi rileva certamente un aumento del numero di interventi ed un acuirsi delle problematiche a cui rispondere, ma ancora poco è stato fatto per descrivere organicamente il fenomeno delle persone senza casa. Anche la classificazione ETHOS, principale strumento di riferimen-

to per tutti i paesi UE, di fronte a queste profonde trasformazioni, richiederebbe un aggiornamento in grado di cogliere le trasformazioni del disagio abitativo in questo periodo storico così critico.

Appare altresì chiaro, quanto l'auspicio di coinvolgere i territori in una programmazione di lunga durata richieda di partire da una puntuale rilevazione quantitativa e qualitativa del target di riferimento. Tuttavia, in un contesto così poco strutturato, il percorso di accompagnamento promosso da fio.PSD non ha potuto che partire dallo sguardo privilegiato di chi ogni giorno apre gli uffici e i servizi che si rivolgono al fenomeno, al fine di far emergere il dato esperienziale e arrivare così ad una descrizione dei confini del fenomeno e delle casistiche emergenti che impattano sui servizi.

Ad oggi è in fase di avvio la nuova rilevazione Istat sulle persone senza dimora che si svilupperà presso le 14 città metropolitane del Paese.

2.11. Le sfide

Residenza e presa in carico

Le Linee di Indirizzo per il contrasto alla grave marginalità adulta, sottoscritte nel 2015 in Conferenza Unificata Stato-Regioni, sono il frutto di un gruppo di lavoro, coordinato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che ha visto anche la partecipazione di fio.PSD con il ruolo di Segreteria tecnica oltre che di rappresentanza degli enti che operano direttamente sul campo. Si tratta di un documento che rappresenta la prima programmazione nazionale ufficiale riguardante il fenomeno della grave marginalità ed è fondamentale in quanto traccia in modo organico le principali indicazioni metodologiche e operative necessarie per promuovere un modello strategico integrato, capace di rispondere in modo sistematico alla complessità dei bisogni di cui sono portatori le persone in condizione di grave disagio socioeconomico.

Uno dei contenuti centrali delle Linee di Indirizzo per il superamento di un approccio emergenziale è il tema della presa in carico, al fine di sviluppare una relazione di aiuto coinvolgendo una varietà di servizi sociali, educativi, legali, sanitari e transculturali.

Il prossimo ciclo di programmazione delle politiche per contrastare la grave marginalità si prospetta come una stagione di grandi sfide per i territori su come ampliare i luoghi e le metodologie di presa in carico, le porte di accesso e i servizi per la residenza. Inoltre, non si potrà trascurare la necessità di sviluppare progetti personalizzati legati a percorsi più strutturati, di secondo e terzo livello, secondo un approccio di lungo periodo.

Il rafforzamento della presa in carico passa necessariamente attraverso un accordo territoriale di corresponsabilità, centrato sui diritti e sui bisogni della persona senza dimora e sulla costruzione di una relazione di aiuto. In questo contesto, è fondamentale collaborare e confrontarsi con i territori accompagnati da fio.PSD per esaminare dove e come viene effettuata oggi la presa in carico integrata, così come descritta nelle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave marginalità, quali obiettivi si pone la presa in carico professionale e, soprattutto, se il riconoscimento della residenza sia considerato come anticamera inderogabile e necessaria per una presa in carico effettiva ed efficace. Sono questi alcuni dei principali argomenti discussi negli incontri con gli ambiti territoriali sociali.

Integrazione socio-sanitaria

Così come le Linee di indirizzo, anche il confronto promosso nell'ambito del percorso di accompagnamento con gli ambiti territoriali ha fatto emergere quanto l'integrazione sociosanitaria sia uno degli aspetti più deboli del sistema italiano di welfare. Nonostante ciò, le evidenze empiriche, corroborate da studi e analisi di settore, dimostrano chiaramente che le persone senza dimora hanno bisogni complessi, sia sociali che sanitari, e che l'intervento dei servizi sociosanitari in queste situazioni è fortemente raccomandato.

Tuttavia, l'attuazione di tale intervento nella pratica non è così lineare. Questa debolezza discende sicuramente da criticità oggettive di carattere organizzativo, derivanti dalla distinzione a monte tra politiche pubbliche di carattere sociale e sanitario, ma anche da ulteriori ostacoli legati a culture e visioni eccessivamente settoriali dell'idea di cura e di riabilitazione.

Per la maggior parte delle persone senza dimora, infatti, l'unico accesso ai servizi sanitari è rappresentato dal Pronto Soccorso, il che comporta costi aggiuntivi e problemi di adeguatezza. La difficoltà di ottenere cure regolari, consultazioni con un medico di base, accesso alla prevenzione e alla specialistica, e la possibilità di una convalescenza appropriata portano spesso alla rinuncia alla cura di sé. Mancano, infatti, protocolli consolidati per una presa in carico sociosanitaria che consideri un concetto esteso di salute, il che porta molte difficoltà nel determinare quale servizio debba intervenire, creando confusione tra servizi specifici (sanitario, sociale, di supporto per dipendenze, malattie mentali, disabilità). Così, molte volte, nel sistema degli enti, sia pubblici che privati, i problemi di confine di appartenenza delle persone senza dimora creano aree grigie che aggravano il processo di esclusione.

Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi sociali pone l'accento sull'importanza di questo aspetto ribadendo che

il lato sanitario è chiamato a contribuire al Piano e a condividerne le priorità, nella misura in cui vengono toccati punti di competenza sociosanitaria. Ciò può realizzarsi a condizione che si dia effettivamente corso a una più efficiente ed efficace organizzazione da realizzarsi mediante strumenti, praticabili e rispettosi delle specificità di ciascuna professionalità coinvolta, capaci di collegare e, quindi, di coordinare l'operato dei servizi sociosanitari territoriali in cui le competenze/autonomie professionali si integrano con quelle dei team presenti nei vari servizi sociali del territorio (Piano nazionale 2024-2026).

Per affrontare la complessità della salute delle persone in grave marginalità, dunque, è fondamentale adottare strategie e azioni su più livelli.

Come dimostrato anche da significative esperienze progettuali, è essenziale:

- creare condizioni che consentano alle persone senza dimora di superare la marginalità, garantendo loro i diritti fondamentali di residenza e salute;
- sviluppare meccanismi inclusivi e servizi che, riconoscendo le fragilità sociali, integrino competenze e responsabilità per una gestione olistica della salute;
- superare le barriere burocratiche e organizzative, regolamentando l'integrazione tra servizi sociali e sanitari per migliorare l'efficacia del sistema;
- investire nella formazione e nella promozione culturale per costruire un consenso e una visione condivisa tra professionisti, con l'obiettivo di garantire l'accesso ai livelli essenziali di salute e assistenza per chi attualmente ne è escluso;
- promuovere studi basati su evidenze e cost-effective può dimostrare i benefici del cofinanziamento e della governance congiunta tra servizi sociali e sanitari;
- realizzare screening gratuiti e interventi di prima necessità per le persone senza dimora, orientando verso il sistema sanitario territoriale.

Nelle attività con i territori, abbiamo lavorato per analizzare e comprendere, insieme a loro, quali siano oggi, a fronte della nuova programmazione, le principali sfide organizzative per realizzare l'integrazione sociosanitaria. In particolare, abbiamo esaminato se sia più utile prevedere altri luoghi specifici per l'integrazione sociosanitaria oppure se la vera sfida consista nell'ampliare i canali di accesso ai comuni servizi sanitari pubblici per le persone più vulnerabili.

Abitare e housing first

La casa come diritto per ricominciare a vivere, avendo una base sicura. La casa come luogo e spazio per ricostruire legami, identità, obiettivi. Questo è il significato del concetto di “casa prima” alla base dei progetti Housing First che si sono diffusi in Italia a partire dal 2014. Questi progetti 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 precedenti in materia di contrasto alla grave marginalità (homelessness) e al disagio abitativo dei singoli e dei nuclei familiari.

Le Linee di Indirizzo evidenziamo l’importanza di incentivare progettazioni legate alla metodologia Housing first (HF) e Housing led (HL) e, nel corso degli anni, le risorse stanziate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali hanno contribuito a potenziare i servizi e a diffondere ancor più progetti di Housing e altre soluzioni abitative per persone senza dimora. Città come Bologna, Torino, Bergamo, Pisa, Genova e Trento, già dotate di una rete articolata di servizi, hanno utilizzato le risorse aggiuntive per sviluppare modelli strategici integrati e una presa in carico globale. Le città con meno di 250.000 abitanti, come Biella, Grosseto, Brescia, Padova, Livorno e Siena, hanno optato per non aprire nuovi dormitori o ampliare le liste di attesa per alloggi popolari, scegliendo di affrontare la homelessness avviando servizi di Housing first/led su piccola scala (in media 5 appartamenti e 11 persone accolte per progetto).

Attualmente, sebbene il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali non includa l’HF tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, ne caldeggiava fortemente il potenziamento, individuando nel PNRR e nel FSE+ le principali fonti di finanziamento per avviare e garantire la continuità di queste azioni nel tempo.

L’esperienza dei Paesi che da più tempo adottano approcci Housing first/led dimostra chiaramente che, sebbene ci siano costi iniziali per l’implementazione e la trasformazione dell’esistente, questi approcci risultano già nel medio periodo più efficaci ed efficienti, incidendo positivamente sul benessere delle persone coinvolte, sul lavoro degli operatori, sui tempi di accoglienza, sulla percezione del fenomeno nella comunità, sull’attivazione dei beneficiari e sui costi complessivi del sistema di servizi.

Il percorso di accompagnamento agli ambiti territoriali ha avuto l’obiettivo di sostenere questo processo di trasformazione, supportando le azioni di avvio o di potenziamento delle sperimentazioni di servizi Housing first/led in atto sia attraverso la formazione, sia con lo scambio di

buone pratiche e la supervisione della metodologia. È fondamentale tenere presente che la prospettiva temporale per il compimento di questa trasformazione è ancora molto lunga e che, di conseguenza, l'elemento centrale che abbiamo voluto valorizzare e promuovere, legato alla metodologia, è stato il portare al centro del dibattito il tema dell'abitare come strumento essenziale per il contrasto della grave emarginazione adulta.

Le prossime sfide nazionali vedono l'impegno delle città metropolitane, delle università, degli enti di terzo settore e di tantissimi volontari e volontarie nella nuova rilevazione nazionale delle persone senza dimora che si terrà nei giorni 26, 28 e 29 gennaio 2026, nelle 14 città metropolitane.

La rilevazione è promossa da Istat che ha affidato a fio.PSD l'incarico di costruire la rete di rilevazione nazionale.

La rilevazione ha l'obiettivo di aggiornare i dati sulla grave emarginazione adulta e di contribuire alla raccolta di informazioni utili alla programmazione di politiche pubbliche più efficaci e mirate. Sarà un'occasione importante per poter avere indicazioni concrete sullo stato delle persone che vivono in strada e che sono ospitate presso i dormitori.

Le categorie che costituiscono la popolazione target della rilevazione fanno riferimento alla classificazione ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), e prevalentemente alle categorie operative Ethos 1 e 2:

- persone che vivono in strada o in sistemazioni di fortuna (senza un riparo che possa essere definito come una soluzione abitativa);
- persone che ricorrono a dormitori (persone senza abitazione fissa che si spostano frequentemente tra vari tipi di dormitori).

La strategia per la rilevazione prevede di realizzare:

26 gennaio

1. Un conteggio/censimento delle PSD presso i dormitori e negli spazi pubblici ad un dato istante di tempo – cosiddetto Point-in-time census tramite l'approccio S-Night (street and shelters). (conta visiva senza contatto/intervista con la persona) 28 e 29 gennaio.
2. Un'indagine campionaria successiva al conteggio con interviste alle PSD da svolgere presso i dormitori, il 28 gennaio e nelle aree di rilevazione in strada il 29 gennaio.

Riferimenti bibliografici

https://ww2.gazzettaamministrativa.it/opencms/export/sites/default/_gazzetta_amministrativa/amministrazione_trasparente/_emilia_romagna/_azienda_ASP_del_delta_ferrarese/120 Sov Con Sus Van/020 Att Con/2023/2023_Documenti_1689237170106/1689237170873_allegato_2xscheda_prinsxdef.pdf.

<https://www.fiopsd.org/linee-di-indirizzo-per-il-contrastodelgrave-emarginazione-adulta-in-italia/>.

<https://www.lavoro.gov.it/notizie/pagine/avviso-1-2021-prins-progetti-intervento-sociale>.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1954-12-24;1228!vig=>.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2015;208>.

3. Classificazioni e rappresentazioni. Una luce di posizione sui senza dimora

di Vincenzo D'Amico

3.1. L'oggetto di studio e le sue caratteristiche: evoluzione storica e sociale

L'oggetto di studio del presente lavoro è l'homelessness, una condizione sociale e abitativa che si manifesta attraverso la precarietà o l'assenza di un'abitazione stabile. Il fenomeno, sebbene abbia assunto forme diverse nel corso dei secoli, ha radici profonde.

Prima dell'epoca preistorica, la maggior parte delle popolazioni ha vissuto in condizioni di nomadismo, caratterizzate dall'assenza di un luogo fisso in cui sostare. L'essere senza una dimora stabile era, dunque, una condizione comune e necessaria per la sopravvivenza: l'umanità, infatti, ha attraversato un lungo periodo di caccia e raccolta, spostandosi continuamente in cerca di risorse, prima di stabilirsi in comunità stanziali con il diffondersi dell'agricoltura e dell'allevamento.

Con la progressiva transizione verso la sedentarizzazione, il possesso di una casa è divenuto un simbolo di status sociale e un elemento essenziale per l'integrazione sociale.

Nell'antica Roma, pur trattandosi di una società altamente organizzata, esistevano già figure che vivevano in condizioni di estrema precarietà abitativa. Antichi testi, come le Satire di Giovenale, poeta latino vissuto tra il I e II secolo d.C., noto per la sua critica acuta della società romana, descrivono con amara ironia e realismo le condizioni di vita nella Roma imperiale “Noi abitiamo in una città che si regge su fragili puntelli; il padrone di casa cerca di rimediare alle mura pericolanti e, coprendo con calce una vecchia crepa, invita gli abitanti a dormire tranquilli, nonostante il rischio di un crollo improvviso. È meglio vivere dove la notte non scoppiano incendi e non c'è alcun pericolo”. La condizione di chi viveva in tali *insulae* rappresentava una forma di esclusione abitativa legata a una totale subordi-

nazione socio-economica dei poveri rispetto ai ricchi, dove la popolazione meno abbiente era costretta a vivere in alloggi sovraffollati, instabili, privi di servizi adeguati e soggetti a frequenti rischi di crolli e incendi. Tale categoria abitativa si opponeva nettamente alla *domus*, residenza tipica dei cittadini benestanti, dotata di spazi ampi, cortili interni e servizi basilari, riservati esclusivamente alle classi agiate, delineando così una profonda divisione sociale ed economica tra chi poteva permettersi il lusso e la sicurezza abitativa e chi era relegato alla precarietà delle *insulae*.

Tali strutture furono costruite nel IV secolo a.C. per fornire un alloggio a una popolazione in crescita; sfruttando lo spazio in verticale, potevano arrivare fino a venti metri di altezza. Augusto, il primo imperatore romano, impose un divieto di superare tale altezza per motivi di sicurezza.

Anche durante il Medioevo, la povertà estrema e la mancanza di abitazioni stabili erano fenomeni diffusi, soprattutto a causa delle carestie, delle guerre e delle epidemie che devastavano le comunità. La categoria dei senza casa comprendeva diverse tipologie di persone in condizioni di estrema vulnerabilità, come i contadini impoveriti, privati della loro terra a causa di guerre, tasse esorbitanti o carestie e vedove e orfani che, senza la protezione di un marito o di una rete familiare, finivano per vivere in strada o dipendere dalla carità. Anche i malati, spesso incapaci di lavorare, venivano abbandonati o emarginati dalla comunità, sopravvivendo ai margini senza alcun sostegno, mentre mendicanti e pellegrini si spostavano frequentemente da una città all'altra in cerca di elemosine. A questi si aggiungevano veterani di lunghe e sanguinose guerre, talvolta lasciati senza ricompense o terre, costretti a vivere senza un riparo fisso.

Le città medievali, che avevano una capacità limitata, tendevano a respingere i poveri indesiderati ai margini, dove spesso si formavano piccoli insediamenti informali o rifugi temporanei. Alcuni riuscivano ad accedere a chiese e monasteri che offrivano un riparo temporaneo, mentre gli ospedali medievali, oltre ad essere strutture mediche, fungevano anche da rifugi per i senza casa, in particolare anziani e poveri cronici. Molti trovavano riparo sotto i ponti, nei porticati o vicino ai muri esterni delle città, che offrivano una protezione minima e diventavano punti di ritrovo per i poveri. La società medievale percepiva i senza casa in modi diversi: alcuni vedevano la povertà come una condizione inevitabile, un destino da accettare e, per i cristiani, un'occasione per praticare la carità. Tuttavia, verso la fine del Medioevo, con l'aumento della povertà urbana e delle tensioni sociali, la percezione cominciò a cambiare. Molti mendicanti e senza casa furono visti con sospetto e, talvolta, come una minaccia all'ordine pubblico, portando alcune città a promulgare editti per regolamentare e talvolta espellere i mendicanti. Le strutture di carità, sebbene limitate, rappresentavano

una delle poche risorse su cui i senza dimora potevano fare affidamento, ma solo temporaneamente. Dagli studi che trattano del governo comunale e delle dinamiche di cittadinanza nelle città medievali, emerge che per poter prendere parte alle dinamiche di potere era necessario essere maggiorenni, di sesso maschile, pagare una tassa di ingresso e possedere una casa. Ne erano invece esclusi le donne, i poveri, i servi, gli ebrei e i musulmani non convertiti.

Nel corso dei secoli, come brevemente descritto, il fenomeno dei senza dimora ha assunto diverse connotazioni, ma è sempre rimasto legato a fattori di esclusione sociale, economica e abitativa.

3.2. I diversi tipi di homelessness: differenze geografiche e culturali

Oggi, la mancanza di dimora è definita in modo più preciso grazie a tipologie elaborate a livello internazionale.

A livello europeo è da menzionare la classificazione ETHOS (*European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*), sviluppata da Feantsa, l'organizzazione europea per la lotta contro la povertà abitativa.

Il codice ETHOS si basa sulla comprensione di alcuni concetti fondamentali: esistono tre aree che costituiscono il concetto di abitare. L'assenza di queste aree può essere considerata un indicatore di gravi problemi abitativi, che potrebbero portare fino all'esclusione abitativa totale, come nel caso delle persone senza dimora.

Per definire una condizione di abitabilità completa è necessario che vengano soddisfatti alcuni requisiti: disporre di uno spazio abitativo (o appartamento) adeguato, in cui una persona e la sua famiglia possano esercitare il diritto di esclusività (area fisica), avere la possibilità di mantenere relazioni soddisfacenti e private in quello spazio (area sociale) e possedere un titolo legale riconosciuto che consenta di godere pienamente di tale spazio (area giuridica). L'assenza di queste condizioni permette di individuare quattro categorie concettuali di grave esclusione abitativa:

1. persone senza tetto, ossia persone che vivono in strada o in rifugi di emergenza;
2. persone senza casa, cioè chi risiede in dormitori, rifugiati, persone in attesa di essere dimesse da istituzioni quali carceri, istituti per minori, comunità terapeutiche;
3. persone che vivono in alloggi insicuri come chi è a rischio di sfratto o chi subisce violenza domestica;

4. persone che vivono in alloggi inadeguati (roulotte), abitazioni che non soddisfano gli standard minimi di sicurezza e igiene (edifici fatiscenti).

La classificazione non solo fornisce una definizione precisa e dettagliata della condizione di senza dimora, ma aiuta anche a comprendere meglio le varie manifestazioni della precarietà abitativa, offrendo agli stati membri uno strumento per misurare le diverse tipologie del fenomeno e identificare i possibili interventi. La finalità è affrontare in modo più integrato le sfide legate all'esclusione abitativa, nel tentativo di ridisegnare nuove e più aderenti rappresentazioni del fenomeno.

Altra classificazione da evidenziare è quella utilizzata in Canada, adottata dalla *Canadian Observatory on Homelessness* (COH) per definire e descrivere le varie situazioni di chi vive senza una residenza fissa. La classificazione include quattro categorie principali:

1. senzatetto (*unsheltered*): persone che vivono all'aperto o in luoghi non adatti per abitare, come strade, parchi, veicoli o edifici abbandonati;
2. alloggi di emergenza (*emergency sheltered*): persone che soggiornano in rifugi temporanei per senza dimora, rifugi di emergenza, case di accoglienza o centri per persone in crisi;
3. alloggi temporanei (*provisionally accommodated*): individui che hanno una sistemazione temporanea ma non stabile, come ospiti da amici o familiari (*couch-surfing*), alloggi di transizione o rifugi a breve termine, o strutture come ostelli;
4. a rischio di senzatetto (*at risk of homelessness*): persone che, pur avendo un alloggio, si trovano in una situazione precaria e potrebbero perdere la propria abitazione a breve, a causa di condizioni come difficoltà economiche, violenza domestica o problemi di salute mentale.

Tale seconda classificazione è stata pensata per offrire un quadro delle difficoltà abitative volto ad evidenziare i bisogni specifici di chi vive senza una casa.

La classificazione canadese e il Codice ETHOS europeo condividono l'obiettivo di descrivere la complessità delle situazioni di senzatetto e precarietà abitativa, ma differiscono nei dettagli e nell'approccio.

In sintesi, le principali differenze:

1. Struttura delle categorie
 - Canada (COH): la classificazione canadese identifica quattro categorie principali: senza tetto (*unsheltered*), alloggi di emergenza (*emergency sheltered*), alloggio temporaneo (*provisionally accommodated*), e a rischio di senzatetto (*at risk of homelessness*);

- Europa (ETHOS): il Codice ETHOS, sviluppato da Feantsa, è più articolato e suddivide le situazioni in quattro categorie generali: senza tetto (*rooflessness*), senza casa (*houselessness*), insicurezza abitativa (*housing insecurity*), e inadeguatezza abitativa (*housing inadequacy*). Ogni categoria contiene sottocategorie specifiche.
2. Focalizzazione sulle situazioni abitative specifiche
 - Canada: l'approccio canadese si concentra principalmente sulla condizione abitativa attuale della persona, cioè se è senza tetto, in un alloggio d'emergenza o temporaneo, oppure a rischio.
 - Europa: il Codice ETHOS cerca di abbracciare un più ampio spettro di situazioni, includendo casi di insicurezza abitativa e inadeguatezza abitativa, come le persone che vivono in sistemazioni sovraffollate o in alloggi di fortuna che non rispettano gli standard abitativi minimi.
 3. Integrazione con le politiche pubbliche e i servizi sociali
 - Canada: la classificazione COH è direttamente collegata a politiche sociali e ai servizi dedicati per rispondere alle diverse situazioni dei senza dimora.
 - Europa: ETHOS è pensato come uno strumento di monitoraggio e di analisi statistica che possa supportare le politiche abitative dei vari paesi, standardizzando la definizione di senzatetto a livello europeo. Non è direttamente associato a una risposta operativa unificata, poiché l'attuazione varia in base ai contesti nazionali.
 4. Approccio alla precarietà abitativa
 - Canada: include i senza dimora e chi è a rischio, ma è meno dettagliato sulle condizioni di insicurezza o inadeguatezza abitativa.
 - Europa: ETHOS ha un approccio più ampio alla precarietà abitativa, classificando anche le persone che vivono in condizioni inadeguate o sovraffollate come una forma di instabilità abitativa.

L'approccio canadese è più orientato alle risposte operative e ai bisogni abitativi urgenti, mentre ETHOS offre una categorizzazione più dettagliata per monitorare e comprendere le varie forme di precarietà abitativa a livello europeo.

Nel 2017, la classificazione ETHOS è stata riprogettata dando vita a ETHOS Light, al fine di riflettere sulla nuova identità visiva di Feantsa. Mentre ETHOS rimane un quadro completo per esperti e accademici, ETHOS Light è inteso come una definizione armonizzata di senzatetto a fini statistici.

Su entrambi i versanti, in Italia, un ruolo importante è svolto dalla fio. PSD (federazione italiana organismi per le persone senza dimora) la qua-

le considera la persona senza dimora come “un soggetto in stato di povertà materiale e immateriale, portatore di un disagio complesso, dinamico e multiforme, che non si esaurisce alla sola sfera dei bisogni primari ma che investe l’intera sfera delle necessità e delle aspettative della persona, specie sotto il profilo relazionale, emotivo ed affettivo” (fio.PSD 2018).

3.3. Il rapporto tra dati e classificazioni

I dati sui senza dimora in Europa rivelano una situazione sempre più critica, con una crescita significativa del fenomeno in diversi paesi. Secondo il rapporto congiunto della Federazione europea delle organizzazioni nazionali che lavorano con i senzatetto (Feantsa) e della *Fondation Abbé Pierre*, pubblicato a settembre 2023 e intitolato *Poor Housing in Europe*, almeno 895.000 persone vivono senza dimora nell’Unione Europea e nel Regno Unito. Questo incremento è stato esasperato da vari fattori, tra cui l’aumento del costo della vita e le conseguenze della guerra in Ucraina, che ha portato a un’ondata di sfollati. In Germania, nel 2022, 84.500 persone dormivano all’aperto, evidenziando una crisi crescente anche in uno dei Paesi più economicamente avanzati dell’Unione. In Spagna oltre 28.500 persone risultavano senza dimora nello stesso anno, con una forte concentrazione nelle grandi città come Madrid e Barcellona. In Francia, si è stimato che circa 300.000 persone siano senza dimora, con un netto aumento rispetto agli anni precedenti. Le politiche di accoglienza, sebbene in espansione, non sono riuscite a frenare l’emergenza. Le ragioni alla base di questa crescita sono complesse e variegate: la crisi abitativa, l’aumento delle disuguaglianze economiche, la mancanza di politiche abitative sufficienti e una rete di welfare spesso inadeguata nel fornire il necessario supporto. La rete Feantsa evidenzia come, in diversi Paesi, i sistemi di protezione sociale non siano riusciti a far fronte alle esigenze crescenti della popolazione, creando una spirale di esclusione sociale. I dati mettono in luce una realtà complessa in cui la povertà estrema e la mancanza di accesso a un’abitazione adeguata costringono molte persone a vivere senza una dimora stabile. Il fenomeno non solo compromette profondamente l’inclusione sociale delle persone interessate, ma rende anche estremamente difficile fornire una stima accurata del loro numero effettivo. La vita in strada, l’uso temporaneo di rifugi d’emergenza o alloggi di fortuna e la mobilità tra diverse forme di precarietà abitativa sfuggono spesso ai censimenti tradizionali. Molti senza dimora non risultano nei registri ufficiali perché vivono in condizioni invisibili, non dichiarate o non stabili, come chi dorme occasionalmente da conoscenti o in spazi pubblici non riconosciuti come abita-

zioni. Trattasi, dunque, di una fotografia parziale dell'estensione e delle caratteristiche del fenomeno della grave marginalità in Europa.

In Italia, secondo i dati dell'ISTAT aggiornati al 2021, sono 96.197 le persone senza tetto e senza fissa dimora iscritte in anagrafe. La maggioranza è composta da uomini e il 38% è rappresentato da cittadini stranieri, provenienti in oltre la metà dei casi dal continente africano. Le persone senza tetto e senza fissa dimora censite sono residenti in 2.198 comuni italiani, ma si concentrano per il 50% in 6 comuni: Roma con il 23% delle iscrizioni anagrafiche, Milano (9%), Napoli (7%), Torino (4,6%), Genova (3%) e Foggia (3,7%).

Per comprendere meglio i dati è necessario accendere delle luci capaci di rivelare ciò che spesso resta nell'ombra e che altrimenti passerebbe inosservato, specificando alcune premesse chiarificatrici.

Scopo generale del censimento è il conteggio della popolazione italiana e delle sue caratteristiche socio-economiche e strutturali, che rappresenta la base informativa ufficiale pubblica e legale utilizzata nelle decisioni politiche. Fino al 2011 il censimento generale della popolazione veniva realizzato ogni dieci anni (salvo qualche interruzione) e aveva carattere universale, coinvolgeva cioè tutte le famiglie sul territorio nazionale. A partire dal 2018 questa modalità è stata sostituita dal censimento permanente realizzato attraverso una rilevazione a cadenza annuale su un campione di famiglie.

Ciò che qui è utile evidenziare è che nell'edizione 2021 sono state rese disponibili per la prima volta anche informazioni su tre specifici segmenti di popolazione non coinvolti nelle indagini campionarie del censimento permanente: persone che vivono in convivenze anagrafiche, quelle che risiedono in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei, persone senza tetto e senza fissa dimora.

Su tale ultima locuzione è necessario un ulteriore approfondimento. La rilevazione pubblicata dall'ISTAT nel 2021 rappresenta un importante passo avanti, poiché dà visibilità e riconoscimento a gruppi di popolazione che spesso sfuggono alle statistiche ufficiali. Tuttavia, i dati raccolti risultano sottostimati, poiché censire chi vive in condizioni di estrema marginalità è complesso, soprattutto quando queste non sono registrate all'anagrafe. In particolare, il termine "senza fissa dimora" identifica solo coloro che, dal punto di vista giuridico, non hanno una residenza, ma non comprende tutte le persone "senza dimora", ovvero coloro che vivono una condizione di vulnerabilità in cui la precarietà abitativa si intreccia con difficoltà sociali. È importante sottolineare che molte di queste persone non risultano nei registri anagrafici, rendendo ancora più difficile una rilevazione accurata.

Emerge, dunque, la necessità di rivedere i metodi di incidenza per tenere conto della fluidità e della complessità della vita delle persone senza di-

mora. La povertà abitativa è un problema strutturale che si intreccia con altre forme di esclusione, come l'accesso limitato ai servizi sanitari, all'istruzione e al lavoro, che accentuano il ciclo di marginalizzazione. Una risposta efficace a questo fenomeno richiede interventi mirati, politiche pubbliche più inclusive e strumenti di rilevazione che vadano oltre i metodi tradizionali di censimento. Al riguardo, il legame tra le classificazioni dei senza dimora e le loro rappresentazioni è fondamentale per comprendere come le definizioni ufficiali influenzano la percezione sociale, le politiche e gli interventi.

3.4. Le classificazioni come cornici narrative

Le classificazioni non sono neutrali: plasmano le rappresentazioni sociali e culturali e contribuiscono a costruire o a distruggere stereotipi. Nel caso che qui ci interessa, una rappresentazione più ampia e complessa, supportata da classificazioni dettagliate, potrebbe aprire la strada a una maggiore comprensione del fenomeno e a politiche più eque e inclusive.

Le rappresentazioni sociali delle persone senza dimora sono, infatti, spesso caratterizzate da stereotipi e stigmatizzazioni associate a devianza, marginalità o problematiche personali. In molti casi, l'opinione pubblica tende a colpevolizzare l'individuo per la sua condizione, cadendo nella cosiddetta fallacia della generalizzazione affrettata: consiste nel trarre una conclusione sulla base di un campione troppo piccolo, cioè di un numero troppo ristretto di casi. Come visto in precedenza non si conoscono i dati e si ignorano i fattori strutturali come la crisi economica, l'insufficienza del welfare o eventi traumatici che possono condurre a situazione di estrema povertà.

Inoltre, i media e le politiche pubbliche possono contribuire a rafforzare delle rappresentazioni distorte che dipingono la persona senza dimora come una figura estranea alla società, priva di risorse o incapace di reinserirsi. Questa visione può influenzare le politiche portando a misure punitive o restrittive – come il divieto di dormire in strada o il controllo degli spazi pubblici – anziché a interventi che sostengano realmente la stabilità abitativa.

In alcune città europee, come ad esempio Parigi durante le Olimpiadi 2024, attività di sgombero, anti accattonaggio, ordinanze anti bivacco e divieti di dormire in strada sono state implementate con l'intento di “ripulire” le aree urbane. Tali politiche si basano su rappresentazioni che vedono i senzatetto come una problematica sociale che disturba il decoro urbano, più che come cittadini vulnerabili con necessità di supporto. Tali atti go-

dono di mancanza di efficacia reale, poiché tendono a spostare le persone senza offrire loro soluzioni stabili.

L'approccio segue una tradizione radicata di interventi basati su logiche assistenziali, regolative ed emergenziali, che hanno confinato le persone socialmente marginali in dormitori e altre strutture di accoglienza temporanea, escludendole dalle politiche abitative sociali e riservando loro soluzioni *ad hoc* (Tosi 2017).

Sudetta visione appare riduttiva e non coglie la complessità del fenomeno, né riflette le molteplici cause e situazioni che possono condurre una persona a vivere senza un'abitazione stabile (Consoli, Meo 2021). È in questo contesto che diventano essenziali classificazioni chiare e articolate che consentano di comprendere e affrontare in modo più efficace il problema.

Le classificazioni creano un linguaggio specifico per descrivere le situazioni e organizzano il fenomeno in categorie. Questi quadri di riferimento non sono solo strumenti amministrativi, ma anche cornici narrative che plasmano il modo in cui l'opinione pubblica e i media comprendono e rappresentano il fenomeno.

Ad esempio, categorizzare qualcuno come senzatetto può portare a rappresentazioni stereotipate, come la figura del *clochard* solitario, visibile nelle aree urbane. Al contrario, a differenza di quanto comunemente si pensa, le persone senza dimora, così come gli altri poveri (Alcock, Siza 2003; Nolan, Whelan 2011), non rappresentano un gruppo omogeneo se si pensa alle traiettorie di vita, alle situazioni familiari, alle risorse professionali e al capitale sociale, o alla durata della condizione di povertà. I loro profili sono estremamente diversificati e difficilmente riconducibili a tipologie standardizzate (Consoli, Meo 2021). Le ricerche evidenziano sempre più spesso la presenza di vite non completamente distaccate dal mercato del lavoro e dal tessuto sociale (Licursi *et al.* 2020).

Sotto questo versante, dunque, includere più situazioni di precarietà rende visibile una gamma più ampia di esperienze considerato che in Italia, a partire dai primi anni 2000, la condizione di senza dimora ha evidenziato una crescente eterogeneità, segnalandosi per una progressiva rilevanza della componente familiare. Si registra un incremento della presenza femminile e l'emergere di giovani adulti che ricorrono ai dormitori come soluzione temporanea (Zenarolla 2020). Nel caso delle persone migranti, l'appoggio ai centri di accoglienza per senza dimora appare spesso come esito diretto di politiche migratorie strutturalmente parenti, di forme di integrazione marginale e subordinata nel mercato del lavoro, nonché di processi di discriminazione istituzionale. Tra le categorie maggiormente colpite si annoverano donne che perdono l'impiego nel settore dell'assistenza domestica e giovani in transizione da strutture di accoglienza istituzionali, configurando così nuovi profili di vulnerabilità sociale (Consoli, Meo 2021).

Questi elementi rappresentano segnali significativi di una crescente diversificazione interna alla popolazione senza dimora. Essi richiamano l'urgenza di analizzare non solo la pluralità delle condizioni che conducono alla povertà estrema, ma anche di restituire complessità al fenomeno, interpretandolo come esito di processi sociali e dinamiche strutturali che hanno caratterizzato anche il contesto italiano negli ultimi decenni. La letteratura internazionale sul tema pone particolare enfasi sugli effetti dei processi di deregolamentazione e flessibilizzazione del mercato del lavoro, con conseguenti situazioni di precarietà occupazionale, discontinuità lavorativa, salari inadeguati e insufficienti tutele. In questo quadro, il concetto di *in-work homelessness* descrive chiaramente il fenomeno (Jones et al. 2020). Inoltre, numerosi studi sottolineano il ruolo cruciale del fattore abitativo nella rete di cause che possono condurre all'homelessness, evidenziando come l'accesso alla casa sia un elemento chiave nella prevenzione di queste situazioni di marginalità estrema.

Anche la cultura e l'arte possono riflettere e contribuire a plasmare le rappresentazioni. Le classificazioni, al riguardo, possono fornire una lente attraverso cui gli artisti rappresentano la precarietà abitativa. Film, libri, documentari e fotografie che riflettono una visione più ampia del disagio abitativo possono aiutare a sviluppare una coscienza collettiva che riconosca tutte le forme di esclusione abitativa. Ad esempio, la rappresentazione di persone che vivono da amici, o in alloggi temporanei, sfida la visione stereotipata del senzatetto come vagabondo e rende visibili storie di precarietà meno raccontate. In questa direzione, il film *Nomadland* (2020), che racconta la vita dei lavoratori nomadi negli Stati Uniti, ha contribuito a portare all'attenzione pubblica la realtà di una categoria spesso ignorata: chi vive in veicoli come van e camper, in una forma di precarietà abitativa che non corrisponde alle definizioni più strette di senzatetto. In risposta a una maggiore consapevolezza su questa problematica, alcuni stati americani hanno avviato programmi per supportare economicamente i lavoratori stagionali e offrire spazi di parcheggio sicuri per chi vive in veicoli.

In sintesi, le rappresentazioni dei senza dimora influenzano direttamente la percezione pubblica e le scelte politiche: visioni stereotipate possono portare a interventi limitati o repressivi, mentre rappresentazioni inclusive e capacitanti possono spingere verso politiche più complete e rispettose dei diritti. Una maggiore comprensione della complessità della precarietà abitativa e una rappresentazione più ampia del fenomeno possono promuovere politiche sociali che non solo rispondano ai bisogni immediati, ma che creino basi per la sicurezza abitativa a lungo termine.

3.5. Diritto all'abitare e classificazione dei servizi

Il tema dell'abitare, dunque, diventa sempre più centrale quale leva per stimolare lo sviluppo di percorsi di cambiamento nelle politiche di contrasto alla grave marginalità adulta e per rispondere ai mutevoli bisogni abitativi che oggi si presentano. In Italia, le opportunità abitative per chi vive in strada sono da sempre molto limitate. Il sistema di intervento rivolto alla grave emarginazione, nella cornice già delineata dalla legge quadro 328 del 2000 (artt. 22, 23, 28), punta a misure di accompagnamento e contrasto alla povertà estrema (incluse forme di reddito minimo), servizi di accoglienza di carattere residenziale e semiresidenziale che rispondano a bisogni urgenti e indifferibili; interventi socio-sanitari di emergenza e riduzione del danno; servizi per l'accompagnamento e il reinserimento sociale per persone pronte a sostenere percorsi di autonomia o semiautonomia.

Le diverse soluzioni alloggiative oggi presenti, gestite prevalentemente da enti locali e da enti di terzo settore, hanno per lo più carattere di temporaneità, rappresentano offerte di emergenza o soluzioni transitorie.

L'accesso ad alloggi popolari, social housing o appartamenti a canoni accessibili non sono frequenti tra le proposte offerte alle persone senza dimora per diversi ordini di ragione: criteri di accesso stringenti, meccanismi selettivi e obiettivi di autonomia spesso non adeguati a persone con fragilità e vissuti complessi.

Avviene così che le soluzioni abitative più frequentemente attivate nelle situazioni di estrema povertà sono:

- i centri di pronta accoglienza;
- strutture di emergenza per particolari periodi dell'anno (si pensi alle accoglienze aperte durante la cosiddetta “emergenza freddo”) o in occasioni di eventi eccezionali (si pensi alle tensostrutture o all'utilizzo di grandi spazi pubblici come stadi e palestre allestiti in occasione della pandemia da Covid-19);
- le strutture di accoglienza notturna (dormitori);
- le sistemazioni temporanee per il singolo nucleo o in coabitazione;
- gli alloggi di emergenza sociale.

Le Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta, curate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel 2015, introducono elementi di innovazione promuovendo la diffusione di:

- approcci Housing First e Housing Led, ovvero programmi che invertono la logica dell'intervento proponendo il passaggio diretto dalla strada

alla casa intendendo con questo la possibilità offerta alle persone senza dimora, con storie di homelessness di lunga durata, di accedere ad appartamenti supportati e reperibili nel mercato immobiliare privato.

Di seguito le tipologie di servizi:

- strutture di accoglienza H12. In questa tipologia rientrerebbero servizi chiamati “dormitori”, “strutture di accoglienza a bassissima soglia”, “strutture adibite in occasione del piano freddo”. Questi servizi si riferiscono tutti ad una forma di accoglienza notturna (H12), continuativa durante l’anno, con carattere di emergenza, strutturazione degli spazi comunitaria e target universale.
- Comunità. In questa tipologia rientrerebbero:
 - le comunità semi-residenziali, descritte come strutture di accoglienza diurna con presidio leggero e target universale;
 - le comunità residenziali, dette anche macrostrutture o case di comunità, descritte come strutture di accoglienza H24 con presidio leggero e target universale;
 - le comunità alloggio, dette anche strutture H24, descritte come strutture di accoglienza H24 protette con presidio specialistico e target specifico (tra quelli citati compaiono, ad esempio, persone con malattie psichiatriche e persone con fragilità sanitarie di tipo psichiatrico).
- Alloggio. In questa tipologia rientrerebbero: alloggi supportati, housing supportato, comunità alloggio, casa di accoglienza, alloggi di inclusione, alloggi in emergenza, struttura con approccio integrato socio-sanitario. Questi sono descritti come alloggi protetti in regime di coabitazione, di natura transitoria, dove è garantito un supporto sociale ed educativo. Il target che ha accesso a questo tipo di struttura è generalmente categoriale (tra quelli citati compaiono donne sole, donne vittime di violenza, nuclei madre bambino, anziani, giovani); è prevista la condivisione di spazi comuni e l’accesso alla struttura da parte di esterni è limitata.
- Accoglienza diffusa. Questa tipologia di servizio risulta piuttosto innovativa e in crescita, si rivolge ad un target generico e in alcuni casi si sviluppa sulla base di convenzioni con alberghi cittadini.
- Abitazione. In questa tipologia rientrerebbero: co-housing, coabitazioni solidali, gruppo-appartamento, gruppo appartamento spontaneo. Queste forme di abitazione sono spesso descritte come sviluppo spontaneo di una forma di alloggio o accoglienza precedentemente sperimentata. Le persone che abitano in questo caso non costituiscono un target

di progetto ma si scelgono autonomamente per legame affettivo, convenienza economica, opportunità, vicinanza ai servizi.

- Alloggi a costi accessibili, ovvero edilizia convenzionata tra pubblico e privato.
- Alloggio pubblico, ovvero edilizia residenziale pubblica propria del patrimonio immobiliare pubblico.
- Alloggi privati, ovvero appartamenti affittati nel mercato privato a titolarità della persona inserita in casa o dell'organizzazione che fa da garante.

Nella sezione abitazione rientrerebbero a pieno titolo anche i progetti Housing First e Housing Led e le esperienze a loro assimilabili:

- Housing Led. Questo tipo di servizio è descritto come caratterizzato da progetti di autonomia casa-lavoro e di integrazione nel quartiere per persone in possesso di lavoro e reddito, con supporto alla gestione della casa. La specificità che caratterizza il target destinatario di questo tipo di servizio riguarda il possesso di lavoro e di reddito. Tra i target citati compaiono persone anziane, persone con problematiche di dipendenza, persone segnalate dai servizi sociali, working poors.
- Housing First, esperienze assimilabili ad HF. Gli alloggi HF sono descritti come appartamenti o intere palazzine per abitare le quali è prevista la compartecipazione economica alle spese di affitto e dove è possibile convivere con altre persone condividendo spazi comuni pur avendo una camera personale. Anche in questo caso il target è specifico e scelto (sono citati in particolare persone senza dimora, neomaggiorenni, come pure i nuclei madre bambino e le famiglie).

Si segnala la difficoltà di una collocazione netta nella categoria propria delle abitazioni per la difficoltà di garantire continuità nel tempo e quindi non condizionare l'accoglienza ai cicli di finanziamento dei progetti.

In sintesi, le quattro grandi tipologie sono quindi riconducibili a:

- struttura di accoglienza;
- comunità;
- alloggio;
- abitazione.

È possibile identificare le seguenti come caratteristiche principali in base alle quali varia la forma di accoglienza e di abitazione:

- il tempo di permanenza che da regolamento è concesso all’ospite;
- il tipo di organizzazione degli ambienti di vita previsto;
- la presenza o assenza di un progetto individualizzato che caratterizza il percorso della persona nella struttura di accoglienza o abitazione;
- la presenza o assenza di collaborazione tra il servizio che offre la struttura di accoglienza o accompagna la persona e i servizi territoriali.

Nel caso delle strutture di accoglienza, il tempo di permanenza è basso, gli ambienti di vita personali assenti, il progetto individualizzato e la collaborazione con i servizi territoriali non necessariamente presenti. Nel caso delle comunità, il tempo di permanenza è medio, gli ambienti di vita personali sono abbastanza presenti e sempre misti a spazi comuni, il progetto individualizzato e la collaborazione con i servizi territoriali sono presenti. Nel caso degli alloggi, il tempo di permanenza è lungo, gli spazi personali sono spesso disponibili e talvolta integrati con aree comuni, mentre il progetto individualizzato e la collaborazione con i servizi territoriali sono previsti. Nel caso delle abitazioni, il tempo di permanenza non è definito, gli spazi personali sono garantiti e sono previsti sia il progetto individualizzato sia la collaborazione con i servizi territoriali.

Conclusioni

Le classificazioni e le rappresentazioni sociali delle persone senza dimora agiscono come luci di posizione che orientano la visione collettiva e le politiche abitative. Il rischio è che queste rischiano di illuminare solo aspetti parziali del fenomeno, distorcendone la complessità e riducendo la realtà dei senza dimora a mere scelte individuali o a espressioni di devianza sociale. Tale visione limitata impedisce una comprensione adeguata delle molteplici traiettorie di vita e delle cause strutturali che alimentano la povertà estrema. Nonostante alcuni progressi, le politiche attuali continuano spesso a proporre soluzioni temporanee e frammentate, incapaci di garantire una stabilità abitativa duratura. In questo contesto, iniziative come Housing First e Housing Led offrono una nuova prospettiva, proponendo un passaggio diretto dalla strada alla casa e promuovendo l’integrazione di servizi pubblico privati, con l’obiettivo di garantire soluzioni abitative stabili e personalizzate. Per rispondere in modo adeguato alle necessità di chi vive ai margini, è essenziale una comprensione più profonda delle dinamiche che generano l’homelessness affinché l’attenzione si orienti verso la prevenzione del fenomeno, creando condizioni strutturali che impediscano l’accesso a situazioni di grave marginalità, evitando che esse diventino irreversibili.

Riferimenti bibliografici

- Alcock P., Siza R. (a cura di) (2003), *La povertà oscillante*, in «Sociologia e Politiche sociali», 6, 2, pp. 73-101.
- Consoli T., Meo A. (a cura di) (2021), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano.
- fio.PSD (2018), *Presa in carico e integrazione socio sanitaria*, Documento conclusivo del gruppo di lavoro nazionale fio.PSD su «Salute», Roma.
- fio.PSD (2022), *Una, nessuno, centomila*, Nota fio.PSD al Censimento ISTAT della popolazione “senza fissa dimora”, nota divulgativa.
- Jones K., Ahmed A., Madoc-Jones I., Gibbons A., Rogers M., Wilding M. (2020), *Working and homeless: exploring the interaction of housing and labour market insecurity*, in «Social Policy and Society», 19, pp. 121-132.
- Licursi S., Marcello G., Pascuzzi E. (2020), *Storie di homeless dal Sud. Profili sociali e biografici delle persone accolte nei servizi residenziali*, in T. Consoli, A. Meo (a cura di), *Homeless in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano.
- Nolan B., Whelan C. (2011), *Poverty and deprivation in Europe*, Oxford University Press, Oxford.
- Tosi A. (2017), *Le case dei poveri. È ancora possibile pensare un welfare abitativo?*, Mimesis, Milano.
- Zenarolla A. (2020), *Persistenze e cambiamenti nei percorsi di ingresso e di uscita dalla grave marginalità*, in T. Consoli, A. Meo (a cura di), *Homeless in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano, pp. 65-85.

Filmografia

- Zhao C. (2020), *Nomadland*, Searchlight Pictures, Walt Disney Studios Motion Pictures Italia.

4. Senza dimora e salute bio-psicosociale

di Renzo Muraccini

4.1. Premessa

I modelli esplicativi della costruzione dell'identità del soggetto e delle sue modalità di relazione con il mondo hanno evidenziato l'importanza del nesso fra fattori biologici, psicologici e sociali. Questo legame crea continui aggiustamenti fra gli elementi coinvolti che agiscono in sinergia e si condizionano secondo una logica sempre passibile di cambiamento ed evoluzione. Da un lato i geni che determinano la biologia del corpo e del cervello di ogni essere umano, dall'altro il contesto in cui si nasce e si vive ossia il "mondo delle relazioni primarie" che agisce fin dall'inizio della vita sulla biologia stessa e sulla psicologia della mente attraverso la soddisfazione di bisogni che sono al contempo fisici e psichici. Infine il "mondo" in cui noi viviamo ossia la società tutta costruita su assetti culturali, politici e socio-economici che creano opportunità ma causano anche disagio, povertà ed esclusione sociale.

Nel mondo di oggi le patologie mentali non solo sono in aumento e insorgono più precocemente, ma per alcuni aspetti risultano davvero "inedite" rispetto al passato. Il mutamento "antropologico" delle identità degli individui del mondo di oggi fa da contraltare al "mutamento psicopatologico" in atto; come in un gioco di specchi le ataviche angosce dell'esistenza umana si riflettono nelle nuove facce dolenti che sono figlie della contemporaneità.

Ogni epoca ha la sua sofferenza che si aggiunge o trasforma quelle del passato.

Se focalizziamo l'attenzione sulla popolazione della cosiddetta "marginalità" sociale all'interno della quale includiamo le "persone senza dimora" che incontriamo sui marciapiedi delle nostre città, possiamo dire che non rappresenti qualcosa di nuovo. Semmai il contrario. Fanno parte

del “paesaggio metropolitano” da sempre. Alcuni stazionano regolarmente e ti aspetti di incontrarli in un posto che hanno scelto (spesso a Bologna sotto un preciso portico) altri si aggregano e vivono in luoghi “connotati” di ogni città che sono le stazioni, le piazze, i parchi. In estate aumentano, in inverno migrano altrove per poi ritornare. Ad uno sguardo superficiale sembrano “tutti uguali”. Questo “gruppo identitario” rappresenta lo “specchio rovesciato”, una sorta di “scarto”, di quella parte dell’umanità che è invece inclusa nel “discorso sociale” e partecipa attivamente al suo consolidamento malgrado le difficoltà e le contraddizioni che esso comporta. La “marginalità” sociale di oggi, di cui i senza dimora sono una delle tante facce, è però diventata come la società da cui emerge, globalizzata, multietnica, sfaccettata, ancora più complessa e pertanto pur nella sua invarianza per alcuni aspetti inedita.

4.2. I senza dimora: il trauma della perdita e la sofferenza bio-psico-sociale

La quantità di articoli e saggi sul tema dei senza dimora è molto vasta e ci sono stati diversi tentativi per arrivare ad una definizione univoca di un fenomeno che visto nella sua globalità ha bisogno di diversi “sguardi” integrati per essere compreso.

La Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora¹ definisce i senza dimora come soggetti in stato di povertà materiale e immateriale, portatori di un disagio complesso, dinamico e multiforme.

Lo stato di povertà, come condizione esistenziale dell’essere nel mondo, non ha solo a che fare con la mancanza di una dimora o di un lavoro o del sostentamento materiale per i bisogni primari (mangiare, dormire, curarsi) dentro una società basata sul profitto e il privilegio² e neanche con un deficit individuale che a priori relega il soggetto ai margini della società a prescindere da essa³. È il disagio “complesso dinamico e multiforme”

¹ Si veda www.fiopsd.org.

² Secondo la teoria dello scambio sociale (Homans 1975; Blau 1964) le persone senza casa sono in una posizione di alienazione in quanto non hanno niente da offrire in una logica di scambio come quella che regola i sistemi economici.

³ Secondo la prospettiva del deficit la malattia mentale e la tossicodipendenza assumono il ruolo principale nel determinare e nel mantenere la condizione dei senza dimora. Diversamente altri studi (Sosin 2003) rilevano il fatto che la patologia mentale non differisce tra i senza dimora e altre categorie di soggetti con disagio sociale (mancanza di lavoro o a rischio di povertà) e che il disagio mentale insorge nel 20% dei senza dimora dopo l’insorgenza di questa condizione.

di cui i senza dimora sono la rappresentazione incarnata che da un “senso” a questa dimensione e che la possiamo correlare alla “disarticolazione” dell’equilibrio del soggetto tra i fattori biologici (il corpo, e le sue funzioni) psichici (la mente) e sociali (il rapporto con il contesto di vita) attraverso cui si costruisce il suo essere nel mondo. Tale “disarticolazione” porta inevitabilmente alla acquisizione di una identità alienata che accomuna i “senza dimora” rendendoli (all’apparenza) un gruppo indistinto e omologato: senza dimora appunto. Questa identità si è consolidata (quasi cementificata) nel tempo e rappresenta la “soluzione” adattativa e “vitale” ad un “trauma” nella vita del soggetto che ha portato a vivere una “perdita” mai elaborata che riguarda il passato (là e allora) ma che spiega il presente (sul marciapiede di una strada o sulle panchine della stazione o di un giardino)⁴.

Nell’essere senza dimora convergono diverse perdite. Perdita del valore del Sé (e quindi della sua cura) a cui si correlano la “perdita di un ruolo attivo” nella società, (lavoro) “perdita di alcuni fondamentali diritti” (caso, residenza, assistenza sanitaria) “perdita di relazioni” che non siano solo quelle con persone che condividono l’essere “senza dimora”.

La perdita riguarda anche la capacità di esercitare i diritti una volta acquisiti: l’accesso al sistema di cura una volta garantito o non viene svolto o appare distorta la modalità di agirlo. In sostanza il soggetto spesso non si cura né fisicamente né psicologicamente malgrado possano essere evidenti e indiscutibili elementi di disagio in tal senso. Nemmeno aderisce al progetto socio-assistenziale formulato e condiviso con gli operatori coinvolti. I senza dimora sono preda di una sceneggiatura “coatta” che anche nella relazione di aiuto porta nuovamente all’alienazione, all’abbandono, alla trascuratezza: fanno in modo di essere lasciati riattualizzando l’esperienza di una perdita antica che nel presente si identifica con quella dell’opportunità di poter essere aiutati, sostenuti e reintrodotti nei percorsi di assistenza e cura.

Secondo questa ottica che mette insieme il paradigma bio-psico-sociale (il corpo, la mente, il contesto) e il “trauma della perdita” al centro dell’identità dei “senza dimora” l’approccio deve partire da una domanda: come e perché si è arrivati a quella soluzione esistenziale? Quali sono i fattori in gioco? E come hanno reso possibile tale condizione esemplificata nell’etichetta “dei senza dimora”?⁵

⁴ Il concetto di perdita in questa accezione si accompagna non solo a ciò che si è perso ma anche al lavoro del lutto che rende tale esperienza vivibile, sopportabile elaborabile. Non è solo la perdita ma il lutto impossibile a rappresentare pur nella multifattorialità degli elementi a rappresentare a mio avviso un fattore catalizzatore nell’evoluzione dell’essere senza dimora.

⁵ Ci sono diversi studi che evidenziano come la condizione dei senza dimora è l’esito di fattori multipli in cui elementi individuali si intrecciano a quelli sociali e ad esperienze di vita negative anche in termini di scarse risorse relazionali.

Tale “stile di vita” può risultare l’esito di una “scelta consapevole” frutto di una volontà “libera” e “incondizionata”. È indubbio che essa in parte lo sia. Viene esibita, voluta, difesa; essendo (spesso) egosintonica (malgrado le conseguenze che essa comporta) non causa sofferenza e quindi non è da cambiare. Al giudizio dei più è l’espressione di una mancanza di volontà del soggetto ad “impegnarsi” a vivere con i “sacrifici” che l’essere integrati comporta. Cioè una scelta responsabilmente irresponsabile, libera perché opportunistica e sottratta deliberatamente ad ogni forma di obbligo individuale e sociale. In una parola: parassitaria e stigmatizzante.

“Guardare oltre” la monolitica realtà dei “senza dimora” che “sono tali per scelta” ai loro “corpi maltrattati e mortificati” alle loro menti che pur soffrendo non chiedono aiuto o lo rifiutano o lo rendono impossibile è l’unico modo per aprirsi ad una spinta evolutiva e ad un possibile cambiamento.

Un modo che metta al centro il soggetto non più come rappresentante di una categoria umana impersonale e reificata (imprigionata da un cliché stigmatizzante)⁶ ma come persona con un suo progetto di vita che ha trovato in quella “scelta post-traumatica” l’unica inevitabile opportunità per continuare a vivere attivamente stando ai margini insieme ad altri nelle stesse condizioni⁷.

Ripartire da quella scelta per loro e per noi significa superare il pregiudizio di considerarli “perduti” o modificare il pregiudizio che invade e condiziona per molto tempo e soprattutto l’inizio, la relazione di aiuto⁸. Quando l’aggancio è limitato dalle regole che loro impongono e ci impongono – dai rifiuti ai ricatti – e che attivano preoccupazione per la loro incolumità, senso di impotenza e angoscia. Solo condividendo fra operatori e servizi questo “vissuto” (post-traumatico) e spinti da una “curiosità benevola” il soggetto può riprendere il cammino esistenziale che lo ha “portato in strada”. Andare a vedere cosa sia successo, quale eredità nel vissuto del soggetto abbia lasciato quella/e esperienza/e, come ciò abbia modificato la sua vita è l’unico modo per dare valore e comprensione alle “ragioni” di quella scelta. Significa predisporsi ad ascoltare le storie di vita; individuare i traumi vissuti nel contesto familiare, (spesso riconducibili all’infanzia), i lut-

⁶ I numerosi termini per indicare le persone senza dimora – barbone, clochard, homeless – sono diversi ma tutti hanno un’accezione negativa nelle diverse lingue (Bonadonna 2005).

⁷ I senza dimora non sono portatori solo di un ruolo passivo; sono capaci di attivare strategie e reti sociali per l’esplicitamento dei bisogni di sopravvivenza (cibo, luogo per dormire, amicizia), (Lavanco, Santaniello 2009).

⁸ Lo stigma sociale rappresenta per i senza dimora un ulteriore elemento che rende difficile la relazione di aiuto: il soggetto non solo può vivere un sentimento di vergogna ma molti dei suoi atteggiamenti quali rifiuto, disprezzo e poi adattamento e abitudine sono esito del processo di identificazione con lo stigma sociale stesso (Goffman 1961).

ti, le malattie, le crisi identitarie (pensiamo alla migrazione alla perdita del lavoro o dello status sociale in genere). In questo modo, si potrebbe capire che il disagio psichico insorto per una complessità di fattori nel tempo si è consolidato e ha trovato la strada per manifestarsi attraverso la tossicodipendenza, l'alcoolismo, l'antisocialità⁹. Solo con questo approccio scopriremo che in molti casi ciò che veramente accomuna le “persone senza dimora” con disturbi legati alla salute mentale o alle diverse forme di dipendenza o apparentemente senza alterazioni visibili o certificabili o con gravi alterazioni del comportamento, è l’aver vissuto “un inciampo”, una “rottura” (*breakdown*) una “svolta esistenziale post-traumatica”. Una vita che non ha potuto più essere sostenuta e nutrita dalla salute psicofisica, da buone relazioni sociali, da un lavoro dignitoso, da una casa e da un ruolo all’interno del contesto familiare e sociale.

Da allora non è stato più possibile vivere come prima del “trauma” e la conseguente “perdita” del proprio mondo o in parte di esso ha comportato inevitabilmente una “compromissione” della propria identità: una “cicatrice del proprio Sé” (bio-psico-sociale). L’evoluzione nella prospettiva della propria vita si è trasformata in involuzione, generando vissuti e comportamenti disadattivi, disfunzionali, alienanti, che non avendo trovato il sostegno adeguato, sono approdati nell’unica “soluzione vitale” possibile per poter “sopravvivere senza morire”. Essere vivi ma senza la “dimora esistenziale” (identità) che si aveva in passato e, quindi, anche un po’ morti ossia fermi, bloccati in un tempo sospeso schiacciato sul presente senza speranza e prospettive di cambiamento e di futuro. Un lutto congelato insomma che si manifesta sotto le mentite spoglie di una vita “liberamente” vissuta, ma che esibisce nascondendola una lontana esistenza ormai perduta a cui si rimane in qualche modo adesi per chi vive come “fantasma” che perseguita che crea angoscia, nostalgia, rivendicatività e altro ancora¹⁰.

È questo il paradigma (trauma, perdita, soluzione identitaria espressione di compromissione del Sé bio-psico-sociale) che sottende al lavoro con i “senza dimora”.

Ascoltare le storie di vita, cercare di capire quali e a quale scopo si sono organizzate le “strategie di adattamento” ad un contesto sociale divenuto escludente ed avverso, rappresenta un approccio faticoso, complesso a

⁹ Le teorie sulla genesi multifattoriale del fenomeno dei senza dimora mettono in luce i diversi fattori in gioco attinenti alle caratteristiche personologiche del soggetto, al contesto e all’impossibilità del soggetto di far fronte ad un evento critico (Sosin 2003).

¹⁰ La nuova identità rappresentata dall’essere senza dimora... si sovrappone a quella che si ha e la copre, l’addormenta... Eppure ogni persona senza dimora non è mai solo quello che ha, o quello che si vede (Marazziti 2009).

volte estenuante ma è il solo che permette alle “persone senza dimora di uscire (con non poca fatica) da un identità reificata” indubbiamente “mortifera” ma di cui hanno bisogno per vivere e sopravvivere ma che comporta conseguenze enormi sul piano della dell’organizzazione del Sé e della sua salute psicofisica e sociale.

Per questo motivo, per molto tempo e soprattutto all’inizio dopo l’aggancio che in genere avviene per strada ci si dovrà confrontare con la corazza che protegge il “fantasma” del lutto e che detta le sue regole accettando in modo parziale e autoriferito l’aiuto oppure facendo richieste impossibili il cui rifiuto porta questi soggetti a distanziarsi o a rendersi irreperibili o irreprensibili e spesso non tollerabili. Allora ci si riprova sera dopo sera non facendosi scoraggiare aprendo un varco partendo da ciò che può apparire al soggetto più importante o più importante fare (anche se non è detto che lo sia per noi) e che possa in qualche modo essere accettato, condiviso e discusso. Si tratta di una attività che definirei *ghostbuster* ossia ridurre la potenza del “fantasma” nella relazione di aiuto e stemperarne la spinta al fallimento e alla vanificazione del nostro ruolo e del significato del nostro operato. Significa cercare un aggancio possibile con una parte del soggetto non completamente soggiogata da tale fantasma, una sorta di cavallo di troia che permetta di espugnare una fortezza costruita sull’angoscia, la colpa e la vergogna e che niente di tutto ciò lascia trasparire.

Se è sempre il fantasma che lega il soggetto alla sua neo-identità di senza dimora e gli consente malgrado tutto di vivere non ci si può aspettare che egli accetti passivamente l’aiuto che gli possiamo offrire, perché significherebbe confrontarsi con il dolore insostenibile della perdita e del fallimento, ma semmai l’attivazione di una “vitale” forma di ostruzionismo o una assertività insomma una contrattazione possibile con noi e che dia valore a se stessi anche se si è brutti, sporchi e cattivi e anche a scapito del fallimento.

Va da sé che è la relazione umana giocata sul “raggiungere” (spesso nel vero senso della parola) la persona dove si è “collocata a vivere per non morire” ad essere il cardine del sistema di aiuto per i senza dimora. È attraverso la relazione che si indirizza o si accompagna il soggetto dalle persone e nei luoghi (“dimore”) dove può ricevere un aiuto a partire dai bisogni condivisi. Colui che vive senza dimora in questa accezione diventa un interlocutore indispensabile all’interno della relazione di aiuto e non il soggetto povero bisognoso di un pasto caldo e di un posto letto. Questo significa dare valore alle sue parole e alle sue capacità alle strategie messe in atto per vivere in quelle condizioni. Anche esplorare ed evidenziare senza le contraddizioni e le ambivalenze insite nel suo comportamento all’interno della relazione non giudicandole ma interpretandole alla luce della difficoltà insita nel cambiamento di una dimensione che ha un suo valore come

soluzione vitale ma che si accompagna a disagio e a rischi spesso sottaciuti o negati.

4.3. Quale aiuto? E come organizzarlo?

L'integrazione socio-sanitaria, la co-progettazione degli interventi con i servizi sanitari e sociali e il terzo settore costituiscono la rete dei servizi aventi al centro i bisogni della persona con un disagio o una domanda di aiuto che spesso è nascosta e a volte indiretta.

L'integrazione dei servizi si regge sulla multidisciplinarietà degli interventi miranti ad un approccio olistico (bio-psico-sociale) e che vede coinvolti molti operatori afferenti a diversi servizi.

Questi “ingredienti” sono indispensabili per l'assistenza alle persone senza dimora che dopo il primo contatto (in genere li si intercetta per strada) vengono indirizzati e/o accompagnati dagli operatori nei luoghi alternativi (i dormitori) e nei diversi servizi coinvolti: Servizi Sociali, Centro di Salute Mentale, Medicina di Base SERTDP.

La “persona senza dimora” è “tenuta in vita” da tanti servizi. Il problema è che le équipe coinvolte costruiscono un progetto dove ogni professionista e ogni servizio agisce solo in base a ciò che “ritiene di propria competenza”, senza uno sguardo complessivo. Il “Marginale Sociale” rischia quindi di diventare “Marginale Istituzionale” malgrado l'esistenza di momenti istituzionalizzati di incontro o di verifica del progetto in cui i vari servizi si confrontano su questi casi e cercano di individuare una strategia comune di aiuto in un'ottica di integrazione socio-sanitaria.

Integrazione, collaborazione, approccio olistico (bio-psico-sociale) sono le parole chiave da cui partire per affrontare efficacemente il fenomeno complesso della salute (mentale) per le persone senza fissa dimora. Le strategie per percorrere tali strade sono:

- ripartire dalla vicinanza e la prossimità fisica tra i professionisti. Creare specifici Luoghi in cui operatori della Salute Mentale, del SerD, Medici di Base, Infermieri, Educatori, Assistenti Sociali, Operatori di Strada e del Terzo Settore possano lavorare insieme, condividendo saperi e competenze. Fondamentale che questi luoghi non diventino ghettizzanti, ma che siano concepiti come luoghi di “transito identitario per i senza dimora” flessibili e collaborativi a forte impronta evolutiva finalizzata cioè a superare la marginalità in tutti i suoi aspetti (residenza, ruolo sociale, casa, lavoro e relazioni);
- aprirsi alla comunità e investire sul coinvolgimento delle risorse sociali e le reti informali presenti sui territori. La “salute bio-psico-sociale”

- dei “senza dimora” è una questione che riguarda tutti, e tutti possono offrire il proprio contributo a supporto dei soggetti più fragili in un’ottica di integrazione e destigmatizzazione;
- istituire un Fondo Comune ad appannaggio del Servizio Sociale, della Psichiatria, del SerD, Medicina di Base e altri Servizi per stabilire responsabilità comuni, anche di tipo economico, nella presa in carico delle persone più fragili ed emarginate;
 - promuovere una formazione professionale continua incentrata sul trauma che aiuti a costruire un consenso, un’idea condivisa di come lavorare insieme tra professionisti diversi, pur mantenendo una loro identità professionale;
 - mostrare cautela, delicatezza, sensibilità, pazienza nell’approcciarsi alla sofferenza bio-psico-sociale, che per sua natura necessita di uno sforzo di comprensione e gestione che investe anche la sfera culturale e soprattutto l’azione politica. Questo vuol dire mettersi in un atteggiamento di ascolto rispettoso, non giudicante, che offre proposte e prospettive alla persona pur lasciandola libera di poter vivere la propria identità, malgrado tutto;
 - valorizzare le forme di collaborazione e integrazione informale che avvengono spontaneamente tra specialisti del sociale e del sanitario, come indicando alcune pratiche virtuose realizzate nei piccoli centri;
 - investire nella prevenzione, ovvero moltiplicare i luoghi nei quali si affrontano i temi della salute mentale, partendo dalla famiglia, dalla scuola, dai posti di lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Blau P.M. (1964), *Justice in Social Exchange*, in «Sociological Inquiry», 34, pp. 193-206.
- Bonadonna G. (2005), *Coraggio, ricominciamo. Tornare alla vita dopo un ictus: un medico racconta*, Dalai Editore, Milano.
- Goffman E. (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Doubleday & Company, Inc., New York.
- Homans G.C. (1975), *Le forme elementari del comportamento sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Lavanco G., Santinello M. (2009), *I senza fissa dimora. Analisi psicologica del fenomeno e ipotesi di intervento*, Paoline Editoriale Libri, Milano.
- Marazziti D. (2009), *Neurobiology and hormonal aspects of romantic relationships*, in M. de Haan, M.R. Gunnar (Eds.), *Handbook of developmental social neuroscience*, The Guilford Press, New York, pp. 265-280.
- Sosin M.R. (2003), *Explaining adult homelessness in the US by stratification or situation, homelessness: integrating international perspectives*, in «Journal of Community & Applied Social Psychology», 13(2), pp. 91-104.

5. Integrazioni socio sanitarie

di Anna Cullotta

Il desiderio è produzione della realtà.

Gilles Deleuze

5.1. Premessa

Quando si parla di integrazione sociosanitaria e nello specifico nel contesto della salute mentale, il primo ed immediato rimando che troviamo all'interno degli impianti normativi e di indirizzo fa riferimento alle situazioni di salute caratterizzate da un certo livello di gravità, spesso accompagnato da condizioni di solitudine e marginalità socio-lavorativa. Quasi un approccio riservato a situazioni limite orientato verso la collaborazione tra professionalità plurime di diversa appartenenza. In generale, il riferimento socio-sanitario è rivolto ad una serie di azioni che hanno come obiettivo quello di creare una collaborazione tra servizi sanitari e servizi sociali, al fine di rispondere a problematiche complesse della popolazione (Bissolo, Fazzi 2005). A ben vedere, tuttavia, l'impostazione si attesta su una dimensione duale, che vede una quasi esclusività di intenti ed azioni tra due agenzie quella sanitaria e quella dei servizi sociali.

L'integrazione sociosanitaria è collaborazione? È cooperazione? O questi sono termini che rimandano ad un approccio circostanziato, che definisce il percorso di una specifica situazione di aiuto (l'anziano, il giovane, il disabile, l'immigrato) in cui un pezzo di intervento specialistico segue l'altro, in modo quasi sequenziale? Dove finisce la competenza di una agenzia segue quella di un'altra. L'integrazione socio-sanitaria dovrebbe inscriversi in una struttura salda e al contempo flessibile, che renda conto di un approccio sistematico, dove il sistema è interconnessione relazionale, non sequenza, tra i sottosistemi e in cui le parti che lo compongono sono plurime fin dal loro concepimento e fondanti il sistema stesso e il suo buon funzionamento (istituzionale, comunitario, professionale, gestionale, programmatico). Occorre allora pensare ad un sistema più evoluto, che a partire dal

concetto di salute (OIM 1948), sia in grado di andare oltre rendendo centrale la partecipazione non solo di professionisti ma anche dei beneficiari.

A partire da questa premessa, ciò che si tenterà di proporre in queste pagine è l'ottica socio-sanitaria come approccio culturale e di stile sia al benessere che alla malattia, approccio caratterizzato da un intreccio vitale tra parti disuguali; una prospettiva che vede nel sociale e nel comunitario, ambientale, economico, territoriale non accessori secondari all'importanza del sistema sanitario istituzionale, ma i contitolari della cura e della salute. Un nuovo reale paradigma, un approccio che possa andare anche oltre la connessione tra dimensione biologica-sanitaria e socio-psico-relazionale nella costruzione del benessere e della salute; un approccio co-costruito e fondato da professioni sociali diverse che evita la limitazione e sovrapposizione del termine sociale a quello di servizio sociale.

Quindi, un Terzo settore che sia co-costruttore delle politiche di intervento socio-sanitario; una comunità, luogo proattivo di risorsa, attuazione e sviluppo, e luogo di appartenenze.

Una breve presentazione delle principali norme in materia di integrazione socio-sanitaria consentirà di osservare un'evoluzione della norma stessa verso un approccio sempre più integrato.

5.2. Integrazione sociosanitaria: riferimenti e percorsi normativi ed indicazioni europee

Con la legge n. 833 del 1978, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, inizia a fare capolino un possibile approccio di collaborazione tra pubblico e privato, con l'introduzione della funzione delle associazioni di volontariato e le associazioni (riconosciute come IPAB) come possibili interlocutori della sanità, nella misura in cui il loro apporto contribuisca (art. 45) “al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale”. Centrale ed assoluto è il sistema sanitario, che rimane pur sempre luogo principale e protagonista indiscusso della cura. Siamo in una fase primordiale di timido approccio, per cui all'art. 46 si sottolinea la possibilità delle associazioni “di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale”, in una configurazione di gratuità. Si parla, infatti, di mutualità libera e di divieto da parte degli enti, delle imprese e delle aziende pubbliche di una qualsiasi forma di contribuzione a favore di dette associazioni. L'elemento economico sottolinea la distanza/separazione che comunque si deve mantenere tra ambiti diversi, pur apprezzandone il contributo, che rimane marginale rispetto al principale, il sanitario istituzionale.

L'integrazione socio-sanitaria e la sua gestione saranno, successivamente, disciplinate dal D.Lgs. n. 229/1999 e dalla legge n. 328/2000, nonché dagli atti di indirizzo successivi (DPCM del 14/02/2001 e del 29/11/2001).

Con il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”, l'integrazione socio-sanitaria si caratterizza per livelli: l'integrazione istituzionale che deve promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni locali, ecc.) per conseguire comuni obiettivi di salute; l'integrazione gestionale-operativa e di coordinamento: finalizzata a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni; l'integrazione professionale, legata all'adozione di profili aziendali.

La norma che tenta di affrancare una sinergia tra sociale e sanitario è la legge quadro n. 328/2000 con i successivi Decreti attuativi. Con essa entra a pieno titolo, almeno nella forma e, comunque, in una buona fetta di sostanza, il Terzo settore che vede riconosciuto un ruolo nella dinamica della programmazione, organizzazione e della offerta di interventi e servizi sociali (dal *government* alla *governance*). L'art. 1 esplicita in apertura, come una overtura in piena concordanza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione Italiana, quale deve o dovrebbe essere l'assetto del sistema che promuove il benessere delle persone, attraverso azioni, beni e servizi specifici. L'istituzione pubblica, nelle sue articolazioni diverse e stratificate, non solo riconosce, ma “agevola il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” (comma 4). Tutti questi attori partecipano, inoltre, in modo attivo sia alla progettazione che alla realizzazione concertata degli interventi, costituendo, di fatto un sistema integrato di interventi e servizi sociali (comma 5). Il DPCM 30/03/2001, in attuazione dell'art. 5 delle legge n. 328/2000, utilizza il termine “co-progettazione” per la prima volta.

La 328 è figlia di un tempo che avverte l'esigenza di un cambiamento che deve andare oltre il miglioramento, orientandosi verso pratiche di aiuto innovative e sperimentali. Per fare questo, il Terzo settore diventa strumento imprescindibile. È specializzato e può rispondere all'esigenza di “b) favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni” (DPCM 30/03/2001 art. 1 - b).

Ancora, la legge non solo sottolinea l'opportunità di un sistema che riconosce e promuove integrazione tra pubblico e terzo settore, ma spinge verso il protagonismo delle persone, delle famiglie dentro una cornice di solidarietà sociale e sussidiarietà orizzontale. Siamo in una fase storica di piena transizione da un sistema di welfare state a uno di welfare mix che vede una crescente collaborazione tra Pubblico e Privato sociale (Terzo settore) e di Welfare Society e Welfare di Comunità. In quest'ultimo assetto, che caratterizza la Società post-moderna, la società civile deve definire gli aspetti del benessere sociale, lo Stato deve coordinare i diversi attori sociali (Stato, Mercato, Terzo settore, cittadini, mondo del volontariato, ecc.) che partecipano alla creazione del benessere.

5.3. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2021

Un altro importante e complesso dispositivo è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, approvato con risoluzione n. 6-00189 dalla Camera dei deputati e con risoluzione n. 1 (6-00188) dal Senato il 27 aprile 2021 e ricevuto l'assenso da parte del Consiglio dell'Unione europea il 13 luglio 2021.

Con riferimento specifico alla Missione 6, Salute, l'obiettivo è “una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario”.

In modo particolare, gli investimenti rivestono un ruolo fondamentale per superare l'attuale disomogeneità, messa sotto i riflettori dalla pandemia, ma di fatto, condizione già conosciuta nel nostro Paese come sanità a macchia di leopardo e regionalismo sanitario. Con la Misura 6 si cerca di contrastare tale disallineamento ponendo misure che spingano verso l'universalità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari nel nostro Paese.

La missione Salute si compone di due ambiti: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale; innovazione, ricerca e digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

La prima componente pone quattro obiettivi generali: rafforzare il SSN, adeguando i servizi delle comunità e dei pazienti, in regione delle criticità emerse nel periodo di pandemia; potenziare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari; accrescere la telemedicina e superare la parcellizzazione e la disomogeneità dei servizi sul territorio; promuovere opportunità di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza

domiciliare. I quattro obiettivi trovano realizzazione nelle Case della Comunità e presa in carico della persona; casa come primo luogo di cura e telemedicina; Ospedali di Comunità-Salute, ambiente, biodiversità e clima. La seconda componente è caratterizzata da tre obiettivi generali: accrescere una sanità pubblica che punti sulle risorse umane, strutturali, strumentali, digitali e tecnologici; sostenere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario; ammodernare l'assetto tecnologico e digitale a livello centrale e regionale, al fine di migliorare la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalle analisi dei dati. Gli investimenti in questo caso riguardano l'ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero, ospedali sicuri e sostenibili, il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, la valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN; il personale.

I modelli organizzativi sottostanti alle diverse azioni sono tesi a una organizzazione della salute capillare su tutto il territorio, secondo un modello organizzativo in grado di garantire la presenza di personale sanitario h24.

Ad una lettura critica, parrebbe che il richiamo al Welfare Comunitario del PNRR si concretizzi prevalentemente in una sorta di operazione di spostamento della cura dal centrale al territoriale. In questo senso, il termine comunità sembra riferirsi esclusivamente a un luogo fisico, un contenitore, e non ad intreccio e ad assetto organizzativo basato sull'alleanza tra risorse pubbliche, risorse del terzo settore e comunità, elemento questo marginale, soprattutto nell'ottica di realizzare una compiuta integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali.

Altra questione riguarda la centralità della persona, nella sua dimensione globale. La tutela della salute è solo uno degli aspetti da tenere in considerazione, ma non l'unico. Persona vuol dire salute, tutela, bisogni, opportunità, risorse, supporto, in linea con l'OMS e dunque prestazioni e servizi che tengano conto delle diverse dimensioni, sociale, economico ed ambientale in cui si sviluppano le fragilità psico-fisiche dell'individuo e in cui si possono al contempo trovare le risorse di fronteggiamento e di possibile superamento. Proprio l'approccio sanitario olistico *One Health* a cui il PNRR fa riferimento, si basa sull'integrazione di discipline diverse e sul riconoscimento del legame indissolubile tra salute umana, salute animale, salute dell'ecosistema. Strategia, quest'ultima, riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Salute italiano, dalla Commissione Europea e da tutte le organizzazioni internazionali come rilevante in tutti i settori che bene-

ficiano della collaborazione tra discipline (medicina veterinaria, ecologia, economia, sociologia, ecc.).

Non da sottovalutare e ripresi da più parti, i mutamenti demografici che vedono aumentare la popolazione anziana non autosufficiente, per la quale sono fondamentali non solo l'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, ma anche i servizi sociali. A ciò si aggiunga il mutamento delle patologie, sempre più legate a fattori climatici (epidemie). Appare inevitabile, dunque, l'esigenza di costruire strutture, non solo fisiche, ma di pensiero e combinazione di intenti, professionalità e prospettive, nelle quali sia possibile amalgamare competenze ed interventi di tipo sanitario e di salute in senso completo e composito con competenze ed interventi di tipo sociale, economico, ambientale. Il PNRR sembra, invece, tenere in ombra l'assetto qualitativo di un nuovo paradigma, puntando su un piano di investimenti in settori predefiniti dall'Unione Europea a carattere infrastrutturale. Nel nostro Paese, tuttavia, il *Next Generation EU* è stata considerata un'opportunità per attivare riforme organizzative e di sistema per rendere più efficiente ed efficace la pubblica amministrazione, rafforzare il sistema produttivo e contrastare l'esclusione sociale e le disuguaglianze (Caldirona 2022).

5.4. La salute mentale nello scenario internazionale dell'integrazione sociosanitaria: approccio globale e salutogenico

Siamo soliti definire alcuni momenti storici come momenti di passaggio verso assetti nuovi. Guerre sempre più vicine, cambiamenti climatici palpabili, catastrofi climatiche, pandemie rendono netto il *limen* che segna un pre ed un post. Un dopo da pensare, reinventare, generare e ricreare secondo un paradigma nuovo che tenga connesse ed interdipendenti tutte le variabili in gioco, in grado di analizzare la complessità, avvolte complicate, di ricercare nuovi modelli interpretativi, di congiunzione e di attuazione. Abbiamo visto il rischio di intendere l'integrazione socio-sanitaria in termini duali (sanità/servizio sociale) e sequenziali, e il rischio che nuovi dispositivi riducano l'integrazione ad un potenziamento infrastrutturale. L'integrazione che promuove cura e benessere è fatta di aspirazioni, tutela, corresponsabilità, opportunità, diritti, doveri, pluralità in una dimensione individuale e collettiva che deve trovare una sua estensione pratica. Appare, invece, che ancora una volta non si riesca a varcare la soglia del buon proposito, finendo per mistificare concetti importanti, principi quali quello dell'integrazione, o approcci come quello globale di salute o di comunità.

Lo sguardo alla salute in generale ha prodotto nel tempo cambiamenti nella definizione, sebbene quella dell'OMS del 1948 rimanga il riferimento primo, poiché ne ha in qualche modo stravolto il senso, parlandone in *primis* in termini positivi e complessi. Tuttavia, essa presenta dei limiti che hanno gettato le basi per un suo ripensamento evolutivo nel tempo. Siamo nel 1948 (OMS), la salute è “una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l’assenza di malattia o infermità”.

Nel 2011, l'OMS stessa riprende la definizione e ne propone una sua evoluzione, come “la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”. La differenza è fondamentale, sebbene quest’ultima definizione sia poco usata, ed è data dal passaggio da un concetto statico di benessere, alla capacità di adattamento, flessibile e dinamica.

Il termine completo (OMS 1948), di certo di difficile raggiungimento, forse è stato troppo sfidante e ha indotto una sproporzione di medicalizzazione, con il forte rischio di una spesa delle cure e di quelle farmacologiche eccessive. Con la definizione del 2011 e il superamento dell’irrealizzabile stato completo, siamo di fronte alla possibilità che quote sane e quote sofferenti possano coesistere e che la persona possa gestire o autogestire questa convivenza di parti in modo adattivo e funzionale in uno specifico momento della vita. Questa definizione pone al centro la persona, quasi in modo esclusivo ed isolato, ma sappiamo come questo, ancora una volta, sia un forte limite e un modo parziale di intendere la salute, il benessere e la malattia.

Nel merito della salute mentale, l'OMS la definisce come “uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di far fronte agli eventi stressanti della vita, è in grado di lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di fornire un contributo alla comunità”. La salute mentale viene vista come la capacità di sviluppare e mettere in circolo il proprio potenziale con effetti positivi sul contesto sociale di riferimento, anche quello economico. In quest’ottica, l'OMS ritiene essenziale un approccio di tipo multisettoriale e non limitato soltanto all’ambito sanitario.

Nel settembre 2015, i Paesi membri delle Nazioni Unite hanno approvato la nuova Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile e i connessi *Sustainable Development Goals* da raggiungere entro il 2030. Tra questi obiettivi quello di “Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età” (obiettivo 3), raggiungibili anche grazie “la promozione della salute mentale e del benessere”.

Il *World Mental Health Report 2022, “Transforming mental health for all”* ha posto le basi per un’agenda del cambiamento atteso, riaffermando

quanto già contenuto nel Piano d’Azione globale sulla salute mentale 2013-2030.

La Commissione Europea nel 2023, rifacendosi all’OMS, ha sottolineato ancora di più l’aspetto dinamico e proattivo della salute mentale, indicando e specificando che “La salute mentale è parte integrante della salute. È uno stato di benessere in cui gli individui realizzano le proprie capacità e possono far fronte allo stress della vita e contribuire alla vita della comunità” e ancora di più, ha evidenziato che “La salute mentale è un presupposto per un’economia produttiva e una società inclusiva e va oltre le questioni individuali o familiari” (Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions-Brussels, 7.6.2023).

Le definizioni divengono via via sempre più articolate, orientandosi sempre di più verso approccio globale alla salute mentale.

Interessante l’utilizzo dell’espressione *goes beyond* del documento ufficiale, che sta ad indicare la necessità di compiere passi ulteriori, più in là (o più in qua) di un certo limite spaziale, temporale o ideale, e più avanti, in senso evolutivo.

L’approccio globale alla salute sottolinea che sia la salute sia la cattiva salute sono condizionati da fattori personali ed esterni, influenzati a loro volta dallo stato della nostra società, della nostra economia, del nostro ambiente e anche dallo stato degli affari mondiali che ci circondano.

Oltre ad affrontare le crisi, i cambiamenti demografici, la crisi energetica, la perdita di biodiversità, le mobilità umane, i cambiamenti del mercato del lavoro, che si pongono contemporaneamente come sfide ed opportunità, è necessario affrontare le sfide della salute mentale per rafforzare la resilienza degli individui e della popolazione. Questo è un passaggio fondamentale ed intuitivo, poiché sono proprio gli individui e la popolazione che a loro volta devono affrontare le sfide, le minacce e le opportunità dei cambiamenti e delle crisi. Ciò è tanto semplice e scontato, quanto forte ed imprescindibile. L’impostazione di salute deve allora fondarsi su queste complessità multiformi e interconnesse integrando la salute mentale in tutte le politiche (istruzione, gioventù, arte e cultura, ambiente, occupazione, coesione, ricerca e innovazione, protezione sociale, sviluppo urbano sostenibile, mondo digitale per migliorare la salute mentale e sostenere la resilienza della salute mentale).

Gli ostacoli a una buona salute mentale non possono essere affrontati e se possibile superati guardando esclusivamente al sistema sanitario. I determinanti della salute mentale interagiscono con le disuguaglianze esistenti nella società, esponendo alcune persone a un rischio maggiore di cattiva salute mentale rispetto ad altre. Si pensi per esempio alle persone senza

dimora, a cui il documento fa pure riferimento, anche se in modo fugace. Quando la discriminazione basata sul genere, la razza o l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, la disabilità, l'età, l'orientamento sessuale, la violenza e l'odio sono causa di cattiva salute mentale, la promozione dell'uguaglianza nelle nostre società è un importante strumento di prevenzione.

Per tale ragione, assistiamo da qualche anno, soprattutto dopo la pandemia da Covid-19, ad un proliferale di strumenti finanziari ed economici, a indicazioni, a obiettivi da raggiungere, a linee guida che attraverso coalizioni a carattere europeo e mondiale cercano di ragionare, di indicare e di incidere sulla salute in generale e sulla salute mentale.

Il Programma d'azione dell'Unione Europea (UE) EU4Health in materia di salute per il periodo 2021-2022, è il più ampio programma mai realizzato dall'UE in ambito sanitario in termini di risorse finanziarie, orientato alla protezione della salute umana in tutte le politiche e le attività dell'Unione. Inoltre, sulla scia del *One Health*, il Programma è il massimo dispositivo di finanziamento per le iniziative dell'Unione in materia di salute, secondo quattro macro "linee di attività": prevenzione delle malattie; preparazione alla crisi; sistemi sanitari e personale sanitario; digitale

Nello specifico, il Programma EU4Health persegue 4 obiettivi generali e 10 obiettivi specifici individuati nel miglioramento e nella promozione della salute e della prevenzione delle malattie, nella promozione di stili di vita sani e nell'accesso ai servizi sanitari.

Il programma One Health, un approccio olistico promosso da quattro organizzazioni internazionali (Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura-FAO, Programma per l'Ambiente-UNEP, Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS e Organizzazione Mondiale per la Salute Animale-WOAH) ha sviluppato il documento, *A guide to implementing the One Health Joint Plan of Action at national level*, che rappresenta una linea guida per l'implementazione del Piano d'azione congiunto One Health (OH JPA) 2022-2026, al fine di gestire in modo integrato eventuali minacce e prevenire potenziali future pandemie.

Il Rafforzamento dei sistemi di salute mentale e il migliorare l'accesso alle cure rappresenta ancora un passo importante in piena sperimentazione ed investimento economico.

È un percorso per nulla lineare e scontato che va dalla prevenzione, all'intervento precoce, alla diagnosi, al trattamento e alla gestione dell'assistenza e al sostegno al reinserimento dei pazienti. Il diritto di ogni persona ad un accesso tempestivo a cure preventive, curative e a prezzi accessibili e di buona qualità è uno dei principi fondamentali del pilastro europeo dei diritti sociali (Communication from the commission, 2023).

Le disuguaglianze riguardano tutti gli Stati membri e anche all'interno di uno stesso Stato ne possiamo intravedere di diverse ed importanti. Possono essere legate spesso al genere, all'etnia, alla posizione geografica, compreso il divario tra aree urbane e rurali, all'istruzione, all'età e all'orientamento sessuale, all'identità o all'espressione di genere e alle caratteristiche sessuali. Tutte hanno un impatto importante sulla salute mentale della popolazione e sul loro accesso a cure adeguate. Ancora, la Commissione Europea (*ibidem*) precisa la necessità di identificare le migliori pratiche e le soluzioni innovative per migliorare la disponibilità, la qualità, l'accessibilità e l'economicità dell'assistenza per la salute mentale.

Tra le diverse opportunità, il documento, cita la Prescrizione Sociale quale possibile approccio innovativo teso a migliorare il benessere e la salute, ivi compresa la salute mentale. Si tratta di un modello di origine inglese ed in atto sperimentato in diverse parti del mondo, compreso il nostro Paese, che ha l'obiettivo di motivare, dare giusta informazione e fiducia alla persona, perché possa gestire e migliorare la propria salute e il proprio benessere. Il percorso vede un professionista sanitario delle cure primarie come il punto di partenza che invia il paziente ad un operatore di collegamento (*link worker*) fra il servizio sanitario e i servizi presenti nella comunità. L'operatore di collegamento, ovvero un assistente sociale, un professionista del terzo settore o una persona significativa, insieme al paziente cerca di sviluppare un piano di benessere personalizzato e adeguato alle sue necessità ed aspirazioni. La catena di collegamento prosegue poi verso uno specifico servizio della comunità, dove il paziente verrà inserito per attività individuali o di gruppo (attività fisica, artistica, occupazionale, di volontariato, supporto all'abitare). L'andamento del percorso viene poi restituito all'operatore sanitario. L'obiettivo dell'approccio della Prescrizione Sociale, in linea con il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, è quello di agire secondo una prospettiva integrata ed intersetoriale in modo da potere incidere efficacemente su tutti i determinanti di salute. Tale prospettiva comprende attività di partecipazione, counseling ed educazione sanitaria.

Nel nostro Paese sono attivi percorsi sperimentali di prescrizione sociale come gruppi di cammino di cittadini, gruppi di esercizio fisico strutturato e luoghi di lavoro che promuovono pratiche salutari.

Il modello della prescrizione si basa su un'idea di relazione di cura che partendo dagli operatori sanitari investe cittadini e organizzazioni, offrendo una prossimità ed un accompagnamento accogliente, motivante e abilitante. L'investimento allora non è solo e prevalentemente economico, ma si inscrive all'interno della relazione e dell'interazione tra persone, che mettono a disposizione competenze, motivazione per prendersi cura di se stessi e degli altri.

Le comunità locali sono il cuore dell'intervento, luogo di cura delle connessioni, della collaborazione che dovrebbe superare la separatezza delle programmazioni e delle risorse a macchia di leopardo, promuovendo ben-essere sostenibile, così come segnalato nell'ultimo aggiornamento della Carta della Promozione della Salute (OMS, Carta di Ginevra, 2021).

5.5. Economia del benessere

Come abbiamo visto, le diverse e molteplici letture che si sono generate nel tempo e poi in modo particolare a seguito della pandemia da Covid-19 hanno messo in evidenza la preziosità, quasi vitale, della connessione collaborante tra cittadini, comunità, istituzioni, governi per porre degli argini agli esiti inaspettati, sorprendenti e drammatici di eventi che sempre di più si dispiegano in forma planetaria. Durante la pandemia, quelle connessioni hanno dato prova e dimostrazione di come potenzialità, competenze, valori siano stati in grado in modo spesso creativo di co-progettare e cogestire persone, servizi, comunità in un assetto salutogenico.

Questo legame imprescindibile e circolare tra persona, salute, benessere, ecosistema, territorio, comunità e così via, ci porta verso un altro ambito strettamente connesso con una impostazione salutogenica, e allo stesso tempo ci pone dinanzi una interpretazione ed un assetto, che è quello dell'economia del benessere. In esso, particolarmente interessante è il benessere mentale come elemento in grado di contribuire a una economia del benessere. Quando si parla di economia del benessere, può sembrare di fare riferimento ad una fascia di popolazione di alto reddito. Questa immediata associazione, anche semplice, ci consente, però, di fare una riflessione sul fatto che il benessere sia stato nel tempo legato prevalentemente ad una condizione economica elevata che consentiva di potere stare bene. Ma se è vero che i soldi non fanno la felicità, e in questo caso la salute, l'economia del benessere misura proprio la crescita sociale ed economica superando il Pil. Quest'ultimo, infatti, come unico parametro non è sufficiente per valutare la prestazione dell'economia per i cittadini o l'impatto a lungo termine della crescita sulla sostenibilità. L'UE è stata fra le prime istituzioni a riconoscere l'importanza di questo aspetto e nella Sintesi del documento di inquadramento dell'OCSE sul tema “Creare opportunità per il benessere delle persone e per la crescita economica” definisce l'economia del benessere come “un'economia che: amplia le opportunità di mobilità sociale verso l'alto a disposizione dei cittadini e le opportunità per potenziare le condizioni di vita nell'ambito delle dimensioni che più contano per loro; fa in modo che tali opportunità si costituiscano come pari oppor-

tunità per tutti, anche le fasce più deboli; riduce le disparità; garantisce la sostenibilità ambientale e sociale (Consiglio dell’Unione europea Bruxelles, 21 giugno 2019).

Produzione e consumo, dunque, non soddisfano in modo esclusivo l’idea di benessere di una nazione e dei suoi cittadini. La ricerca scientifica dimostra, infatti, che crescita e benessere non sono strettamente relativati nei Paesi cosiddetti sviluppati (Easterlin 1995; Inglehart *et al.* 2008; Kahneman, Krueger 2006; Myers 2000). Altri elementi concorrono a definire il concetto di produttività come quelle condizioni che generano benessere, non quantificabile o individuabile in termini economici, ma che hanno un’incidenza anche sull’economia. Un migliore equilibrio tra tempo dedicato al lavoro e quello dedicato alla famiglia contribuisce ad una migliore produttività. Stessa cosa per gli indicatori di salute e della salute mentale, misure del capitale naturale e sociale come ad esempio indicatori di coesione sociale, percentuale di persone impiegate nel volontariato, indicatori di ineguaglianza, il valore dei servizi ecosistemici, nonché indicatori di innovazione e circolarità (ad esempio tassi di riciclo e riuso). I diversi indicatori di benessere possono, inoltre, essere costruiti adattandoli alle diverse situazioni territoriali, sociali, economiche per dare uno spaccato quanto più rispondente a quella specificità. Quindi, non una misura standard di progresso. Ritorna una circolarità che sta diventando quasi scontata, che nella sua semplicità, tuttavia trova ancora difficoltà di applicazione. La strategia del benessere per l’UE si compone di quattro punti:

- è opportuno attribuire un nuovo ordine di priorità agli investimenti per tenere conto dei legami tra i risultati del benessere e la crescita economica a lungo termine, in modo da preservare il circolo virtuoso che caratterizza l’economia del benessere;
- gli effetti delle politiche devono essere valutati adeguatamente per ridurne al minimo l’impatto pregiudizievole sul benessere e sulla crescita a lungo termine, specie nel contesto dell’aggiustamento di bilancio;
- le disparità nei risultati del benessere dovrebbero costituire una preoccupazione chiave per le politiche. Per affrontare tale aspetto è necessario un approccio coerente e integrato che mobiliti l’intera macchina governativa, poiché le disparità tendono ad essere correlate tra le varie dimensioni e connesse a una serie di politiche;
- creare un’economia del benessere non è soltanto una missione per i governi. Il partenariato tra pubblico e privato può e deve contribuire al raggiungimento del benessere attraverso la mobilitazione di risorse.

Da più parti le sollecitazioni riportano alla impossibilità di pensare in termini sommativi. Gli interventi non possono affiancarsi, né possono essere semplicemente aggiunti in modo sequenziale e lineare, processo a cui siamo abituati ad assistere allorquando un servizio esaurisce le proprie competenze di intervento, e non essendo in grado di occuparsi in modo soddisfacente del bisogno manifesto ed accertato, si rivolge ad un altro servizio, un ente, il Terzo settore a completamento dell'opera (Cullotta, D'Amico 2023). Tale modalità non risponde a una reale e strutturata visione integrata. L'integrazione non è affiancamento, non avviene in modo sequenziale, l'integrazione è un sistema governato da relazioni più complesse e articolate, che vanno a moltiplicazione successiva. La distorsione consiste nel pensare in modo consecutivo e non complementare, per avanzamenti settoriali, anziché per sintesi. Non solo questa visione risulta ormai obsoleta, ma gli ultimi avvenimenti mondiali nei quali siamo immersi e stiamo vivendo in modo sempre più diretto e non da spettatori, immettono sempre più complessità, elementi, visioni. Solo assumendo questa complessità e trasformandola in pratica operativa è possibile ripensare a un sistema che possa dirsi integrato. In quest'ottica ed assetto post moderno, l'orientamento del welfare non può che essere fondato sulla società e sulla comunità, in cui il principio etico e politico è quello dell'inclusione e del coinvolgimento partecipativo. Un welfare concepito come parte integrante della crescita e dello sviluppo.

5.6. Comunità

Un altro concetto cardine, multidimensionato e multisignificato all'interno di un approccio socio-sanitario è quello di comunità. Esso rimanda al territorio, ma non è esauribile con l'area geografica. La comunità è un intreccio tra politiche, tra partecipazione, attivazione e tanto altro. Come accade sovente in diversi momenti storici, alcuni concetti sono particolarmente in auge e possono essere impropriamente utilizzati come orpelli stilistici, obumbrati nella loro forte essenza qualificante la profondità di significato, di metodo, di prospettiva che essi portano. Accade, tra gli altri per quello di comunità.

Assistiamo alla necessità di aggrapparsi a dei concetti, paradigmi, idee, tensioni, attorno ai quali far girare qualsiasi cosa. Così comunità diventa il faro concettuale attorno a cui si sviluppano ed ancorano modelli, a volte specchietto per le allodole, che con la lusinga trae in inganno mostrando una dimensione sociale caratterizzata da un sapore buonista, dove tutti vivono coesi, in armonia, dove perenne è la fioritura primaverile di teorie,

propositi, orientamenti. Eppure, a guardare dal lato storto, il Covid-19 c'ha insegnato che proprio nella comunità abbiamo vissuto il rischio più grande di quel periodo, ovvero il contagio dato dalla prossimità fisica, dall'interazione, dall'incontro. Di contro, abbiamo scoperto nella stessa comunità opportunità di risorse, in una vicinanza fatta di attenzione, una prossimità di interesse e di cura in grado di superare lo spazio fisico.

L'importanza e il valore che la comunità ha assunto nel tempo è l'espressione del periodo storico, dell'assetto sociale, culturale, religioso, economico e di tanto altro. Un concetto che sarebbe sempre meglio utilizzare al plurale, le comunità, per le particolarità, le sfumature, le qualità che lo contraddistinguono nei diversi contesti in cui si manifesta e per le metamorfosi a cui è andato incontro nel corso del tempo.

Comunità è un termine antico, deriva da *communitas* che rimanda a *koinonia*. Le prime comunità cristiane erano formate da commercianti, artigiani, contadini, persone istruite e persone semplici. Tutti erano richiamati dal messaggio del Vangelo e uniti dal comando dato da Gesù: "Amatevi gli uni gli altri". La gente guardava i cristiani ed era affascinata dal loro esempio di vita, più che dalle loro parole. Ecco come vengono descritti negli Atti degli Apostoli: "Erano perseveranti nell'insegnamento degli Apostoli e nella comunione, nello spezzare il pane e nelle preghiere. Un senso di timore era in tutti, e prodigi e segni avvenivano per opera degli Apostoli. Tutti i credenti stavano insieme e avevano ogni cosa in comune; vendevano le loro proprietà e sostanze e le dividevano con tutti, secondo il bisogno di ciascuno" (Atti 2,42-45). Il senso della *communitas*, stava anche nel *munus* nella reciprocità dell'obbligo donativo. La relazione comunitaria, dunque, è un dare e un darsi. L'appartenenza era segnata e definita dal rito del battesimo, che avveniva per immersione ed uscita nel e dall'acqua, simbolo dell'inizio di una vita nuova di adesione. Oltre a questa organizzazione interna, i cristiani erano poi tenuti ad evangelizzare gli altri popoli, "Andate dunque e ammaestrate tutte le nazioni, battezzandole nel nome del Padre e del Figlio e dello Spirito Santo, insegnando loro ad osservare tutto ciò che vi ho comandato" (Mt 28,19-20).

Quella cristiana è prima di tutto una comunità che esiste, perché condivide una fede, che è luce purificante, è *koinonia*, fratellanza, condivisione, comunione tra i cristiani e tra questi e Cristo.

Nelle Scritture, l'espressione "gli uni gli altri" segna la dinamica di relazione basata su: rispetto (Romani 12,10), armonia (Romani 12,16; 1Pietro 3:8), accettazione dell'altro così come è (Romani 15,7), amore (Galati 5,13), gentilezza e misericordia tanto quanto ammonimento (Efesini 4,32), esortazione (Colossei 3,16), incoraggiamento (Tessalonicesi 5,11; Ebrei 3,13), ospitalità (1 Pietro 4,9). Ecco come dovrebbe essere la vera *koinonia* secondo la Bibbia.

Papa Francesco indica nell’armonia, nella testimonianza e nella cura dei bisognosi, le “tre pennellate” dell’icona che raffigura una comunità cristiana, opera dello Spirito Santo sul modello di quel “popolo nato dall’alto” formato da persone “che ancora non si chiamavano cristiani” ma sapevano dare testimonianza di Gesù Cristo “La moltitudine di coloro che erano diventati credenti – ha notato – aveva un solo cuore e un’anima sola: e questo è il primo tratto”. L’altra pennellata riguardava una moltitudine che “con grande forza dava testimonianza del Signore Gesù”. Il terzo è che “nessuno tra loro era bisognoso” (2014).

Si tratta di un modello di comunità coeso (*koinè*), a forte connotazione identitaria, almeno nell’aspirazione, in cui i membri erano interdipendenti, la vita di ciascuno era definita dal perimetro della comunità, “uguali” nell’essenza, “un cuore solo e un’anima sola”.

Nel tempo, si sono succedute esaltazioni ora del valore comunitario ora dell’individualismo, l’una rinnegante l’altra. Così il romanticismo tedesco ritorna al concetto di comunità, quale reazione all’individualismo e all’atomismo illuminista francese. All’isolamento del singolo si contrappone l’appartenenza ad un’entità sovra-individuale (Hegel 2021).

Si afferma così l’idea di comunità in senso nazionalistico e localistico. L’identità nazionale è espressione delle tradizioni, del territorio, della storia di un popolo e definisce lo spirito e il sentimento di appartenenza. La comunità, allora, si delinea come una forma di socialità costituita da uno speciale legame tra i suoi membri, ricco di sentimenti e sostenuto da uno scopo comune (Schleiermacher 1998).

Negli ultimi decenni, assistiamo ad una ripresa e ad un proliferare del concetto di comunità, declinato, settorializzato, specificato in molti aspetti della vita. Le comunità scientifiche, i cui membri sono accomunati e legati dall’interesse per la ricerca e le pratiche delle diverse scienze, si influenzano e si motivano a vicenda, ma non dipendono l’uno dall’altro per sviluppare nuove ipotesi. Esse stabiliscono e scambiano principalmente idee. La comunità educativa e/o educante costituita da persone che sono coinvolte nelle attività inerenti a un’istituzione accademica, come a un college o a un’università.

La comunità rurale è costituita da individui che abitano e convivono all’interno di un sito distante dalla città, si caratterizza per condizioni di vita più precarie rispetto a quelle delle città e l’agricoltura e l’allevamento sono le attività principali. La comunità globale, le comunità di pratiche, le comunità virtuali e così via, giusto per citarne alcune. In tutte scorgiamo un collante, un perimetro, più o meno osmotico, avvolte rigido, idealizzato, concreto, identitario, un *munus* che unisce. Luogo di generazione e di morte, simbolico virtuale, concreto.

5.7. Dinamica e complessità della presa in carico: dal pensiero all'azione

La comunità è contenitore, dinamica, modello, luogo, in cui la complessità della presa in carico integrata nel contesto della salute mentale può trovare una realizzazione nella sua identità plurima e sistemica? Una nessuna e centomila? Forse già l'utilizzo del termine comunità, come detto, espone al rischio di identificarla come un monolite dalle caratteristiche stabili ed identiche indipendentemente dai luoghi e dai contesti. Pensiero non totalmente sbagliato, se pensiamo ad alcune proprietà fondanti, tuttavia, ed insieme a questi elementi, ciò a cui dovremmo pensare quando facciamo riferimento alla comunità è alla sua particolarità data dai contesti specifici: geografici, relazionali, demografici, culturali, storici, problematici, di opportunità e di risorse, di legami che generano dei contesti di senso e di identità profondi, spesso non replicabili. Primo riferimento è dunque tenere a mente questa pluralità che ci espone alla bellezza e alla opportunità (forse fatica per gli operatori sociali) di declinare azioni, interventi con tonalità, sforzi, percorsi, esiti possibilmente diversi anche nel successo dell'impegno. Risulta agevole la comprensione, se pensiamo che le dinamiche alla base di un approccio di comunità sono dinamiche umane fatte di collaborazione, cooperazione, conflitti, dissensi, idee, ideologie, propositi, in cui la partecipazione dei diversi attori è centrale ed imprescindibile.

Prendiamo come riferimento la *Community Care* che si pone come modello di presa in carico, una forma di politica sociale del moderno Welfare la cui priorità è quella di organizzare cure assistenziali a favore delle categorie sociali più deboli dentro i confini della comunità di appartenenza, dove possibilmente hanno sempre o prevalentemente vissuto, anziché fare riferimento a strutture residenziali. Il modello va oltre la ubicazione della presa in carico e si costituisce come una pratica di cittadinanza più evoluta caratterizzata da intrecci dinamici, plurimi e propositivi di competenze, interessi, azioni, attivazioni, motivazioni, scopi. Risponde all'esigenza e al desiderio di rendere più umano, personale, vicino, permeabile l'intervento socio-sanitario, dandogli un sapore riconoscibile nelle dinamiche del territorio e con le persone.

Cosa fa di questa invocata comunità di oggi un modello evoluto o più evoluto di comunità? Sembra quasi che il ritorno all'origine segni la traiettoria dell'evoluzione e del progresso.

Bauman nel parlaci della società liquida che caratterizza la postmodernità, sottolinea proprio come “oggi la comunità è considerata e ricercata come un riparo dalle maree montanti della turbolenza globale, maree originate di norma in luoghi remoti che nessuna località può controllare in

prima persona” (Bauman 2001). Egli fotografa il cambiamento delle società indicandone aspetti a favore e contrari. Le comunità di una volta forse offrivano più sicurezze, ma erano caratterizzate da una certa rigidità. Quelle liquide, di contro, danno più libertà, ma originano ansia ed insicurezza, poiché sono più individualizzate, e danno più spazio all’individuo che alla dimensione collettiva (Beck 2013). Sono molto più privatizzate, incerte, flessibili, vulnerabili, leggere, temporanee e circoscritte, perché si formano e si dissolvono facilmente, riflettendo la temporaneità e la fragilità delle connessioni interpersonali.

La realtà delle società liquide che si mostra e prende forma è una realtà non comunitaria, a cui si contrappone un desiderio, un anelito, un’immagine nostalgica che non c’è più. “La comunità ci manca”, in *Voglia di comunità*, ci dice Bauman (2002), sottolineando la necessità, il desiderio ontologico di sicurezza che solo nella comunità si poteva trovare e a cui si contrappone l’ansia che viene vissuta da soli. “Ciascuno di noi consuma la propria ansia da solo, vivendola come un problema individuale, il risultato di fallimenti personali e una sfida alle doti e capacità individuali”, così cerchiamo soluzioni personali ed individuali a contraddizioni e complessità sistemiche, ma “non esistono soluzioni personali, biografiche a contraddizioni sistemiche” (Bauman 2009).

Le società postmoderna così tracciate sembrano proprio l’antitesi dell’approccio che si fonda sulla complessità dell’integrazione, della partecipazione ai meccanismi di funzionamento della collaborazione, della cooperazione attiva. Si tratta di strategie che portano in sé già il fallimento, continuando il parallelismo con l’assetto sociosanitario, perché trattano questioni comunitarie/globali con un approccio individuale e così facendo non vanno alla radice del problema.

Eppure non possiamo fare a meno della complessità comunitaria, proprio perché viene percepita e desiderata come rifugio e contenitore d’ansia individuali. Come la comunità può essere cura di se stessa e dei sistemi che ne fanno parte in scenari così complessi? Di certo, come accennato, ci sono elementi e qualità che rendono possibile quello che può sembrare utopico, che sogniamo e ce lo dice certa pratica di *community care*, prassi che hanno avuto successo, che si fondano sulla partecipazione, sul processo di condivisione delle decisioni come un diritto per tutta la popolazione.

5.8. *Community Care*

Il modello del Community Care si sviluppa in prima battuta in Gran Bretagna a partire dagli anni Cinquanta del XX secolo, all’interno di pro-

grammi di ripresa economica dei Paesi del Terzo Mondo, per realizzare forme di autogoverno in grado di assicurare alla popolazione una certa qualità della vita e la liberazione da poteri di oppressione. Successivamente l'ONU ha posto particolare attenzione sulla co-progettazione, sottolineando la necessità di coniugare gli sforzi della gente con quelli del governo finalizzati al miglioramento delle condizioni economiche, sociali e culturali delle comunità, all'integrazione di queste con la vita della nazione perché esse possano contribuire pienamente al benessere di tutti. Gli elementi essenziali da rilevare sono la partecipazione delle persone agli sforzi di elevamento del livello di vita, con piena fiducia nella propria iniziativa e la somministrazione alla comunità di servizi tecnici e di altra natura così che questi possano essere di incoraggiamento all'iniziativa propria della comunità.

Dopo la *National Health Service and Community Care Act* del 1990, il Community Care si propone come approccio da privilegiare per i bisogni delle persone anziane, disabili, e persone portatrici di problemi di salute mentale. Sebbene nasca come approccio riservato alle situazioni sanitarie gravi e alle persone più deboli, a cui si cerca di garantire la cura all'interno del contesto usuale di vita, può essere esteso ed inteso anche come approccio alla cura dell'altro, in modo particolare per l'aspetto di prossimità e di legami di cura e di interesse reciproco, oltre che come una gravità. Possiamo scorgervi dentro opportunità di CURE, come il trattamento sanitario, e opportunità di CARE, preoccuparsi di, prendersi cura come farsi carico di. Strettamente connesso ai due termini è la presa in carico globale e integrata dei bisogni della persona (*taking care o caring*). Nella coniugazione delle due, tre, azioni espresse dai verbi è possibile rintracciare l'integrazione socio-sanitaria. Chiaramente cure e care non sono azioni asettiche, ma rimandano al loro interno ai contesti, alla partecipazione, alla collaborazione e alla cooperazione di parti sociali multiple e moltiplicabili.

In molti contesti locali, e per molte ragioni diverse, si ritiene che la presenza di comunità "sane" e ben organizzate non soltanto migliori la qualità della vita di chi ne fa parte, ma faciliti anche l'erogazione di servizi che, in mancanza di un'adeguata organizzazione comunitaria, non risulterebbero altrettanto efficaci (Twelvetrees 2006). Si fa riferimento ad una modalità di progettazione, attivazione, gestione di servizi a livello di comunità locali caratterizzata da una dinamica partecipativa, creativa e collaborativa tra le organizzazioni formali come quelle sanitarie (pubbliche e private), il così detto settore formale e quello delle reti familiari, del vicinato, del volontariato, dell'associazionismo, delle parrocchie, dei caregivers (settore informale). Si tratta di modalità di cura e care diverse che, e non potrebbe essere altrimenti, dentro l'approccio della Community Care devo-

no trovare una forma di interazione e collaborazione, capace di potenziare le qualità di ciascuno per promuovere benessere e salute.

Alla rete informale, che da sempre ha dato un contributo prezioso alla cura, si riconosce anche formalmente il posizionamento all'interno della salute.

Le Comunità sono un alleato imprescindibile, un modo di vedere le persone e il territorio. Quest'ultimo, a sua volta, non è, secondo un'ottica tradizionale, un “bacino di utenza”, ma un organismo, un'architettura nel suo significato più pieno che nasce dalla collaborazione tra uomo e natura. Esso porta con sé in modo costitutivo anche una grande lascito civile e sociale, un capitale nel quale sono inscritte le scelte e le trasformazioni operate dalle popolazioni che vi sono vissute. Per tale motivo qualsiasi operazione, pensata, immaginata, compiuta, ci impegna nella comprensione dei caratteri che possiamo conoscere attraverso la sua forma, sapendo che questa forma è l'esito riconoscibile di un processo in atto (Strappa *et al.* 2003).

Il territorio è contesto proattivo che produce continuo cambiamento, è un luogo di comprensione, di opportunità e di progettualità, la specificità territoriale è da intendersi come opportunità di aggiustamento, di sagomatura di interventi su un contesto specifico.

La tensione comunitaria che sta permeando la nostra società prende forme diverse, pieghe particolari, come il *commoning*, un movimento plurale fatto di condivisione di spazi, di beni, di risorse, di gestione, che a ben guardare e leggerle, riportano ad una visione “antica” nel senso di tempo passato, quasi originario. Si configura come risposta all'esigenza di una democrazia che parte dalle fondamenta, dal basso, per affrontare le grandi crisi del nostro tempo (sociale, ambientale, economica) e per convivere in un assetto di benessere (Stavrides 2022). Senza questa democrazia dal basso non è possibile sostenere soluzioni giuste e durature.

In questo senso, il *commoning* non indica in modo esclusivo la condivisione dello spazio, ma si riferisce all'insieme di prassi e di nuove possibilità da condividere, da fare in comune, come protagonisti di scelte e di cambiamenti.

La logica allora non è quella del profitto, ma quella della condivisione, della cooperazione, della creazione di beni che includano la relazione.

Non dobbiamo trascurare, di contro, che il ricorso alla comunità risponde anche e sempre più alla scarsità di risorse umane ed economiche dei servizi pubblici. Una scarsità, un vincolo che si stanno configurando, da un altro punto di vista, come motivazione al ripensamento di un sistema, come riconoscimento di risorse (quelle oltre il PIL), in grado di supplire a quella parte mancante che il sistema stesso non riesce più a generare e garantire. Appare evidente che la comunità, già in questo tratteggio, non

può essere un valore ancellare che si aggiunge o affianca un altro valore centrale, ma è esso stesso valore principale! È risposta possibile, praticabile a patto che non la si riduca ad una semplice implementazione.

5.9. *Community Care* e creatività

“Essere creativi richiede coraggio” sosteneva Henri Matisse (2009).

La creatività dovrebbe essere uno dei tratti distintivi dell’approccio della presa in carico comunitaria e la creatività a sua volta richiama il coraggio e la creatività risponde alla particolarità. Ciò non significa parcellizzare, settorializzare, iperspecializzare, perdendo così di vista l’approccio generale alla cura e al benessere. Si tratta, invece, di tracciare all’interno di un approccio più generale e di principi comuni, programmi micro-sociali, localizzati e contestuali, diversi a seconda dei contesti. In questo senso la creatività diventa importante, perché mette in moto un modo particolare di pensare che implica originalità, fluidità e capacità di rielaborazione capace di rompe con i modelli esistenti, introducendo qualcosa di nuovo.

“Creatività significa semplicemente collegare cose. Quando chiedi a persone creative come hanno fatto qualcosa, si sentono quasi in colpa perché non l’hanno fatto realmente, hanno solo visto qualcosa e, dopo un po’, tutto gli è sembrato chiaro. Questo perché sono stati capaci di collegare le esperienze vissute e sintetizzarle in nuove cose” (Jobs 2011).

La creatività è legata in modo quasi imprescindibile ad una forma di pensiero che Guilford (1950) ha definito divergente, cioè la capacità di produrre una gamma di possibili soluzioni per un dato problema, in particolare per un problema che non preveda un’unica risposta corretta. È facile rendersi conto che una simile capacità assume un ruolo nell’atto creativo perché più ampia sarà la gamma di possibilità che siamo in grado di produrre, più alta sarà la probabilità che una di esse sia innovativa, diversa.

Immaginiamo come questo tipo di pensiero sia appropriato in un approccio di comunità che esplora con coraggio molteplici soluzioni al fine di generare idee creative, opportune e funzionali per quel contesto comunitario di care. Esso, infatti, trova uno spazio privilegiato allorché si parli di immaginare e costruire dinamiche di cura per le quali non esistano soluzioni predefinite, ma specifiche per un determinato contesto. Questa forma di pensiero appare opportuna e situata, perché le caratteristiche che la contraddistinguono rispondono alle caratteristiche di comunità così come la intendiamo:

- fluidità: essere in grado di produrre numerose idee;
- flessibilità: essere in grado di creare idee diverse in ambiti sapere diversi;
- originalità: essere in grado di creare idee nuove;
- elaborazione: essere in grado di ottimizzare e migliorare le idee.

“Pensiero Divergente”, allora, per indicare quella forma di pensiero anticonformista, non convenzionale, e più strettamente connessa all’atto creativo. Questo è un tipo di pensiero che produce diverse risposte, spesso insolite e nuove allo stesso problema (Guilford 1950, 1956, 1967).

Il coraggio della creatività sta proprio nella capacità di allontanarsi dall’abitudine e per aprirsi alla scoperta di soluzioni nuove. Questo è il cuore del pensiero laterale elaborato da De Bono (2001), identificando, inoltre, alcune fonti di stimolo e sviluppo della creatività come l’umorismo, strettamente legato alla creatività; la motivazione che rimanda all’entusiasmo per le idee nuove e creative, solletica la curiosità e l’interesse e facilita la sperimentazione; il pensiero laterale, che promuove l’esplorazione; l’esperienza che consente di valutare la potenzialità di una idea, di una visione di sviluppare un giudizio in modo da ridurre e prevedere i rischi.

“La creatività non è altro che un’intelligenza che si diverte”, direbbe Einstein (1934).

Vivere e pensare con flessibilità e creatività può derivare da spontanee attitudini innate, ma può essere un pensiero e una modalità per le quali ci si può allenare e formare. In ogni caso, la creatività è una capacità ed una competenza divenuta quasi essenziale nel periodo storico in cui viviamo e in modo particolare è fondamentale negli ambiti di lavoro in cui la relazione di aiuto è l’elemento centrale.

Viene spesso definita come: “una competenza chiave che può essere sviluppata in un contesto collaborativo in cui si ricerca, si sperimenta, si progetta e si lavora insieme” (DM n. 254 del 13 novembre 2012 in riferimento alle indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell’infanzia e del primo ciclo di istruzione).

Comprendere, identificare e promuovere il potenziale creativo delle idee, delle persone, dei contesti è un aspetto importante in un assetto comunitario da tenere in considerazione quando si vogliono sviluppare programmi e strategie atti a fornire approcci di qualità per tutti e per generare comunità creative capaci di utilizzare questa forma di pensiero come strategica nella care.

La persona e la comunità infatti non sono creative una tantum, ma la creatività è o può diventare uno stile di vita. La persona creativa è colei che riesce a risolvere i problemi, elaborare prodotti o formulare interrogativi nuovi in un modo diverso, originale (Gardner 1994).

Sembra possibile quasi immediata l'estensione di queste skills a quelle comunità che dovendo prendersi cura di, diventano comunità creative in grado di attingere ad elementi o combinazioni nuovi e originali per far fronte alle sfide. Comunità capaci di rigenerare relazione, riattivare o reinventare risorse oltre la contingenza di un progetto. Capaci di replicare e riadattare il pensiero, non i risultati, per scoprirne sempre di nuovi ed adeguati. Per attivare questi processi, l'individuo così come la comunità necessitano di un sostegno, almeno nelle prime fasi, ed un supporto nell'utilizzo di questa capacità, anche se essa potrebbe anche attivarsi da sola.

Esistono diverse metodologie per stimolare il processo creativo e il mondo della didattica può senz'altro rappresentare un riferimento molto interessante e stimolante. Stimolare e incrementare la creatività può richiedere tecniche e pratiche specifiche (mappe mentali, schemi e matrici, costruzione di associazioni, impiego di euristiche, trasformazione sistematica degli elementi), intervenire sugli atteggiamenti mentali (rinvio del giudizio, esplorazione di alternative, cambiamento di prospettiva) o su aspetti profondi dell'assetto psichico del soggetto.

La sinettica di Gordon (1961) ad esempio, allo stesso tempo teoria e metodo, consiste nella capacità di trovare le congiunzioni e le relazioni tra concetti, oggetti e idee che sembrano non avere alcuna connessione.

Questa qualità del pensiero appare situata proprio per affrontare questioni aperte come quelle ambientali, artistiche, etiche. Educare alla creatività è un richiamo europeo all'interno di una società liquida estremamente dinamica (Bauman 2002, 2006) e complessa (Morin 2017). La complessità, che la dinamicità della società in cui viviamo impone, rende necessarie le competenze trasversali (creatività, problem solving, lavoro di squadre), sottese alle nuove competenze chiave europee. Esse sono interconnesse e necessarie per affrontare le nuove sfide che riguarderanno le future generazioni. Superfluo sottolineare come questa impostazione travalichi l'ambito specifico della didattica e si ponga come opportuno in qualsiasi ambito.

Jaoui (2000), in linea con quanto esposto, sottolinea come la nostra epoca abbia bisogno di forti dosi di vitamina C, dove C è la creatività che consente di pervenire al nuovo.

5.10. *Community Care* e partecipazione

Un altro elemento caratteristico dell'approccio di Community care riguarda il dispositivo di auto promozione e di partecipazione attraverso programmi proattivi che si basano sull'intraprendenza e la creatività delle persone coinvolte. Diverse sono le possibili definizioni. La partecipazione

come impegno e responsabilità del singolo dentro un processo che ha come obiettivo la conquista un obiettivo comune (Wandersman, Florin 2000). Il percorso che consente alle persone di prendere parte in modo attivo ai processi decisionali nelle istituzioni, nei programmi e negli ambienti che li riguardano sia in modo diretto che indiretto.

Di certo, la partecipazione fa riferimento al sentimento di appartenenza che muove attenzione, interesse, risorse individuali e collettive, corresponsabilità nei processi e si ricollega al concetto di cittadinanza attiva. La partecipazione si attua quando i policy maker hanno bisogno dell'apporto di altri come avviene nella co-produzione di politiche pubbliche efficaci. I sistemi di governance contemporanei e le politiche non possono così prescindere dal coinvolgimento partecipativo dei destinatari o di altri soggetti, che divengono non solo beneficiari, ma protagonisti attivi dei processi. Beneficiari, invece, come reali soggetti attivi dentro i processi di formulazione, di fronteggiamento e, laddove possibile, di soluzione dei problemi. Anche qui, nulla di nuovo. Questi sono buoni propositi che troviamo un po' ovunque. Sarebbe interessante comprendere quante delle buone intenzioni si traducono in impegno faticoso di reale protagonismo delle persone e ancora di più delle comunità. Anche perché parlare di partecipazione significa aprirsi a modalità diverse di responsabilità e protagonismo dei processi e occorre interrogarsi fino a che punto la teoria diventi pratica partecipativa.

Di certo, la partecipazione può mettersi in moto in diverse modalità, può essere spontanea intenzionalità alla ricerca degli altri per soddisfare bisogni individuali (amicizia) (Ripamonti 2022); può anche essere volontaria caratterizzata, cioè, dalla convergenza verso scopi comuni. In questo caso, è “bottom-up”, ovvero una partecipazione spontanea, in cui i cittadini stessi si attivano innescando pressioni a livello superiore. Ancora, la partecipazione può essere “top-down”, ovvero quando è provocata da un attore importante che stimola e facilita la partecipazione della popolazione, favorendo le condizioni, perché questa possa accrescere. È fondamentale lavorare contemporaneamente sui soggetti e sulle condizioni, integrando le due prospettive, bottom-up e top-down, proprio in relazione ai contesti, evitando il rischio di sopravvalutare una forma a discapito dell'altra. Ciò che appare importante e vincente è una partecipazione fondata sulla libertà e la democrazia (Sen 2004).

La partecipazione diviene ancora più sfidante quando il protagonismo da raggiungere non è solo quello individuale o di segmenti della popolazione (anziani, giovani, persone con disabilità psichica e così via), ma quello della Comunità partecipante. In questo caso, si fa riferimento ai processi in cui la comunità stessa (un quartiere, un paese, un vicinato), consapevole delle qualità che la caratterizzano e la rendono unica, le mette in moto per

definire obiettivi, traguardi da raggiungere, bisogni da soddisfare a partire dal sostegno reciproco e delle realtà che possono sostenere tali processi.

In questa situazione, è il corpo comunitario a prende parte alla gestione dei propri processi comunitari. Se la partecipazione è una qualità, occorre definirne i livelli che rendono conto di una maggiore o minore intensità con cui essa può manifestarsi. Così passiamo dalla partecipazione intesa come “esserci, far parte di un processo”, che fa riferimento all’essere coinvolti e riconosciuti nei propri problemi e nelle proprie potenzialità, a una partecipazione in cui le persone hanno valore e capacità di influenzare, di determinare le scelte e di intervenire nei processi decisionali. Chiedersi quanto in un processo di cura la partecipazione della persona abbia un peso rilevante, comporta l’avvio di scenari infiniti e la risposta non può essere superficiale. Bisognerebbe immaginare quanto diversa potrebbe essere la risposta se facciamo riferimento a una persona anziana, a una persona senza dimora, a una persona con problemi di dipendenza patologica e così via. Si immagini quanto diverse nel territorio nazionale possano essere le attivazioni di percorsi partecipativi riferite alle stesse fasce di popolazione; quanto diversa possa essere la risposta di comunità, anche solo come territori, qualora in essi esista già una politica/approccio di community care. Si pensi, inoltre, quanto articolata possa essere la risposta di operatori sanitari, sociali, volontari solo in termini di concordanza rispetto al significato di partecipazione e poi dei livelli.

Inoltre, con una certa frequenza, la partecipazione viene sovrapposta alla informazione o alla comunicazione. Ciò si verifica quando, l’attore protagonista all’interno di incontri stabilisce una connessione, avvia attività, ma finisce in ogni caso con il detenere il controllo delle risorse e delle decisioni. Anche, qualora il palcoscenico degli attori lasci spazio a tanti interpreti (comunità, volontari, gruppi sociali, ecc.), come operatori, tecnici e specialisti del sociale si vedono comunque gli obiettivi già definiti, e i protagonisti delle storie, delle necessità, delle risorse relegati a destinatari di informazioni e comunicazioni già prese. I veri obiettivi partecipativi si fondano invece su percorsi di autonomia e autodeterminazione di tutti i partecipanti alla progettazione di interventi di promozione della salute, intesi come “sostegno alla crescita e alla mobilitizzazione” della comunità. Volendo articolare il percorso, il primo livello è quello dell’informazione che viene erogata alle persone e alle comunità: informazioni attinenti alla comprensione della questione, e possibili modi per fronteggiarla e trovare soluzioni. Questa è una fase propedeutica per il coinvolgimento attivo e consapevole dei cittadini all’interno dei processi decisionali.

Spesso si configura come un tipo di relazione monodirezionale, non c’è una vera relazione, un vero dialogo. È una modalità di partecipazione in

cui uno o più esperti stimolano le persone a prendere consapevolezza di un cambiamento in atto. Il livello successivo è quello della consultazione che è una modalità di partecipazione di tipo più interattivo e bidirezionale e viene attivata quando un soggetto ha necessità di raccogliere idee, commenti, proposte, feedback da parte dei cittadini rispetto ad una decisione che si intende assumere. Le modalità per realizzarla possono essere diverse: questionari, gruppi tematici, assemblee e così via. Nella scala Arnstein (1969) che definisce i livelli di partecipazione, questa viene definita “irrisionia”, poiché il potere decisionale rimane comunque prerogativa dei decision makers e i cittadini hanno uno scarso potere di influenza.

Spesso, inoltre, si cade nella trappola di valutare la partecipazione facendo riferimento a dati quantitativi, basati sul numero di persone coinvolte, che non corrisponde all'analisi delle influenze del potere sulle scelte (Ripamonti 2022).

Il successivo livello partecipativo, la collaborazione, è quello che più si avvicina alla reale partecipazione delle persone rispetto ai precedenti. In queste forme, si attivano partnership con soggetti sociali rappresentativi con cui si condividono le scelte. Se a questi rappresentati si aggiungono anche i cittadini siamo dunque ad un livello di coinvolgimento partecipativo durante tutto il percorso decisionale dall'inizio fino alla fine, e la soluzione finale, quella in base alla quale viene assunta la decisione, è totalmente condivisa. Ciò avviene perché sono stati soddisfatti alcuni criteri fondamentali come quello dell'informazione corretta dalla fase iniziale, che consente alle persone di ragionare sulla realtà delle questioni, di condividere le opinioni, le possibilità, di entrare nella dinamica della negoziazione e di non procedere in modo approssimato. Siamo all'interno di una relazione bidirezionale in cui i cittadini sono coinvolti alla pari in tutte le fasi del processo. Quindi, una modalità di partecipazione nella quale i cittadini sono chiamati a dare indicazioni, definire priorità, risorse.

L'ultimo dei livelli è quello dell'empowerment. I cittadini, in forma singola o associata non solo sono partner, ma svolgono un ruolo attivo anche nella gestione e nella presa di decisione. Siamo dunque all'attuazione della sussidiarietà orizzontale, con il coinvolgimento in attività solitamente svolte dall'ente pubblico. Non si tratta di sostituire il compito della pubblica amministrazione, quanto quello di integrarlo. Un esempio in auge in questo periodo storico è la trasformazione urbana, in cui i cittadini prendono parte alla ideazione, alla progettazione, all'attuazione, gestendo una porzione delle attività sulla base di un accordo, in un assetto di accordi di responsabilità e co-partecipazione tra pubblico e privato.

Ai meccanismi facilitatori della partecipazione fanno da contro altare atteggiamenti di evitamento del coinvolgimento, attuati dalle persone. Ne

sono esempio lo scarso interesse e fiducia, e la mancanza di tempo. Forse, bisogna chiedersi se davvero tutte le comunità territoriali, vogliono essere comunità di intenti e di interessi, vogliono, sentano il bisogno di muoversi verso direttive diverse. Di certo, non produrrà benefici la costrizione. In questi casi, bisogna verosimilmente lavorare verso la conoscenza, l'affezionamento e, in alcuni casi, fare patti con una disponibilità non matura e pronta a vivere i territori secondo quanto normative, indicazioni ci propongono come orizzonte relazionale e di vita. I processi partecipativi hanno una loro complessità e per quanto affascinanti, richiedono nella pratica della loro attuazione impegno, sforzo che non sempre le persone, le comunità sono disposte a dare. Ci sono tuttavia una serie di strategie che possono rendere più agevole la partecipazione, come i fattori prossimali che avvicinano persona e comunità (Perkins *et al.* 1996), l'attaccamento al territorio, esperienze di relazione con gli altri, ancora la condivisione di un problema, il senso di comunità, la percezione di autoefficacia individuale e quella collettiva (Ripamonti 2022). È necessario allora attivare una miscela di opportunità fatta di processi di accompagnamento e di supporto, da parte di organizzazioni, di operatori (*community workers*), di leader carismatici del territorio, di relazioni. I processi e le dinamiche implicate in un reale percorso di comunità sono impegnativi, possono in qualche modo attivarsi spontaneamente, ma in generale necessitano di una forma di supporto importante fornito da facilitatori di dinamiche.

5.11. Comunità: modi o mondi possibili di lavoro

Gli operatori di comunità possono svolgere diverse forme di lavoro all'interno della comunità, si può fare comunità in diversi modi e secondo approcci diversi, spesso senza potere separare in modo netto un approccio dall'altro ed utilizzarli “allo stato puro” (Twelvetrees 2006). Si tratta allora di “tipi ideali” a cui ispirarsi e calibrare in relazione ai contesti territoriali e relazionali, pennellate dalle molteplici sfumature che evidenziano e/o mettono in ombra taluni piuttosto che altri aspetti. Per citarne alcuni:

- l'approccio dello sviluppo di comunità (*community development*), cioè il lavoro con o il lavoro per la comunità (*social planning*);
- la prospettiva dell'auto aiuto (la comunità che “si aiuta da sé”);
- il lavoro di comunità generalista o polivalente, a cui si contrappone il lavoro di comunità specialistico;
- l'attenzione prevalente per il “processo”, a un estremo; l'interesse predominante per il “prodotto”, all'estremo opposto;

- il lavoro di comunità inteso come “stile”, come modello e prospettiva con cui gestire anche altri ambiti di lavoro;
- il lavoro di comunità gratuito o il lavoro di comunità retribuito.

Districarsi tra definizioni, metodi, approcci e lavoro non è certo facile, in soccorso possono venirci, tuttavia, le comunità stesse. Se non possiamo muoverci dentro una cornice statica di comunità, allora anche gli approcci non possono esserlo e dovremmo essere consapevoli che le ibridazioni sono necessarie.

E quando si parla di salute mentale di persone senza dimora, cambia qualcosa?

L'esperienza del progetto “Re-Care: ricostruire cura e salute” pone diverse *crisis* e impone momenti di passaggio, di riflessione, di decisione. Come esperienza di integrazione sociosanitaria pone sfide quotidiane nel rivedere, provare, riaggiustare percorsi di integrazione multilivello: istituzionale, sociale, individuale, comunitario in uno scenario di care e cure di forme estreme di marginalità adulta, persone con disagio psichico senza dimora. Tentare traiettorie, non linee rette, di community care ci convince ed orienta sempre di più verso forme ibride, situate, specifiche. Questo ci consente di sfuggire da categorie rigide, per modellare intrecci quanto più possibili funzionali e creare *packwork* di cure e care. Un *packwork* fatto di pezzi di misure diverse o anche perché no simili, non esclusivamente della stessa tipologia (sociali, sanitari, comunitari, ...).

L'idea di *packwork* ben si combina a rappresentare non tanto l'immagine finale, quanto il processo, infatti nella tradizione africana ed asiatica, l'arte del *packwork* nasce da una necessità e/o da persone che si trovano in una condizione di necessità. Come il lavoro di cucitura di pezzi diversi di cui si dispone da origine ad un manufatto nuovo, diverso dai singoli pezzi, così l'integrazione sociosanitaria, mettendo in connessione ambiti, opportunità presenti, ma anche diverse, da vita a qualcosa di nuovo, originale.

All'origine vi è dunque una esigenza reale che risponde a più bisogni: fronteggiare, non solo ripararsi, ma stare anche bene, utilizzando prioritariamente le risorse a disposizione, che prendono così una vita nuova. Ciò consente anche di tamponare i costi elevati di altri “tessuti”, diremmo di certi ed altri interventi. Si tratta allora di beni che possono essere alla portata di tutti, di potenzialità già presenti che possono essere rigenerate, riadattate, con tecniche particolari, raggiungendo così un nuovo assetto, un nuovo modello che è frutto di un lavoro congiunto e di congiunzione. Una tecnica che nel tempo può divenire sempre più raffinata e che risponde al bisogno anche di bellezza.

Il modello dell'integrazione sociosanitaria all'interno *community care* si muove alla ricerca di un continuo bilanciamento e trasformazione tra bisogni collettivi che devono essere soddisfatti, attingendo prevalentemente alle risorse già presenti nella comunità e altri che possono essere soddisfatti soltanto modificando le politiche di organizzazioni esterne alla comunità. In questo caso, i gruppi comunitari si devono muovere in una logica di pressione.

Il lavoro di integrazione sociosanitaria si basa su un'idea di fondo che gli obiettivi di presa in carico, essi stessi, obiettivi di cambiamento e di miglioramento del sistema di cura, vadano perseguiti con un processo che metta i partecipanti (ossia i membri della comunità) in condizione di controllarne gli aspetti, fino ad acquisire la capacità di farsi promotori di iniziative a livello sia individuale sia collettivo. Questi appaiono degli ulteriori nessi da sviluppare e pezzi del peckwork dell'integrazione.

5.12. Il *Relational Social Work*: spunti importanti

Il metodo del *Relational Social Work* (RSW) offre spunti importanti poiché si fonda su un lavoro relazionale, un sapere esperienziale, caratterizzato da reciprocità, corresponsabilità e partecipazione (Folgheraiter 2017). Esso pone particolarmente attenzione verso il protagonismo e l'iniziativa a lungo termine, come competenza da acquisire e mettere in campo difronte alle difficoltà. Parliamo allora di una modalità che grazie ad accorgimenti specifici ben codificati, lascia ampio spazio alla creatività, alla partecipazione come stile che, una volta acquisito, dovrebbe divenire competenza da attivare ognqualvolta si presenti una questione che preoccupa, che chiede alla comunità di mettersi in gioco e in moto (ibidem).

Folgheraiter parla a tal proposito di “azioni professionali di seconda istanza”, ovvero di azioni-fermento, che si prefiggono di innescare loro volta azioni sociali di portata collettiva (2011). È un processo articolato almeno in tre livelli: l'azione di un esperto facilitatore o guida relazionale che catalizza e/o sostiene; l'azione di una certa “pluralità” di persone appartenenti a una data comunità (un gruppo-guida o una cabina di regia, ecc.) che aiutano una pluralità ancora più ampia di concittadini ad attivarsi per risolvere problemi comuni, così che poi a cascata possano ricevere benefici potenziali tutti quanti indistintamente, vale a dire la comunità intera, comprese quelle componenti che (inevitabilmente) non hanno potuto o voluto coinvolgersi (Folgheraiter 2017).

Nel lavoro di comunità, le risorse quanto le fragilità sono qualità comunitarie. Quest'ultime da intendersi sia come territori specifici (comu-

nità locali: quartieri, paesi, piccole città), sia come ideali connessioni tra preoccupati “di qualche cosa” (comunità d’interesse) (Mayo 1994). Connessioni da intendersi come legami sociali basati sulla condivisione di interessi o bisogni legati a caratteristiche culturali o identitarie, vivere specifiche situazioni problematiche, stare attraversando la stessa fase di vita, ecc. Non interventi “uno a uno” su singoli *issues* (lavoro di caso - casework), né di interventi chiusi entro i confini di piccoli gruppi (lavoro di gruppo - groupwork) (Ivi).

Le comunità hanno al loro interno persone competenti per quel territorio (*gatekeeper, expert by experience*) a loro volta in connessione con altre persone significative con cui aprire un dialogo e una forma di collaborazione. Persone che conoscono le peculiarità delle comunità sotto forma di vincoli e risorse, magari anche desiderose di costruire nuove visioni, e capaci di attivare ulteriori reti di contatto.

L'estensione della rete sociale è importante, poiché come afferma Folgheraiter, più la rete sociale è estesa ed aperta più è flessibile (2011). Tale apertura si caratterizza quando i legami sono modulabili e diversificati, addirittura deboli, nell'accezione di Granovetter (cit. in Folgheraiter 2011) per cui più i legami sono deboli più creano legami e connessioni e si evita la loro cristallizzazione e chiusura.

All'interno di questa rete, si costituisce un gruppo guida (Calcaterra, Panciroli 2021), uno strumento collaborativo importante. Di esso ne fanno parte persone, anche membri della comunità, che hanno il compito di aiutare l'operatore a compiere bene il suo lavoro. Insieme all'operatore, il gruppo guida favorisce la rete di fronteggiamento, ovvero cerca di allargare il gruppo di persone che mostrano interesse e cura, che condividono la finalità, in modo da pianificare le azioni progettuali, definendone strategie, tempi e compiti. La peculiarità di questa rete di fronteggiamento è la sua capacità di ampliarsi e restringersi in relazione alle diverse azioni che si vogliono raggiungere.

Ciò che si trova particolarmente interessante è la visione realistica rispetto alle problematiche che si fronteggiano non con soluzioni per determinate, ma con creatività. È un apprendimento continuo di cosa - come fare mentre lo si fa.

La rete di fronteggiamento è una rete di interconnessione. Persone interconnesse che partecipano per loro scelta, che portano contributi differenziati concepite come pari (stesso livello di status). La consapevolezza rappresenta il primo step, per questo bisogna agire perché si sviluppi. Le persone consapevoli hanno la motivazione per innescare, come abbiamo visto, la spirale funzionale della partecipazione.

Collaborazione, partecipazione, dialogo sono più semplici se qualcuno assume la funzione di guida relazione, in grado cioè di facilitare l'azione

comune di un insieme di persone orientate verso una finalità condivisa. La guida funziona se è in grado di mettere le persone nella condizione di affrontare e, se possibile, risolvere assieme il proprio problema.

Conclusioni o nuovi inizi

La complessità ci permea completamente così come il cambiamento. La sfida è agire dentro il cambiamento e la transizione, partendo da qualcosa che scorre e sembra sfuggire di mano. Forse neanche il concetto di equilibrio è sufficiente, perché impone una sorta di stasi che la fluidità e liquidità (Bauman 2002, 2006) non consentono, poiché non c'è una forma capace di aggregare, una coesione interna, un'integrazione. Siamo di fronte a qualcosa che continuamo a sognare, ma di cui non possiamo fare a meno, anche nel fallimento? (Bauman 1999, 2001, 2002). Una utopia come ou topia – non luogo –, un disegno irrealizzabile, che rimane intrappolato nelle idee? Prospettiva di grande interesse, ma forse ancora più realisticamente sfidante è invece quella che coglie la provocazione nel cercare di dipanare il groviglio e che prova a trovare significato e valore nella possibilità. Una “possibilità che presuppone la libertà per le persone di esplorare, immaginare, delineare i tratti di mondi sociali possibili più degni di lode del mondo attuale” (Veca 2018). Da ou a eu topia, a luogo buono, o meglio da non luogo a luogo che non c'è ancora. Questa è la tensione a cui vogliamo riferirci, al non ancora, come guida.

“L'utopia è l'orizzonte. Quando mi avvicino di due passi, si ritira di due passi. Se faccio dieci passi avanti, velocemente scivola dieci passi avanti. Non importa quanto vado lontano, non potrò mai raggiungerlo. Qual è allora lo scopo dell'utopia? Serve a farci avanzare” (Birri cit. Galeano 2006).

Il lavoro di cura integrato e comunitario è una utopia possibile come luogo buono, da conquistare che parte da ciò che si ha, mettendo in moto responsabilità, creatività, partecipazione, competenze, pensiero ed azione.

L'aspetto teorico è il pensiero che deve essere fin dalla generazione complesso, un pensiero che sappia muoversi e trovare la sua collocazione nella transizione. Un pensiero che oscilla tra *metis* e *logos*, così come gli antichi greci definivano le diverse forme costitutive e caratterizzanti l'intelligenza. Un pensiero complesso, flessibile, in cui ci sia compromesso tra l'azione (in realtà anche qualcosa più di esso), *metis* astuzia dell'intelligenza e *logos*, l'intelligenza speculativa.

Metis non è solo tattica, ma è anche creazione estemporanea, *insight*, è capacità di scorrere la realtà e donarle senso in ogni preciso istante. L'agire la realtà passa attraverso questa capacità intuitiva e di lettura dei segni e

dei sintomi che essa porta. Quindi *metis* non è quella furbizia, che fa fare qualcosa per un obiettivo personale, ma capacità di scrutare, capire ciò che accade dentro e fuori se stessi e optare per l'agire.

Non si tratta di muoversi e dipanarsi secondo un sistema binario e frammentato, ma di trovare legami di dipendenza e connessione fra grandezze e sistemi plurimi e variabili. Una utopia possibile non è fuga, non è stare fuori, ma è stare dentro, fin oltre il collo, agli eventi, è realizzazione degli eventi. È possibile, infatti, quando e perché si aggancia alla realtà, diventando bussola che definisce l'orientamento delle nostre azioni per modificare la realtà. Siamo dinnanzi allora ad una utopia concreta, non astratta, astorica, sterile, inconsistente (Bloch 2005), ma che si radica nel terreno storico-sociale che parte dalle condizioni oggettive e materiali date.

La coscienza utopica è un “cannocchiale più potente”, che consente uno sguardo più profondo ed esteso, oltre l'oscurità dell'attimo appena vissuto, dell'*hic et nunc*, verso ciò che è in esso nascosto, latente, ancora da scoprire (Bloch 2005). Essa è speranza e apertura continua e costante, stupore che interpella, sfida verso ciò che ancora è latente, non è divenuto o accaduto.

Dice Bloch non vi è nessuna conquista umana che prima non sia stata sognata, sperata. La speranza ha un potere straordinario, riesce a superare le paure è “sogno ad occhi aperti”, un sogno in avanti, come anticipazione di ciò che deve ancora essere. La nostra realtà ci interpella continuamente, ponendo di fronte ad un fiume a volte in piena, a volte quieto. La speranza sapiente, *docta spes*, per dirla secondo Bloch, è definire non tanto un nuovo paradigma, ma un continuo paradigma, capace di seguire il flusso incessante, di cogliere l'attimo e continuare a fluire, capace di essere desiderio e realtà.

Riferimenti bibliografici

- Arnstein S. (1969), *A Ladder of citizen participation*, in «Journal of the American Institute of Planners», 35(4), pp. 216-224.
- Bauman Z. (1999), *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*, Laterza, Roma-Bari.
- Bauman Z. (2001), *Voglia di comunità*, Laterza, Bari.
- Bauman Z. (2002), *Modernità liquida*, Laterza, Bari.
- Bauman Z. (2006), *Vita liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- Bauman Z. (2009), *Modus vivendi. Inferno e utopia del mondo liquido*, Laterza, Bari.
- Beck U. (2013), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Milano.

- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di) (2005), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma.
- Bloch E. (2005), *Il principio speranza*, Garzanti, Milano.
- Calcaterra V., Panciroli C. (2021), *Il lavoro sociale di Comunità passo dopo passo. Metodologia e strumenti per progetti a valenza collettiva*, Erickson, Trento.
- Caldirola D. (2022), *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in «JUS - ONLINE», 5/2022.
- Cullotta A.M.R., D'Amico V. (2023), *Senza dimora e salute mentale: il progetto Re Care a Palermo*, 3, Atti 2, pp. 42-45, www.welforum.it/.
- De Bono E. (2001), *Creatività e pensiero laterale*, Rizzoli, Milano.
- Easterlin R.A. (1995). *Will raising the incomes of all increase the happiness of all?*, in «Journal of Economic Behavior», 27(1), pp. 35-47.
- Einstein A. (1934), *Come io vedo il mondo-la teoria della relatività*, Newton Compton, Roma.
- Folgheraiter F. (2017), *Manifesto del metodo relational social work*, Erickson, Trento.
- Folgheraiter F. (2011), *Fondamenti di metodologia relazionale. La logica sociale dell'aiuto*, Erickson, Trento.
- Galeano E. (2006), *Parole in cammino*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Gardner H. (1994), *Intelligenze creative: fisiologia della creatività attraverso le vite di Freud, Einstein, Picasso, Gordon, Stravinskij, Eliot, Gandhi e Martha Graham*, Feltrinelli, Milano.
- Gordon W. (1961), *Synectics: The Development of Creative Capacity*, Harper & Brothers, New York.
- Guilford J.P. (1950), *Creativity*, in «American Psychologist», 5, pp. 444-454.
- Guilford J.P. (1956), *The structure of the intellect*, in «Psychological bulletin», 53, pp. 267-293.
- Guilford J.P. (1967), *The nature of human intelligence*, McGrawHill, New York.
- Guilford J.P. (1968), *Intelligence, creativity, and their educational implications*, RR Knapp, San Diego.
- Hegel G.W.F. (2021), *Fenomenologia dello spirito*, Armando, Roma.
- Inglehart R., Foa R., Peterson C., Welzel C. (2008), *Development, Freedom, and Rising Happiness: a global perspective*, in «Perspectives on Psychological Science», 3(4), pp. 264-285.
- Jaoui H. (2000), *La creatività. Istruzioni per l'uso*, FrancoAngeli, Milano.
- Job S. (2011), *I, Steve: Steve Jobs in His Own Words*, Hardie Grant Books, Melburne.
- Matisse H. (2009), *La visione interiore*, Via del Vento Edizioni, Pistoia.
- Mayo M. (1994), *Communities and caring*, Macmillian, Londra.
- Morin E. (2017), *La sfida della complessità*, Nuova edizione Le Lettere, Firenze.
- Myers D.G. (2000), *The funds, friends, and faith of happy people*, in «American Psychologist», 55, pp. 56-67.
- Perkins D.D., Brown B., Taylor R. (1996), *The Ecology of empowerment. predicting partecipation in community organizations*, in «Journal of Social Issues», 52, I, pp. 85-110.

- Ripamonti E. (2022), *Collaborare*, Carocci Faber, Roma.
- Schleiermacher F.D.E. (1998), *Scritti filosofici*, UTET, Torino.
- Sen A. (2004), *La democrazia degli altri*, Mondadori, Milano.
- Stavrides S. (2022), *Spazio comune città come commoning*, Collana Terrae, Milano.
- Strappa G., Ieva M., Dimatteo M. (2003), *La città come organismo. Lettura di Trani alle diverse scale*, Adda, Bari.
- Twelvetrees A. (2006), *Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati*, Erickson, Trento.
- Veca S. (2018), *Il senso della possibilità*, Feltrinelli, Milano.
- Wandersman A., Florin P. (2000), *Citizen Participation and Community Organizations*, in J. Rappaport, E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology*, Springer, US, pp. 247-272.

Sitografia

- Agenda Globale per lo Sviluppo Sostenibile <https://sdgs.un.org/goals>.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 (GU n. 165 del 16-07-1999 - Suppl. Ordinario n. 132).
- DM n. 254 del 13 novembre 2012, Regolamento recante Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione.
- DPCM 14 febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.
- Piano Nazionale di ripresa e resilienza, p. 224, <https://www.governo.it/sites/governo.it/>.
- EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union.
- European Commission Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions on a comprehensive approach to mental health, 7.6.2023 COM(2023) Brussels, 7.6.2023 COM(2023) 298 final, in <https://health.ec.europa.eu/>.
- Istituto Superiore della Sanità, <https://www.iss.it/one-health>.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, GU n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario in www.governo.it.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (GU Serie Generale n. 265 del 13-11-2000 - Suppl. Ordinario n. 186).
- Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025” in https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf.
- One Health Joint Plan of Action (2022-2026) in <https://www.unep.org/resources/publication/one-health-joint-plan-action-2022-2026>.
- World Health Organization <https://www.who.int/>.

6. Housing supportato e grave marginalità

di Caterina Cortese e Maddalena Floriana Grassi¹

6.1. Premessa

Quali approcci e interventi si stanno sviluppando in Italia per promuovere l'incontro tra abitare e persone che vivono una condizione di grave marginalità? Le diverse soluzioni alloggiative oggi presenti hanno per lo più carattere di temporaneità, emergenza e sperimentalità/innovazione. Questo tipo di soluzioni non sono in grado di offrire una risposta adeguata per porre fine alla homelessness poiché, come dimostrano gli studi in materia, ciò che contribuisce alla qualità della vita, al benessere e alla cura della salute fisica e mentale delle persone che sperimentano la homelessness, è un abitare stabile, supportato, economicamente accessibile, in un quartiere sicuro e fornito di servizi che favoriscono l'integrazione comunitaria.

In questo capitolo si intende presentare una rassegna della letteratura volta a indagare le ricadute dell'abitare sulla salute delle persone che sperimentano la condizione di homelessness. Verrà sviluppata dapprima una premessa sul fenomeno grave marginalità e sulle evidenti intersezioni che esistono tra la condizione di povertà estrema e la salute. Per sostanziare tale premessa e per approfondire la capacità del sistema di intervento di rispondere ad un disagio complesso di natura spesso socio-sanitaria attraverso soluzioni di housing supportato, saranno presi in esame articoli scientifici pubblicati tra il 2013 e il 2024 nelle principali riviste dell'area relativa alle scienze politiche e sociali specializzate nel tema della salute (*Health and Social Care in the Community; Globalisation and Health;*

¹ Sebbene l'articolo sia il risultato di un lavoro condiviso, è possibile attribuire la premessa e i paragrafi 6.1, 6.2 e 6.3 a Caterina Cortese e i paragrafi 6.4, 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3 e le conclusioni a Maddalena Floriana Grassi.

European Journal of Public Health; Health and Social Work; Health Policy; Health Risk and Society; International Journal of Public Health; International Journal of Health Services; Society and Mental Health; Sociology of Health and Illness) e che riportano studi sul supporto abitativo come chiave di contrasto alla homelessness. I risultati di questi studi permetteranno di avvalorare l'ipotesi che, per garantire il superamento della condizione di grave marginalità e assicurare un livello di benessere bio-psico fisico, è necessario investire su: accesso e permanenza in casa (housing stability); accompagnamento sociale e sanitario che preveda un percorso di aiuto individualizzato garantito alla persona all'interno del sistema dei servizi sociosanitari; approccio di comunità (community integration) dove un ruolo cruciale è giocato dalla interazione tra persone senza dimora, servizi e abitanti dei quartieri in cui vivono.

In una prospettiva di comunità, infatti, abitare vuol dire diritto, relazione e spazio urbano. La casa è il luogo dove la persona può riappropriarsi delle funzioni soggettive e lavorare al proprio sviluppo umano. Ma abitare vuol dire anche abilitarsi, capacitarsi e mettersi in relazione con gli altri, con la città e le sue istituzioni, con i servizi e con la collettività.

Occorre dunque ripensare l'abitare come leva di cambiamento sistematico nelle politiche di contrasto alla grave marginalità adulta e per rispondere ai mutevoli bisogni abitativi che oggi si presentano.

6.2. Grave marginalità e salute

Le persone senza dimora con problematiche di salute rappresentano uno specifico gruppo di popolazione portatore di bisogni complessi sia di natura sociale che di natura sanitaria a causa delle precarie condizioni di vita in cui si trovano. Studi europei e internazionali rilevano le correlazioni tra la condizione di homelessness e uno stato di salute precario (Feantsa 2019, 2020, 2023; Kertesz 2014; Davies, Wood 2018), tra cui la riduzione dell'aspettativa di vita, nonché una maggiore mortalità per tutte le cause (Seastres *et al.* 2020) e morbilità (Fazel *et al.* 2014). È dimostrato che dipendenze, malattie mentali, infezioni e disabilità, aumentano tra le persone che sperimentano la condizione di senza dimora a lungo termine e ripetutamente (Culhane *et al.* 2013). Inoltre, gli alti tassi di malattia, disabilità, malattie infettive trasmissibili tra la popolazione senza dimora, li porta a morire circa dieci anni prima rispetto alla popolazione generale, rendendo necessario un intervento precoce in termini di cura e presa in carico di questa fascia di popolazione altamente vulnerabile.

A livello nazionale, i recenti dossier su “La strage invisibile” curati da fio.PSD², mostrano un aumento del numero delle morti tra persone senza dimora che vivono in strada. L’età media di morte della popolazione senza dimora registrata nel dossier 2023 è di 47,3 anni a fronte dell’età media di morte della popolazione italiana di 81,9 anni. Il 40% delle persone senza dimora muore per malori (ovvero malesseri fisici improvvisi e aggravamento di situazioni già compromesse), di cui la forma più estrema è rappresentata dagli episodi di ipotermia (15 casi nel 2023). Il 42% di esse muore per eventi traumatici ed accidentali (quali atti di aggressione, anegamenti, cadute, incendi e suicidi); un dato che, se paragonato al 4% dei decessi nazionali totali attribuibili a cause esterne di traumatismo, mostra tutta la vulnerabilità a cui è esposta la popolazione senza dimora.

Al pari dei dati italiani sui decessi, si registra, a livello europeo, un’alta correlazione tra esperienze e vissuti traumatici, uso elevato e problematico di droghe o alcol e disturbi comportamentale-mentali (Feantsa 2019, 2020; Muraccini *et al.* 2024). Questa intersezione tra salute e disagio sociale crea un effetto magnete e di rafforzamento reciproco tra la condizione di salute precaria, isolamento e grave marginalità (Pleace 2023). È ben noto infatti che la salute e la qualità della vita sono fortemente determinate, oltre che da fattori genetici, soprattutto da dinamiche politiche, sociali ed economiche e da fattori di contesto, come sottolineato da uno studio dell’OMS (Osservatorio mondiale della sanità), in parte ripreso in una edizione italiana curata dalla Provincia Autonoma di Trento³. Nella sintesi, si legge “la povertà, la depravazione e l’esclusione sociale esercitano un impatto importante sulla salute e sulla morte prematura, e le probabilità di vivere in condizioni di miseria si concentrano pesantemente in specifici gruppi sociali” (Marmot, Wilkinson, 2003: 23). E ancora, “La povertà assoluta – la mancanza delle risorse elementari per vivere – continua ad esistere perfino negli Stati più ricchi d’Europa. I disoccupati, parecchie minoranze etniche, lavoratori provenienti da altri Stati, disabili, rifugiati, senzatetto sono le persone particolarmente a rischio. Coloro che vivono sulla strada hanno i tassi più elevati di mortalità prematura” (*ivi*). Le diseguaglianze socioeconomiche sono il principale fattore indipendente di rischio per la salute della popolazione. Inoltre, quando con la povertà coesistono fattori patologici

² Fio.PSD ETS - Federazione Italiana degli organismi per la Persone Senza Dimora, www.fiopsd.org.

³ Si tratta di una sintesi di un importante studio coordinato dai professori Michael Marmot e Richard Wilkinson che ha avuto l’approvazione dell’Ufficio Regionale per l’Europa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità che ne ha curato la diffusione in tutta la Regione europea e che è stato pubblicata come Supplemento al n. 17/2006 di “Punto Ome-ga” Quadrimestrale del Servizio Sanitario Provinciale.

quali malattie croniche o sofferenze mentali (Nickasch, Marnocha 2009), le disuguaglianze si accentuano ulteriormente (Sturm, Gresenz 2002). Numerosi studi hanno confermato che le persone maggiormente marginalizzate dal punto di vista socio-economico corrono doppiamente il rischio di contrarre gravi malattie o di morire prematuramente rispetto alle persone al vertice della scala sociale (Marmot, Wilkinson 2003). Chi vive in condizioni di estrema fragilità espone il proprio fisico a situazioni in cui banali problemi di salute, se non adeguatamente trattati, possono degenerare in situazioni di maggiore gravità o cronicizzarsi, generando aggravi di spesa per il servizio sanitario.

6.3. La punta dell'iceberg di un fenomeno complesso e multiforme

Nella letteratura nazionale e internazionale, la tipologia ETHOS (*European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*), elaborata dall'Osservatorio europeo sull'homelessness (Edgar 2012), definisce la Persona Senza Dimora (PSD) sulla base della sua condizione abitativa. La tipologia identifica tre ambiti che costituiscono una casa, la cui assenza può essere considerata condizione di senza dimora. Il primo ambito è quello *fisico* ovvero avere un'abitazione adeguata nella quale una persona e la sua famiglia possono esercitare un possesso esclusivo; il secondo è l'ambito *sociale* grazie al quale la persona è in grado di mantenere la privacy e godere di relazioni; il terzo ambito è quello *legale*, garantito dall'avere un titolo legale di occupazione. Sulla base di questa concezione, FEANTSA ha adottato una definizione concettuale di senza dimora e di esclusione abitativa basata su quattro categorie: senza tetto, senza casa, persone che vivono in sistemazioni insicure e persone che vivono in sistemazioni inadeguate. Come è facile intuire, questa definizione si concentra sulla dimensione abitativa e sul disagio grave che caratterizzano la condizione. Eppure, una definizione più estesa di grave marginalità, diffusasi a partire dagli studi sulla povertà, non può prescindere dalla multifattorialità che connota un fenomeno, come la povertà, portato alle sue estreme conseguenze. Come si metteva già in evidenza in un altro contributo, “la correlazione ormai evidente tra depravazione materiale, povertà alimentare, insicurezza lavorativa, instabilità emotiva, debolezza sociale e relazionale delle persone [...], mancanza di una dimora, induce a riflettere su una questione sociale che si presenta oggi sempre meno lineare, ma sempre più vischiosa e altalenante” (Cortese 2016: 83).

Nel 2015, vivevano in Italia 50 mila 724 persone senza tetto e senza casa – secondo l'ultima indagine condotta da Istat, fio.PSD, Caritas Italiana

e Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. Si trattava perlopiù di uomini (85,7%), di cittadinanza straniera (58,2%) e italiana (41,8%), con un'età media di 44 anni, che vivevano al Nord. Milano era la prima città per intensità di homeless presenti (12.004), seguita da Roma (7.709) e Palermo (2.887). Solo il 28% si dichiarava in grado di lavorare o era impegnato in attività saltuarie nel settore dei servizi (facchini, trasportatori, lavapiatti, ecc.). Durante l'indagine, le persone che avevano manifestato difficoltà ad interagire (PDI) erano 7 mila 130 (ovvero il 9,3%, in aumento rispetto al 2011 quando erano 4 mila 429). A queste persone non era stato possibile somministrare l'intervista per evidenti problemi di disabilità (insufficienze, malattie o disturbi mentali) e/o per problemi di dipendenza (7 su 10) o per ridotta conoscenza della lingua italiana (3 su 10). Uno stato di salute fragile che si conferma essere una variabile in correlazione con la condizione di senza dimora. Anche nel documento delle *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia*, redatte dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2015), viene citato uno studio di Homeless Link (2014) in cui si evince che l'esperienza della malattia fisica e mentale, così come dell'abuso di sostanze nella popolazione homeless, è quasi doppia rispetto alla popolazione generale. Nello specifico caso del nostro paese, da evidenze empiriche raccolte presso i servizi, emerge che 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 che hanno sviluppato un disturbo post traumatico da stress e che si aggravano ulteriormente quando si presentano occasioni di riedizione del trauma subito o situazioni di fragilità e insicurezza.

“Di perdita in perdita, di degrado in degrado si costruisce la intersezionalità tra i disagi, sociali, sanitari, lavorativi, familiari” (Muraccini 2024)⁴.

Offrire delle risposte per sollevare la condizione di fragilità delle persone senza dimora è una attività complessa. I servizi bassa soglia, le strutture di accoglienza notturna, le unità di strada, i servizi docce e distribuzione, le comunità di transito, rappresentano risposte a bisogni primari e materiali che riescono a tamponare momentaneamente una situazione di estrema deprivazione. Anche i dati dell'indagine del 2015, confermano un

⁴ Discorso pronunciato il 6 novembre in occasione di un incontro di formazione fio. PSD nell'ambito del progetto “Tutor socio-sanitario” finanziato dalla Regione Piemonte per avviare una sperimentazione volta alla promozione dell'accesso alla salute delle persone senza dimora.

utilizzo decisamente alto dei servizi di accoglienza notturna (il 68% delle psd intervistate), di centri di ascolto e simili (42,7%) e accoglienze diurne (38,3%). Ma il dato realmente significativo è che le persone senza dimora intervistate si rivolgono ai servizi sanitari in misura maggiore che ai servizi sociali (il 53,9% a fronte del 47,1% dei secondi), con una prevalenza di cittadini italiani (64,2%), rispetto ai cittadini stranieri (45,9%), a conferma che le loro condizioni di salute richiedono un supporto di tipo socio-sanitario.

L'integrazione socio-sanitaria rimane oggi un obiettivo complesso e ambizioso dal quale non si può prescindere⁵. Ma quello che si è osservato negli ultimi decenni, è che il supporto abitativo rappresenta la principale forma di contrasto alla homelessness perché, di fatto, mette fine alla condizione di senza dimora offrendo l'opportunità di essere accolti e supportati in un alloggio più sicuro e stabile dal quale ripartire per un percorso personale di recupero, benessere, integrazione sociale e, evidentemente, salute.

Nei prossimi paragrafi saranno approfondite le correlazioni e gli effetti positivi che un abitare sicuro, supportato e inclusivo può determinare nell'affrontare la grave marginalità.

6.4. Grave marginalità, salute e casa

La casa è la migliore terapia per uscire dalla strada e gestire meglio i propri problemi di salute mentale.

Sono noti, come abbiamo osservato sopra, gli alti tassi di mortalità e morbilità tra le persone senza dimora, così come sono noti gli alti costi della sanità, delle cure, dei ricoveri in pronto soccorso, dei ricoveri in strutture psichiatriche. Al contempo, come è stato evidenziato da molti studi, l'homelessness è uno dei fenomeni che mostra, più di altri, il nesso tra occupazione, povertà e mancanza di alloggi a prezzi accessibili (Martin 2015). La National Academies di Scienze, Ingegneria e Medicina ha pubblicato un *Consensus Study Report* che documenta il consenso basato sull'evidenza che “il problema fondamentale incontrato dai senzatetto – la mancanza di una residenza stabile – ha un impatto diretto e deleterio sulla salute delle persone, perpetua ed aggrava la cattiva salute ostacolando seriamente gli sforzi di curare la malattia e/o ridurre la disabilità” (p. 141).

⁵ Non ci soffermeremo su questo specifico tema per motivi legati al focus del capitolo, ma si rimanda al Documento conclusivo del Gruppo di lavoro nazionale dei soci fio.PSD, intitolato “Presa in carico e integrazione socio-sanitaria”, che rappresenta la posizione prevalente sul tema. Disponibile sul sito <https://www.fiopsd.org/presa-carico-integrazione-socio-sanitaria/>.

L'accesso alle cure sanitarie, non emergenziali, così come l'accesso ad un abitare sicuro e inclusivo, rappresentano alcune delle più grandi barriere nell'affrontare le problematiche di salute connesse alla grave marginalità. Come evidenziato anche dalle Linee di indirizzo (op. cit. MLPS 2015), integrare servizi sociali e servizi sanitari, significa evitare che il pronto soccorso rappresenti l'unica porta di accesso alle cure e significa intendere la salute in senso ampio ovvero come l'insieme del buon funzionamento di tre dimensioni di vita: biologiche, psicologiche e sociali. Alcune esperienze europee in tema di integrazione socio-sanitaria o meglio di *Housing for Health*, sono quelle portate avanti per esempio a Vienna. Presso la NeunerHaus⁶, è possibile per le persone senza tetto alloggiare per un periodo e accedere alle cure primarie previste dalle politiche sanitarie nazionali. Quando è stato chiaro che la cronicità aumentava, che la richiesta di posti letto aumentava, che i problemi legati a diabete, cure dentarie, infezioni, problemi cardiologici aumentavano con conseguenti aumenti dei costi della pubblica sanità, il governo viennese ha investito in integrazione, dimostrando come la logica con cui affrontare l'assistenza alle persone senza dimora deve necessariamente essere una logica di integrazione. Inoltre Neuenhaus partecipa al sistema informativo medico cittadino e carica i dati sui trattamenti, sul periodo di permanenza delle Psd concorrendo così a studiare la fenomenologia e gli impatti delle cure.

D'altro canto i programmi di housing supportato così come i programmi di Housing First (HF) e Housing Led (HL), sono sempre più diffusi e mostrano gli impatti positivi che le esperienze abitative riescono a concretizzare in termini di diritto alla casa come diritto umano, cura di sé e della salute delle persone inserite.

L'housing supportato (inteso come sistema di alloggio nel quale le persone ricevono un supporto socio-sanitario più che una cura medica), è un approccio di intervento che ha raccolto un vasto interesse inizialmente negli Stati dell'America del Nord e del Canada (Aubry *et al.* 2014 trad. it. 2016; Nelson 2010), così come l'HF grazie ai risultati molto incoraggianti emersi dalla ricerca sul programma Pathways to Housing avviato nella città di New York (Greenwood *et al.* 2005; Stefancic, Tsemberis 2007; Tsemberis, Einsenberg 2000).

Housing First rappresenta certamente una significativa parte nell'ambito delle misure a contrasto della homelessness e, come stiamo osservan-

⁶ Approfondimenti possono essere letti su questo Case study curato da Feantsa e dedicato al programma Neunerhaus, https://www.feantsa.org/public/user/Resources/magazine/2019/Winter/Homeless_in_Europe_Winter_2019_-_Article_6_-_For_an_inclusive_health_care_system_-_the_neunerhaus_Health_Centre,_Vienna_Anja_Christanell,_Stephan_Gremmel_and_Elisabeth_Hammer.pdf.

do anche in Italia alla luce dei progetti avviati a partire dal 2014⁷, sostenuti recentemente anche da finanziamenti ministeriali, è un approccio di intervento trasversale a più profili di persone senza dimora e particolarmente risolutivo per persone con disagio mentale e resistenza ai servizi tradizionali. HF produce cambiamenti nella salute mentale: ci sono evidenze sul fatto che “il possesso” di una dimora e la stabilità abitativa, abbiano effetti positivi sul benessere psico-fisico della persona (Padgett *et al.* 2006). Può avvenire anche che le persone inserite nel programma HF non seguano trattamenti psichiatrici complementari, ma che, via nel tempo, la riduzione del danno e l’approccio alla recovery, producano risultati di stabilità e integrazione significativi (Tsemberis, Asmussen 1999). L’HF infatti è stato ideato con una specifica funzione ovvero porre fine all’esperienza di homelessness di persone con bisogni complessi attraverso la rapida collocazione in alloggio e con un accompagnamento sociale. Le brevi storie di vita riportate nel box sottostante, raccontano di come la casa ha esattamente determinato un cambiamento positivo nell'affrontare la condizione di grave marginalità delle persone inserite in programmi italiani di HF.

Storie di vita - Storie di Housing

Di seguito qualche sintetico ma esemplificativo caso di persone con vissuti cronici di grave marginalità e disturbi mentali con conseguenti ricoveri frequenti, trattamenti sanitari obbligatori e degenze prolungate in strutture di comunità pubbliche, che hanno trovato nei programmi di Housing First un luogo dove curarsi, prendersi cura della propria salute e uscire da una condizione di grave marginalità sociale⁸.

Il caso di Maria, donna ultrasettantenne, con dipendenza da alcool lunga e duratura, vive in strada da 15 anni. Rappresenta un caso disperante e disperato, come lo definiscono i servizi sociali. In un anno colleziona 200 accessi in pronto soccorso. Entra nel programma Housing First. Gli accessi al pronto soccorso sono crollati in modo verticale. Maria sta bene. Non delira e non si ferisce più. (Veneto)

⁷ Sono oggi 62 gli enti pubblici e privati che si occupano di homelessness e che portano avanti programmi di Housing First in 37 città nell’ambito della Community HFI - La community italiana dell’Housing First promossa da fio.PSD. Per approfondimenti si rimanda alla pagina <https://www.fiopsd.org/hfi-la-community-italiana-housing-first/>.

⁸ Un particolare ringraziamento per queste testimonianze va a Giuseppe Dardes, referente fio.PSD della Community HFI e a tutto il gruppo di formatori e facilitatori che ogni giorno portano avanti attività di accompagnamento, formazione e scambio di buone pratiche con le organizzazioni che gestiscono programmi HF in Italia.

Il caso di Luisa, donna fragile, con patologia psichiatrica, passato di violenze e diversi ricoveri in strutture psichiatriche sanitarie. Un ultimo ricovero – fallimentare – in comunità protetta al costo di oltre 30mila euro l'anno. Entra nel programma Housing First. I costi si dimezzano e la presa in carico socio-sanitaria non è più una utopia. (Piemonte)

Il caso di Filippo, giovane uomo, in strada per fallimento adottivo. Prime esperienze con sostanze stupefacenti e alcool. Detenzione, ricoveri, strada e poi, ancora, detenzione, ricoveri e strada. Entra in un programma Housing First e il circolo vizioso si interrompe. È stabile, vive in casa da oltre due anni. (Friuli Venezia Giulia)

HF non è una misura universale o valida per tutti ma certamente nel tempo, come hanno dimostrato anche gli studi italiani portati avanti da Gaboardi et. al (2018) nella prima fase della sperimentazione dell'approccio in Italia, gli effetti dell'HF sulla salute, l'integrazione e la soddisfazione, mostrano una correlazione positiva. Su un gruppo di 55 persone accolte in appartamenti singoli e condivisi, la salute psico-fisica è divenuta stabile. L'integrazione sociale è migliorata grazie alle attività proposte dagli operatori alla persona e grazie alla possibilità di ripristinare legami familiari e amicali. L'80% ha incontrato persone per condividere un caffè, pranzo o cena. Il 67% ha fatto nuove amicizie fuori casa.

Ma il risultato certamente più importante, che approfondiremo nei prossimi paragrafi, è che l'abitare in una nuova casa, prendersi cura di sé e svolgere piccole mansioni quotidiane sono risultati assolutamente incoraggianti.

6.5. Quale tipo di housing per garantire il diritto alla salute di persone senza dimora?

In questo paragrafo sono presentate le riflessioni frutto dell'analisi degli articoli scientifici pubblicati tra il 2013 e il 2024 nelle riviste citate in premessa.

Tali riflessioni rispondono alla necessità di identificare quali sono le variabili legate alla dimensione abitativa ritenute più idonee a consentire alle persone senza dimora di vivere in un ambiente idoneo anche alla salute fisica e mentale. Housing stability, supportive housing e community integration sono le tre variabili che risultano essere essenziali affinché diritto alla casa e diritto alla salute possano essere goduti senza che l'assenza o l'inadeguatezza dell'uno infici sull'altro.

Housing stability

Il primo elemento che risulta significativo dall'analisi della letteratura a sostegno della relazione tra possesso di una abitazione e salute delle persone senza dimora ha a che fare con il concetto di "housing stability".

La stabilità abitativa è considerata un aspetto importante nelle ricerche sulla homelessness.

Alcuni studi hanno identificato tra i predittori negativi della stabilità abitativa: l'abuso di sostanze (Orwin *et al.* 2005; North *et al.* 2010; Palepu *et al.* 2010; Aubry *et al.* 2014), avere un sussidio di reddito (Palepu *et al.* 2010), appartenere a una fascia di età più avanzata (>44 anni), avere una carriera criminale (Caton *et al.* 2005) ed essere nella condizione di homelessness da un lungo periodo di tempo (Zlotnick *et al.* 1999).

Tra i predittori positivi, invece, ci sono: avere una relazione intima con un partner (Palepu *et al.* 2010), avere altre persone che dipendono dalla persona senza dimora per necessità di cibo e/o rifugio (Orwin *et al.* 2005), avere una buona attitudine all'adattamento psico-sociale, avere un impiego, un reddito, un adeguato supporto familiare, non avere un trattamento farmacologico in corso (Caton *et al.* 2005), essere di sesso femminile (Pollio *et al.* 2006).

Gli studi che hanno incluso la prospettiva delle persone senza dimora nella definizione della stabilità abitativa mettono in evidenza anche altri elementi, quali il tipo di residenza definita "stabile" e il periodo di tempo associato all'idea di "stabilità" (Zlotnick *et al.* 1999, North *et al.* 2010, Palepu *et al.* 2010; Orwin *et al.* 2005, Aubry *et al.* 2012). Questi studi aggiungono ai predittori negativi anche la presenza elevata di debiti e un alto livello di somatizzazione (manifestazione fisica di disagio psicologico) e rinforzano la presenza di una carriera criminale (Van Straaten *et al.* 2017). Difatti, la possibilità di recidiva è più alta quando non è disponibile un alloggio idoneo al momento del rilascio, il che potrebbe causare un ciclo negativo di ricaduta nella condizione di homeless.

Tra i predittori positivi risultano invece la soddisfazione dei bisogni di cura nel corso dell'infanzia, la presenza di supporto sociale da parte di amici, l'avere un lavoro o un lavoro volontario e l'aver sviluppato un senso di autonomia nonché aver maturato la consapevolezza delle proprie competenze.

Un elemento importante risulta quindi essere l'opinione dell'abitante rispetto alla soddisfazione e all'adeguatezza della situazione abitativa (Srebnik *et al.* 2013), dal momento che si osserva una correlazione positiva tra soddisfazione abitativa e stabilità residenziale (Van Straaten *et al.* 2017).

La soddisfazione dell'abitante in condizione di vulnerabilità sociale è, inoltre, un indicatore della qualità del servizio (Altena *et al.* 2014) ed è associata a migliori risultati del trattamento, all'aumentare del senso di autonomia e competenza. Entrambi sono correlati a migliori risultati di salute e soddisfazione generale per la vita (Ryan *et al.* 2008). Incorporare la prospettiva della persona senza dimora è infine anche in linea con l'approccio personalizzato di offerta di servizi e con le varie strategie per porre fine alla homelessness (FEANTSA 2010).

Particolarmente significativo risulta essere il predittore positivo “soddisfazione dei bisogni di cura nel corso dell’infanzia” alla luce di un recentissimo studio (Hock *et al.* 2024) che mette in evidenza come molti aspetti dell’abitazione hanno un impatto sulla salute e il benessere di bambini e ragazzi, ricostruendo i percorsi che collegano l’alloggio alla salute e al benessere nel corso dell’infanzia. Questo studio analizza un concetto in qualche misura complementare a quello della stabilità abitativa, ovvero l’insicurezza abitativa⁹ che è qui intesa come l’esperienza o il rischio di molteplici spostamenti che non avvengono per scelta e che sono correlati alla povertà. L’insicurezza abitativa assume molte forme e deriva da diverse situazioni interconnesse, tra cui sfratto o trasloco forzato, sistemazione temporanea, esposizione a comportamenti problematici, sovraffollamento/cattive condizioni/proprietà inadatte e traslochi multipli. Gli impatti sono psicologici, finanziari, correlati alla scuola, al benessere familiare, ai viaggi giornalieri e di lunga durata, a cattive condizioni di vita. Gli impatti negativi dell’insicurezza abitativa sulla salute e il benessere di bambini/adolescenti possono essere aggravati da specifiche circostanze di vita, come la fuga dalla violenza domestica, lo stato di migrazione o il trasferimento correlato alla demolizione. Questi fattori possono esacerbare l’insicurezza abitativa e portare a problemi di salute mentale e fisica, stanchezza e ritardo nello sviluppo. D’altra parte, l’impatto dell’insicurezza abitativa risulta attenuato dall’amicizia e da forme di supporto da parte di adulti significativi, dalla perma-

⁹ La definizione di insicurezza abitativa della Children’s Society comprende vari elementi: Instabilità abitativa (difficoltà a pagare l'affitto, traslochi frequenti, condizioni di sovraffollamento o alternanza con amici e parenti); Alloggio instabile o precario (vivere in un luogo che non offre un senso di sicurezza e protezione, tra cui la mancanza di una casa e/o circostanze di vita precarie); Insicurezza finanziaria (spendere più del 50% del reddito familiare per l'alloggio); Insicurezza spaziale (incapacità di rimanere in una particolare abitazione o in un'area più ampia del quartiere, anche a causa di sfratti e trasferimenti forzati); Insicurezza relazionale (i modi in cui le esperienze degli individui in materia di alloggio e casa sono collegate alle relazioni con gli altri); Mobilità residenziale (la frequenza e/o il numero o la distanza dei traslochi, in particolare la transitorietà residenziale, intesa come un'elevata frequenza di traslochi).

nenza nella stessa scuola, dalla cura del senso di speranza per il futuro e dalle pratiche genitoriali.

Gli impatti della posizione socioeconomica nell'infanzia sui risultati di salute e mortalità degli adulti sono ben documentati in analisi quantitative (ad esempio, Davey Smith *et al.* 1998). L'alloggio è un meccanismo chiave attraverso il quale le disuguaglianze sociali e strutturali possono avere un impatto sulla salute (Swope, Hernandez 2019). L'impatto delle condizioni abitative sulla salute infantile è ben consolidato (Weitzman *et al.* 2013). Esaminare il benessere dei bambini e dei giovani all'interno della sanità pubblica in generale, è di fondamentale importanza (Kohler 1998). I bambini e i giovani (e le loro famiglie), che sono senza dimora, sono un gruppo vulnerabile con particolari difficoltà nell'accedere all'assistenza sanitaria e ad altri servizi e, in quanto tali, soddisfare le loro esigenze dovrebbe essere una priorità (Cresswell 2004). Una base di prove ampia e diversificata cattura le relazioni tra alloggio e salute, inclusi i risultati di salute fisica e mentale. Gran parte delle prove si riferisce alla qualità degli alloggi e ad aspetti specifici di alloggi scadenti, tra cui case fredde e umide, stock di alloggi mal tenuti o alloggi inadeguati che portano a sistemazioni sovraffollate (Braubach *et al.* 2011; Mansour *et al.* 2022; World Health Organization 2018; Shaw 2004). Gli impatti dell'insicurezza abitativa sulla salute, insieme alla particolare vulnerabilità di bambini e giovani e agli effetti della mancanza di un ambiente domestico sicuro e stabile, continuano a rappresentare motivo di crescente preoccupazione (Clark 2016).

A supporto di queste considerazioni, in uno studio qualitativo (Van Straaten *et al.* 2017) condotto con giovani adulti (18-25) con una storia di senza dimora volto a indagare le percezioni relative all'associazione tra stabilità abitativa e qualità della vita, sono emersi tre macrotemi: 1) qualità dell'alloggio (sicurezza del quartiere, comodità e caratteristiche dell'unità abitativa); 2) qualità della vita prima di sperimentare un alloggio stabile (benessere fisico e mentale, benessere sociale e altri fattori determinanti della qualità della vita, come gli incontri con le forze dell'ordine); 3) cambiamenti nella qualità della vita dopo aver sperimentato un alloggio stabile (stessi sottotemi del secondo macrotema).

Si può dunque osservare che l'influenza della presenza di una abitazione sulla salute di chi sperimenta la homelessness, vada correlata alla fase del ciclo di vita delle persone, alla loro percezione di stabilità abitativa, alla qualità materiale dell'alloggio, alla posizione geografica dell'alloggio in relazione al luogo in cui la persona risiede ed esprime i suoi interessi personali, dove svolge il suo lavoro, dove cura i suoi legami affettivi; tutti fattori che contribuiscono a definire la sua soddisfazione abitativa e ad influenzare la sua salute psicofisica e sociale.

Supportive housing

Il secondo elemento che risulta significativo dall'analisi della letteratura a sostegno della relazione tra possesso di una abitazione e salute delle persone senza dimora, riguarda il concetto di "supportive housing".

Il fenomeno homelessness è considerato un problema di salute pubblica (Fazel *et al.* 2014) la cui riduzione sembra dipendere da un approccio integrato che includa la stabilità abitativa, la residenza e la possibilità di ricevere un supporto adeguato (FEANTSA 2015, 2018).

Molte ricerche negli ultimi decenni si sono concentrate su quanto accade nel supporto da garantire alla transizione che avviene tra l'abbandono della condizione di homelessness e l'ingresso in una situazione abitativa stabile (Kuhn, Culhane 1998; Roy *et al.* 2011; McAllister *et al.* 2011), dal momento che, non tutte le persone senza dimora che raggiungono un alloggio indipendente, vi permangono stabilmente (anche a causa della carenza di alloggi a prezzi accessibili).

Molte sono le evidenze per cui, seppure un'alta percentuale di adulti senza dimora riesca a ottenere un alloggio indipendente, nelle situazioni più favorevoli, entro quindici/ventiquattro mesi a partire dall'ingresso nel sistema di assistenza sociale, solo il 15% riesce a rimanervi nei quindici/ventiquattro mesi successivi (Zlotnick *et al.* 1999; North *et al.* 2010).

Alcuni studi quantitativi e qualitativi relativi allo studio sulla transizione, confermano e aggiungono predittori positivi a quelli già visti nel paragrafo precedente, rilevando che ottenere un alloggio indipendente è positivamente associato non solo a una durata¹⁰ più breve della condizione di senza dimora, all'essere una donna, all'assenza di problemi di salute, all'avere un partner o persone di cui doversi prendere cura, ma anche all'avere un grado di istruzione più elevato (Wolf *et al.* 2001) e all'utilizzo di alloggi sovvenzionati (Zlotnick 1999). Gli studi qualitativi, in particolare, dimostrano che anche il supporto all'abitare e il rafforzamento dell'autodeterminazione sono aspetti cruciali per la permanenza in casa delle persone senza dimora (O'Campo *et al.* 2009; Palepu *et al.* 2012; Garrett *et al.* 2008).

Sebbene l'alloggio indipendente sia l'obiettivo delle politiche europee sulla homelessness, esistono poche informazioni sulle dinamiche relative alle transizioni abitative che portano all'alloggio indipendente. Uno stu-

¹⁰ Misurare la durata della homelessness all'inizio del periodo di ingresso nell'assistenza potrebbe aiutare a identificare gruppi vulnerabili alla luce di queste caratteristiche, identificando il rischio della istituzionalizzazione. Housing First, per esempio, è riconosciuto come un modello appropriato per questo gruppo perché ha dimostrato di supportare le persone senza dimora a lungo termine per ottenere un alloggio indipendente stabile (Tsemberis *et al.* 2004; Tsemberis 1999).

dio longitudinale (Van der Laan 2020) che ha coinvolto 513 persone senza dimora nelle principali città dei Paesi Bassi (Amsterdam, L'Aia, Rotterdam e Utrecht) per due anni e mezzo, cerca di rilevare proprio questo, confrontando gruppi di persone che vivono in alloggi indipendenti da quelli che vivono in strutture di accoglienza di tipo sociale o sanitario o sociosanitario. Lo studio si concentra sui cambiamenti che la transizione abitativa comporta in termini di salute e autodeterminazione nel corso del tempo. In particolare, due anni e mezzo dopo l'ingresso nel sistema dei servizi sociali, sociosanitari e abitativi, la maggior parte delle persone senza dimora era alloggiata in modo indipendente (81%) e il 19% era rimasta in strutture residenziali. Sono state riscontrate poche differenze significative retrospettivamente nelle misure e nelle competenze correlate alla salute, ma i cambiamenti nell'autonomia e nella costruzione di relazioni sociali significative in questo periodo sono una caratteristica distintiva di coloro che sono ancora alloggiati in modo indipendente dopo due anni e mezzo.

Altri studi hanno dimostrato che mantenere relazioni positive è difficile nelle strutture per senza dimora e che, invece, avere la possibilità di ricevere familiari e amici a casa propria, è un vantaggio importante di un alloggio indipendente e, difatti, il trasferimento in un alloggio indipendente è associato a cambiamenti positivi nelle relazioni sociali. D'altra parte, altri studi dimostrano anche che le persone senza dimora che si trasferiscono in un alloggio indipendente, spesso provano sentimenti di solitudine e tendono a dipendere pesantemente dalle relazioni sociali con i professionisti di servizi perché la loro rete sociale, al di fuori del sistema di accoglienza, è limitata. Questi studi in particolare richiamano la necessità di capire se l'autonomia e le relazioni sociali consentono alle persone di ottenere un alloggio indipendente o se l'alloggio indipendente promuove l'autonomia e le relazioni sociali.

Community integration

Il rischio di dipendenza dal supporto sociale professionale e il rischio della solitudine che si può avvertire nel passaggio dall'accoglienza residenziale a una casa indipendente, consentono di comprendere l'importanza di associare ai concetti di housing stability e supportive housing anche quello della community integration.

Il terzo elemento che risulta significativo dall'analisi della letteratura a sostegno della relazione tra possesso di una abitazione e salute delle persone senza dimora comprende infatti il concetto di "community integration".

In nazioni come i Paesi Bassi, la politica e la legislazione hanno recentemente spostato l'attenzione dall'assistenza istituzionale a quella ba-

sata sulla comunità per le persone senza dimora. Interventi come il *Critical Time Intervention* (CTI) (Van der Laan *et al.* 2020), sono necessari per supportare le persone durante la transizione dall'accoglienza istituzionale all'autonomia abitativa (Herman *et al.* 2007; de Vet R *et al.* 2013), perché promuovono l'integrazione nella comunità e salvaguardano l'assistenza professionale, supportando contemporaneamente lo sviluppo di legami con la comunità e una forte rete di supporto professionale (de Vet R *et al.* 2017). La ricerca ha dimostrato che CTI ha un effetto positivo sull'uso dei servizi, sulla soddisfazione per i servizi, sulla stabilità dell'alloggio, sulla salute mentale, sull'uso di sostanze e sulla qualità della vita (de Vet R *et al.* 2013). Questo intervento migliorerebbe la continuità delle cure nella transizione da accoglienza ad abitazione e sosterrebbe la vita indipendente prevenendo la ricaduta nella homelessness.

Parlare di integrazione o inclusione, significa affrontare l'esclusione sociale e aumentare la partecipazione e l'agency dei cittadini nella società.

Il concetto di integrazione è stato ampiamente esaminato nella ricerca sulle scienze sociali, sulla salute mentale e sulla homelessness (Anthony 1993; Yanos *et al.* 2004; Farone 2006; Onken *et al.* 2007; Tsemberis 2010; Moriarty *et al.* 2012; Tsai *et al.* 2012; Cornes *et al.* 2014). Esso è spesso definito in termini di cittadinanza attiva e impegno nelle comunità ed è presentato come un elemento chiave per rimanere in un'abitazione autonoma e affrontare meglio la malattia, la disabilità e la dipendenza (ad esempio Farone 2006; Ware *et al.* 2007; Kaplan *et al.* 2012).

Gli stessi beneficiari dei servizi si dicono desiderosi di integrazione di una vita normale nella comunità (Beresford *et al.* 2005). Assumere ruoli sociali apprezzati nella comunità dovrebbe infatti produrre benefici come l'aumento della soddisfazione di vita, l'autostima e le competenze personali (Stein, Wemmerus 2001; Aubry *et al.* 2013). Tuttavia, molti incontrano barriere nel trovare un alloggio stabile e una vita soddisfacente nella comunità, perché vivere nella comunità non coincide con l'appartenere alla comunità (Ware *et al.* 2007).

Uno studio sull'integrazione della comunità nelle pratiche di salute mentale dei servizi che si occupano di visita domiciliare presso le case indipendenti di ex persone senza dimora, offre un modello, che chiama "integrazione nella comunità in azione", che fornisce delle indicazioni pratiche su come sviluppare l'integrazione nella comunità (...). Lo studio si concentra molto sulle dinamiche di interazione tra professionisti e persone senza dimora cercando di mettere in evidenza il difficile passaggio dal discorso dell'integrazione alla pratica della stessa.

Lo studio identifica varie dimensioni dell'integrazione: uscire da casa, partecipare ad attività di gruppo, andare d'accordo con coloro che sono

coinvolti nella propria vita e nella propria vita lavorativa; e dimostra come il lavoro di integrazione nella comunità venga svolto attraverso dispositivi discorsivi che si innescano nell'interazione tra professionisti e persone senza dimora (resistenza, posizionamento, scuse e giustificazioni, gentilezza e consigli), identificando tre fasi di integrazione nella comunità: 1) prima sistemazione, 2) adattamento all'alloggio e alla comunità e 3) mantenimento dell'alloggio e integrazione nella comunità.

Ciò che emerge è che i professionisti si trovano a gestire soprattutto i punti di vista e le resistenze delle persone che hanno sperimentato la homelessness, secondo i quali l'integrazione richiede competenze sociali importanti per interagire con diverse persone in contesti diversi.

Molte ricerche sottolineano la responsabilità dei sistemi di servizi e dei professionisti nel promuovere l'integrazione dei cittadini vulnerabili (Abbott, McConkey 2006; Carnaby *et al.* 2011; Asselt-Goverts *et al.* 2014). Tuttavia, la tendenza è quella di indirizzare le persone senza dimora ad apportare cambiamenti nei loro modi di fare e pensare per adattarsi meglio alla vita comune nella comunità. Sebbene i professionisti seguano questa direzione, anche in modo rispettoso, le persone senza dimora tendono a resistere alle aspettative e alle richieste di diventare cittadini integrati.

Un elemento cruciale nel ripensare l'integrazione è un cambiamento di atteggiamento (Abbott, McConkey 2006) nonostante le aspettative culturali normative di integrazione che non possono non essere riconosciute come esistenti. La normatività è incorporata nelle dimensioni dell'integrazione (uscire di casa; partecipare ad attività di gruppo; andare d'accordo con i propri cari; essere coinvolti nella vita lavorativa) e si basa sui presupposti di ciò da cui i cittadini vulnerabili sono esclusi: relazioni e attività sociali, mercato del lavoro, economia, società, cultura e cittadinanza, ecc. (Cameron 2006) ma la responsabilità attribuita a coloro che sono considerati esclusi per risolvere i propri problemi è enorme (Cameron 2006). Ci si interroga, perciò, su come invece la comunità potrebbe essere resa più inclusiva.

Considerazioni conclusive

Il presente capitolo è frutto del lavoro di approfondimento della Federazione sulla intersezione tra il tema dell'abitare e del modello Housing First, quello della salute delle persone senza dimora e quello dell'integrazione sociosanitaria. Ognuno di questi temi è stato sviluppato in diverse occasioni e con diversi strumenti. Si pensi alle riflessioni riportate nel documento *Abitare il cambiamento*, al lavoro di promozione e accompagnamento

mento all’HF portato avanti nella *Community HFI*, ma anche al recentissimo progetto Re-Care finalizzato a sviluppare percorsi assistenziali, di cura e metodi di intervento in un’ottica comunitaria delle persone senza dimora, con specifica attenzione alla tutela della salute mentale.

L’insieme di queste riflessioni, portate avanti su più fronti, meritava un consolidamento e una sistematizzazione basata su solide basi scientifiche e che ci aiutasse ad avvalorare le evidenze che via via abbiamo raccolto grazie all’interlocuzione costante con professionisti del settore, organizzazioni socie e colleghi europei.

Concludiamo quindi dicendo che la salute delle persone senza dimora è una componente importante per la comprensione e l’intervento nella grave marginalità. Come spiegato nei primi paragrafi, le persone senza dimora con problemi di salute – intesa nel suo senso più ampio di salute bio-psico-fisica, rappresentano un gruppo di popolazione con il quale è necessario ripensare le strategie di intervento e accompagnamento a favore di soluzioni orientate alla conoscenza delle specificità che presentano, all’ascolto delle loro storie, alla comprensione delle interconnessioni tra le dimensioni di povertà che sperimentano e, soprattutto, all’offerta di programmi di supporto che partono dal riconoscimento della dimora come diritto umano di base.

Al contempo, i risultati di tutti gli studi passati in rassegna contribuiscono ad avvalorare l’ipotesi che, per garantire il superamento della condizione di grave marginalità e assicurare un livello di benessere biopsico-fisico, è necessario investire su: accesso e permanenza in casa (housing stability), accompagnamento sociale e sanitario (che preveda un percorso di aiuto individualizzato garantito alla persona all’interno del sistema dei servizi sociosanitari) e approccio di comunità (community integration). Essi rivelano inoltre la necessità di continuare ad indagare le combinazioni giuste tra destinatari, possibilità di scelta individuale e strutturale, caratteristiche della casa rispetto alle necessità dei suoi abitanti.

Lavorare per la grave marginalità vuol dire lavorare anche sull’abitare come leva per un cambiamento sistematico degli approcci culturali e delle misure di intervento che oggi si hanno a disposizione. Significa passare da risposte di emergenza e progetti, ad interventi strutturali e integrati, da una parte, preventivi, efficaci e di lungo periodo, dall’altra rimettendo la persona al centro dei suoi interessi, desideri, risorse e prospettive di vita.

Riferimenti bibliografici

- Abbott S., McConkey R. (2006), *The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities*, in «Journal of Intellectual Disabilities», 10(3), pp. 275-287.
- Altena A.M., Beijersbergen M.D., Wolf J.R.L.M. (2014), *Homeless youth's experiences with shelter and community care services: Differences between service types and the relationship to overall service quality*, in «Children and Youth Services Review», 46, pp. 195-202.
- Anthony W.A. (1993), *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, in «Psychosocial Rehabilitation Journal», 16(4), pp. 11-23.
- Asselt-Goverts A.E., Embregts P.J.C.M., Hendriks A.H.C., Frieling N. (2014), *Experiences of support staff with expanding and strengthening social networks of people with mild intellectual disabilities*, in «Journal of Community & Applied Social Psychology», 24(2), pp. 111-124.
- Aubry T., Ecker J., Jettè J. (2014), *Supported Housing as a Promising Housing First Approach for People with Severe and Persistent Mental Illness*, in M. Guirguis et al., *Homelessness and Health*, University of Ottawa Press, Ottawa.
- Aubry T., Flynn R., Virley B., Neri J. (2013), *Social role valorization in community mental health housing: does it contribute to the community integration and life satisfaction of people with psychiatric disabilities?*, in «Journal of Community Psychology», 41(2), pp. 218-235.
- Beresford P., Shamash M., Forrest V., Turner M., Branfield F. (2005), *Developing Social Care: Service Users' Vision for Adult Support*, The Social Care Institute for Excellence, London, <http://www.scie.org.uk/publications/reports/report07.pdf> (accessed on 4/3/2014).
- Braubach M., Jacobs D.E., Ormandy D. (2011), *Environmental burden of disease associated with inadequate housing*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Cameron A. (2006), *Geographies of welfare and exclusion: social inclusion and exception*, in «Progress in Human Geography», 30(3), pp. 396-404.
- Carnaby S., Roberts B., Lang J., Nielsen P. (2011), *A flexible response: person-centred support and social inclusion for people with learning disabilities and challenging behavior*, in «British Journal of Learning Disabilities», 39(1), pp. 39-45.
- Caton C.L.M., Dominguez B., Schanzer B., Hasin D.S., Shrout P.E., Felix A., McQuistion H., Opler L.A., Hsu E. (2005), Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults, in «American Journal of Public Health», 95(10), pp. 1753-1759.
- Clark W.A.V. (2016), *Life events and moves under duress: disruption in the life course and mobility outcomes*, in «Longitudinal Life Course Studies», 7(3), pp. 218-239.

- Cornes M., Manthorpe J., Joly L., O'Halloran S. (2014), *Reconciling recovery, personalisation and Housing First: integrating practice and outcome in the field of multiple exclusion homelessness*, in «Heath Soc Care in the Community», 22(2), pp. 134-143.
- Cortese C., Iazzolino M. (2016), *Conoscere e contrastare la homelessness in ambito urbano con l'Housing First*, in C. Cortese (a cura di), *Scenari e pratiche dell'Housing First in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Cresswell T. (2004), *What is child public health?*, in «Current Pediatrics», 14(7), pp. 612-618.
- Culhane P.D., Metraux S., Byrne T., Stino M., Bainbridge J. (2013), *The Age Structure of Contemporary Homelessness: Evidence and Implications For Public Policy*, in «Analyses of Social Issues and Public Policy», 13(1), pp. 228-244.
- Davies A., Wood L.J. (2018), *Homeless Health Care: Meeting the Challenges of Providing Primary Care*, in «Medical Journal of Australia», 209(5), pp. 230-234.
- de Vet R., Lako D.A., Beijersbergen M.D. et al. (2017) *Critical time intervention for people leaving shelters in the Netherlands: assessing fidelity and exploring facilitators and barriers*, in «Adm Policy Ment Health», 44, pp. 67-80.
- de Vet R., van Luijtelaar M.J.A., Brilleslijper-Kater S.N. et al. (2013), *Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review*, in «American Journal of Public Health», 103, pp. 13-26.
- Edgar B. (2012), *The ETHOS Definition and Classification of Homelessness and Housing Exclusion*, in «European Journal of Homelessness», 6(2), pp. 219-225.
- Farone D.W. (2006), *Schizophrenia, community integration, and recovery: implications for social work practice*, in «Social Work in Mental Health», 4(4), pp. 21-36.
- Fazel S., Geddes J.R., Kushel M. (2014), *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*, in «Lancet», 384, pp. 1529-1540.
- FEANTSA (2010), *Ending Homelessness is Possible!* <https://www.feantsaresearch.org/en/campaign/2010/01/01/ending-homelessness-impossible-2010>.
- FEANTSA, Abbé Pierre Foundation (2015), *An overview of housing exclusion in Europe*, https://www.feantsa.org/download/fap_eu_gb286105767814283_4491.pdf (18 March 2020, date last accessed).
- FEANTSA, Abbé Pierre Foundation (2018), *Third overview of housing exclusion in Europe*, <https://www.feantsa.org/en/report/2018/03/21/the-second-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2017> (18 March 2020, date last accessed).
- FEANTSA (2019-2020), *Homelessness in Europe, Health and Homelessness*, Magazine Winter 2019-2020, https://www.feantsa.org/public/user/Resources/magazine/2019/Winter/Homeless_in_Europe_Winter_2019_-_full.pdf.
- FEANTSA (2023), *Mapping healthcare in homelessness services*, Report, 23-December, <https://www.feantsa.org/en/report/2023/12/13/?bcParent=27>.
- fio.PSD (2018), *Presa in carico e integrazione socio-sanitaria*, Documento conclusivo del Gruppo di lavoro nazionale soci fio.PSD, <https://www.fiopsd.org/documento-conclusivo-del-gln-salute/>.

- Gaboardi M., Santinello M., Disperati F. (2018), *I risultati nei programmi Housing First Italia: salute, integrazione e soddisfazione*, in P. Molinari, A. Zenarolla, *Prima la casa. La sperimentazione Housing First in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Garrett S.B., Higa D.H., Phares M.M. et al. (2008), *Homeless youths' perceptions of services and transitions to stable housing*, in «Eval Program Plann», 31, pp. 436-444.
- Greenwood R.M., Schaefer-McDaniel N.J., Winkel G., Tsemberis S.J. (2005), *Decreasing Psychiatric Symptoms by Increasing Choice in Services for Adults with Histories of Homelessness*, in «American Journal of Community Psychology», 36, pp. 223-238.
- Herman D., Conover S., Felix A. et al. (2007), *Critical time intervention: an empirically supported model for preventing homelessness in high risk groups*, in «Journal of Primary Prevention», 28, pp. 295-312.
- Hock E.S., Blank L., Fairbrother H., Clowes M., Castelblanco Cuevas D., Booth A., Clair A., Goyder E. (2024), *Exploring the impact of housing insecurity on the health and wellbeing of children and young people in the United Kingdom: a qualitative systematic review*, in «BMC Public Health», 24(1), p. 2453. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19735-9>.
- Kaplan K., Salzer M., Brusilovskiy E. (2012), *Community participation as a predictor of recovery-oriented outcomes among emerging and mature adults with mental illnesses*, in «Psychiatric Rehabilitation Journal», 35(3), pp. 219-229.
- Kertesz S.G. (2014), *Homelessness and Health Care*, in W. Cockerham, R. Dingwall, S. Quah (Eds.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, Wiley, Hoboken, NJ, pp. 1-11.
- Kohler L. (1998), *Child public health: A new basis for child health workers*, in «European Journal of Public Health», 8, pp. 253-255.
- Kuhn R., Culhane D.P. (1998), *Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: results from the analysis of administrative data*, in «Am J Community Psychol», 26, pp. 207-232.
- Mansour A., Bentley R., Baker E., Li A., Martino E., Clair A. et al. (2022), *Housing and health: an updated glossary*, in «Journal of Epidemiology Community Health», 76(9), pp. 833-838.
- Marmot M., Wilkinson R. (a cura di), *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti, sintesi italiana* (II edizione - 2003), Edizione italiana - Provincia autonoma di Trento, Supplemento al n. 17/2006 di Punto Omega, Quadrimestrale del Servizio Sanitario Provinciale.
- Martin E.J. (2015), *Affordable housing, homelessness and mental health: what health care policy needs to address*, in «Journal of Health and Human Services Administration», 38(1), pp. 67-89.
- McAllister W., Kuang L., Lennon M.C. (2011), *Typologizing temporality: time-aggregated and time-patterned approaches to conceptualizing homelessness*, in «Social Service Review», 84, pp. 225-255.
- Moriarty A., Jolley S., Callanan M., Garety P. (2012), *Understanding reduced activity in psychosis: the roles of stigma and illness appraisals*, in «Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology», 47(10), pp. 1685-1693.

- Muraccini R. et al. (2024), *Costruire luoghi per la salute mentale e la grave marginalità*, Welforum, 6 febbraio 2024, disponibile online <https://www.welforum.it/costruire-luoghi-per-la-salute-mentale-e-la-grave-marginalita/>.
- Nelson G. (2010), *Housing for people with serious mental illness: approaches, evidence and transformative change*, in «Journal of Sociology and Social Welfare», 37, pp. 123-146.
- Nickasch B., Marnocha SK. (2009) *Healthcare experiences of the homeless*, in «Journal of the American Association of Nurse Practitioners», 21(1), pp. 39-46.
- North C.S., Eyrich-Garg K.M., Pollio D.E., Thirthalli J. (2010), *A prospective study of substance use and housing stability in a homeless population*, in «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services», 45, pp. 1055-1062.
- O'Campo P., Kirst M., Schaefer-McDaniel N. et al. (2009), *Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence*, in «Journal of Urban Health», 86, pp. 965-989.
- Onken S.J., Craig C.M., Ridgway P., Ralph R.O., Cook J.A. (2007) *An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature*, in «Psychiatric Rehabilitation Journal», 31(1), pp. 9-22.
- Orwin R.G., McCarty F., Hoh K. (2005), *Substance abuse and homelessness: A review of the literature*, in «Journal of Health & Social Policy», 20(3), pp. 1-20.
- Padgett D., Gulcur L., Tsemberis S. (2006), *Housing First services for people who are homeless, with co-occurring mental illness and substance abuse*, in «Research on Social Work Practice», 16(1), pp. 74-83.
- Palepu A., Hubley A.M., Russell L.B. et al. (2012), *Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: a multi-site focus group study*, in «Health Qual Life Outcomes», 10(1), pp. 1-11.
- Pleace N. (2023) *Social services and sanitary for homeless people*, Background paper, 3rd Mutual learning event for the European Platform on Combatting Homelessness - Belgium, Brussels, Belgium.
- Pollio D.E., Thompson S.J., Tobias L. et al. (2006), *Longitudinal outcomes for youth receiving runaway/homeless shelter services*, in «Journal of Youth and Adolescence», 35(6), pp. 852-859.
- Ryan R.M., Deci E.L. (2008), *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*, in «American Psychologist», 55(1), pp. 68-78.
- Roy E., Robert M., Vaillancourt E. et al. (2011), *Residential trajectory and HIV high-risk behaviors among Montreal street youth – a reciprocal relationship*, in «Journal of Urban Health», 88, pp. 767-778.
- Seastres R.J. et al. (2020), *Long-term effects of homelessness on mortality: a 15-year Australian cohort study*, in «Australian and New Zealand Journal of Public Health», 44(6), pp. 476-481.
- Shaw M. (2004), *Housing and public health*, in «Annual Review of Public Health», 25, pp. 397-418.

- Smith D.G., Hart C., Blane D., Hole D. (1998), *Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study*, in «*BMJ*», 316, pp. 1631-1635.
- Srebnik D., Connor T., Sylla L. (2013), *A Pilot Study of the Impact of Housing First-Supported Housing for Intensive Users of Medical Hospitalization and Sobering Services*, in «*American Journal of Public Health*», 103(2), pp. 316-321.
- Stefancic A., Tsemberis S. (2007), *Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention*, in «*Journal of Primary Prevention*», 28, pp. 265-279.
- Stein C.H., Wemmerus V.A. (2001), *Searching for a normal life: personal accounts of adults with schizophrenia, their parents and well-siblings*, in «*American Journal of Community Psychology*», 29(5), pp. 725-746.
- Sturm R., Gresenz C.R. (2002) *Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey*, in «*British Medical Journal*», 324, pp. 20-23.
- Swope C.B., Hernandez D. (2019), *Housing as a determinant of health equity: A conceptual model*, in «*Social Science & Medicine*», 243.
- Tsai J., Desai R., Rosenheck R. (2012), *Social integration of people with severe mental illness: relationships between symptom severity, professional assistance, and natural support*, in «*Journal of Behavioral Health Services & Research*», 39(2), pp. 144-157.
- Tsemberis S. (1999), *From streets to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities*, in «*Journal of Community Psychology*», 27, pp. 225-241.
- Tsemberis S. (2010), *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction*, Hazelden, Minnesota.
- Tsemberis S., Asmussen S. (1999), *From streets to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities*, in «*Journal of Community Psychology*», 27(2), pp. 225-241.
- Tsemberis S., Eisenberg R.F. (2000), *Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities*, in «*Psychiatric Services*», 51, pp. 487-493.
- Tsemberis S., Gulcur L., Nakae M. (2004), *Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis*, in «*American Journal of Public Health*», 94, pp. 651-656.
- Van der Laan J., Boersma S. N., al Shamma S., Akkermans R., van Straaten B., Rodenburg G., van de Mheen D., Wolf J.R.L.M. (2020), *Differences in housing transitions and changes in health and self-determination between formerly homeless individuals*, in «*European Journal of Public Health*», 30(5), pp. 900-905.
- Van Straaten B., Van der Laan J., Rodenburg G., Boersma S.N., Wolf J.R.L.M., Van de Mheen D. (2017), *Dutch homeless people 2.5 years after shelter admission: what are predictors of housing stability and housing satisfaction?*, in «*Health & Social Care in the Community*», 25(2), pp. 710-722.

- Ware N., Hopper K., Tugenberg T., Dickey B., Fisher D. (2007), *Connectedness and citizenship: redefining social integration*, in «Psychiatric Services», 58(4), pp. 469-474.
- Weitzman M., Baten A., Rosenthal D.G., Hoshino R., Tohn E., Jacobs D.E. (2013), *Housing and child health*, in «Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care», 43(8), pp. 187-224.
- Wolf J., Burnam A., Koegel P. et al. (2001), *Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: a prospective examination*, in «Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology», 36, pp. 391-398.
- World Health Organization (2018), *Housing and health guidelines*, World Health Organization, Geneva.
- Yanos P.T., Barrow S.M., Tsemberis S. (2004), *Community integration in the early phase of housing among homeless persons: successes and challenges*, in «Community Mental Health Journal», 40(2), pp. 133-150.
- Zlotnick C., Robertson M.J., Lahiff M. (1999), *Getting off the streets: economic resources and residential exits from homelessness*, in «Journal of Community Psychology», 27(2), pp. 209-224.

7. Senza dimora e salute mentale

di *Chiara Majorana e Laura Fucà*

7.1. Contesto di attuazione e riferimenti legislativi

La salute mentale degli homeless psichiatrici è un problema complesso. Le persone che vivono in strada si differenziano tra “chi ha scelto liberamente la città come casa” e “chi vi si è ritrovato per un destino infausto”, ma non vi è dubbio che in entrambi i casi la quotidianità, nei termini delle necessità di base: lavarsi, mangiare, vestirsi, viene affrontata come una continua sfida.

Sfida non solo per assicurarsi un luogo sicuro dove potere “sopravvivere”, ma anche per sopportare tutto ciò che può compromettere la salute psichica.

L’isolamento sociale, la mancanza di un supporto familiare o amicale è un determinante importante che, senza dubbio, ha forte influenza sulla salute psichica. La mancanza delle cure primarie può associarsi all’uso di sostanze, le quali determinano comorbilità. Lo stigma e la discriminazione generano insicurezza, paura e stress. Non è raro, infatti, che gli homeless siano vittime di violenza e soprusi. Problemi complessi che necessitano di interventi complessi.

Il territorio dell’ASP di Palermo è molto vasto: comprende 10 comuni, serviti dai servizi per la Salute Mentale così come previsto dal progetto obiettivo 1998-2000 nel quale si definiscono l’articolazione e le modalità di funzionamento dei dipartimenti. I servizi di Salute Mentale di Palermo della Città metropolitana sono suddivisi in 5 Moduli ognuno dei quali composto da: Ospedale Psichiatrico, Centro di Salute Mentale (CSM), Comunità Terapeutica e Centro Diurno.

Il Modulo 1 (Modulo referente del progetto) interessa i seguenti quartieri palermitani: Monte di Pietà, Palazzo Reale, Politeama, S. Rosalia, Tribunali-Castellammare e dunque copre la zona del centro storico fino alla

Stazione delle ferrovie. Inoltre, vi afferiscono i territori di Baucina, Bolognetta, Campofelice di Fitalia, Cefalà Diana, Ciminna, Godrano, Marineo, Mezzojuso, Misilmeri, Ventimiglia di Sicilia, Villafrati, Lampedusa, Lino-sa, Ustica.

Per la collocazione geografica il Modulo 1 ha da sempre registrato, relativamente agli utenti afferenti ai servizi di salute mentale, il maggior numero di homeless della città rispetto agli altri moduli cittadini. Inoltre, parte dei senza fissa dimora viene registrata dal Comune con una residenza virtuale la quale, secondo il numero civico, viene suddivisa tra i vari moduli cittadini per la presa in carico dell'utenza. Nel 2020 si registravano circa 60 senza fissa dimora incidenti sul territorio del modulo 1. Va aggiunto che negli ultimi anni, a causa della “razionalizzazione” e del contenimento delle risorse, si è assistito ad una importante diminuzione di personale sanitario che affligge tutte le Aziende Sanitarie italiane, peraltro già al limite della sufficienza. Gli operatori si trovano a dovere affrontare con meno risorse un numero sempre più cospicuo di utenti da assistere sia per le nuove patologie derivate da disordini comportamentali come quelli relativi, ad esempio ai disturbi della nutrizione, alle nuove tecnologie, alla maggiore diffusione delle condotte di *gambling*, ma anche per nuove emergenze derivate dall'uso di sostanze, uso che ha assunto connotazioni diverse rispetto all'epoca in cui sono stati pensati e organizzati i SerD, basti pensare alla emergenza crack (oltre che alcol, cannabis, cocaina). Le conseguenze sono importanti, infatti, le manifestazioni patologiche si esprimono in comportamenti disinibiti, impulsivi e instabili. La risposta all'emergenza e al bisogno di percorsi riabilitativi diventa sempre più frammentaria e incerta. A volte si ricorre al trattamento sanitario obbligatorio (TSO), sintomo di carenza di percorsi post-crisi e riabilitativi e di difficoltà a offrire percorsi di contenimento del disagio a carattere profilattico, rispetto all'esordio del disagio mentale.

Di contro, le leggi “bussola” per la salute mentale offrono chiare ed importanti indicazioni da seguire per assicurare all'utenza un corretto trattamento di cura e riabilitazione. Ad esempio, il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANMS) approvato dalla Conferenza Stato Regioni (2013), propone “una riorganizzazione delle attività dei Servizi di Salute Mentale funzionale all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti d'intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura” e, tra le indicazioni per la cura dei pazienti schizofrenici si parla di mix-gestionale e di presa in carico comunitaria per lo sviluppo dei progetti riabilitativi...”.

Il Piano Strategico Sanitario 2012 al punto 1 “il Piano Terapeutico Individualizzato e mix gestionale rappresenta una missione specifica del DSM Integrato e comunitario e deve essere orientato allo sviluppo di una proficua alleanza tra i componenti di rete del sistema territoriale...”.

I LEA - Livelli Essenziali di Assistenza DPCM del 12/1/2017 - Assistenza Distrettuale capo IV Assistenza Sociosanitaria prevedono tra i punti dell’art. 26 “Nell’ambito dell’assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il SSN garantisce alle persone con disturbi mentali, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un Programma Terapeutico Individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata che include prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative ...”.

Il DM 72/2021, che regola i rapporti tra PA ed ETS in applicazione degli srt. 55 56 e 57 del D.Lgs. 117/2017 nel quale il Ministero del Lavoro, invita le PA e gli ETS a co-programmare e co-progettare insieme su argomenti di interesse generale.

Parole che prendono senso e forma ad esempio attraverso il lavoro di operatori con diverse competenze e professionalità nel progetto Re-Care.

7.2. Il progetto Re-Care: “l’antefatto”

Il progetto “Re-Care” è stato l’evoluzione di un cammino iniziato nel 2016.

Il Dipartimento di Salute Mentale di Palermo e la Caritas Diocesana hanno elaborato un progetto di inclusione sociale a vocazione lavorativa (sostenuto da fondi 5x1000 della Caritas) dedicato a pazienti psichiatrici medio-gravi. Si tratta di occasioni lavorative per l’arco temporale di un anno con un impegno tra le 2 e le 4 ore settimanali. Gli utenti beneficiari di un programma riabilitativo personalizzato hanno la possibilità di impegnarsi in una attività produttiva semplice ma consona alle loro aspirazioni, presso siti messi a disposizione dalla Caritas diocesana di Palermo (centri di accoglienza, mense, ecc.).

Il progetto si rivela subito efficace e ha una ricaduta estremamente positiva per le persone con disagio psichico, con patologia di grado medio-grave, difficilmente collocabili in esperienze che non siano organizzate dai servizi di salute mentale (come ad es. i centri diurni). La possibilità di sperimentarsi in contesti non sanitari, dove qualcuno li aspetta perché indispensabili, diventa un potente strumento riabilitativo per gli utenti della salute mentale. Il progetto non è solo veicolo di beneficio per gli utenti, ma struttura relazioni tra operatori di diversi enti. Ci si affina negli anni, con-

taminandosi nelle diverse professionalità gli uni dagli altri. Si impara a capire e a gestire il sentimento prorompente e a volte frustante, percepito nell'aiutare l'altro affrontando i limiti dovuti dalla patologia severa. Ma si condividono anche i successi per i pazienti che hanno beneficiato del progetto migliorando la loro qualità di vita.

Si diventa a poco a poco più bravi a "progettare insieme".

La sintesi del percorso intrapreso e che ancora oggi offre risorse a pazienti con disagio psichico, ha prodotto una procedura e definito con chiarezza in che modo i progetti devono essere condotti per avere una ricaduta positiva sulla vita delle persone.

7.3. Il progetto Re-Care. Step, strategie e realizzazione

I progetti "veri", che incidono positivamente nella vita dei più fragili, non nascono da teorie o da finanziamenti da "dovere spendere" ma da percorsi, sinergie e sperimentazioni per sostenere le persone più fragili.

I senza tetto sono cittadini silenziosi, figli di nessuno, ai margini di un mondo surreale, sospesi in una dimensione estranea, fuori dalle regole e dalle cornici giuridiche, senza identità. Se ne avverte la presenza soltanto se esibiscono comportamenti disturbanti per la società, quando in qualche modo esprimono un disagio, un inconsapevole grido di aiuto.

Esistono e sono tanti in una città come Palermo, già problematica per l'alta percentuale di disoccupazione e spaccio. Il numero degli homeless psichiatrici incidenti nel Modulo 1 - Centro Salute Mentale, del territorio dell'ASP Palermo, crea difficoltà di gestione importanti. I pazienti vengono segnalati dal Comune o dai cittadini per comportamenti disturbanti o pericolosi. L'intervento è quasi sempre in assetto di urgenza.

Una filiera virtuosa composta da cooperative, università, Comune, propone all'ASP un partenariato per un progetto dedicato agli homeless. Ci si lavora insieme, si coniugano la necessità di supporto ai servizi di Salute Mentale per una buona progettazione a favore degli ultimi improntata non sull'emergenza, ma sulla possibilità di costruire percorsi d'inclusione e partecipazione alla vita di comunità. La condizione di disabilità psichica richiede la programmazione e la progettazione di azioni che devono essere attuate in collaborazione tra diversi enti istituzionali, privati, del terzo settore. Il diritto alla salute non è affare soltanto delle aziende sanitarie, ma di tutta la comunità.

Il progetto Re-Care assolve a questa funzione. Risponde ai dettami del Piano Sanitario Regionale, dei PANMS e realizza pienamente quanto suggerito dal DM 72/2021 che regola i rapporti tra PA ed ETS in un rapporto

di co-programmazione e co-progettazione. Si lavora, quindi, in sinergia per stabilire le funzioni di ogni partner, le strategie, i tempi, ponendo al centro la persona. Il Progetto personalizzato condiviso con l'utente e gli enti realizzatori è il centro dell'azione progettuale. L'obiettivo centrale è l'utente con le sue potenzialità, sulle quali determinare il percorso di cura e riabilitazione secondo il modello bio-psico-sociale. Tutto ciò deve quindi essere declinato in opportunità reali, in offerte di occasioni di vita che rispondano alle esigenze e ai desideri del beneficiario nell'ottica della *recovery*. *Recovery* intesa sia da un punto di vista sociale, come riorganizzazione e miglioramento della vita a seguito di un processo riflessivo sulla propria condizione esistenziale da parte del soggetto (Folgheraiter 2011), che come *being in recovery with serious illness* (Davidson *et al.* 2009), ossia “essere in *recovery*”, stare bene nonostante una malattia.

I diversi attori, in tal modo, sperimentano la capacità di “lavorare insieme” caso dopo caso, ognuno con mezzi diversi, ma integrati con diverse competenze per approdare alla completezza e unicità dell'intervento che deve rispondere alla personalizzazione del progetto, riconoscendo nelle capacità e nelle risorse “degli ultimi”, il possibile successo del percorso. Più di 50 senza tetto hanno usufruito di visita specialistica psichiatrica e sono stati progettati 40 Piani Terapeutici Individualizzati con obiettivi di diverso tipo: socializzazione, formazione/lavoro, esperienze di Housing. La metodologia in corso prevede anche il supporto della figura di alcuni Peer, esperti per esperienza che affiancheranno gli homeless psichiatrici durante il Progetto Terapeutico Individualizzato.

I Peer vengono individuati dal Dipartimento di Salute Mentale, tra i pazienti già in carico e che hanno raggiunto un livello di autonomia personale e sociale tale da permettergli una qualità di vita soddisfacente da un punto di vista abitativo, lavorativo e di inclusione sociale. Tale metodologia è già stata sperimentata nei servizi di salute mentale dell'ASP di Palermo presso le comunità terapeutiche assistite e nei gruppi di auto-mutuo aiuto di diversi ambulatori. Sentirsi compresi da “chi ci è passato”, da chi sa in prima persona cosa vuol dire affrontare certe sofferenze, ha un’importante funzione. Non si parla della malattia in sé, ma ci si confronta principalmente sul modo di affrontarla. Gli elementi in comune riguardano entrambe le parti ed incontrandosi emergono con maggior facilità possibili soluzioni per la risoluzione delle difficoltà.

Dietro la conoscenza esperienziale c’è “l’esperienza esperta” che si riferisce alla competenza e all’abilità nel maneggiare o risolvere un problema attraverso l’uso della propria stessa esperienza competente (Borkman 1976).

L'utente affiancato dal Peer riesce ad arrivare più facilmente e velocemente alla consapevolezza, alla motivazione e al cambiamento, nonché all'accettazione della terapia e alla recovery. La cura, quindi, intesa come approccio bio-psico-sociale, è basata sul concorso delle azioni integrate dell'intera comunità.

Come gli altri utenti dei servizi di Salute Mentale, gli homeless psichiatrici hanno diritto ad essere beneficiari di progetti che li vedano protagonisti della cura, accompagnati e sostenuti da tutti gli attori clinici, del terzo settore e della comunità intera, affinché possano raggiungere una qualità di vita dignitosa e di inclusione. Per tale motivo vanno sperimentati progetti innovativi e buone prassi da consolidare per poter procedere ad una Salute Mentale per tutti, preventiva e curativa in una filiera di “operosità di cui si è capaci accanto a quella degli altri, integrando specifici contributi in modo tale da realizzare risultati positivi dal lavoro comune” (Canevaro 2020).

Una sfida importante ed impegnativa che pone il progetto Re-Care quale esempio concreto di sperimentazione virtuosa.

Riferimenti bibliografici

- Borkman T. (1976), *Conoscenza esperienziale: un nuovo concetto per l'analisi dei gruppi di auto-aiuto*, in «Social Service Review», 50(4), pp. 445-456.
- Canevaro A. (2020), *Operosi tutti insieme!*, in «L'integrazione scolastica e sociale», 19(1), pp. 7-16.
- Davidson L., O'Connell M., Tondora J., Styron T., Kangas, K. (2009), *Le dieci principali preoccupazioni relative al recupero riscontrate nella trasformazione del sistema di salute mentale*, in «Psychiatric Services», 60(5), pp. 640-645.
- Folgheraiter F. (2011), *Fondamenti di metodologia relazionale: La logica sociale dell'aiuto*, Erickson, Trento.

8. Le nuove frontiere dell'amministrazione di sostegno

di *Gabriella Marcatajo*

8.1. L'amministrazione di sostegno

L'amministrazione di sostegno si configura oggi, nel panorama giuridico attuale, quale manifestazione paradigmatica di un'evoluzione normativa ispirata ai principi di dignità, autodeterminazione ed inclusione sociale che, in discontinuità rispetto alle tradizionali logiche incapacitanti di matrice custodialistica, esprime e consolida un nuovo approccio al tema della fragilità, favorito e testimoniato dalle recenti convenzioni internazionali. Un nuovo approccio che muove dalla diversità, come unicità da preservare e dall'inclusione, come valore ordinamentale che esalta il rispetto della dignità di ogni persona umana attraverso nuovi strumenti di tutela del soggetto fragile. La figura, sia pure rivisitata alla luce delle criticità emerse in sede di prassi applicativa, incarna, infatti, a ben vedere, una risposta normativa coerente con le più recenti fonti sovranazionali, in particolare la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (New York, 13 dicembre 2006), recepita nell'ordinamento italiano con legge 3 marzo 2009, n. 18.

L'amministrazione di sostegno si colloca, invero, in un quadro valoriale rivoluzionato da una logica esistenzialista fondata da quella che è stata magistralmente descritta come la nuova “antropologia dell'uomo degno” (Rodotà 2010: 547). Questa assume il riconoscimento della fragilità non quale limite ontologico, bensì come elemento costitutivo della soggettività giuridica e sociale, da tutelare attraverso strumenti flessibili e personalizzati, volti a preservare, per quanto possibile, la capacità d'agire del beneficiario. La fragilità, lungi dall'essere considerata una condizione da neutralizzare, viene invece valorizzata come matrice di pluralismo, all'interno di una società costituzionalmente orientata alla promozione dell'egualanza so-

stanziale ai sensi dell'art. 3, comma 2, Cost. (Perlingieri 2006, 1972, 2005; Cendon 2024).

In una società culturalmente evoluta, la protezione della fragilità diviene, allora, un capitolo fondamentale del progetto costituzionale di realizzazione dell'egualanza sostanziale e della pari dignità sociale, in adempimento a quel dovere di solidarietà sociale funzionale alla piena tutela della persona umana, sancito fin dal 1948 nella nostra Costituzione (Perlingieri 2006; Scalisi 2005).

In base al disposto dell'art. 3 cost.: Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale [cfr. XIV] e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso [cfr. artt. 29 c. 2, 37 c. 1, 48 c. 1, 51 c. 1], di razza, di lingua [cfr. art. 6], di religione [cfr. artt. 8, 19], di opinioni politiche [cfr. art. 22], di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'egualanza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Proteggere il soggetto fragile significa, quindi, rimuovere gli ostacoli al pieno sviluppo della persona che, in un'ottica solidaristica e personalistica, comporta il riconoscimento di nuovi spazi di autonomia al soggetto fragile.

Eguaglianza sostanziale e pari dignità sociale esprimono così un progetto assiologico diretto a scongiurare ogni forma di discriminazione, valorizzando la diversità verso un percorso di reale inclusione rivolto al pieno sviluppo della persona umana.

Prendersi cura dell'altro, del soggetto che, a causa di uno stato di fragilità, non sia nelle condizioni di provvedere a se stesso in piena autonomia, impone, cioè, il superamento della cultura dello scarto e l'affermazione, piuttosto, di un diritto alla differenza che costituisce il fondamento del pluralismo.

In tale prospettiva, la funzione dell'amministrazione di sostegno non si esaurisce nella mera gestione patrimoniale, ma si estende alla cura complessiva della persona, in conformità a quanto previsto dall'art. 410 c.c., che richiede all'amministratore di agire tenendo conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario.

L'intervento giudiziale, pertanto, deve modellarsi in modo proporzionato e adeguato alle peculiarità del caso concreto, in ossequio al principio di personalizzazione dell'intervento protettivo (Perlingieri 2005).

In questi termini si è espressa la Suprema Corte affermando "L'amministrazione di sostegno costituisce uno strumento di protezione flessibile della persona priva in tutto o in parte di autonomia, che deve esse-

re modellato dal giudice tutelare in relazione alle specifiche esigenze del beneficiario e alle sue concrete condizioni di vita, al fine di assicurare la massima tutela possibile con il minor sacrificio della capacità di autodeterminazione”.

L’orientamento più recente (Perlingieri 1972, 2005; Cendon 2024; Carapezza Figlia 2024; Barba 2021) sottolinea la necessità di un’applicazione ermeneutica dell’istituto conforme ai canoni di una tutela esistenziale, che affermi il primato dell’individuo, nella sua interezza bio-psico-sociale, rispetto a ogni automatismo normativo basato sull’incapacità presunta. In tale ottica, l’istituto si configura come presidio della “persona fragile” intesa, non come soggetto passivo di tutela, bensì come titolare attivo di diritti fondamentali, da realizzarsi mediante un supporto che favorisca l’autodeterminazione in tutte le dimensioni della vita.

Il principio di non discriminazione, sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea (artt. 20, 21, 26), dalla CEDU (artt. 8 e 14) e dalla giurisprudenza costituzionale (Perlingieri 2006), impone allora una rivisitazione critica della prassi applicativa dell’amministrazione di sostegno, talvolta ancorata a paradigmi superati di protezione sostitutiva tipici di una tradizione custodialistica diretta ad isolare, piuttosto che includere, il soggetto fragile. A ciò si aggiunge la necessità di superare definitivamente gli istituti dell’interdizione e dell’inabilitazione, ormai obsoleti, sia sul piano giuridico, che etico, per consolidare un sistema orientato alla capacità ed alla autodeterminazione del soggetto fragile.

In questa direzione, strumenti innovativi come il progetto esistenziale di vita ed il patto di rifioritura assumono valenza strategica, quali strumenti giuridici e relazionali finalizzati a restituire dignità alla persona assistita, garantendo un percorso di autodeterminazione guidato e sostenuto. Tali strumenti si iscrivono in una logica di co-costruzione del percorso di cura e protezione, basata sull’ascolto attivo, sul dialogo intersoggettivo e sulla centralità del vissuto individuale.

L’effettività della protezione passa, quindi, attraverso una revisione culturale e strutturale della figura di sostegno, che da mero gestore di atti si trasforma in un compagno esistenziale, una sorta di “angelo custode” (Cendon 2005: 41) capace di interpretare, mediare e accompagnare i desideri e le esigenze del beneficiario, nel rispetto del principio di proporzionalità, adeguatezza e temporaneità dell’intervento.

L’amministrazione di sostegno si propone, dunque, come l’epicentro di una nuova stagione del diritto delle persone, fondata su un modello di protezione specifica e personalizzata, relazionale e cooperativa, in grado di armonizzare il diritto positivo con le esigenze di umanità, personalità e giustizia sostanziale (Martinelli 2005).

Esso si pone, fin da subito, nell'ottica dei suoi ideatori, come uno strumento duttile e flessibile, in grado di adattarsi alle specificità individuali, alla stregua di un abito sartoriale, “un vestito cucito su misura”, secondo un’immagine, assai nota al panorama giuridico, che ha ben saputo esprimere il suo tratto caratterizzante. “Il criterio – si afferma in dottrina – è necessariamente quello dell’inconfondibilità sartoriale, antropologica: della relatività come per Einstein. Vestiti cuciti su misura dal magistrato” (Cendon 2021: 32).

Il ripensamento teorico e applicativo dell’istituto, anche alla luce delle raccomandazioni internazionali, si impone come priorità ermeneutica per la costruzione di un diritto capace di riconoscere e valorizzare la fragilità quale dimensione esistenziale dell’umano vivere associato.

Nel contesto del rinnovato paradigma di tutela giuridica della persona in condizione di fragilità, l’articolo 427 del codice civile, così come riformulato dalla legge n. 6 del 9 gennaio 2004, si configura quale espressione normativa del principio di minima limitazione della capacità giuridica, delineando un assetto innovativo anche rispetto alla tradizionale concezione dell’interdizione.

La disposizione in parola consente, infatti, che il giudice, nel provvedimento con cui dispone l’interdizione ovvero in successivi atti, possa autorizzare l’interdetto a compiere autonomamente taluni atti di ordinaria amministrazione, ovvero a porli in essere con l’assistenza del tuteure.

Tale previsione normativa, pur non trovando ancora una sistematica applicazione nella prassi giurisprudenziale, costituisce una significativa apertura verso il riconoscimento di spazi di capacità giuridica in capo al soggetto interdetto, seppur limitati all’ambito patrimoniale (Vecchiaruti 2005), rompendo con la rigida dicotomia tra capacità e incapacità assoluta che aveva fino a quel momento connotato l’istituto. Le ragioni di questa limitata applicazione sembrano ascrivibili alla persistente vigenza di un modello protezionistico rigido ed al timore, radicato nel tessuto culturale e giuridico, di riconoscere margini di autodeterminazione alle persone dichiarate incapaci.

La riforma del 2004, con l’introduzione dell’istituto dell’amministrazione di sostegno, ha determinato una profonda revisione del sistema delle misure di protezione delle persone fragili, abbandonando la logica degli status giuridici e sostituendola con una tutela «personalizzata», in grado di modellarsi sulle specifiche condizioni, aspirazioni ed esigenze del beneficiario (Lisella 2024). In tal modo, l’incapacità giuridica cessa di essere un presupposto automatico della protezione e si configura piuttosto come ipotesi residuale, subordinata alla necessità effettiva di una sostituzione legale (Ferrando 2005; Barba 2021; Carapezza Figlia 2024).

L'amministrazione di sostegno si fonda allora su un principio di adeguatezza qualitativa della protezione, incentrata sulla concreta idoneità della misura a garantire l'assistenza necessaria, piuttosto che su un parametro quantitativo di gravità dell'infermità (Prisco 2021; Ciatti 2012). Il criterio guida non è, dunque, la mera presenza di una compromissione clinica della capacità decisionale, ma l'effettiva rispondenza dello strumento giuridico ai bisogni del soggetto fragile. In questo quadro, la dottrina e la giurisprudenza più evolute riconoscono all'amministrazione di sostegno una funzione propulsiva dell'autonomia residua, anche in presenza di condizioni cliniche gravemente invalidanti (Cendon 2002; Lisella 2024).

Il superamento di una lettura esclusivamente patologica della fragilità è stato reso possibile grazie al riferimento ermeneutico centrale all'art. 1 della legge n. 6/2004, secondo cui la finalità dell'intervento protettivo consiste nel garantire, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, il sostegno a tutte le persone che, per qualsiasi causa, si trovino nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi quotidiani.

Secondo un'interpretazione letterale delle norme codistiche si è ritenuto dover fuoriuscire dal campo di applicazione delle norme codistiche sull'amministrazione di sostegno, la fragilità indipendente da patologie di tipo clinico (Lisella 2024).

Il titolo XII del libro primo del codice civile, intitolato "Delle misure di protezione di persone prive in tutto o in parte di autonomia", all'art. 404 c.c., individua quale beneficiaria dell'amministrazione di sostegno, la persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi"; all'art. 414, nell'abituale infermità di mente che rende incapaci di provvedere ai propri interessi, il presupposto dell'interdizione, ed infine all'art. 415 c.c., nell'infermità mentale meno grave, nella prodigalità e nell'abuso di sostanze alcoliche e di stupefacenti in grado di esporre la persona o la sua famiglia a gravi pregiudizi economici, e nella sordità e cecità fin dalla nascita o dalla prima infanzia, che non hanno ricevuto una educazione sufficiente, quando idonee a rendere tali soggetti incapaci di provvedere ai propri interessi, il presupposto dell'inabilitazione.

In tal senso, l'ambito di riferimento delle misure di protezione e, in particolare, dell'amministrazione di sostegno, andrebbe circoscritto alle sole ipotesi di fragilità, da intendere come privazione totale o parziale di autonomia, dipendenti necessariamente da infermità e menomazioni psichiche (Anelli 2005) o anche solo fisiche (Lisella 2024) o addirittura necessariamente psichiche, di natura intellettuva (Carapezza Figlia 2024; Delle Monache 2004; Bonilini, Tommaseo 2008; Prisco 2021). Secondo la te-

si più rigorosa, dovrebbero cioè escludersi dall'applicazione delle misure di protezione previste dal codice, le ipotesi di fragilità prodotte da altri fattori, sia quelle dipendenti da menomazioni esclusivamente fisiche, sia quelle causate da altre condizioni non patologiche, come l'età avanzata o la prodigalità, così come le ipotesi di infermità non produttive di fragilità.

Con particolare riferimento alla prodigalità, la giurisprudenza tende oggi ad accogliere una nozione di prodigalità non legata a cause patologiche, ma connessa ad uno stile di vita fondato su futili motivi, ribadendo il seguente principio: “La prodigalità risiede in un comportamento abituale caratterizzato da larghezza nello spendere, nel regalare o nel rischiare in maniera eccessiva ed esorbitante rispetto alle proprie condizioni socio-economiche ed al valore oggettivamente attribuibile al denaro che configura autonoma causa di inabilitazione, ai sensi dell'art. 415 c.c., comma 2, indipendentemente da una sua derivazione da specifica malattia o comunque infermità, e, quindi, anche quando si traduca in atteggiamenti lucidi, espressione di libera scelta di vita, purché sia ricollegabile a motivi futili. La prodigalità di per sé non costituisce necessariamente espressione di una patologia psichica o psichiatrica e può non essere basata su una constatazione di alterazione delle facoltà mentali del beneficiario attestata da medici, ma su concrete condotte tali da porlo a rischio di indigenza”.

In merito all'anzianità, il dibattito, invero, appare condizionato dall'idea di una necessaria incapacitazione connessa alla protezione istituzionalizzata, che qui, come dimostrato, si contesta.

E così, in una prospettiva di amministrazione necessariamente incapacitante, parte della dottrina ritiene legittime per l'anziano le sole limitazioni dipendenti da uno stato di incapacità di intendere e di volere (Perlingieri 1990, 2005; Carapezza Figlia, 2024; Bonilini 2006). Muovendo dal presupposto della amministrazione non necessariamente incapacitante, si ritiene preferibile l'orientamento favorevole all'attivazione di misure di protezione in ragione dell'anzianità non patologica contrassegnata da uno stato di fragilità bisognosa di sostegno. In sostanza, si ritiene necessaria un'assistenza giuridica, oltre morale e materiale, in ragione di una “debolezza personale dell'anziano”, che tuttavia non va presunta, bensì accertata caso per caso, laddove riveli uno stato di fragilità, bisognoso di sostegno (Bianca 1998; Patti 2009; Cendon 2021).

L'interpretazione restrittiva, a ben vedere, si scontra con una lettura sistematica delle disposizioni introdotte dalla legge 2004, alla luce del riferimento all'art. 1 della legge istitutiva, quale canone ermeneutico prioritario nell'esegesi della normativa, definita dalla Suprema Corte “la Stella polare destinata ad orientare l'interprete nella esegesi della nuova disciplina”. Tale norma, nell'affermare che “la presente legge ha la finalità di tutelare, con la

minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente”, sembra chiaramente riferirsi ad ogni possibile forma di privazione, totale o parziale, di autonomia che possa in qualsiasi modo incidere, anche temporaneamente o parzialmente, nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana.

Dall'art. 1 si evince chiaramente la volontà legislativa volta a ribaltare la prospettiva, nella misura in cui si attribuisce rilievo centrale alla condizione di dipendenza, intesa come privazione totale o anche parziale di autonomia, muovendo, più che dalla causa, dall'effetto della mancanza di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana. In questa direzione la posizione di beneficiario non può che riferirsi a qualsiasi soggetto bisognoso di sostegno temporaneo o permanente, perché privo in tutto o in parte di autonomia. L'amministrazione di sostegno, andrebbe applicata, quindi, a più disparate forme di fragilità, quale che sia la causa, non necessariamente patologica, tali da rivelare la necessità di un sostegno da realizzare con la limitazione massima della incapacità di agire (Cendon 2005).

Ne deriva, allora, una concezione ampia e inclusiva della fragilità, quale presupposto del sostegno, non necessariamente correlata a condizioni cliniche certificabili, ma estesa anche a situazioni determinate da cause sociali, ambientali o relazionali. In tale prospettiva, il criterio di accesso alla misura dell'amministrazione di sostegno si identifica nell'effettiva compromissione dell'autonomia e nella conseguente esigenza di una protezione istituzionalizzata, flessibile e proporzionata.

Tale lettura si inquadra nell'ottica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, recepita dall'ordinamento italiano con legge n. 18 del 2009 che, all'art. 1 comma, si prefigge lo scopo di: “promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità” e, al secondo comma, definisce persone con disabilità “coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.

Emerge dalla Convenzione un concetto di fragilità non circoscritto alla disabilità o infermità quale menomazione psicofisica, ma esteso anche a forme di fragilità sensoriali che impediscono o ostacolano l'effettiva partecipazione sociale in piena autonomia.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità ha poi ulteriormente rafforzato tale impianto teorico, postulando che ogni interven-

to di protezione debba fondarsi sul rispetto della dignità, dell'autonomia individuale e del diritto alla piena partecipazione sociale della persona disabile. In tal senso, le misure sostitutive della capacità giuridica sono ammissibili solo laddove strettamente necessarie e funzionali all'esplicazione della personalità del soggetto, mentre devono preferirsi soluzioni che consentano l'esercizio della capacità con sostegni appropriati (Barba 2021).

L'amministrazione di sostegno si configura, pertanto, come misura privilegiata, non solo per la sua minore incidenza sulla capacità di agire, ma anche per il suo carattere di duttilità e adattabilità alle molteplici forme di fragilità. Essa si rivela idonea a fornire una risposta articolata e calibrata alle necessità del beneficiario, in assenza di una rete familiare adeguata, anche nelle ipotesi tradizionalmente riservate agli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione, come in presenza di contesti complessi (patrimoni rilevanti o conflitti familiari gravi, infermità gravi), laddove una misura maggiormente invasiva risulterebbe sproporzionata (Cendon 2021; Lisella 2024).

In questa prospettiva vanno ridefiniti i confini delle misure di protezione, la logica sottesa alla disciplina riformata impone una lettura evolutiva degli istituti tradizionali di interdizione e inabilitazione i quali, ormai, in vista di un'auspicabile abrogazione, devono comunque considerarsi soluzioni eccezionali e residuali (Delle Monache 2004; Spallarossa 2012).

L'interprete, nel valutare il ricorso a tali misure, dovrà sempre considerare prioritario il canone della tutela proporzionata e personalizzata, orientata alla valorizzazione delle risorse residue del soggetto e al contenimento delle limitazioni della capacità (Lisella 2024).

In attesa di un'auspicabile abrogazione, al momento deve ritenersi che solo quando ogni altra forma di sostegno si riveli inidonea a garantire una protezione efficace, l'interdizione potrà trovare legittima applicazione, ma in una prospettiva rigorosamente limitata e giustificata dal principio di necessità.

In questa prospettiva, l'evoluzione del sistema giuridico in materia di protezione delle persone in condizioni di fragilità ha conosciuto, negli ultimi anni, significativi sviluppi anche in altri Paesi. In questo ambito, si colloca anche la recente riforma spagnola, la quale, ampliando l'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione, estende la misura di protezione a ogni richiesta di supporto, prescindendo dall'esistenza di una patologia certificata. Tale estensione, fondata su un paradigma di inclusività e rispetto per l'autonomia individuale, è stata sostenuta da parte della dottrina promotrice dell'intervento riformatore, che ha da subito prospettato un impiego dell'istituto in ogni ipotesi di vulnerabilità meritevole di tutela, riconducibile a situazioni di disfunzionalità nella gestione della propria esistenza.

L'amministrazione di sostegno, dunque, si configura come strumento giuridico-elettivo per colmare le lacune di tutela dei soggetti deboli e per supplire all'inadeguatezza degli strumenti tradizionali di interdizione e inabilitazione (Lisella 2024). Grazie alla sua struttura intrinsecamente elastica e personalizzabile, essa può essere modellata in funzione della concreta condizione di bisogno, offrendo protezione anche in assenza di infermità mentale, rivolgendosi a condizioni psicosociali complesse quali ludopatia, dipendenze, disagio sociale, ovvero fragilità affettivo-relazionali o marginalità economica (Cendon 2021).

Nonostante le criticità segnalate da una parte della dottrina, in ordine al rischio di estensione surrettizia dell'area di applicazione di misure sostanzialmente sostitutive della capacità d'agire, tali timori appaiono neutralizzabili attraverso un corretto inquadramento sistematico dell'istituto, che esclude il rischio attraverso misure non necessariamente sostitutive della capacità di agire. Infatti, la stessa Convenzione ONU del 2006 sui diritti delle persone con disabilità impone di adottare misure proporzionate e meno limitative possibili della capacità giuridica, richiamando gli ordinamenti a un utilizzo selettivo e modulato degli strumenti giuridici disponibili (Barba 2021).

L'attenzione deve, quindi, spostarsi dal piano dell'ampiezza dei presupposti applicativi al piano della coerenza ermeneutica e dell'aderenza allo spirito della norma, che privilegia soluzioni di supporto, accompagnamento e affiancamento, piuttosto che sostitutive. In tale prospettiva, la protezione giuridica deve essere letta come processo dialogico e relazionale, incentrato sull'ascolto del beneficiario e sull'emersione della sua progettualità esistenziale.

Di particolare rilevanza appare l'introduzione di strumenti innovativi quali il progetto esistenziale di vita e il patto di rifioritura (Cendon 2021). Il primo, configurabile come documento identitario a valenza giuridico-sociale, è volto a cristallizzare aspirazioni, abitudini, desideri e necessità della persona fragile, nella prospettiva della salvaguardia della sua continuità esistenziale anche nel momento in cui venga meno il supporto familiare. Esso si struttura come documento integrativo dell'identità civile, da aggiornare nel tempo e da rendere vincolante nelle scelte assistenziali e progettuali che coinvolgano la persona fragile, nell'eventualità che la persona, normalmente il genitore, che se ne prende cura, non ci sia più.

La redazione del progetto implica il coinvolgimento di una commissione multidisciplinare, istituita presso l'ufficio dello stato civile, chiamata ad acquisire, mediante ascolto diretto e raccolta di elementi relazionali e sociali, una visione esistenziale del soggetto. Il progetto, una volta redatto, vincola i decisori pubblici e privati, prevedendo anche strumenti di reclamo in caso di disapplicazione (Cendon 2021).

Parallelamente, il patto di rifioritura si propone come accordo relazionale tra beneficiario, giudice tutelare, operatori sociali e sanitari, finalizzato a costruire un percorso dinamico di reintegrazione sociale e valorizzazione delle potenzialità residue del soggetto fragile. Esso si configura come risposta evolutiva alle rigidità della tutela tradizionale e si fonda su una metodologia dialogica e cooperativa, nella quale il beneficiario non è oggetto passivo di protezione, ma protagonista attivo del proprio percorso di vita (Cendon 2021: 29).

Entrambi gli strumenti si collocano nella traiettoria di un diritto personalizzato e inclusivo, volto a restituire centralità all'identità dinamica del soggetto e a garantire il rispetto della sua dignità in tutte le dimensioni esistenziali. In tal senso, si invoca un recupero della finalità originaria dell'amministrazione di sostegno, quale misura non standardizzata, ma sartoriale, cucita addosso alla persona, secondo logiche di razionalità proporzionale, sussidiarietà e minima interferenza nella capacità d'agire.

Nella prospettiva della piena attuazione del principio di egualianza sostanziale, ex art. 3, comma 2, Cost., la protezione delle persone fragili non può esaurirsi nella mera predisposizione di strumenti assistenziali, ma deve mirare alla valorizzazione integrale della persona umana, anche attraverso la promozione del suo benessere esistenziale. Il diritto, in tal senso, si fa carico di un compito pedagogico e promozionale: costruire le condizioni affinché ogni soggetto, anche il più vulnerabile, possa realizzare pienamente la propria vocazione esistenziale, in un contesto relazionale che ne riconosca e ne valorizzi l'unicità.

Nell'ambito dell'evoluzione normativa inaugurata dalla legge n. 6 del 2004, l'istituto dell'amministrazione di sostegno si configura, in definitiva, come espressione di un paradigma di tutela che si discosta in modo netto dalle logiche tradizionali dell'incapacità, abbracciando un modello rispettoso della soggettività e dell'autonomia della persona in condizione di fragilità.

La normativa codicistica sull'amministrazione di sostegno lascia così intravedere un modello di protezione della fragilità che si caratterizza per due principi chiave: il rafforzamento dell'autodeterminazione del soggetto fragile attraverso la minor limitazione possibile della capacità e la flessibilità del modello cucito su misura alle singole e specifiche fragilità.

In tale contesto, l'ascolto del beneficiario assurge a principio cardine del sistema, non quale mero adempimento formale, bensì come strumento sostanziale per la costruzione di un intervento conforme alle esigenze individuali, ai bisogni concreti e alle aspirazioni personali dell'amministrato (Carapezza Figlia 2024).

La centralità dell'ascolto con il beneficiario, nella prassi giurisprudenziale ormai consolidata, si è rivelata, quindi, un elemento imprescindibile

le per l'attuazione del principio di proporzionalità, previsto all'art. 404 c.c., nella modulazione delle misure limitative della capacità giuridica.

Tale orientamento si fonda su un'interpretazione sostanziale del concetto di protezione, che si declina, non già nella compressione generalizzata della capacità di agire, ma nel mantenimento, quanto più ampio possibile, della libertà decisionale del soggetto, in ossequio ai principi costituzionali di cui all'art. 2 Cost.

La funzione protettiva dell'amministrazione di sostegno, infatti, si pone in antitesi con ogni automatismo escludente e mira a salvaguardare la dignità intrinseca della persona attraverso un'azione sussidiaria, flessibile e personalizzata. In tale quadro, la finalità dell'intervento è quella di garantire l'assistenza necessaria senza disconoscere le residue capacità autodeterminative, valorizzando piuttosto l'esercizio possibile della libertà personale anche in presenza di condizioni patologiche, cognitive o ambientali che possano ridurre l'autonomia del soggetto (Gorgoni 2012; Dogliotti 2005; Spallarossa 2012).

In questa direzione, la giurisprudenza ha più volte ribadito la differenza di impostazione del provvedimento di nomina dell'amministratore di sostegno che, rispetto provvedimento di interdizione e di inabilitazione, non determina rigidamente uno status di incapacità della persona,

Del resto, come ha bene chiarito la Corte di Cassazione, la disciplina introdotta dalla legge n. 6 del 2004 «delinea una generale capacità di agire del beneficiario dell'amministrazione di sostegno, con esclusione di quei soli atti espressamente menzionati nel decreto con il quale viene istituita l'amministrazione medesima». Ne consegue che il giudice tutelare si limita, in via di principio, a individuare gli atti in relazione ai quali ne ritiene necessario l'intervento, «senza peraltro determinare una limitazione generale della capacità di agire del beneficiario»: il giudice tutelare «non si muove, come il giudice della interdizione, nell'ottica dell'accertamento della incapacità di agire della persona sottoposta al suo esame [...]», ma nella diversa direzione della individuazione, nell'interesse del beneficiario, dei necessari strumenti di sostegno con riferimento alle sole categorie di atti al cui compimento lo ritenga inidoneo» (Cass., sez. prima civ., n. 25366 del 2006).

L'istituto si fonda, allora, come si è visto, su una logica di intervento graduato e “su misura” (tailor made), un vestito cucito su misura (Cendon 2021), modellato sulle peculiarità individuali di ciascun beneficiario, che vanno da un modello di rappresentanza esclusiva o concorrente, nelle ipotesi di grave infermità, ad un modello di sostegno non incapacitante, nelle ipotesi di infermità soltanto fisica o di fragilità non dipendente da infermità. Ciò implica che l'incapacità formale, tradizionalmente contemplata

dagli strumenti dell’interdizione e dell’inabilitazione, risulti, nella maggior parte dei casi, non solo inadeguata, ma anche antitetica alla ratio stessa della tutela.

La residuale applicabilità di tali istituti, alla luce dei nuovi orizzonti disegnati dalla giurisprudenza costituzionale e di legittimità, seppure ancora possibile, a ben vedere, dunque, non appare giustificabile nemmeno nelle situazioni estreme, caratterizzate da un’assoluta assenza di capacità di discernimento, per le quali anche la misura dell’amministrazione, proprio in ragione della sua flessibilità e, dunque, estendibilità ad un modello di sostituzione rappresentativa, può rivelarsi perfettamente adeguata (Cendon 2021).

Nel contesto attuale, profondamente influenzato dalle acquisizioni della scienza medica e dalla trasformazione culturale in atto, si assiste, allora, ad un progressivo superamento del binomio capacità/incapacità, a favore di una visione incentrata sulla “capacità possibile” e sull’assistenza come forma di accompagnamento esistenziale (Ferrando 2005).

In tale direzione, quindi, il ruolo dell’amministratore di sostegno si arricchisce di nuovi contenuti: egli non si limita ad esercitare funzioni rappresentative o gestionali, ma agisce quale facilitatore di percorsi di autodeterminazione, anche nei settori più delicati della vita personale del beneficiario (Barba 2021).

Particolare rilievo assume, in tal senso, l’ambito degli atti personalissimi, nel quale l’intervento dell’amministratore deve necessariamente rispettare i confini della volontà dell’assistito, evitando qualunque forma di surrogazione indebita (Prisco 2021). Si delinea così una tensione positiva tra protezione e libertà, che trova la propria sintesi in una rimodulazione dell’intervento di protezione, volto a consentire l’emersione degli interessi esistenziali del soggetto, senza sacrificare la sua capacità di determinarsi (Lisella 2004; Bonilini 2007; Ferrando 2009; Gorgoni 2011; Zatti 2011).

L’ascolto si configura, dunque, non solo come presupposto procedurale, ma come espressione sostanziale della partecipazione del beneficiario alla costruzione della propria misura di tutela (Carapezza Figlia 2024). Il coinvolgimento attivo del soggetto, sin dalla fase introduttiva del procedimento, ne costituisce garanzia irrinunciabile: il dissenso espresso può determinare l’improcedibilità della domanda, laddove non ricorrano condizioni di gravissima compromissione psichica. L’interprete è pertanto chiamato a leggere le disposizioni della legge del 2004 nella prospettiva di una valORIZZAZIONE della soggettività e del consenso, nonché di una modulazione dinamica e dialogica dell’intervento di sostegno.

In quest’ottica, il beneficiario o il soggetto designante, ove ancora capace, conserva il potere di indicare in via anticipata l’amministratore e le mo-

dalità di esercizio del sostegno, con riferimento anche a scelte terapeutiche future, come ribadito dalla Corte di Cassazione in più occasioni (cfr. Cass. n. 4709/2018).

Un tale modello sarebbe stato peraltro normativizzato nel settore dell'autodeterminazione sanitaria, dove la legge n. 219/2017, che nel tutelare il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, prevedendo che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge, in linea con l'orientamento dottrinale e giurisprudenziale predominante, assegna all'amministratore un ruolo fondamentale nella manifestazione del consenso informato.

In linea con la nuova concezione della salute, intesa come dimensione dell'integrità e, dunque, dell'identità della persona, così come emerge dall'art. 1 della Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina, che postula una stretta connessione tra integrità ed identità, fondamentale risulta la centralità del consenso del soggetto affetto da infermità ed il suo diritto ad autodeterminarsi in relazione ai trattamenti medici ed alle scelte terapeutiche.

In quest'ottica l'istituto dell'amministrazione di sostegno si è rivelato di grande utilità, attraverso la previsione di obblighi informativi in capo all'amministratore, funzionali alla creazione di un dialogo tra beneficiario e amministratore, in grado di preservare il diritto all'autodeterminazione terapeutica del soggetto beneficiario, senza sostituirsi ad esso, quale diritto fondamentale di ogni persona umana, pur se bisognosa di sostegno, consentendogli di esprimere il "suo" consenso, altrimenti difficilmente manifestabile.

In questa direzione la nuova normativa sul c.d. Biotestamento (legge n. 219 del 2017), in linea con orientamento dottrinale e giurisprudenziale consolidato, pone a fondamento del diritto di autodeterminazione terapeutica il potere decisionale del paziente beneficiario, non anche la sua capacità, ancorando il diritto al consenso ed al dissenso dei trattamenti sanitari, gli obblighi informativi e le opzioni terapeutiche, non sulla predeterminata capacità, piuttosto sul consenso e sulla concreta condizione del beneficiario.

La legge n. 219/2017 pone, quindi, la volontà del beneficiario dell'amministrazione di sostegno al centro delle scelte terapeutiche, sancendo un vero e proprio "diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione", in tutte le ipotesi, sia in quelle in cui all'amministratore sia attribuita l'assistenza in ambito sanitario, dove l'amministratore sarà tenuto ad esprimersi insieme al beneficiario, sul consenso o sul dissenso ai trattamenti di cura; sia nel caso in cui all'amministratore di soste-

gno sia conferita la rappresentanza esclusiva del beneficiario, nel qual caso, se anche il consenso o il rifiuto dovrà essere espresso solo dall'amministratore, questi dovrà pur sempre tenere nella dovuta considerazione la volontà del proprio assistito.

In tal senso l'art. 3, comma 4, della legge n. 219, Minori e incapaci, dispone che: Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. 5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Al beneficiario viene così riconosciuto oggi il diritto all'autodeterminazione, quale diritto fondamentale comprensivo quest'ultimo, del diritto di scelta in ordine alle modalità della cura e della non cura, secondo la propria personale, esperienziale e soggettiva concezione della vita, percezione della salute e della dignità umana.

Nell'ambito delle attività esistenziali il potere di scelta del beneficiario si estende altresì a materie di particolare rilevanza personale, tra cui la scelta del luogo di residenza o l'eventuale inserimento in strutture residenziali, rispetto al quale il giudice tutelare è tenuto a valorizzare la volontà del beneficiario, quando ancora capace, in coerenza con il principio di autodeterminazione.

La dimensione partecipativa dell'amministrazione di sostegno si esplica, inoltre, in un monitoraggio costante della sua attuazione, volto a garantire l'effettiva adeguatezza delle misure rispetto all'evolversi delle condizioni e dei desideri del beneficiario, per la realizzazione dell'interesse del beneficiario che, come precisato dalla dottrina più attenta, non coincide necessariamente con il miglior interesse oggettivamente individuabile, secondo parametri socio familiari, ma con il suo interesse preferito (Barba, 2021: 446), vale a dire con quello corrispondente alla sua volontà, ai suoi desideri ed alle sue aspirazioni.

Centrale diviene, in sostanza, l'individuazione dell'interesse del beneficiario, che non sempre coincide con il miglior interesse, ma con l'interesse voluto (Carapezza Figlia 2024).

In questa direzione significativa la recente pronuncia della Cassazione, in tema di libertà sessuale del beneficiario, intesa dalla Suprema Corte come espressione di una più ampia libertà di compiere scelte esistenziali, pur se non pienamente rispondenti al suo migliore interesse, perché magari “discutibili sul piano morale o sociale, come nel caso della prostituzione”. In quest’ottica i giudici di legittimità hanno espresso il principio della premiante tutela della di libertà di autodeterminazione del beneficiario, affermando la seguente massima: “L’amministrazione di sostegno, quale strumento di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia, non può essere utilizzata per limitare indebitamente la libertà di autodeterminazione del beneficiario, dovendo essere modellata dal giudice tutelare in relazione alle specifiche esigenze del caso concreto e finalizzata al massimo sviluppo delle effettive abilità della persona. Le eventuali limitazioni della capacità di agire del beneficiario devono essere disposte solo se e nella misura in cui siano strettamente necessarie e devono risultare espresamente dal decreto di nomina. In assenza di specifiche limitazioni imposte dal giudice tutelare, il beneficiario conserva piena capacità di autodeterminazione, anche con riferimento alla libertà di spostamento e alle scelte di vita personali. Non è pertanto legittimo utilizzare il controllo sulla gestione patrimoniale per limitare indirettamente la libertà del beneficiario di compiere scelte esistenziali, quand’anche esse appaiano discutibili sul piano morale o sociale, come nel caso della prostituzione che, pur vista con disavore dall’ordinamento, non costituisce di per sé attività illecita. Analogamente, in assenza del consenso del beneficiario, non possono essere imposti trattamenti sanitari, salvo i casi di TSO previsti dalla legge, dovendo l’amministratore di sostegno, nell’esprimere il consenso informato, tenere conto della volontà del beneficiario in relazione al suo grado di capacità. L’eventuale applicazione di misure coercitive e limitative della libertà personale è consentita solo nei casi espressamente previsti dalla legge e non può essere disposta attraverso l’amministrazione di sostegno, che deve sempre perseguire la tutela degli interessi del beneficiario nel rispetto della sua dignità personale”.

L’ascolto continuo dell’amministrato non si configura, quindi, come evento episodico, ma come processo permanente di confronto e di co-costruzione del percorso di cura e di tutela.

In questa direzione, la Suprema Corte ha precisato che: “Conformemente al riferito quadro normativo nazionale e sovranazionale della materia, l’audizione personale del beneficiario dell’amministrazione di sostegno rappresenta un adempimento essenziale della procedura in esame, non solo perché rispettoso della dignità della persona che vi sia sottoposta in ragione di una qualche disabilità, ma anche perché funzionale alla realizzazio-

ne dello scopo dell’istituto dell’amministrazione di sostegno, che è quello di accertare la ricorrenza dei relativi presupposti in maniera specifica e circostanziata, sia rispetto alle concrete – e attuali – condizioni di menomazione fisica o psichica del beneficiario, sia rispetto alla loro incidenza sulla capacità del medesimo di provvedere ai propri interessi personali e patrimoniali, al fine di perimetrire i poteri gestori dell’amministratore in termini direttamente proporzionati ad entrambi i menzionati elementi, dovendo la misura risultare funzionale agli obiettivi individuali di tutela, altrimenti implicando un’ingiustificata limitazione della capacità di agire della persona. È, dunque, evidente che a tali fini vada costantemente accertata e monitorata la volontà del beneficiario, le cui dichiarazioni, opposizioni o preferenze devono essere scrupolosamente registrate e valutate dal giudice” (Cass. 25855/2022, 21887/2022, 10483/2022).

Se la finalità precipua dell’adozione della misura di protezione consiste nella salvaguardia degli interessi personali del beneficiario – piuttosto che nella tutela di posizioni giuridiche patrimoniali riconducibili a soggetti terzi – è da tali interessi che l’autorità giudiziaria deve necessariamente prendere le mosse, procedendo a un’attenta valutazione incentrata sull’ascolto effettivo del beneficiario e sulla ricerca della soluzione più idonea a realizzarne la piena effettività. In tal senso, la Suprema Corte di Cassazione ha ribadito l’obbligatorietà dell’audizione del soggetto destinatario della misura, anche qualora lo stesso sia già stato ascoltato nell’ambito di precedenti procedimenti, come quello di interdizione, configurando tale adempimento quale snodo imprescindibile del corretto iter procedimentale.

L’interessato deve, pertanto, essere posto nella condizione di partecipare in maniera attiva al processo valutativo riguardante le modalità di tutela dei propri diritti fondamentali, come chiaramente desumibile dalla previsione di cui all’art. 408 c.c., norma che riconosce al soggetto la facoltà di designare preventivamente il proprio amministratore di sostegno in previsione di un’eventuale futura compromissione della capacità di autodeterminazione. Tale disposizione, nel riconoscere la legittimità di una scelta anticipata, implica a fortiori la necessità di garantire al beneficiario la possibilità di esprimere un eventuale dissenso all’instaurazione della procedura, laddove egli risulti ancora in grado di autodeterminarsi, sebbene affetto da condizioni di fragilità che rendano difficoltosa la gestione del proprio patrimonio. In tali ipotesi, l’interesse patrimoniale di terzi, come i familiari, non può prevalere sulla prioritaria esigenza di tutela della dignità personale del beneficiario.

Ne consegue che un’opposizione motivata da parte del beneficiario all’apertura della procedura ex art. 404 c.c. non può essere aprioristicamente disattesa dal giudice, specie laddove emerga l’esistenza di un contesto

familiare coeso e capace di garantire un'adeguata rete di supporto conforme alla volontà dell'interessato. La Corte di legittimità ha, a tal proposito, precisato che il dissenso espresso da un soggetto pienamente lucido deve costituire oggetto di attenta ponderazione da parte del giudice, il quale è chiamato a verificare se le esigenze di cura e protezione possano essere soddisfatte mediante strumenti alternativi all'amministrazione di sostegno, quali l'attribuzione di deleghe o il ricorso a forme di supporto informale all'interno della cerchia familiare o amicale.

In tale prospettiva, l'eventuale contrarietà del beneficiario all'instaurazione della misura deve essere oggetto di rigorosa valutazione ognivolta sussista la possibilità concreta di perseguire i medesimi fini protettivi mediante l'utilizzo di strumenti negoziali meno invasivi. Tale approccio è perfettamente in linea con l'indirizzo normativo delineato da recenti interventi riformatori, come quello introdotto nell'ordinamento spagnolo, che privilegiano soluzioni fondate sull'autonomia e sulla volontà del soggetto debole, piuttosto che sull'imposizione autoritativa di misure limitative.

Lungo questa linea interpretativa si collocano le più significative criticità riscontrate in sede applicativa, che in taluni casi hanno determinato una compressione pressoché totale degli spazi di libertà individuale, giungendo sino a precludere al beneficiario la possibilità di mantenere relazioni affettive e sociali significative. Emblematica, in tal senso, è la condanna inflitta dalla Corte europea dei diritti dell'uomo allo Stato italiano per violazione dell'art. 8 della Convenzione EDU, che tutela il diritto al rispetto della vita privata e familiare, nonché degli articoli 14 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e delle garanzie costituzionali in materia di libertà personale.

Si tratta del noto caso giudiziario del ricovero forzato di un anziano beneficiario dell'amministrazione di sostegno presso le strutture di assistenza sanitaria (RSA) per ragioni di prodigalità, che evidenzia chiaramente, come affermato dalla Corte europea, un abuso dell'istituto dell'amministrazione di sostegno, abuso riferibile piuttosto che all'esistenza dei presupposti di attivazione della misura protettiva, alla sua corretta applicazione.

L'emergere di simili disfunzioni ha talvolta comportato un vero e proprio utilizzo distorto della flessibilità propria dell'istituto dell'amministrazione di sostegno, tradendone la ratio originaria e snaturandone la funzione. La prassi giudiziaria ha, in non pochi casi, evidenziato una scarsa considerazione per la volontà del beneficiario, ignorando il principio, più volte affermato dalla giurisprudenza sovranazionale, secondo cui ogni misura di protezione adottata nei confronti di un soggetto in grado di manifestare la propria volontà deve, nei limiti del possibile, rispecchiarne i desideri.

La volontà contraria del beneficiario, afferma la Cassazione, “ove provenga da una persona lucida non può non essere tenuta in considerazione dal giudice sia rispetto all’incidenza della stessa sulla sua capacità di provvedere ai propri interessi personali o patrimoniali, verificando la possibilità, in concreto, che tali esigenze possano essere attuate anche con strumenti diversi come, ad esempio avvalendosi, in tutto o in parte, di un sistema di deleghe o di un’adeguata rete familiare”.

L’emersione di tali criticità, è sconfinato, talvolta, come rilevato dalla Corte europea, in un vero e proprio abuso della flessibilità dell’istituto dell’amministrazione di sostegno.

La prassi ha registrato, infatti, una pericolosa violazione dei suoi presupposti fondanti che, come si è visto, si basano sulla centralità ed essenzialità dell’ascolto del beneficiario, elemento indispensabile per la valutazione dei suoi interessi. In particolare, diverse sono state le volte in cui non si dato il giusto riconoscimento all’autodeterminazione del beneficiario, in ordine alla stessa valutazione dei suoi interessi, contravvenendo alla ratio dell’istituto, se è vero come afferma la Corte europea che “qualsiasi misura di protezione adottata nei confronti di una persona capace di esprimere la propria volontà deve, per quanto possibile, rispecchiare i suoi desideri”.

In particolare, come più volte sottolineato dalla Suprema Corte, con riferimento, per esempio, alle decisioni relative ai trattamenti di natura sanitaria ed all’eventuale rifiuto di cure, il designante, il quale si trovi ancora nella pienezza delle proprie facoltà cognitive e volitive, mantiene il potere di impartire delle direttive vincolanti sulle decisioni sanitarie o terapeutiche da far assumere in futuro all’amministratore designato. Allo stesso modo, l’ascolto del beneficiario, che sia nel possesso delle capacità volitive ed intellettive, anche se affetto da menomazioni fisiche o da fragilità di ordine psicologico, legate per esempio, come si è visto, ad una tendenza alla prodigalità, diviene un presupposto essenziale per l’adozione di misure di protezione restrittive, come il ricovero in una struttura di assistenza sanitaria.

In conclusione, la configurazione attuale dell’amministrazione di sostegno rappresenta il frutto di una maturazione normativa, giurisprudenziale e culturale, orientata a ricomporre la tutela giuridica con il rispetto della persona nella sua integralità. Essa si radica nei principi costituzionali di solidarietà, egualianza sostanziale e dignità della persona e trova la propria realizzazione nella ricerca di un equilibrio sempre rinnovato tra protezione e libertà, attraverso strumenti flessibili, proporzionati e personalizzati, capaci di rispondere in modo puntuale e umano alla complessità delle fragilità contemporanee.

Riferimenti bibliografici

- Anelli F. (2005), *Il nuovo sistema delle misure di protezione delle persone prive di autonomia*, in «Jus. Rivista di Scienze Giuridiche», 1-2, pp. 196 ss.
- Barba V. (2021), *Persone con disabilità e capacità*, art. 12 della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e diritto civile italiano, in «Rassegna di diritto civile», pp. 419 ss.
- Bianca C.M. (1998), *Senectus ipsa morbus?*, in «Rassegna di diritto civile», pp. 241 ss.
- Bonilini G. (2006), *L'anzianità non può giustificare, da sola, l'attivazione dell'amministrazione di sostegno*, in «Famiglia, persone e successioni», pp. 333 ss.
- Bonilini G. (2007), *Dell'amministrazione di sostegno*, a cura di G. Bonilini, A. Chizzini, CEDAM, Padova.
- Bonilini G., Tommaseo F. (2008), *Dell'amministrazione di sostegno*, in G. Bonilini, F. Tommaseo, in *Il Codice Civile. Commentario fondato da P. Schlesinger e continuato da F.D. Busnelli*, Giuffrè, Milano, pp. 89 ss.
- Carapezza Figlia G. (2024), *Amministrazione di sostegno: una rilettura assiologica*, in «Rassegna di diritto civile», pp. 817 ss.
- Cendon P. (2002), *La riforma dell'interdizione e dell'inabilitazione*, in S. Patti (a cura di), Giuffrè, Milano, p. 38.
- Cendon P. (2005), *Un altro diritto per i soggetti deboli. L'amministrazione di sostegno e la vita di tutti i giorni*, in Ferrando G. (a cura di), *L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione dei soggetti deboli*, Giuffrè, Milano.
- Cendon P. (2021), *Persone fragili, diritti civili*, in Nuova giurisprudenza civile commentata, p. 168.
- Cendon P. (2021), *Persone fragili, diritti civili*, Cendon Book Saggi, Milano.
- Cendon P. (2021), *Rifiorire. Storie e pensieri sul diritto alla felicità*, Corsiero Editore, Reggio Emilia.
- Cendon P. (2024), *Variazioni sulla fragilità umana*, in *Il diritto della famiglia e delle persone*.
- Ciatti A. (2012), *I trattamenti sanitari terapeutici alla persona (totalmente) incapace e l'amministrazione di sostegno*, in «Giurisprudenza italiana», p. 2280 ss.
- Delle Monache S. (2004), *Prime note sulla figura dell'Amministrazione di sostegno: profili di diritto sostanziale*, in «Nuova giurisprudenza civile commentata», II, p. 39.
- Dogliotti M. (2005), *L'amministrazione di sostegno*, in G. Ferrando (a cura di), *L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione dei soggetti deboli*, Giuffrè, Milano.
- Ferrando G. (2005), *Introduzione*, in G. Ferrando (a cura di), *L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione dei soggetti deboli*, Giuffrè, Milano.
- Ferrando G. (2009), *Amministrazione di sostegno e rifiuto di cure*, in «Famiglia e diritto», 3, p. 277.

- Gorgoni A. (2011), *Amministrazione di sostegno e trattamenti sanitari*, in «Persona e mercato», 4, p. 289; anche in «Europa e diritto privato», 2012, 2, p. 547.
- Gorgoni A. (2012), *L'autonomia del beneficiario*, Cedam, Padova.
- Lisella G. (2024), *L'amministrazione di sostegno. Itinerario di una esperienza di studio*, Pisa, pp. 29 ss.
- Martinelli P. (2005), *Interdizione e amministrazione di sostegno*, in G. Ferrando (a cura di), *L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione dei soggetti deboli*, Giuffrè, Milano.
- Patti S. (2009), *Senilità e autonomia negoziale della persona*, in «Famiglia, persone e successioni», p. 261.
- Perlingieri P. (1972), *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Perlingieri P. (1990), *Diritti della persona anziana. Diritto civile e stato sociale*, in «Rassegna di diritto civile», p. 361 ss.; ora in Perlingieri P., *La persona e i suoi diritti. Problemi del diritto civile*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2005, p. 347.
- Perlingieri P. (2005), *La persona e i suoi diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Perlingieri P. (2006), *Il diritto civile nella legalità costituzionale secondo il sistema italo-comunitario delle fonti*, III ed., Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Prisco I. (2021), *Amministrazione di sostegno e atti personalissimi*, in «Quaderni del foro napoletano», Napoli.
- Rodotà S. (2010), *Antropologia dell'“homo dignus”*, in «Rivista critica di diritto privato», pp. 547 ss.
- Scalisi V. (2005), *Categorie e istituti del diritto civile nella transizione al postmoderno*, Giuffrè, Milano.
- Spallarossa M.R. (2012), *La persona da proteggere*, in G. Ferrando (a cura di), *Amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione, incapacità naturale. Dottrina, casi e sistemi*, Zanichelli, Bologna, p. 18 ss.
- Vecchiarutti A. (2005), *Gli atti del beneficiario dell'amministrazione di sostegno. Questioni di validità*, in G. Ferrando (a cura di), *L'amministrazione di sostegno. Una nuova forma di protezione dei soggetti deboli*, Giuffrè, Milano.
- Zatti P. (2011), *Principi e forme di governo del corpo*, in S. Rodotà, P. Zatti (a cura di), *Trattato di biodiritto. Il governo del corpo*, Giuffrè, Milano, pp. 99 ss.

9. Università e welfare responsabile: profili di diritto amministrativo della cura e della co-progettazione pubblica

di *Annalisa Lorito*

9.1. Premessa

Nel dibattito contemporaneo sui margini di cura, l'università pubblica occupa una posizione di confine: è parte integrante dell'amministrazione dello Stato, ma anche comunità di ricerca e di formazione, luogo in cui la conoscenza si intreccia con la vita sociale. In quanto istituzione pubblica, questa esercita funzioni che incidono sulla qualità della democrazia e in quanto spazio di sapere, genera relazioni, produce senso e costruisce cittadinanza. La tradizione europea dell'università ha radici antiche. L'idea humboldtiana della comunità del sapere e la visione newmaniana dell'università come luogo di formazione integrale dell'essere umano testimoniano una vocazione che, ancora oggi, orienta il ruolo delle istituzioni accademiche: produrre conoscenza e, al tempo stesso, contribuire al benessere collettivo. Nell'età della complessità, tale vocazione assume nuove forme e nuove responsabilità. L'università non è più soltanto un centro di elaborazione scientifica o di trasmissione culturale, ma diventa attore sociale, soggetto amministrativo che partecipa alla costruzione di politiche pubbliche fondate sull'inclusione e sulla prossimità. L'amministrazione universitaria rappresenta, pertanto, il volto istituzionale di questa responsabilità. Attraverso procedure, regolamenti, convenzioni e progetti, traduce i principi costituzionali di uguaglianza sostanziale e di buon andamento (artt. 3 e 97 Cost.) in azioni concrete. L'efficacia amministrativa non si misura soltanto nella rapidità dei procedimenti o nella correttezza formale degli atti, ma nella capacità di prendersi cura dei processi, garantendo equità, trasparenza e accesso. Ogni decisione, ogni documento amministrativo, ogni protocollo di intesa può essere letto come gesto di cura istituzionale, in cui la norma incontra la persona. L'autonomia riconosciuta dall'art. 33 della Costituzione non è distanza, ma impegno. Significa libertà di ricerca e di insegnamen-

to, ma anche responsabilità nel tradurre tale libertà in beneficio per la collettività. Come osservano Cesareo e Pavesi (2019), il paradigma del welfare responsabile invita a superare l'idea di un'amministrazione che protegge dall'alto, in favore di una governance che coinvolge, ascolta e coopera. In questa prospettiva, l'università è chiamata a essere non solo centro di sapere, ma anche agente di trasformazione sociale. L'esperienza dell'Università degli Studi di Palermo ne offre una testimonianza concreta. Negli ultimi anni, l'Ateneo ha rafforzato la propria presenza nelle reti territoriali, promuovendo progetti condivisi con enti pubblici, associazioni e realtà del terzo settore. Progetti come *Re-Care: Ricostruire Salute e Cura* mostrano come la dimensione amministrativa possa essere spazio di relazione, facilitando la collaborazione e rendendo visibile l'impatto sociale dell'azione universitaria nel territorio. L'università si trova oggi a interpretare un ruolo che non è più soltanto accademico, ma civico attraverso ad esempio la Terza Missione. È un presidio di welfare cognitivo e culturale, un laboratorio in cui la conoscenza si fa infrastruttura di comunità. In tale orizzonte, la cura non è un gesto individuale, ma un principio istituzionale: un modo di amministrare che tiene insieme la competenza tecnica e l'attenzione alle persone, l'efficienza organizzativa e la giustizia sociale. Da qui nasce la riflessione che attraversa tutto il contributo, ossia l'università pubblica come amministrazione che cura.

9.2. Il fondamento costituzionale: tra autonomia e responsabilità

L'università pubblica opera all'interno di un quadro costituzionale in cui si intrecciano due principi cardine: autonomia e responsabilità. L'articolo 33 della Costituzione riconosce l'autonomia delle università come espressione della libertà di insegnamento, di ricerca e di organizzazione. Si tratta di una libertà che non appartiene solo ai singoli docenti, ma all'intera comunità accademica, chiamata a custodire la propria indipendenza nel rispetto dei fini pubblici che ne giustificano l'esistenza. L'autonomia universitaria non coincide con un'autarchia istituzionale, né rappresenta una prerogativa autoreferenziale. È, piuttosto, una forma di libertà funzionale al perseguimento dell'interesse generale, un equilibrio delicato tra auto-determinazione e servizio pubblico. Come osserva Cerulli Irelli (2020), l'università è un modello di amministrazione di risultato, nel quale la qualità dell'azione non si misura soltanto attraverso parametri procedurali, ma nella capacità di produrre conoscenza utile, equità e coesione sociale. L'articolo 97 della Costituzione, che richiama i principi di buon andamento e imparzialità, completa e orienta questa visione. Nel contesto universitario, il

buon andamento assume un significato che travalica la dimensione tecnica: non riguarda solo l'efficienza gestionale, ma la cura dei processi, la capacità di garantire trasparenza e partecipazione, l'attenzione ai bisogni di chi vive l'università come luogo di formazione e di crescita. L'imparzialità, a sua volta, non si esaurisce nella neutralità formale, ma si traduce nella costruzione di un ambiente equo, inclusivo e aperto alla pluralità delle voci. Accanto a questi principi, l'articolo 118, ultimo comma, introduce la sussidiarietà orizzontale, invitando le istituzioni pubbliche a favorire l'iniziativa autonoma dei cittadini nello svolgimento di attività di interesse generale. Come evidenzia Vesperini (2019), la sussidiarietà ha trasformato la concezione del diritto amministrativo, spostando il baricentro dalla centralità dell'autorità al valore della cooperazione. L'università, in questo orizzonte, trova la propria naturale collocazione: è amministrazione di prossimità, laboratorio civico dove la conoscenza diventa strumento di partenariato e di innovazione sociale. In questa cornice, l'autonomia universitaria assume un significato dinamico. È chiamata a dialogare con le politiche pubbliche, a interpretare i bisogni emergenti dei territori e a promuovere modelli organizzativi fondati sulla responsabilità diffusa. L'azione amministrativa diventa così uno spazio di corresponsabilità collettiva, dove la legalità non si riduce a conformità alla norma, ma si configura come etica della relazione tra istituzioni e cittadini. L'esperienza dell'Università degli Studi di Palermo esemplifica questo equilibrio tra autonomia e responsabilità. Le numerose collaborazioni avviate con gli enti del territorio – tra cui protocolli con enti del terzo settore – rappresentano modalità concrete di attuazione dei principi costituzionali. Attraverso tali strumenti, l'Ateneo partecipa alla definizione di politiche di salute, di formazione e di inclusione, ponendosi come parte attiva del welfare locale. L'università pubblica, dunque, non è un corpo separato dalla società, ma un attore istituzionale che traduce i valori costituzionali in pratiche di amministrazione relazionale. L'autonomia è responsabilità, la responsabilità è cura, e la cura diventa la misura più autentica dell'agire amministrativo.

9.3. L'Università come amministrazione pubblica relazionale

Negli ultimi decenni, il diritto amministrativo ha progressivamente abbandonato la logica dell'autorità per orientarsi verso un modello fondato sulla cooperazione e sulla partecipazione. L'università pubblica rappresenta uno dei luoghi in cui tale trasformazione si manifesta con maggiore chiarezza. È un'amministrazione che vive nella relazione: il rapporto tra potere e servizio viene ridefinito alla luce della sussidiarietà e della costruzione

ne condivisa del bene comune. La funzione amministrativa non si riduce più all'adozione di atti o all'erogazione di servizi, ma si configura come processo di interazione continua con la comunità. L'università dialoga con studenti, personale, istituzioni locali, organizzazioni sociali e cittadini, diventando un punto di connessione tra conoscenza e società. In tale prospettiva, la legittimità dell'azione pubblica non deriva unicamente dall'osservanza della norma, ma dalla capacità di generare fiducia, trasparenza e coesione (Arena, Iaione, 2012). L'amministrazione universitaria, quando è relazionale, assume il compito di creare contesti di fiducia istituzionale. Tale prospettiva si iscrive nel solco del cosiddetto diritto amministrativo collaborativo, sviluppatisi negli ultimi anni attorno alla dottrina dell'amministrazione condivisa (Arena 2006; Cortese 2023), che riconosce nella cooperazione tra istituzioni e cittadini un modello evolutivo di legalità partecipata e di responsabilità pubblica. Ogni bando, ogni procedura, ogni progetto rappresenta un'occasione per rafforzare il legame tra istituzione e comunità. La qualità dell'azione non si misura solo nei tempi o nei risultati, ma nel modo in cui i processi vengono costruiti e condivisi. Come sostiene Cassese (2021), l'amministrazione contemporanea deve saper coniugare rigore giuridico e apertura dialogica, poiché il buon governo nasce dall'incontro tra norma e fiducia. In tale senso, la dimensione relazionale si intreccia con l'idea di *accountability* sociale, intesa come dovere di rendere conto non solo dei risultati, ma anche del senso dell'agire amministrativo. Bilanci sociali, documenti di sostenibilità e report di impatto sono strumenti attraverso i quali l'università restituisce alla collettività la misura del proprio contributo al bene comune. La valutazione dell'efficacia non si limita agli indicatori di performance, ma considera l'impatto culturale e sociale dei processi educativi e amministrativi. L'università pubblica, dunque, è un'amministrazione che ascolta e apprende. I servizi per gli studenti, gli sportelli per la disabilità, i centri di orientamento, i laboratori di cittadinanza attiva e i progetti di inclusione rappresentano luoghi amministrativi di cura, dove la norma incontra la persona. Non si tratta soltanto di erogare prestazioni, ma di costruire relazioni di fiducia e responsabilità condivisa. L'esperienza dell'Università degli Studi di Palermo testimonia questa prospettiva. In particolare, il Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni Internazionali ha consolidato negli anni la propria presenza nei processi di innovazione sociale attraverso partenariati con enti locali, aziende sanitarie e organizzazioni del terzo settore. Tra le iniziative più significative si collocano i *Protocolli d'intesa* con enti del terzo settore per la promozione del benessere comunitario, i progetti *Re-Care*, *Includo* ed altri dedicati alla costruzione di percorsi di salute e inclusione. L'università si configura così come piattaforma pubblica di coesione territoriale, ca-

pace di integrare competenze scientifiche, amministrative e sociali. La legalità, quando si fa relazione, smette di essere una barriera e diventa un luogo d'incontro: non impone, ma accompagna; non separa, ma costruisce fiducia. È in questa prospettiva che, come ricordano Sorace (2018) e Sciallo (2022), il diritto amministrativo contemporaneo trova la sua misura più autentica: nell'equilibrio tra rigore e umanità, nella capacità di un'amministrazione di essere prossima, dialogante e degna di fiducia. La governance universitaria diventa, in questa prospettiva, una forma di cura del sapere. Ogni atto amministrativo, ogni decisione gestionale, ogni accordo di partenariato contribuisce alla costruzione di una conoscenza che non si esaurisce nell'aula o nel laboratorio, ma si estende alla città e ai suoi abitanti. L'università pubblica non solo produce conoscenza, ma la restituisce come bene comune, trasformando la cultura amministrativa in esperienza di cittadinanza e di giustizia.

9.4. La co-progettazione universitaria come pratica di cura

La co-progettazione rappresenta una delle espressioni più significative del diritto amministrativo collaborativo. Con il decreto legislativo 117 del 2017, il legislatore ha introdotto, agli articoli 55-57 del Codice del Terzo Settore, un modello di azione pubblica fondato sulla collaborazione paritaria tra amministrazioni e soggetti della società civile. La norma, come ha osservato Arena (2006), segna un passaggio culturale prima ancora che giuridico: i bisogni collettivi non vengono più affrontati secondo logiche competitive o meramente procedurali, ma attraverso la costruzione condivisa di soluzioni. Per un'università pubblica, la co-progettazione è al tempo stesso una sfida e un'opportunità. Consente di tradurre la missione istituzionale di ricerca, formazione e terza missione in una funzione di cura territoriale, capace di mettere in relazione competenze scientifiche, risorse amministrative e reti comunitarie. Non si tratta di un'eccezione alla legalità, ma di una forma più matura del suo esercizio, in cui il principio di sussidiarietà orizzontale (art. 118 Cost.) si coniuga con quello di buon andamento (art. 97 Cost.), generando un'amministrazione dialogica e aperta, in grado di favorire processi di innovazione sociale. All'interno dell'Università degli Studi di Palermo, molte esperienze testimoniano la concretezza di questo approccio. Le collaborazioni avviate tra il Scienze Politiche e delle Relazioni internazionali e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, nell'ambito del progetto *Re-Care*, dedicati alla salute mentale comunitaria e all'inclusione sociale, rappresentano un esempio concreto di co-progettazione amministrativa: un accordo di collaborazione amministrativa e

scientifica che ha dato vita a percorsi di formazione congiunta per operatori e studenti, oltre che a laboratori di ricerca-azione dedicati alla presa in carico integrata delle vulnerabilità. In queste pratiche, l'amministrazione universitaria non svolge un ruolo meramente esecutivo, ma diventa attore mediatore, capace di tradurre le esigenze sociali in progetti condivisi e di restituire la complessità della realtà attraverso linguaggi amministrativi comprensibili e inclusivi. La co-progettazione, in questo senso, non è soltanto una procedura, ma un modo di amministrare: un processo di apprendimento reciproco in cui le competenze scientifiche e le istanze sociali si incontrano per generare valore pubblico. Come evidenzia Zito (2021), la co-progettazione impone una revisione della cultura organizzativa delle amministrazioni pubbliche. Richiede di superare la logica della separazione tra “uffici” e “territorio”, tra “regole” e “relazioni”, per costruire una burocrazia empatica, capace di coniugare professionalità e ascolto. L'università pubblica, in quanto amministrazione dotata di autonomia e competenza, può essere laboratorio privilegiato di questa trasformazione: uno spazio in cui la legalità diventa pratica di cura collettiva, e la cura diventa esercizio concreto di responsabilità amministrativa. In tale prospettiva, la co-progettazione non è soltanto uno strumento operativo, ma una categoria etica del diritto amministrativo. Essa restituisce alla dimensione giuridica la sua vocazione originaria: creare legami, riconoscere bisogni, dare forma a un bene comune. La collaborazione tra università, istituzioni e cittadini dimostra che l'amministrazione può essere luogo di fiducia, non di distanza; di prossimità, non di controllo. È nella co-progettazione, infatti, che l'università riscopre la propria identità di soggetto pubblico generativo, capace di mettere la competenza al servizio della giustizia sociale.

9.5. Prospettive

Il percorso che attraversa l'università pubblica come attore del welfare responsabile conduce a ripensare la stessa nozione di amministrazione. Nel tempo presente, assegnato da complessità organizzativa, trasformazioni tecnologiche e nuove vulnerabilità sociali, l'azione amministrativa non può limitarsi a garantire legalità formale e adempimenti procedurali. È chiamata a esprimere una forma di cura pubblica, capace di tenere insieme competenza, giustizia ed empatia. Il diritto amministrativo, in questa prospettiva, non è solo un insieme di regole, ma un linguaggio che traduce i principi costituzionali in pratiche quotidiane. La cura, intesa come attenzione alla persona e al contesto, diventa una categoria interpretativa che permette di leggere le funzioni amministrative come atti di responsabilità relaziona-

le. Ciò vale, in particolare, per l'università pubblica, che esercita il proprio ruolo in una duplice dimensione: come ente di produzione e trasmissione del sapere, e come amministrazione che organizza, gestisce e accompagna processi di formazione, inclusione e innovazione. L'esperienza dell'Università degli Studi di Palermo, e del DEMS in particolare, con i suoi protocolli e progetti condivisi, dimostra che il diritto amministrativo della cura non è un'astrazione teorica, ma una pratica concreta. Le convenzioni con enti pubblici e con organizzazioni del terzo settore, i laboratori di ricerca-azione e le esperienze di co-progettazione testimoniano un modo diverso di intendere la legalità: non come vincolo, ma come cornice generativa, capace di garantire fiducia e di rendere effettivi i diritti sociali. Come sottolinea Sciullo (2022), l'amministrazione che riconosce la centralità della persona supera la logica del comando e abbraccia quella della relazione giuridica solidale. In questa direzione, il diritto amministrativo della cura non sostituisce il diritto positivo, ma ne approfondisce il senso, riconducendolo alla sua funzione originaria di governo equo e partecipato della cosa pubblica. La cura amministrativa implica, inoltre, un ripensamento della formazione del personale pubblico. Insegnare a gestire procedimenti o a redigere atti non è più sufficiente; occorre formare alla sensibilità istituzionale, alla lettura dei bisogni e alla costruzione di relazioni di fiducia. In questo, l'università ha un ruolo decisivo: non solo come luogo di apprendimento tecnico, ma come comunità educante, dove si impara la cittadinanza amministrativa. Infine, la prospettiva della cura richiama una dimensione etica e pubblica dell'autonomia universitaria. L'autonomia non è isolamento, ma responsabilità verso la società. È la libertà di agire secondo la propria missione educativa e scientifica, sapendo di essere parte di una rete di doveri e relazioni che costituiscono la sostanza stessa dello Stato democratico. In tale orizzonte, il diritto amministrativo della cura si configura come una nuova grammatica dell'azione pubblica, capace di unire rigore giuridico e impegno civile, norma e prossimità, competenza e ascolto. L'università, luogo della conoscenza e dell'amministrazione, può così tornare ad essere il laboratorio più autentico di quella fiducia istituzionale su cui si fonda la vita democratica.

Riferimenti bibliografici

- Arena G. (2006), *Cittadini attivi. Un altro modo di pensare l'Italia*, Laterza, Bari.
Arena G., Iaione C. (2012), *L'età della condivisione. La collaborazione come nuovo paradigma dell'amministrazione pubblica*, Carocci, Roma.
Arena G. (2023), *La collaborazione come metodo. Cittadini e istituzioni per la cura condivisa dei beni comuni*, Carocci, Roma.

- Battini S. (2015), *Amministrazioni nazionali e Unione Europea*, Il Mulino, Bologna.
- Cassese S. (2021), *Il buon governo. L'età dei doveri*, Mondadori, Milano.
- Cerulli Irelli V. (2020), *Diritto amministrativo e valore pubblico*, Giappichelli, Torino.
- Cesareo V., Pavesi N. (2019), *Il welfare responsabile alla prova*, Vita e Pensiero, Milano.
- Cortese F. (2023), *Diritto amministrativo e società della fiducia*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- Humboldt W. von (1810), *Über die innere und äußere Organisation der höheren wissenschaftlichen Anstalten in Berlin*, trad. it. in *Scritti sull'educazione*, La Nuova Italia, Firenze.
- Newman J.H. (1852), *The Idea of a University*, Longman, London.
- Sciullo G. (2022), *Amministrazione, persona e diritti sociali*, Giappichelli, Torino.
- Sciullo G. (2024), *Persona, istituzioni e amministrazione della prossimità*, Giappichelli, Torino.
- Sorace D. (2018), *Il diritto amministrativo tra regole e valori*, Il Mulino, Bologna.
- Sorace D. (2023), *L'amministrazione pubblica tra competenza e cura*, Il Mulino, Bologna.
- Vesperini G. (2019), *L'autonomia universitaria tra diritto e responsabilità pubblica*, in «Rivista trimestrale di diritto pubblico», LXIX, n. 3, pp. 431-458.
- Vesperini G. (2024), *Autonomia e responsabilità delle università pubbliche nel nuovo quadro del PNRR*, in «Rivista trimestrale di diritto pubblico», pp. 311-334.
- Zito A. (2021), *La co-progettazione nella pubblica amministrazione: profili giuridici e implicazioni sociali*, FrancoAngeli, Milano.

Gli Autori e le Autrici

Caterina Cortese è Sociologa, responsabile dell’Osservatorio della Federazione italiana degli organismi che lavorano con le persone senza dimora (fio.PSD); e-mail: caterina.cortese@fiopsd.org.

Agnese Ciulla è Operatrice sociale, facilitatrice territoriale, formatrice e consulente, social policy della Federazione italiana organismi per le persone senza dimora (fio.PSD); e-mail: agnese.ciulla@fiopsd.org.

Anna Maria Rita Culotta è Psicoterapeuta familiare, mediatrice Familiare, perfezionata in psicologia giuridica forense e Referente Area Promozione Umana della Caritas Diocesana di Palermo; e-mail: an.cullotta@gmil.com.

Vincenzo D’Amico è Assegnista di ricerca in Sociologia dei fenomeni politici presso il Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni internazionali, Università degli Studi di Palermo; e-mail: vincenzo.damico01@unipa.it.

Laura Fucà è Medico psichiatra presso il Centro Salute Mentale di Palermo 1, ASP 6; e-mail: laura.fuca@asppalermo.org.

Maddalena Floriana Grassi è Assistente sociale, Dottoressa di ricerca in Sociologia generale; collabora con la Federazione italiana organismi per le persone senza dimora (fio.PSD); e-mail: floriana.grassi@fiopsd.org.

Annalisa Lorito è Responsabile amministrativa del Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni internazionali dell’Università degli Studi di Palermo; e-mail: annalisa.lorito@unipa.it.

Chiara Majorana è Dirigente Pedagogista presso il Dipartimento di Salute Mentale, ASP 6 Palermo; e-mail: chiaramajorana@asppalermo.org.

Gabriella Marcatajo è Associata di Diritto Privato presso il Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni internazionali, Università degli Studi di Palermo; e-mail: gabriella.marcatajo@unipa.it.

Renzo Moraccini è Psichiatra responsabile del Centro Salute Mentale AUSL Bologna; e-mail: renzo.muraccini@ausl.bologna.it.

Giuseppina Tumminelli è Associata di Sociologia dei fenomeni politici presso il Dipartimento di Scienze Politiche e delle Relazioni internazionale, Università degli Studi di Palermo; e-mail: santagiuseppina.tumminelli@unipa.it.

Questo LIBRO



ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:

www.francoangeli.it/opinione



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR
Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche
Didattica, scienze
della formazione
Economia,
economia aziendale
Sociologia
Antropologia
Comunicazione e media
Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio
Informatica, ingegneria
Scienze
Filosofia, letteratura,
linguistica, storia
Politica, diritto
Psicologia, benessere,
autoaiuto
Efficacia personale
Politiche
e servizi sociali

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze



TEORIA E RICERCA

Margini di cura. Prospettive sull'intersezione tra homelessness, abitare e interventi socio-sanitari esplora le zone liminali in cui si incontrano esclusione sociale, pratiche di cura e politiche abitative. Il volume nasce da una riflessione collettiva che analizza la condizione delle persone senza dimora, spesso escluse anche dai circuiti dell'assistenza e della cura. I "margini" non sono solo luoghi fisici o sociali, ma spazi simbolici dove si rinegoziano rapporti tra istituzioni, vulnerabilità e sistemi di welfare. Attraverso l'esperienza del progetto Re-Care, il testo mette in luce il potenziale trasformativo di approcci integrati e territoriali, capaci di valorizzare le risorse locali e costruire percorsi personalizzati verso l'autonomia. Le analisi proposte mostrano come interconnessione, responsabilità condivisa e sussidiarietà orizzontale possano generare nuove visioni di welfare più inclusive, sensibili ai bisogni complessi e radicate nei contesti di vita. Un libro corale, che nella cornice del "welfare responsabile", invita a ripensare le politiche pubbliche e le pratiche professionali.

Giuseppina Tumminelli è Professoressa Associata di Sociologia dei fenomeni politici presso il Dipartimento di Scienze politiche e delle Relazioni internazionali dell'Università degli Studi di Palermo.