

# Diritto alla salute e all'abitazione: quali percorsi per le persone senza dimora?





## Indice generale

Introduzione .....	4
Dimensione abitativa .....	5
Housing first in Toscana.....	5
Senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana.....	11
La scelta del tema e gli obiettivi della ricerca.....	11
Gli obiettivi della ricerca .....	13
Risultati .....	14
Il quadro nazionale, regionale e locale: numeri e misure.....	15
La percezione del fenomeno nel territorio: specificità e risorse .....	19
Buone pratiche, aree critiche e possibili linee di intervento .....	33
<i>Best practices e aree critiche</i> .....	33
Quattro possibili linee di intervento.....	38
Le risorse per la marginalità estrema .....	39
Le linee di indirizzo e l'Avviso 4/2016.....	39
La Rete regionale per l'inclusione delle persone senza dimora .....	40
Il percorso progettuale .....	41
Le azioni attivate.....	44
Attività PON Inclusione.....	44
Attività PO I FEAD .....	45
Risultati raggiunti.....	46
Criticità riscontrate.....	47
Altre risorse.....	48
Le risorse del PNRR Missione 5 Sottocomponente 2.....	50

## Introduzione

L'occasione per raccogliere in un unico testo quanto negli anni è stato prodotto da Regione Toscana e dall'Osservatorio Sociale Regionale sul tema degli interventi e delle azioni rivolte alle persone senza dimora è venuta da un convegno organizzato a Firenze a marzo 2023 centrato sui diritti di coloro che vivono in marginalità estrema.

Le persone senza dimora hanno i medesimi diritti, doveri e potestà di ogni altro cittadino; l'ordinamento italiano non prevede specificità per chi si trovi in condizioni di homelessness. Il problema principale non è quindi definire quali siano i diritti delle persone senza dimora, ma comprendere se i diritti universali di cui godono siano o meno per loro esigibili come lo sono per ogni altro cittadino. Esistono infatti alcune barriere specifiche, legate alla loro condizione abitativa e di emarginazione, che impediscono o possono impedire l'accesso ai diritti fondamentali garantiti a ogni altro cittadino.

Particolarmente importante in tal senso è il diritto alla residenza, in quanto l'iscrizione anagrafica in un Comune italiano è porta di accesso imprescindibile per poter accedere ad ogni altro diritto, servizio e prestazione pubblica sul territorio nazionale. Tale preconditione è normativamente pienamente esigibile.

L'attività di presa in carico costituisce un passaggio fondamentale per le persone che si trovano in condizioni di homelessness, ma più in generale per tutte le persone che sperimentano condizioni di deprivazione materiale; in tali condizioni deve essere il più possibile favorito l'accesso al complesso dei servizi e delle prestazioni. Si pensi ad esempio alla iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale per usufruire dell'assistenza del Medico di famiglia o alla compilazione dell'ISEE e presentazione della domanda di accesso al Reddito di cittadinanza.

Questo deve avvenire in un'ottica di rafforzamento del lavoro in rete tra soggetti pubblici e del privato sociale. Infatti la presa in carico in senso istituzionale si dà soltanto quando è una rete locale di servizi, sotto la regia dell'Ente pubblico, ad attivarsi intorno al bisogno manifestato da una persona in difficoltà al fine di strutturare percorsi territoriali di reinserimento sociale attraverso relazioni e prestazioni, in un'ottica globale e comunitaria.

Questo compendio, realizzato anche grazie al rifinanziamento da parte del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali del progetto "Rete regionale inclusione persone senza dimora, vuole raccogliere ed evidenziare esperienze e buone pratiche sperimentate negli anni nei territori della Toscana anche con la prospettiva di farle conoscere maggiormente e contribuire migliorarle e diffonderle.

## Dimensione abitativa <sup>1</sup>

### Housing first in Toscana

Nel corso dei primi mesi di lockdown è diventato centrale nel discorso pubblico il tema dell'abitare, a partire dalla constatazione di quanto la disponibilità di un alloggio sicuro, spazioso, economicamente sostenibile, inserito in una rete di relazioni affettive e amicali fosse fondamentale nell'assicurare il benessere e la "sicurezza tanto personale quanto ontologica" (Madden e Marcuse 2020, v. anche Padgett, 2007). Alla luce di questa considerazione, appare ancora più rilevante aprire una riflessione sulle persone che una casa non ce l'hanno. Il fenomeno dei senza dimora è decisamente sfaccettato e, come ricorda la classificazione Ethos<sup>2</sup> (European typology of homelessness and housing exclusion), non è ridicibile al semplice "vivere in strada", ma ricomprende una complessa intersezione di disagi tanto abitativi quanto sociosanitari (Gnocchi, 2009; Porcellana, 2016; Meo, 2021).

Il modello di intervento Housing first (Hf) fonda le sue radici sul principio che la casa è un diritto umano primario. Questo approccio prevede che i percorsi di autonomia delle persone senza dimora prendano avvio dall'accesso alla casa, con un accompagnamento intensivo dei servizi orientato alla reintegrazione sociale e all'ottenimento di un benessere soggettivo; al centro del modello viene messa la persona e la sua autoderminazione (cfr. Cortese, Iazzolino, 2014; Colombo, Saruis, 2015; Licursi, Marcello, 2016; Cortese, Zenarolla, 2016).

Si tratta di un modello che prevede che l'intensità del supporto e dell'accompagnamento offerto dall'operatore vari al variare dei bisogni della persona, sia flessibile e negoziabile. A seconda delle caratteristiche della persona inserita in abitazione, Hf prevede due approcci differenti (Cortese, Iazzolino, op.cit.):

1. Assertive community treatment (Act): pensato per persone con problemi di salute mentale caratterizzati da una certa gravità, prevede che un'equipe multidisciplinare lavori con la persona direttamente a casa.
2. Intensive case management (Icm): utilizzabile per persone con problematiche considerate di minor gravità, prevede che sia la persona a

1 Il capitolo è tratto da Welfare e Salute in Toscana 2022- Volume II "Le disuguaglianze sociali e di salute e le risposte del Pnrr su coesione, inclusione e salute" – Sezione 1 "Le disuguaglianze sociali e di salute" - Abitare le disuguaglianze, riflessioni su svantaggi sociali e dimensione abitativa

2 [www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf](http://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf)

recarsi presso i diversi servizi e professionisti, accompagnata dall'operatore Hf.

In entrambi i casi, accanto alla centralità della persona vi è la necessità della presenza di un'equipe multidisciplinare che accompagni il progetto; vedremo poi quanto la reale operatività nel tempo di tali equipe sia un punto di criticità nell'applicazione del modello in Toscana, territorio in cui attraverso l'avviso n. 4/2016 del Programma operativo nazionale inclusione e Programma operativo I Fead (Fondo europeo di aiuti agli indigenti), il Fondo povertà, l'avviso n. 1/2021 Prins (Progetti di intervento sociale), gli interventi 1.3.1-Housing first e 1.3.2-Centri servizi della missione 5, sottocomponente 2 del Pnrr, sono stati finanziati o sono in corso di finanziamento interventi di contrasto alla grave emarginazione adulta e condizione di senza dimora.

La progettualità promossa da Regione Toscana sull'avviso n. 4/2016 fa riferimento alle Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, che sono il primo documento ufficiale di programmazione nel settore della grave marginalità<sup>3</sup>.

In Italia a promuovere la conoscenza e sperimentazione del modello è stata principalmente, a partire dal 2014, la fio.Psd - Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora, che ha fondato e coordinato il network Housing first Italia a cui aderiscono organizzazioni del settore pubblico, privato e del privato sociale.

Sono stati individuati dei territori sulla base dei progetti esistenti e divisi a seconda del grado di rispondenza al modello Hf promosso da fio.Psd e, tra questi, si è scelto di coinvolgere in un'attività di ricerca quelli più aderenti al modello teorico originale (Pisa, Livorno, Lucca, Grosseto). Obiettivo principale della ricerca<sup>4</sup> è stato quello di comprendere caratteristiche, punti di forza e criticità dell'applicazione del modello nei diversi territori toscani, al fine di poter fornire elementi conoscitivi utili a una eventuale futura programmazione regionale dei servizi per persone senza dimora.

3 Le Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, sono state sottoscritte nel novembre 2015 in Conferenza unificata Stato Regioni, sono il frutto di un gruppo di lavoro coordinato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali. Il gruppo si è avvalso della segreteria tecnica della fio.Psd e ha coinvolto, in particolare, le 12 città con più di 250mila abitanti, dove il fenomeno è più diffuso. Del tavolo hanno fatto parte rappresentanti della Commissione politiche sociali della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e dell'ANCI, oltre al Ministero delle infrastrutture

4 La ricerca è stata realizzata attraverso lo strumento del focus group (Stagi, 2001; Acocella, 2005; Colella, 2011), così suddivisi: 1. quattro focus group territoriali multiprofessionali che hanno visto la partecipazione dei diversi attori e servizi che in termini operativi gestiscono e implementano il modello sul singolo territorio; 2. un focus group trans-territoriale che ha visto la partecipazione dei soggetti dirigenziali/amministrativi dei quattro territori presi in esame

Per rendere conto delle differenze territoriali nell'adozione dell'approccio Hf, abbiamo preso in considerazione alcune dimensioni, nello specifico: percorso storico di adozione; modalità di selezione dei beneficiari; modello di presa in carico; modello organizzativo adottato; aderenza al modello Hf.

Per quanto riguarda il percorso storico di queste esperienze, si distacca l'ambito territoriale di Pisa, nel quale la sperimentazione era avviata già prima della linea progettuale del Pon.

Esisteva già una equipe del privato sociale che si poneva a lato dell'assistenza sociale nella costruzione di interventi di sostegno all'emergenza abitativa. Mentre al servizio sociale era deputata la presa in carico formale, erano gli operatori della cooperativa a costruire le attività contestuali di accompagnamento ai soggetti destinatari di aiuto. Gli operatori del contesto pisano hanno iniziato a partecipare alle formazioni offerte da fio.Psd a partire dal 2014, questo permette di spiegare per quale ragione questo caso si sia dimostrato quello maggiormente aderente al modello Hf. Lo stesso ente gestore ha, in un secondo momento, avviato anche la sperimentazione dell'ambito territoriale di Livorno. Questo progetto beneficia dello stimolo da parte di un gruppo di lavoro già formato, con la possibilità di svolgere un training degli operatori a partire dall'esperienza dei due responsabili. La sperimentazione dell'ambito territoriale di Lucca è relativamente recente, parte a inizio 2020, appena qualche settimana prima della pandemia, con due appartamenti, di cui uno di edilizia residenziale pubblica. Il contesto lucchese viene da una pregressa esperienza di gestione della cosiddetta "emergenza freddo", con il tentativo di trovare una modalità di lavoro che faccia gioco sulla competenza del Terzo settore locale per raggiungere una popolazione che l'assistenza sociale difficilmente riesce a monitorare e con cui sono evidenti le problematiche relazionali.

Anche l'ambito territoriale di Grosseto si presenta come un'esperienza legata al Piano operativo nazionale inclusione, ossia inerente quei finanziamenti relativi alle spese per servizi, con una problematica più marcata rispetto agli altri contesti per quanto riguarda la scansione temporale del progetto. Il progetto, infatti, è stato avviato nel 2017 ed è terminato prima degli altri, a causa dell'esaurirsi delle risorse allocate.

In linea generale, la selezione dei beneficiari è stata il frutto di un lavoro di condivisione e discussione da parte di equipe appositamente costituite, con il coinvolgimento di vari operatori sociali e sanitari. In tutti i casi è stato richiesto ai beneficiari di aderire alla sperimentazione, ma l'individuazione delle persone da inserire nel progetto è stata promossa dagli operatori. La selezione si è incentrata sull'andare a cogliere quelle situazioni in cui ci fossero state maggiori difficoltà nel percorso di vita, una lunga permanenza

in strada con eventualmente il fallimento conclamato di altri modelli di intervento. Differisce in parte Grosseto, dove la selezione dei soggetti sembra rivolgersi meno alla cronicità della presenza in strada e più a una valutazione sulle caratteristiche di “adeguatezza” rispetto alla prospettiva di poter mantenere una abitazione. Hf costituisce uno spazio che si configura nella lettura degli operatori intervistati come ultimo riparo a fronte di percorsi di strada, dipendenza e malattia mentale cronicizzati e non risolvibili attraverso il dormitorio.

La presa in carico “classica” del servizio sociale viene letta come eccessivamente rigida rispetto alle necessità di Hf, e non sufficientemente improntata alla costruzione di un percorso verso l’autonomia e la progettazione del sé, e in particolare volto a «restituire il potere decisionale alla persona, e quindi non vincolare i processi di accompagnamento all’aderenza a un progetto che ha stabilito l’operatore, ma lasciare che sia la persona a costruire il proprio progetto e metterci quindi a disposizione per realizzarlo...» (Pisa, operatore 1).

Il fatto di implementare il modello Housing first pone necessariamente l’operatore e la sua organizzazione di appartenenza in una postura riflessiva che va in qualche modo a interrogare, e integrare, approcci e pratiche sedimentate e abituali, considerazione emersa praticamente in ogni focus group realizzato.

La relazione con il personale sanitario appare difficoltosa in quanto non sempre in grado di uscire da un paradigma medicalizzante: «Noi con la salute mentale siamo particolarmente in difficoltà nell’interazione, chiaramente perché poi loro vogliono la spontaneità della persona nel recarsi, che è un ostacolo grossissimo a nostro giudizio, insomma, per cui facciamo veramente fatica» (Lucca, operatore 1).

Accanto alle riflessioni legate alle dinamiche e difficoltà organizzative o agli approcci professionali, è emersa una motivazione che risponde, invece, ai bisogni espressi dai destinatari degli interventi: la richiesta di poter essere seguiti da specialisti privati per sottrarsi al peso dello stigma dell’utente dei servizi di salute mentale.

I termini centrali della relazione con i beneficiari sembrano dunque essere autonomia e desiderio. Desiderio di costruire il proprio percorso di vita nelle direzioni preferite, con una presa in carico che certamente si rivela faticosa e complessa, ma allo stesso tempo efficace nel restituire capacità di agire.

Per riassumere, i quattro casi illustrati finora presentano vari gradi di aderenza al modello Hf. Per quanto riguarda la tipologia di alloggio, vediamo che solamente Pisa si è attenuta rigidamente al monolocale, a differenza di Grosseto e Livorno che hanno offerto delle coabitazioni. A

metà fra queste due opzioni, Lucca, che presenta sia monocalci sia alloggi condivisi. Per quanto riguarda il titolo d'uso, si distingue Lucca per il suo utilizzo del patrimonio Erp, ancorché non per tutte le sistemazioni. Anche Pisa presenta una commistione fra alloggi provenienti dal mercato privato e offerti a canone ribassato da enti (ecclesiastici, in questo caso). Grosseto e Livorno si sono invece indirizzate verso il mercato privato della locazione. Pisa sembra essere l'unico caso nel quale si è cercato, almeno negli alloggi reperiti sul mercato, di coinvolgere i beneficiari del progetto nelle operazioni di arredamento e acquisto dei mobili.

Uno degli aspetti centrali è quello relativo alla temporaneità dei finanziamenti. Dato che il modello Hf non prevedrebbe di fissare un termine alla progettualità, diviene cruciale il reperimento delle risorse, infatti «è chiaro che avere un termine finanziario che poi diventa termine operativo» (Pisa, dirigente) sia problematico nel caso di ambiti territoriali che vorrebbero dare continuità alla progettazione. Questo, inoltre, ha una ricaduta molto concreta sui percorsi dei beneficiari, i quali potrebbero non avere la certezza della copertura per tutto il tempo necessario allo svolgimento di un progetto che, per la sua impostazione, può essere anche molto lungo. Nel caso di Grosseto, ad esempio, la temporaneità è stata piena ed esplicitata fin dall'inizio ai beneficiari, con dei potenziali effetti perversi sulla loro capacità di avviare un percorso di autonomia.

A partire dagli elementi emersi nel corso della ricerca possiamo iniziare a sistematizzare alcuni punti chiave, emersi a più riprese, sui quali i soggetti intervistati pongono l'attenzione:

- a) la necessità di una programmazione che dia continuità a questi progetti, per uscire dal vincolo della temporaneità. Questa è una criticità nota del progetto Housing first in ambito europeo, considerando la dipendenza da finanziamenti che sono sempre più erogati su base progettuale e su cicli di programmazione;
- b) legato a questo aspetto, possiamo trovare anche quello della rendicontazione, che viene sottolineato come un elemento di forte criticità, in quanto la dimensione innovativa del progetto cozza con una regolamentazione per la rendicontazione che, a detta degli intervistati, è farraginoso e in costante evoluzione, con un aggravio del lavoro per la divisione amministrativa;
- c) una criticità frequente è relativa alla disponibilità di alloggi. Ciò si presenta come una questione da due punti di vista: da un lato, l'affitto a canoni di mercato rappresenta un costo significativo, che aumenta la difficoltà nel rendere sostenibile nel tempo il progetto; dall'altro si presenta come un problema legato alla stigmatizzazione dei beneficiari, con la riluttanza dei proprietari a concedere in affitto a persone senza

dimora. Le soluzioni sono state tre: ottenere gli alloggi da privati con una finalità sociale, e dunque una ridotta percezione dello stigma (come nell'esempio degli alloggi forniti dalla Curia a Pisa); intestare il canone a una associazione o ente del Terzo settore, in modo che questo faccia da garante (come nel caso di Grosseto), per quanto ciò costituisca una deviazione dal modello di Hf più classico; utilizzare alloggi del patrimonio di edilizia residenziale pubblica (come nel caso di Lucca);

- d) la presa in carico si rivela assolutamente carente sul piano sanitario, soprattutto in connessione con le frequenti problematiche derivanti dalla vita di strada sul piano fisico, psicologico e delle dipendenze. In particolare, si rileva come la capacità di coinvolgere i soggetti deputati alla cura sia quasi sempre legata all'esistenza di reti e rapporti personali fra operatori. Da questo punto di vista emerge dunque la necessità di costruire un framework che permetta la collaborazione continuativa e che istituzionalizzi quelle pratiche che al momento rimangono legate ai rapporti personali di conoscenza e stima reciproca. Da questo punto di vista viene anche rimarcata la necessità di dotare le equipe multi-professionali di un certo grado di capacità decisionale. In questo senso, un altro spunto utile va nella direzione di rafforzare i luoghi e gli spazi di confronto fra operatori street-level provenienti da settori differenti, da cui discende ancora una volta il tema della capacità decisionale e del livello di formalizzazione delle equipe multi-professionali. Diviene allora importante la capacità di parlare la stessa lingua, «la lingua della strada» (Pisa, dirigente), ovvero di sistematizzare un confronto professionale fra figure diversificate che tendono a sviluppare rappresentazioni e letture dei beneficiari diverse;
- e) ultimo elemento che ha senso far emergere, soprattutto come punto di attenzione per i soggetti coinvolti nell'implementazione del progetto, è quello del rapporto con i beneficiari. A più riprese è stato sottolineato, nel corso dei focus group, il tema della responsabilità e dell'attivazione dei beneficiari come punto potenzialmente importante dei progetti Hf. Vale però la pena rimarcare che una delle specificità di questo modello risiede esattamente nel presupporre l'assenza di una condizionalità negli interventi che si vanno a realizzare. Detto in altri termini, è necessario tenere a mente che la specificità di Hf richiede una sorta di “sospensione del giudizio” nei confronti delle scelte compiute dai beneficiari. Come abbiamo visto questo è fonte di confusione e fatica da un punto di vista operativo, soprattutto a fronte di soggetti che sono abituati a interpretare diversamente il proprio ruolo professionale, e al non trascurabile interconnettersi di logiche diverse rispetto ad altre misure di sostegno alla povertà e alla marginalità.

# Senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana<sup>5</sup>

## La scelta del tema e gli obiettivi della ricerca

Quello della marginalità estrema è un problema di visibilità: chi è senza dimora non ha voce, non fa massa critica, non vota.

È un problema di mistificazione: considerare come urgenza imprevista una criticità radicata riduce la prospettiva dell'intervento, lo deresponsabilizza e rende più facile giustificarne rimodulazioni al ribasso e eventuali insuccessi.

È un problema di semplificazione: un'analisi del fenomeno che perde di vista la dimensione della complessità, parcellizza e standardizza gli interventi e ne comprime gli orizzonti, rendendoli superficiali.

Quello della marginalità estrema è poi un problema di violenza: talvolta agita, il più delle volte subita. A partire dalla perdita dello spazio che si considerava casa: evento traumatico che impone la riconfigurazione della quotidianità e mette in crisi l'identità. La violenza esplicita e ricorrente che colpisce in momenti di particolare vulnerabilità. La violenza indiretta e sottile, derivante dal mancato riconoscimento del bisogno, della dignità dell'autodeterminazione; perpetrata da narrazioni che omettono, escludono, cancellano e non contemplan versioni alternative.

Quello della marginalità estrema è un problema di pochi, statisticamente poco rilevante. Ma che si conferma necessario indagare ed affrontare perché tema ad alta complessità e fortemente interrelato con le molteplici sfere di vita e di "giustizia sociale" (Walzer 1983) e i relativi ambiti di intervento delle politiche.

In continuità con le attività di ricerca rivolte all'Housing first<sup>6</sup> nel 2021 e con l'attuale impegno in qualità di capofila nel progetto Easi 2020 Reticulate dedicato all'attivazione di one-stop-shop rivolti a intercettare i bisogni della grave marginalità, anche per l'anno 2022 Regione Toscana e Federsanità Anci Toscana attivando ad hoc o rinsaldando una ampia

5 Il capitolo è tratto dal Rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale in Toscana 2022 - cap. 9 "Curare e curarsi nella marginalità. I risultati dell'indagine su senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana"

6 Si veda, in particolare, il Rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale in Toscana 2021, cap.8 La centralità dell'Abitare: Housing first in Toscana (AA.VV. 2021).

partnership nazionale e locale<sup>7</sup> hanno scelto di dedicare uno degli approfondimenti di ricerca ai senza dimora<sup>8</sup> e in particolare al tema della loro salute e dei percorsi – mancati o compiuti, desiderati o negati – di accesso alle cure.

Ci si è chiesti quanto e come le città siano in grado di aiutare; se la sanità sia davvero aperta; quanto gli operatori siano in grado di ascoltare e quanto siano tenuti ad imporre. Guardando poi ai sempre più diffusi strumenti di presa in cura e di presa in carico sociosanitaria (cfr. budget di salute) con i previsti percorsi personalizzati riabilitativi, di intervento terapeutico su bisogni sanitari complessi, di vero e proprio reinserimento nell’ottica di pratiche di governance inclusive, ci si è interrogati in quale modo, con quali difficoltà e con quali margini di successo venissero proposti ai senza dimora.

L’obiettivo è stato quello di colmare almeno in parte un preciso bisogno conoscitivo su questa specifica fascia di popolazione, ovvero su chi anche entro i confini territoriali e nell’ambito sociale della Regione Toscana vive “all’estremo limite” (Gui 1996, Polin 2022): un limite di disagio, precarietà, abbandono, isolamento, sopportazione fisica, che riguarda sì numeri piccoli ma che pone enormi sfide sia come interlocutore/oggetto di ricerca tipicamente hard-to-reach<sup>9</sup> sia per la complessità e stratificazione delle problematiche espresse.

7 I soggetti coinvolti nel partenariato che hanno attivamente partecipato al percorso di ricerca sono: Fondazione Caritas Firenze, fio.PSD Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora, Società della Salute di Firenze, Società della Salute Pisana, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Associazione Niccolò Stenone ONLUS Firenze, Cooperativa Sociale Il Simbolo, Arnera Società Cooperativa Sociale Cooperativa Sociale Alzaia, Società San Vincenzo De Paoli di Pisa, Amici della Strada ODV. Si ringraziano per la disponibilità e la collaborazione la Direzione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e la Direzione Sanitaria dell’Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze.

8 Secondo la definizione ISTAT (2015), ripresa anche da fio.PSD (<https://www.fiopsd.org>) e in linea con la classificazione ETHOS elaborata dall’Osservatorio Europeo sull’Homelessness ([https://www.feantsa.org/download/it\\_\\_8942556517175588858.pdf](https://www.feantsa.org/download/it__8942556517175588858.pdf)), è considerata senza dimora la persona che versa in uno stato di povertà materiale e immateriale e connotato dal forte disagio abitativo, cioè dall’impossibilità e/o incapacità di provvedere autonomamente al reperimento e al mantenimento di un’abitazione in senso proprio. Anche nella presente ricerca, allo scopo di circoscrivere meglio il target cui ci si è rivolti, è stata utilizzata come riferimento la classificazione ETHOS contenuta nelle linee di indirizzo per la presa in carico della marginalità sociale adulta.

9 Complessità e difficoltà confermate dall’ampia rassegna della letteratura compiuta nelle fasi preliminari del percorso di ricerca-azione che ha preso in esame le principali ricerche monografiche a partire dai primi studi condotti negli Stati Uniti e in Canada (Ensign e Gittelsohn 1998; Stergiopoulos e Herrmann 2003; Elliott 2013; Saddichha et al. 2014) fino ai più recenti approfondimenti anche a livello europeo ed italiano (AA. VV. 2019; Bracci 2017; Capello e Porcellana 2017; Fio.PSD 2018; Porcellana 2017; Cortese et al. 2020; Hertzberg e Boobis 2022).

In una fase di forti pressioni e mutamenti sociali, economici e culturali, lasciato anche di una pandemia inaspettata e ancora irrisolta, guardare alla grave marginalità ci costringe a rimettere al centro innanzitutto i bisogni dominanti, ricorrenti e indifferibili, ovvero quelle necessità materiali e di base come un pasto caldo, o le dotazioni minime per poter fare fronte alle proprie esigenze di igiene personale, o un luogo sufficientemente confortevole e adeguato dove passare la notte. Nondimeno, sono portati alla luce anche altri bisogni di ascolto e di riconoscimento, meno materiali ma altrettanto concreti e urgenti: come il desiderio di trovare interlocutori con i quali instaurare una relazione “alla pari” e non giudicante, l’essere riconosciuti come individui unici con una storia personale significativa e significante, il difendere una identità che precede e può (e deve) andare oltre alla homelessness. Ancora, accanto a questi – e spesso come conseguenza degli stessi – si delineano le necessità di cura dettate da una condizione psicofisica in veloce deterioramento. Perdere la salute è l’esito manifesto delle quotidiane deprivazioni subite, sommate e intrecciate al disagio psichiatrico e agli effetti di eventuali abusi di sostanze.

Nell’anno cruciale dell’implementazione del PNRR, si auspica che una lettura dei dati qui presentati possa contribuire sia ad “abbassare la soglia di accesso” dei luoghi e dei servizi previsti, dalle stazioni di posta alle case della comunità, sia a integrarli – nell’ottica della migliore innovazione sociale – con nuove sinergie tra risorse e istituzioni. Formule attente alla valorizzazione delle expertise competenti e delle risorse della comunità possono infatti spingere verso una riorganizzazione degli interventi proattiva anche e soprattutto nei confronti delle persone in condizioni di grave esclusione sociale e/o senza dimora.

## **Gli obiettivi della ricerca**

La cornice tematica e gli obiettivi sopra delineati hanno imposto di definire rigorosamente la popolazione di riferimento, gli strumenti di rilevazione, e i luoghi e i tempi dell’indagine. Il disegno della ricerca che ha guidato l’Indagine preliminare su Senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana ha dunque previsto di rivolgersi a due diversi interlocutori: ai senza dimora nel particolare ruolo di curati o di richiedenti cure; e ai professionisti dell’ambito sanitario (medici, infermieri, operatori socio-sanitari) afferenti ai DEA ospedalieri (talvolta nella doppia veste di volontari in ambulatori sociali) nel ruolo di potenziali curanti di persone con problematiche complesse non solo sanitarie ma anche sociali. Selezionate per criteri di consistenza del fenomeno, criticità segnalate e buone pratiche attive le aree territoriali di Firenze e di Pisa, il lavoro sul campo si è dunque articolato in

due distinte fasi di rilevazione, rivolte a interlocutori diversi e condotte con adeguati strumenti di rilevazione.

La prima fase è stata quella della rilevazione tramite questionario strutturato somministrato da operatori formati<sup>10</sup> a senza dimora segnalati dalle strutture a bassa soglia di loro abituale frequentazione: nell'area urbana di Firenze tra settembre e dicembre 2021 sono stati raccolti 84 questionari; nell'area urbana di Pisa tra gennaio e febbraio 2022 sono stati raccolti 35 questionari. La seconda fase di rilevazione tramite interviste in profondità condotte da intervistatori qualificati ha visto partecipare 6 medici e 4 infermieri per il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Santa Maria Nuova (Azienda USL Toscana Centro, Firenze); e 5 medici, 7 infermieri e 3 OSS per il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana Cisanello, per un totale di 25 professionisti sanitari<sup>11</sup>.

Hanno completato il quadro delle interviste raccolte 14 colloqui a testimoni privilegiati attivi nelle istituzioni locali e nel terzo settore (6 per l'area fiorentina, 8 per quella pisana), che hanno aggiunto elementi preziosi e inediti sulle più recenti criticità, le buone pratiche in atto e i loro funzionamenti, le strategie di intervento attive a livello locale<sup>12</sup>.

## Risultati

Prima di addentrarci nella lettura dei dati disponibili per una definizione quantitativa del fenomeno, proviamo ad interrogarci ancora una volta, e già aiutandoci con alcuni importanti elementi di riflessione emersi dal materiale qualitativo raccolto nel nostro percorso di ricerca e avvalorati dalla letteratura, su chi siano i senza dimora.

Due sono gli elementi definitori di riferimento: il percorso e la rete. Il primo è estremamente eterogeneo, la seconda è per tutti tendenzialmente caratterizzata da un importante sfilacciamento e indebolimento.

10 Vogliamo ringraziare tutti i collaboratori e le collaboratrici che con la loro preparazione e sensibilità hanno reso possibili le rilevazioni nelle sedi di Firenze e di Pisa: Aimad Acoudir, Elena Andreoni, Angela Giacobelli, Monica Tentoni.

11 Se per l'area pisana la scelta dell'AOUUP è stata una scelta obbligata rappresentando l'unico presidio ospedaliero nell'area comunale, la scelta dell'Ospedale di Santa Maria Nuova è stata dettata dalla volontà di rivolgersi ad una struttura gestita direttamente dalla ASL Centro e particolare per collocazione: situato nel centro storico fiorentino, l'Ospedale di Santa Maria Nuova presenta caratteristiche uniche per centralità e raggiungibilità, conformazione architettonica e storia, e non ultimo vicinanza ad altri luoghi strategici (in primis la stazione centrale di Santa Maria Novella, ma anche il Mercato di San Lorenzo e le logge della piazza Santissima Annunziata).

12 Le informazioni estrapolate dai colloqui o i brani di intervista riportati testualmente nei seguenti paragrafi sono codificati indicando in sigla la città di riferimento (FI per Firenze, PI per Pisa) e la qualifica dell'intervistato (TP per Testimone Privilegiato; PS per i medici, gli infermieri e gli OSS operanti in Pronto Soccorso) seguita da un numero identificativo.

Riguardo al percorso va sottolineato come le origini, le storie e le esperienze dei senza dimora siano estremamente varie e, se pure segnate da punti di svolta – o meglio di caduta<sup>13</sup> – talvolta non così dissimili, continuano a connotare in modo peculiare le loro stesse identità (Polin 2022, McCarthy 2013, Parsell 2018).

Riguardo alle reti, si conferma come la vita di strada porti a perdere i contatti con familiari e amici: nella maggior parte dei casi senza che tale inesorabile impoverimento dei legami affettivi “originali” sia compensato da nuove relazioni durature e supportive. Ciò che dunque va a dare identità alla persona ritrovatasi senza dimora non sono più le relazioni o i ruoli, ma piuttosto i luoghi fisici: la così detta place identity si costruisce giorno per giorno nei luoghi deputati a “casa” e negli itinerari cittadini che vanno a scandire la nuova quotidianità (Polin 2022; Polin e Bertani 2020). La percezione è che chi in vario modo viene intercettato dai servizi sia “privo di un progetto di vita”: che la sua città di origine non sia mai cambiata o sia comunque vicina, nei percorsi di migrazione transcontinentale, nel rifuggire dai fallimenti personali e relazionali o nello “scappare dalle povertà, guerre, soprusi o altro ma senza reti” il percorso intrapreso risulta senza protezioni, “senza una destinazione precisa e men che meno senza una strategia di riscatto” (FI\_TP\_03).

Senza dunque cadere in facili semplificazioni e senza fermarci all’ordinata monodimensionalità del dato numerico, andiamo a tracciare se pure per sommi capi un profilo statistico del fenomeno.

### ***Il quadro nazionale, regionale e locale: numeri e misure***

Due sono le indagini nazionali di cui si dispone attualmente nel panorama dell’homelessness in Italia. Frutto di una convenzione tra ISTAT, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Caritas Italiana e fio.PSD, sono state svolte rispettivamente nel 2011 e nel 2014, ripetendo le batterie di domande di ricerca volte ad approfondire la condizione delle persone in stato di povertà estrema negli stessi 158 comuni italiani, individuati sulla base di un criterio di estensione demografica.

Tra il novembre e il dicembre 2014 ISTAT stimava una presenza di 50.724 persone senza dimora fruitrici di almeno un servizio di mensa o accoglienza notturna nei 158 comuni italiani monitorati. Rispetto al totale della popolazione (sempre pesato sul campione geografico considerato) i senza dimora rappresentavano il 2,43 per mille della popolazione regolarmente

13 Nelle sue rilevazioni del 2011 e del 2014 dedicate alla popolazione senza dimora ISTAT considera quali eventi di vita negativi da rilevare la malattia, la separazione dal coniuge e la perdita del lavoro stabile.

iscritta, dato in aumento rispetto al 2,31 di tre anni prima (47 mila 648 persone in totale).

Guardando ad una distribuzione territoriale del fenomeno per macroaree, tra il 2011 e il 2014 resta stabile la presenza di persone senza dimora nelle regioni del Nord-ovest (38%), nel Centro (23,7%) e nelle Isole (9,2%); mentre si osserva invece una diminuzione a Nord-est (dal 19,7% al 18%) che si contrappone ad un aumento nel Sud (dall'8,7% all'11,1%). Più in dettaglio, la popolazione senza dimora si concentra nelle grandi città: "Milano e Roma accolgono ben il 38,9% delle persone senza dimora: (23,7% nel capoluogo lombardo, una quota in leggera flessione (da 27,5% del 2011 a 23,7% del 2014) e 15,2% nella capitale. Palermo è il terzo comune dove vive il maggior numero di persone senza dimora (il 5,7%, in calo rispetto all'8% del 2011), seguono Firenze (3,9%), Torino (3,4%), Napoli (3,1%, in aumento rispetto all'1,9% del 2011) e Bologna (2%) (ISTAT 2015: 2-3).

I dati del 2014 confermano, con qualche significativa variazione che può essere letta come vero e proprio trend, quanto riscontrato nel 2011: la maggioranza dei senza dimora è di genere maschile<sup>14</sup> (85,7% pari a 43.467) anche se si riscontra un aumento delle donne che passano dal 13,1% al 14,3% (7.257). Guardando alla distribuzione per fasce di età, emerge una tendenza all'invecchiamento: se nel 2011 la fascia di età più rappresentata era quella dei 18-24 anni con 15.612 individui (32,8%) nel 2014 la stessa si riduce a 13.012 individui calando di 7 punti percentuali e la fascia di età più rappresentata diventa quella degli adulti maturi di 45-54 anni che salgono da 10.499 a 13.204, ovvero dal 22% al 26%.

Con riferimento all'età media, cresce quella degli stranieri che passa da 36,9 a 39,8 anni, e si mantiene stabile a 50,3 anni l'età media dei senza dimora gli italiani.

Completa il quadro delle variabili ascritte la cittadinanza: i 29.533 senza dimora stranieri nel nostro Paese rappresentano la maggioranza ovvero il 58,2% del totale, a fronte di 21.259 italiani (41,9%).

L'aumento dell'età media tra gli stranieri si associa a quello della durata media della condizione di senza dimora (da 1,6 a 2,2 anni), mentre la componente italiana conferma una durata media stabile a 3,5 anni. "In particolare, tra gli stranieri raddoppiano quelli che sono senza dimora da almeno 2 anni (da 9,2% a 18,7% se la durata va da 2 a 4 anni, da 9,3% a 17,1% se supera i 4 anni); diminuiscono in maniera significativa del - 17%

14 Da notare come le indagini ISTAT relative agli anni 2011 e 2014 contemplino solo due categorie definitorie per la variabile genere, rendendo di fatto invisibile la presenza di soggetti con identità non binaria e/o non rispettando la volontà di non esprimere una identità di genere.

coloro che sono senza dimora da meno di 6 mesi e del – 9% di chi vi permane da meno di un mese, scendendo rispettivamente nel 2014 al 32,7% e al 8,8%” (ISTAT 2014: 5).

Riguardo ad una delle principali variabili acquisite, classico proxy di capitale culturale ma anche variabile associabile alla collocazione nel mercato del lavoro e alla possibile carriera lavorativa, il titolo di studio dei senza dimora è (forse non così sorprendentemente) medio alto per la maggior parte della popolazione straniera: il 39,4% ha infatti conseguito un diploma di scuola media superiore e oltre, il 34,2% ha la licenza media inferiore, il 13,1% la licenza elementare, il 13,3% nessun titolo.

Per quanto riguarda gli italiani, si riscontrano distribuzioni simili, se pure il titolo di studio più diffuso tra i senza dimora autoctoni nel 2014 sia la licenza media inferiore con il 40,6%, seguito dal diploma di scuola media superiore con il 34%, la licenza elementare 16,6%, e nessun titolo per l'8,8%.

Con riferimento alla rilevazione più recente, il 28% delle persone senza dimora ha dichiarato di svolgere attività lavorativa (intesa nella più ampia accezione possibile e contemplando anche le forme irregolari): il valore rimane stabile rispetto al 2011 e “senza rilevanti differenze tra stranieri (28,6%) e italiani (27,2%)” (ISTAT 2014). Risultano invece in calo coloro che dichiarano di avere situazioni di lavoro stabile: una assoluta minoranza del campione che passa dal 3,8% al 2,3%; le occupazioni prevalenti sono quelle a termine, poco sicure o saltuarie, a bassa qualifica nei servizi (pulizie, facchino, trasportatore, addetto al carico/scarico merci o alla raccolta dei rifiuti, giardiniere, lavavetri, lavapiatti, ecc.), nell'edilizia (manovale, muratore, operaio edile, ecc.), nei diversi settori produttivi (bracciante, falegname, fabbro, fornaio, ecc.). Aumenta, e in modo significativo, la quota di chi non ha mai svolto attività lavorativa: dal 6,7% nel 2011 all'8,7% nel 2014.

Come sottolineato da ISTAT, “Le differenze tra stranieri e italiani si stanno quindi riducendo in termini di età, permanenza nella condizione di senza dimora e titolo di studio, nonostante la componente italiana rimanga più anziana meno istruita e da più tempo nella condizione di senza dimora” (2014: 5).

Il rapporto nazionale ISTAT traccia anche un profilo di salute, se pur non particolarmente approfondito. Nel 2014 poco più di un quarto dei senza dimora (25,4%) dichiara problemi di salute, il dato – nel complesso in calo rispetto al 2011, quando si attestava al 31% – registra una diminuzione soprattutto per la componente italiana che passa dal 41,7% del 2011 al 31,4% del 2014, mentre più stabili sembrano essere le condizioni di salute degli stranieri, dove a lamentare problemi nel 2014 sono il 20,8%, 2,9 punti

percentuali in meno rispetto al 2011. Da notare come nonostante il più diffuso “benessere” dichiarato, il consumo di farmaci – o comunque la disponibilità – aumenti nel complesso di quasi 7 punti percentuali, passando dal 33,5% al 40,2%; in particolare l’accesso al servizio di distribuzione dei farmaci per gli stranieri vede un incremento dell’8,1%, crescendo dal 35,1 al 43,2, per gli italiani è comunque in crescita ma di un più modesto +4,3% passando dal 31,1% al 36,4%.

Per quanto riguarda, infine, il tema dell’accesso agli altri servizi, la quota delle persone senza dimora che dichiarano di aver utilizzato i servizi delle unità di strada nei 12 mesi precedenti l’intervista è cresciuta nella seconda rilevazione, passando dal 27,6% complessivo del 2011 al 36,4% del 2014. Il dato cresce soprattutto tra gli stranieri (da 27,6% a 39,8%). Risulta in aumento anche il contatto con i centri di ascolto e le strutture analoghe (da 35,7% a 42,7%). Infine, risultano in crescita le persone senza dimora che si rivolgono ai servizi sociali (dal 39,8% al 47,1%).

Mettendo a confronto il quadro nazionale con i dati raccolti nel corso della nostra indagine nelle aree urbane di Pisa e di Firenze, la prima lettura dei risultati locali rivela un profilo dei senza dimora presenti nelle due città toscane in linea con quello nazionale (ISTAT 2015, fio.PSD 2018): la popolazione incontrata è prevalentemente maschile (le donne sono solo 4 su 35 a Pisa e 9 su 84 a Firenze), per 2/3 di origine straniera, in larga parte di età adulta compresa fra i 30 e i 65 anni, nella maggior parte dei casi in situazioni di estrema precarietà abitativa e di vita da almeno 1 anno fino a 10 anni, ma con esperienze di vita in strada anche di 30 anni fino ad arrivare ad un massimo di 43.

Restituendo in breve i principali risultati della batteria di domande dedicate al livello di benessere percepito, alle necessità di salute e all’accesso alle cure, emerge come più della metà degli intervistati dichiara condizioni di salute autovalutate come buone o molto buone, se pure la pandemia da COVID-19 abbia visto aumentare le preoccupazioni per la salute in più della metà del campione. La presenza di malattie croniche – con una prevalenza di epatiti da abuso di alcol e diabete – è dichiarata dal 31% degli intervistati fiorentini e dal 51% degli intervistati pisani; in caso di necessità di cure ci si rivolge al Pronto Soccorso in più del 40% dei casi complessivi, mentre il medico di riferimento rimane la prima opzione per circa il 34% dei senza dimora pisani di cui il 41% è sprovvisto di tessera sanitaria, e per il 42% dei senza dimora fiorentini di cui è sprovvisto di tessera sanitaria il 37%. Rispettivamente nel 46% dei casi a Pisa e nel 43% dei casi a Firenze, in situazioni di bisogno si fa ricorso all’intervento sanitario offerto dal Pronto Soccorso. Nel 29% dei casi sul territorio pisano e nel 16% dei casi

sul territorio fiorentino gli intervistati dichiarano di essersi recati al Pronto Soccorso più di 6 volte nell'arco degli ultimi 5 anni.

### ***La percezione del fenomeno nel territorio: specificità e risorse***

Nonostante l'importanza di consolidare i dati relativi al fenomeno e non di meno quelli più specificamente relativi all'intervento locale di contrasto alla grave marginalità, non sarà qui possibile offrire una mappatura completa delle risorse e delle modalità di intervento pubbliche e private esplicitamente rivolte alla grave marginalità<sup>15</sup>. I servizi presenti nelle aree oggetto di approfondimento, Pisa e Firenze, saranno quindi ricostruiti non nelle loro caratteristiche più prettamente quantitative e strutturali ma per punti salienti dell'impatto sul fenomeno, per segnalate criticità da parte degli interlocutori privilegiati intervistati, e per specifiche dinamiche di funzionamento che solo l'esperienza diretta degli insider è in grado di fare chiaramente emergere. Di supporto a questo percorso di analisi sono le figure 2 e 3 riportate più avanti che ripropongono in forma sintetica e visuale le principali risposte offerte dai territori pisano e fiorentino ai bisogni sanitari o più propriamente sociosanitari espressi da soggetti adulti e in condizione di grave marginalità.

Iniziamo con un veloce profilo delle Società della Salute così come tracciato dai Testimoni Privilegiati interrogati sulle modalità funzionali e organizzative delle stesse e sugli esiti degli interventi coordinati, e con una restituzione dei numeri disponibili relativi al fenomeno homeless nelle due aree di studio.

Nell'ambito della Società della Salute pisana i numeri indicati dai testimoni privilegiati riguardanti il fenomeno homeless sembrano essere piuttosto stabili e contenuti, sebbene l'indicazione sia quella di considerare tre distinti livelli (PI\_TP\_8A e PI\_TP\_8B). Primo, il flusso di utenti dei centri di prima accoglienza che aderiscono al Progetto Homeless<sup>16</sup> [si veda la lista

15 In particolare, si rimanda al Rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale 2021 - capitolo 8 La centralità dell'Abitare: Housing first in Toscana e si invita altresì a seguire i successivi sviluppi di ricerca e sperimentazione condotti da Federsanità ANCI Toscana nell'ambito del progetto europeo RETICULATE finanziato dal settore Establishing and testing integrated interventions aimed at supporting people in (the most) vulnerable situations EaSI - PROGRESS AXIS, che giunto al suo secondo anno di attività sta conducendo in quattro territori toscani la sperimentazione di One Stop Shop dedicati alla grave marginalità adulta come principale target di utenza.

16 Con il nome Progetto Homeless si fa riferimento ad un sistema di interventi della Società della Salute della Zona Pisana che intende favorire la promozione del diritto di cittadinanza delle persone senza dimora. Nato nel 1996 su impulso della Caritas Diocesana di Pisa, ha da subito visto coinvolti sia soggetti istituzionali come il Comune di Pisa, la Fondazione Cassa di Risparmio di Pisa (che ha finanziato il progetto strutturale)

riepilogativa degli enti aderenti ricostruita in Figura 1] coordinato dalla stessa SdS può essere stimato in una media di 900 persone all'anno prevalentemente composto da soggetti di passaggio in città, che utilizzano i servizi in modo occasionale e sporadico<sup>17</sup>.

Figura 1 – Il Progetto Homeless pisano. Schema riepilogativo delle 4 linee di intervento coordinate dalla SDS pisana e dagli enti aderenti

<p><b>- Progetto Homeless</b> (contratto di appalto, soggetto affidatario Cooperativa Sociale Il Simbolo)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● centro di accoglienza notturno (24 posti ordinari; 4 posti per le emergenze sanitarie; 6 posti temporanei per i periodi di emergenza freddo/caldo):</li><li>● centro diurno (servizio lavanderia, docce, internet, socializzazione, informazione ed orientamento rispetto ai servizi del territorio)</li><li>● sportello di ascolto</li><li>● mediazione sociale e riduzione dei conflitti</li></ul> <p><b>- Programma "Housing first"</b> (attività svolta dalla Cooperativa Sociale Il Simbolo nell'ambito del progetto Homeless)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Inserimento abitativo di persone senza dimora croniche secondo le modalità <i>housing first</i> e <i>housing first</i></li><li>● Animazione territoriale</li><li>● Mediazione sociale e riduzione dei conflitti</li></ul> <p><b>- Centro diurno</b> (attività svolta dalla Cooperativa Sociale Il Simbolo nell'ambito del progetto Homeless, in collaborazione con la Società Cooperativa Sociale Arnera nell'ambito delle attività dell'UDS)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ascolto, informazione e invio ai servizi dedicati e non</li><li>● Servizio doccia</li><li>● Servizio lavatrice/asciugatrice</li><li>● Spazio di socializzazione</li><li>● Mediazione sociale e riduzione dei conflitti</li></ul> <p><b>- Progetto Strada facendo una città che si cura UDS</b> (convenzione con la Società Cooperativa Sociale Arnera discendente da Accordo regionale con CNCA sulla bassa soglia e collaborazione con Il Simbolo nell'ambito del progetto Homeless)</p>
---

e, successivamente, la Società della Salute della Zona Pisana (che ne garantisce la continuità di finanziamento); sia soggetti del privato sociale, come le cooperative sociali Il Simbolo, Arnera e Alzaia, che ne hanno attuato i diversi interventi, o come le associazioni di volontariato Società San Vincenzo de' Paoli, Amici della Strada e CISOM. Per ulteriori informazioni si rimanda al sito istituzionale: <https://www.progettohomeless.it/>

17 Secondo dati ufficiali prodotti dalla Caritas locale e risalenti al 2016, nel 2015 sono state 931 (302 italiani e 629 stranieri) le persone entrate in contatto con il centro di Porta a Mare gestito dalle cooperative sociali "Il Simbolo" e "Arnera" (<https://www.caritaspisa.com/wordpress/a-pisa-266-persone-senza-dimora-fenomeno-in-crescita-lunedì-sera-le-cena-degli-homeless/>).

Gestione presidio UDS Piazza V. Emanuele Pisa e Attività UDS mobile:

- monitoraggio del territorio
- informazione ed orientamento rispetto ai servizi del territorio
- Informazione ed orientamento rispetto ai servizi dedicati e non del territorio
- Invio ed accompagnamento ai servizi
- Distribuzione di beni di prima necessità
- Distribuzione di pasti caldi in strada
- Distribuzione di materiale informativo
- Mediazione sociale e riduzione dei conflitti

Secondo, una presenza di 200-250 senza dimora che gravitano nell'area urbana pisana (dato presunto e di non diretta rilevazione della SdS)<sup>18</sup>. Terzo: per quanto riguarda l'accesso di senza dimora direttamente alle strutture ospedaliere in particolare attraverso i canali dell'emergenza e urgenza e il reparto di Pronto Soccorso, Pisa presenta numeri piccoli e una particolarità organizzativa di rilievo. La SdS pisana insiste su un territorio privo di fatto di ospedali ASL: la ASL gestisce infatti gli Ospedali di Comunità a Navacchio e a Cecina<sup>19</sup>, mentre il grande ospedale cittadino sito a Cisanello risponde all'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP). Al di là di questa peculiarità organizzativa, i numeri di accesso ai servizi di cura e la presa in carico sanitaria in emergenza riguardanti i senza dimora sono "davvero risibili" (FI\_TP\_05), il Pronto Soccorso di Cisanello – come si approfondirà a breve nel paragrafo dedicato – si conferma frequentato più come luogo di stazionamento che come punto di accesso di cure.

La speranza condivisa a livello dei vertici socio-sanitari locali è che il neo costituito Tavolo Zonale – articolazione della Consulta del Terzo Settore della Società della Salute Pisana – coinvolgendo numerosi enti del Terzo Settore di comprovata esperienza in materia di contrasto alla povertà (a partire dalle cooperative sociali Il Simbolo e Arnera<sup>20</sup>, il CISOM<sup>21</sup> fino alla Fondazione Caritas) possa favorire la condivisione dei dati già raccolti, nell'ottica di una sempre più solida e articolata attività di coprogrammazione, in particolare in tema di politiche di contrasto alla marginalità.

18 A Pisa nel 2015 si sarebbero contati 266 senza dimora (142 stranieri e 124 italiani), con un trend in costante aumento (+46% rispetto al 2008) e segnato da un incremento medio annuo rilevante del circa 2,6% rilevato a partire dal 2010 (cfr nota 18).

19 Cfr. <https://www.uslnordovest.toscana.it/guida-ai-servizi/107-ospedale-di-comunita>

20 Per dettagli sulle attività delle due cooperative sociali pisane impegnate sul fronte della marginalità adulta si rimanda ai siti istituzionali: <https://www.ilsimbolo.it/> e <https://www.arnera.org/cooperativa/>

21 Il Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (CISOM) è uno dei partner chiave delle attività dell'Ambulatorio Etico (Cfr. Figura 1).

È infatti noto come la complessità porti al crearsi di barriere e alla generazione di effetti push-pull: ovvero di “pressioni per entrare” per esempio in strutture o in specifici percorsi di presa in carico, e di concomitante “resistenza a far entrare”. La visione sempre più strutturata e aperta alla cooperazione dei consorzi di enti, come anche nel caso della Società della Salute Pisana, vuole essere una risposta fattiva al rischio di dissinergie e di rimpalli tra gli ambiti del sanitario e del sociale: cortocircuiti antitetici a tutte le linee guida di intervento, protocolli di intesa, Piani Integrati, e inoltre estremamente costosi in termini di gestione delle risorse e iniqui per l’utenza.

A contrastare gli effetti negativi di tale dinamica perversa, operano in particolare due “risorse di cura”: l’Ambulatorio Villani e l’Ambulatorio Etico.

La prima esperienza è quella ormai più che trentennale dell’Ambulatorio Villani nato nell’ambito delle attività di volontariato della Società San Vincenzo de’ Paoli di Pisa. Oggi in stretta convergenza con il Centro Salute della cooperativa sociale Il Simbolo opera nei locali dell’ex Convento dei Cappuccini nel quartiere di San Giusto a Pisa, offrendo servizi a tutte le persone in situazioni di necessità sanitaria e prive di un regolare accesso al servizio territoriale della medicina di base con il più recente e articolato progetto I Cappuccini Salute, attivo dal 2019.

“Sul territorio esiste anche l’Ambulatorio Villani a cui possiamo indirizzare i pazienti, oppure l’ordine di Malta presso il dormitorio. Quest’ultimo si occupa proprio degli homeless e può fornire prestazioni dirette, anche di tipo farmacologico” (PI\_PS\_10A).

La seconda risorsa, dunque, come puntualmente descritto dalle dirette parole dei testimoni privilegiati, “nasce nel 1990 come Ambulatorio per gli extra-comunitari e successivamente si allarga ai senza dimora” (PI\_TP\_01). Le attività dell’Ambulatorio Etico si legittimano e organizzano a partire da un “protocollo gratuito di collaborazione tra la Società della Salute e il Corpo Italiano di Soccorso dell’Ordine di Malta” che permette l’utilizzo di una stanza all’interno della struttura di via Conte Fazio dedicata al Progetto Homeless (vedi sopra) e che in fase pandemica ha reso possibile trasferire le attività di cura direttamente presso la stazione di San Rossore, nell’ambito di Binario Zero<sup>22</sup> “un progetto gestito dalla Cooperativa Arnera che prevede un piccolo diurno con l’accesso al servizio docce e alla lavatrice dietro prenotazione” (PI\_TP\_04). Ed è proprio il rinsaldarsi di questa rete di cooperazione tra CISOM, Caritas e le cooperative sociali Il Simbolo, Arnera e Alzaia, che, a partire dal 2018, ha permesso di aprire i servizi di cure ambulatoriali anche ai senza dimora.

22 Per ulteriori dettagli: <https://www.arnera.org/aree/alta-marginalita-fragilita/binario-zero/>

Passando al caso Firenze iniziamo dai dati per poi ripercorrere i punti salienti dell'organizzazione dei servizi. Con poco più di 1.900 senza dimora rilevati durante l'approfondimento tematico ISTAT relativo all'anno 2014, Firenze si colloca al quarto posto in Italia per numero di persone che vivono in povertà estrema, ospitando – se pure con la flessibilità e volubilità riconducibili ad una popolazione tanto difficilmente monitorabile – il 3,9% dei senza dimora a livello nazionale.

Considerati tutti i presidi ospedalieri presenti nell'area<sup>23</sup> dunque sia gli ospedali ASL che l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Careggi, gli accessi per tutte le cause e per tutti i quintili di popolazione calano da 205.484 nel 2019 a 154.703 nel 2021, anno di graduale piena ripresa del servizio in epoca post avvento COVID. Sul totale dell'utenza e considerando il flusso di dati a partire dal 2015, il quintile più deprivato si attesta stabilmente tra il 15 e il 16%, considerando che il 27% del campione risulta non collocabile per profilo socioeconomico.

Concentrandosi su una problematica di salute tipica della grave marginalità adulta e considerando le sole diagnosi di patologie attribuibili all'abuso di alcol, gli accessi totali nel 2021 sono 1.160 (lo 0,75% del totale degli accessi) e il peso del quintile più deprivato per questa specifica causa di ricorso alle cure si attesta al 24% sul totale dei profili dove condizione socio-economica e causa di accesso risulta dichiarata (ovvero il solo 39,6% pari a 459 casi, dato che negli altri 701 casi su 1160 il match con le caratteristiche socioeconomiche risulta impossibile).

L'ospedale di Santa Maria Nuova, luogo del nostro approfondimento tematico, per il 2021 presenta 27.441 accessi totali ovvero il 17,7% del totale degli accessi in ospedale per l'area fiorentina, e ben 751 accessi per cause alcol correlate ovvero il 2,7% del suo totale accessi e il 64,7% del totale accessi fiorentini alcol-correlati per l'anno 2021.

“Come attestato da una recentissima ricerca condotta presso l'ospedale di Santa Maria Nuova da un collega [ancora per solo uso interno e non pubblicata; perciò, non illustrata maggiormente né inclusa nella bibliografia, n.d.r.], si riscontrano più di 60 casi di pluri-accesso in Pronto Soccorso, intendendo una frequenza di accessi di anche 10 volte in 10 mesi: e il problema sociale si è rivelato predominante rispetto al problema sanitario nella maggior parte dei casi” (FI\_TP\_05).

Anche per quanto riguarda l'aspetto organizzativo il capoluogo toscano rappresenta un caso distinto rispetto a quello pisano e segnato da sue proprie peculiarità. Innanzitutto, la Società della Salute costituita sul territorio

23 I dati gentilmente forniti dal Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Toscana Centro riguardano i seguenti presidi ospedalieri: S. Maria Nuova, San Giovanni di Dio-Torregalli e il Complesso Ospedaliero Careggi-CTO.

ciudadino è composta non da una unione di comuni ma dal solo comune di Firenze e dalla Azienda Sanitaria di Firenze, afferente alla Azienda Usl Toscana centro. Nel rispetto dalla Legge Regionale 40/2005 Disciplina del servizio sanitario regionale relativa alle società della salute, (Capo III bis; art. 71 bis, punti c e d)<sup>24</sup> il consorzio pubblico costituente la Società della Salute fiorentina ha a suo tempo optato per una gestione a geometrie variabili delle deleghe previste: alla Asl sono stati attribuiti in toto i compiti relativi alla presa in carico di non autosufficienti, disabilità, salute mentale e dipendenze, mentre marginalità e minori sono stati assegnati alla gestione diretta del Comune. I presidi di cura intermedi presenti su territorio comunale sono direttamente e autonomamente gestiti dall’Azienda Usl Toscana Centro, in linea con il Piano Integrato di Salute (PIS) condiviso del consorzio.

La Società della Salute di Firenze ha l’obiettivo di fornire linee organizzative per “evitare gli attriti sanitari” e coordinare, o là dove necessario ridisegnare, priorità e mission (FI\_TP\_05). Un esempio che ben rappresenta questa linea di cooperazione è quello della vaccinazione di tutta la popolazione nell’ambito della lotta al COVID-19: “il Comune, la Asl, le associazioni insieme e con il coordinamento della Società della Salute hanno costituito una rete più salda e si sono poste l’obiettivo condiviso di non creare eventi spot ma dare continuità a interventi e servizi. Si è lavorato nella direzione di interventi non solo stile open day ma di consolidamento dei percorsi, di istituzione di contatti frequenti tra strutture e servizi e individui al fine di garantire continuità non solo nello specifico ambito della vaccinazione ma in un’ottica più ampia di supporto e presa in carico della persona/utente/paziente” (FI\_TP\_05). Entrando maggiormente nei dettagli organizzativi di questo intervento, grazie alle parole di un secondo interlocutore, si chiarisce come il Comune abbia gestito la parte logistica, indicando e/o predisponendo spazi adeguati anche e soprattutto in collaborazione con il volontariato: “i Punti vaccini sono stati allestiti presso Mense Caritas, Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), Camper itinerante e soprattutto presso il Centro Polifunzionale Diurno La Fenice<sup>25</sup>, che è poi stato mantenuto come luogo di riferimento date le sue caratteristiche di centro multiservizio già noto, facilmente accessibile e riconoscibile, dotato di spazi adeguati e operatori formati” (FI\_TP\_06). A fronte della grande sfida rappresentata dalla “poca costanza e dallo scarso rispetto dei tempi e degli appuntamenti che caratterizza questo particolare tipo di utenza” (FI\_TP\_06), un aspetto saliente della campagna vaccinale

24 Art. 71 bis - Società della salute: finalità e funzioni

25 Per dettagli si rimanda alla pagina web di riferimento:  
<http://www.marginalitactm.it/content/centro-diurno-la-fenice>.

dedicata alla grave marginalità è stato senz'altro quello della sua potenziale portata di lungo periodo e il suo valore in termini di inclusione: "L'aggancio del vaccino è stato utilissimo per il rilascio di tesserini STP, là dove è possibile, e per l'attivazione di percorsi con il presidio di Santa Rosa<sup>26</sup>" (FI\_TP\_06).

Sul tema monitoraggio e contenimento dei contagi e sulla sua intersecazione con le tematiche di salute e benessere propri della grave marginalità, uno degli esempi riportati è quello del testing per COVID-19. L'attività di screening viene offerta ed effettuata presso il Centro La Fenice; i casi negativi sono indirizzati direttamente verso i centri di accoglienza; i casi positivi sono instradati verso le strutture di accoglienza in particolari aree dedicate all'isolamento oppure all'albergo sanitario. Questo servizio è stato attivato in collaborazione con il Comune, l'ambulatorio Stenone, l'Asl Toscana Centro per la parte di screening e ben esemplifica l'intensificarsi di un rapporto di cooperazione tra Pronto Soccorso e territorio. Anche Questura e Prefettura hanno visto un grado crescente di coinvolgimento sulla gestione di questi percorsi, in particolare sui minori non accompagnati. E la Società della Salute ha rappresentato il punto di riferimento per le strutture di accoglienza per quanto riguarda le problematiche pandemiche: dallo screening agli alberghi sanitari.

Un secondo esempio è quello relativo al coordinamento sanitario congiunto da parte di Società della Salute e ASL Toscana Centro delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale USCA (istituite con D.L. 17.03.2020 n.18), cui erano stati attribuiti compiti di verifica dei requisiti dei richiedenti vaccino, somministrazione delle dosi, e – là dove opportuno e possibile – di specifiche valutazioni delle problematiche di salute e di indirizzo verso i percorsi più idonei di cura. In particolare, nel caso di colloqui preliminari con i senza dimora e gli adulti in condizione di grave marginalità, l'ottica di intervento non è stata quella della sola urgenza bensì di un percorso di presa in carico attento alla prevenzione, con l'obiettivo prossimale della vaccinazione cui però sommare un obiettivo distale di prevenzione del degrado estremo e dello strutturarsi di multiproblematicità. Con questa prospettiva le attività delle USCA sono state fin da subito organizzate e predisposte in rete con altri operatori al fine di selezionare il miglior percorso per ciascun paziente, stando attenti a non dare spazio a percezioni di ghetizzazione, favorendo una reale facilitazione all'accesso.

Nella riflessione di tutti i testimoni privilegiati emerge dunque come la pandemia abbia riacceso i riflettori sul nodo del territorio, se pure con esiti

26 Per dettagli si rimanda alla pagina web di riferimento: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/sedi-territoriali/581-sedi-territoriali-firenze/firenze-zona-centro/11069-firenze-quartiere-4-presidio-santa-rosa>

anche diametralmente opposti in termini di processi di integrazione e collaborazione tra enti.

L'esperienza pisana è quella di un effetto pandemia da Covid come blocco, come elemento di ulteriore difficoltà in un processo di integrazione di per sé faticoso, con tempi di realizzazione lunghi, linee di rinnovamento non perfettamente allineate e coordinate, difficoltà anche solo meramente informatiche (es. impossibilità di dialogo tra gestionali con conseguente impossibilità di scambio dati) ma non per questo meno onerose in termini di disfunzionalità. Al contrario, l'esperienza fiorentina è quella di una fase Covid effetto booster, di momento sì critico ma capace di suscitare reazioni positive e di favorire la collaborazione tra soggetti. Rara nota positiva tra le molte negative che hanno contraddistinto il biennio 2020-2021, questa consapevolezza porta tanto le figure apicali quanto gli operatori alla ferma volontà di strutturare le migliori procedure messe in piedi nell'emergenza COVID, di rendere permanenti quei percorsi ad alto grado di coinvolgimento e potenziamento dei rapporti tra persone con professionalità diverse e tra enti distinti.

Se dunque il principale obiettivo delle istituzioni (e degli operatori) si conferma quello di attivare prese in carico efficaci nel rispetto dei bisogni degli utenti e del loro diritto all'autodeterminazione, la criticità principale è quella dell'"aggancio" e un problema ancora attuale e diffuso rimane quello dell'assegnazione del medico nell'ambito della medicina generale e/o della regolare frequentazione dei relativi servizi ambulatoriali.

Riguardo alla prima, allacciare un primo contatto con la persona in situazione di bisogno, indirizzarla "spiegando a voce quando e come raggiungere uno specifico servizio" (FI\_TP\_04), o predisporre un percorso si conferma un punto ad alto grado di delicatezza e ad alto tasso di insuccesso ma potenzialmente di svolta. Il bisogno sanitario e la relativa richiesta di cure possono essere il primo passo verso i servizi di secondo livello (FI\_TP\_06). Ma resta un problema: il dare visibilità ai – se pur non numerosi ma comunque presenti in entrambe le aree urbane – presidi e ambulatori a bassissima soglia "bisogna ricostruire una rete di conoscenza sul territorio. C'è l'ambulatorio ma l'ambulatorio non diventa il punto di cura" (PI\_TP\_06).

Riguardo al secondo, la legge 833 del 1978, all'articolo 19 stabilisce che per ottenere un medico di medicina generale sia necessario disporre del requisito della residenza. Ancora oggi senza residenza – con l'eccezione recentissima dell'Emilia-Romagna<sup>27</sup> – si perdono diritti alla previdenza

27 Da dicembre 2021 per Provvedimento approvato dalla Giunta Regionale, in Emilia-Romagna anche per gli italiani senza dimora e rimasti privi di tessera sanitaria è possibile iscriversi all'anagrafe sanitaria per la scelta del medico di medicina generale e avere

sociale, al welfare e, soprattutto, alla salute. Senza tessera sanitaria non è possibile avere assegnato un medico di famiglia, e diventa estremamente difficile farsi assegnare controlli, visite specialistiche, ricette per farmaci. Per i medici di medicina generale si pone quindi un duplice problema. Da un lato quello formale della gestione di pazienti che rischiano di scivolare nella categoria degli “esclusi”: “nell’arco di un anno per 5 forse 10 casi si profila lo scenario concreto di non poterli più in nessun modo prendere in carico perché non ricompresi in nessuna delle categorie di pazienti previsti dall’ambulatorio” (FI\_TP\_03).

Dall’altro lato quello più operativo di rapporto con i Servizi Sociali: una connessione ancora non strutturata, anche se sarebbe opportuna e strategica. Il contatto tra MMG e Segretariato Sociale viene infatti prevalentemente attivato solo su alcuni casi ad alta complessità e principalmente in virtù di conoscenze dirette e canali informali.

Tornando ai rapporti diretti medici-pazienti, si conferma come percorsi di bisogno concreti delle persone però non guardino le deleghe o le titolarità dei servizi. Là dove si attesta una maggiore disponibilità e sensibilità alla complessità, grazie soprattutto al passaparola tra gli utenti già seguiti e gli aspiranti tali, si concentrano le richieste di intervento, si avanzano tentativi di richiesta di intervento e di cura, si cerca di “forzare” il sistema al fine di trovare risposta ai propri bisogni di salute.

Dal punto di vista burocratico-organizzativo, se per gli irregolari stranieri senza codice fiscale (tesserino sanitario STP<sup>28</sup>) e per gli irregolari comunitari dunque provenienti da altro stato membro dell’Unione Europea (tesserino sanitario ENI<sup>29</sup>) sono previsti ambulatori Asl dedicati<sup>30</sup> e/o la

garantiti i livelli essenziali di assistenza (LEA).

28 Ai cittadini non UE e non in regola con l’ingresso e il soggiorno in Italia, vengono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative mediante il rilascio di specifico tesserino sanitario per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), che garantisce l’accesso al Servizio Sanitario Regionale (cfr. <https://www2.immigrazione.regione.toscana.it/?q=node/2275>) e permette alcune attività di prevenzione come la mammografia.

29 I cittadini comunitari, non residenti sul territorio regionale, che non hanno i requisiti per l’iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Regionale e non sono assistiti dagli Stati di provenienza, hanno la possibilità, previa autocertificazione alla ASL, di avere il tesserino ENI. Con il tesserino ENI, analogamente a quanto riconosciuto e previsto con il tesserino STP, sono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative. Il tesserino può essere rilasciato al Pronto Soccorso o alla all’Azienda Sanitaria Locale (ASL) al momento della prima cura medica; essere richiesto dalla persona per iniziare un percorso di cure. Cure garantite dal tesserino ENI sono l’assistenza della gravidanza e della maternità; l’assistenza per la salute del minore; le vaccinazioni; la profilassi internazionale; la profilassi e cura delle malattie infettive; cura e riabilitazione in caso di tossicodipendenza.

30 Questi ambulatori, dislocati presso le case della salute e i principali presidi di cura presenti nell’area urbana fiorentina, sono dedicati agli utenti con tesserino sanitario STP.

possibilità di avere un medico di base, è per i cittadini italiani privi di documenti, non residenti né domiciliati, senza dimora che risulta impossibile avere iscrizione sanitaria perché non iscritti all'anagrafe del Comune di ultima residenza e dunque viene a mancare qualsiasi tipo di supporto.

Secondo le indicazioni dei nostri interlocutori, gli adulti in condizioni di marginalità, esclusione e rischio di scivolamento in condizioni di indigenza ancora più severa che si rivolgono agli ambulatori di assistenza primaria possono essere ordinati in tre macro – gruppi, tutti numericamente in crescita a partire dal 2020:

- pazienti fidelizzati: stranieri da tempo in Italia, che si rivolgono “con continuità” all’ambulatorio.

- nuovi utenti: nella maggior parte dei casi da poco in Italia ma prontamente indirizzati agli ambulatori dal gruppo di connazionali di riferimento. Questi pazienti possono contare su reti di comunità (in particolare etnica e religiosa) e solitamente presentano situazioni di marginalità meno critiche.

- estremamente marginali: soggetti con alta mobilità sul territorio, con nessuna risorsa per la prevenzione e/o la cura, non di rado analfabeti (anche di ritorno). L’accesso all’ambulatorio avviene grazie all’accompagnamento da parte delle associazioni di volontariato, come Medu, Anelli Mancanti, Caritas. Questo terzo gruppo rappresenta di fatto la fascia più discriminata: qui si concentrano i soggetti senza residenza, esclusi perché non agganciati a nessun territorio. E qui si concentrano problematiche di salute che oltre alle acuzie riguardano cronicità importanti (diabete, cirrosi, ipertensione) e doppie diagnosi di dipendenze e malattia psichiatrica (PI\_TP\_03).

Agli ostacoli formali e burocratici e alla necessità per i medici e gli altri operatori sanitari di dotarsi di competenze anche in ambito normativo e territoriale al fine di poter interpretare nel modo più funzionale per l’obiettivo di cura la normativa vigente, si intreccia il tema della percezione individuale dello stato di salute e il problema della fiducia nei confronti di figure e istituzioni preposte alla cura.

Vivere in strada, come noto, implica aspettative di vita peggiori e le agende di salute di questi pazienti sono profondamente diverse rispetto a quelle del medico.

“È ovvio che un problema di salute importante non può essere gestito sulla strada. È molto difficile parlare di salute quando si è sulla strada e quindi anche affrontare un problema di salute diventa una specie di pezza” (PI\_TP\_06). E ancora: “Molto spesso ci troviamo a gestire un problema sanitario, che è immerso in tanti altri problemi, di cui siamo investiti al punto di non riuscire a vedere il problema di salute vero. In ambulatorio

talvolta è anche difficile capire quali sono i problemi dal punto di vista medico perché ce ne sono così tanti, lo stesso paziente non riesce a dare la priorità alla problematica principale. Non di rado noi siamo l'unico elemento di ascolto in una situazione in cui gli vengono chiuse tante porte in faccia; accedere all'ambulatorio vuole dire ritagliarsi un ambiente protetto" (PI\_TP\_06).

Il contesto dell'ambulatorio e l'aver a che fare con situazioni ad alto grado di complessità sociosanitaria porta i medici a misurarsi con un senso di impotenza oneroso da gestire dal punto di vista intimo personale e dell'intervento professionale, e a "patteggiare obiettivi di minima" nel tentativo di offrire comunque servizi efficaci e quanto più possibilmente personalizzati (FI\_TP\_03).

Anche nel proporre alcuni percorsi terapeutici o profilassi, per esempio nei casi di trattamento della scabbia, non è raro procedere tramite "rete personale e risorse autonomamente reperite" (FI\_TP\_01), piuttosto che tramite procedure da protocollo di fatto non applicabili allo specifico caso.

Considerando dunque l'esperienza dei medici attivi in ambito ambulatoriale, risulta confermarsi per tutte le zone una tendenza comune: dopo il primo contatto e la prima visita finalizzata al reperimento di ulteriori documentazioni urgenti oppure dopo un circoscritto periodo di frequentazione della struttura finalizzato a risolvere la fase acuta, il contatto con questi pazienti tende a rarefarsi quando non a interrompersi del tutto. Il paziente "fuori circuito" tanto è di difficile aggancio e presa in carico, quanto, con estrema frequenza e impossibilità per il medico di attivare contromisure, "tende a sparire" (FI\_TP\_03).

La complessità dei bisogni sanitari e sociali portati dalla particolare utenza in esame, le "maglie" ancora "larghe" quando non sfilacciate o assenti del sistema sociosanitario territoriale e, non ultimo, la visibilità maggiore di certi presidi rispetto ad altri portano ancora il Pronto Soccorso ad essere luogo di riferimento su cui convergere (vedi figure 2 e 3).

Figura 2 – Possibili percorsi di accesso alle cure nell'area urbana pisana

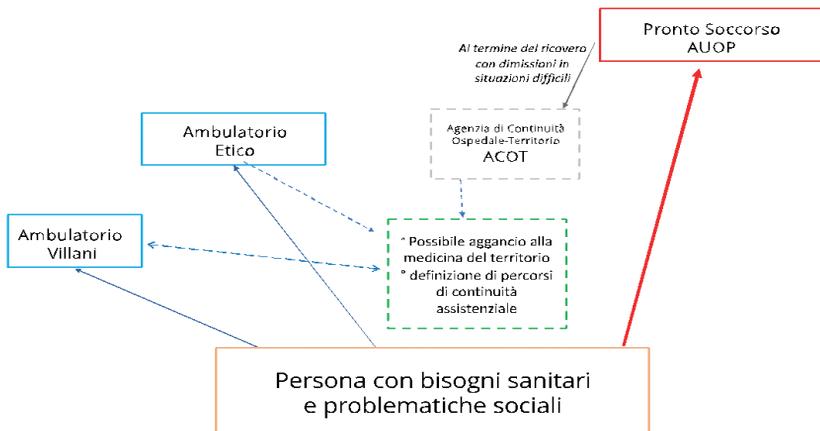
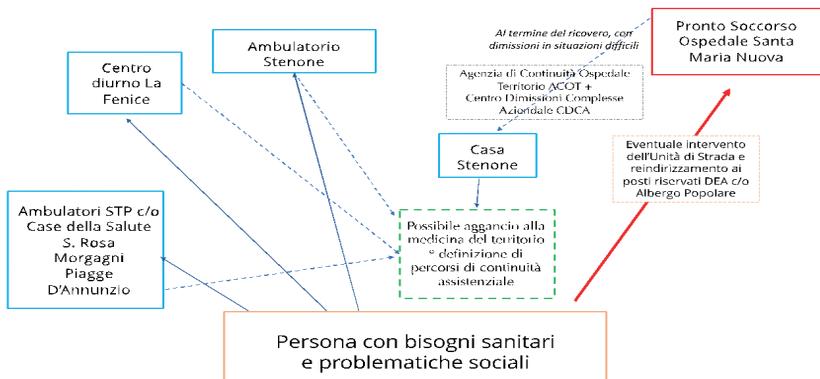


Figura 3 – Possibili percorsi di accesso alle cure nell'area urbana fiorentina



“L’attività del PS dovrebbe essere centrifuga e smistare i pazienti verso altri reparti; è invece troppo spesso centripeta e attrae pazienti rimasti privi di servizi altri” (FI\_PS\_01G).

Dovrebbe essere “il tessuto sociale intorno” ad “assorbire questa problematica” e il Pronto Soccorso rappresenterebbe “l’ultimo dei posti idonei” (PI\_PS\_07A), ma è invece lì che le persone in condizione di grave marginalità tentano di trovare risposta alle proprie necessità più indifferibili, siano esse legate ad un più o meno acuto stato di compromissione della salute, o a più generali condizioni di disagio (freddo, fame, alterazione psicofisica da abuso di sostanze varie), spaesamento e ricerca di un luogo più protetto e confortevole della strada. È in particolare durante le ore notturne che “la nostra società è in grado di dare risposte sanitarie e sociali solo tramite il Pronto Soccorso” (FI\_PS\_01G).

Il fenomeno rimane difficile da quantificare. Facendo sintesi dei dati emersi dalle varie testimonianze raccolte possiamo azzardare per Pisa una stima di 25/30 senza dimora che con modalità diverse per frequenza e stagionalità varcano le porte del reparto. Il problema dell’ospedale pisano è infatti legato più che al numero in senso assoluto alla reiterazione degli accessi: “Alcune persone vengono tutti i giorni per sostare la notte e poi non vogliono andare via la mattina, richiedono la colazione, di essere cambiati ecc. Quindi non è tanto un trend in salita, ma il problema è il numero di accessi che fanno”.

I numeri fiorentini sono ancora di più difficile monitoraggio, essendo relativi ad una popolazione più vasta, più dispersa e dai percorsi a più ampio raggio. Ciò che però chiaramente emerge è che la situazione dei flussi di accesso più o meno impropri al reparto di Emergenza e Urgenza si complica esponenzialmente venerdì, sabato e domenica, in orario notturno, a causa del diffuso abuso di alcol tra giovani e giovanissimi italiani e stranieri che affollano i locali del centro storico e vanno a sommarsi al normale flusso di pazienti in emergenza e alla presenza – mediamente contenuta e “discreta” – di homeless abitualmente presenti nell’area dell’Ospedale. I così detti frequent flyers fiorentini “sono 4 o 5 persone che dormono ogni notte sotto il porticato esterno del Pronto Soccorso, lasciando durante il giorno i loro effetti personali in un angolo appartato” (FI\_PS\_01G).

Tornando al tipo di bisogno espresso e alle modalità di intervento e risorse attivate e/o attivabili, “il Pronto Soccorso opera in modalità dicotomica, la sua risposta è netta: o ricovero o dimissioni<sup>31</sup>” (FI\_PS\_01G). Se dunque il problema è prettamente sanitario “il percorso post-DEA è chiaramente

31 Una delle rare risorse attivabili dai dipartimenti di emergenza e accettazione (D.E.A.) degli ospedali fiorentini per quei soggetti in situazione di grave marginalità ma le cui condizioni sanitarie non richiedano il ricovero, è il servizio di emergenza attivo presso l’Albergo Popolare (<https://servizi.comune.fi.it/servizi/scheda-servizio/albergo-popolare>) che riserva tre posti a questo specifico target di ospiti.

definito” (FI\_PS\_01G), per tutti e secondo principi ancora pienamente universalistici.

Anche al termine del periodo di ricovero, se pure con non poche difficoltà e rigidità esiste la “risorsa scarsa” delle dimissioni protette coordinate dall’Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT)<sup>32</sup> che può garantire ai pazienti in uscita da un reparto ospedaliero ma ancora in condizioni di limitata autonomia e con fragilità la continuità terapeutica e assistenziale “Tra ospedale e territorio non c’è quasi nulla. [...] Dovendo dimettere dall’ospedale un senza fissa dimora sul territorio l’unica interfaccia è quella dell’ACOT. [...] Questa è la nostra unica possibilità in questo senso” (PI\_TP\_06). “Non abbiamo protocolli a parte l’ACOT, quando non possono riandare in strada. ... Ammesso che ci siano condizioni per ritornare in strada! Lo facciamo raramente, ma è possibile” (PI\_PS\_10A).

È per i disagi di tipo sociale che il reparto di Pronto Soccorso si trova “senza strumenti appropriati, senza le giuste competenze e risorse. Di fatto una presa in carico dedicata ai senza dimora non è prevista” e manca “un riferimento unico e immediato” verso cui indirizzare questo particolare target di pazienti (PI\_PS\_07A). Pazienti che nel 95% dei casi non necessitano di trattamento per acuzie, ma che avrebbero bisogno di essere collegati alla medicina territoriale e presi in carico per accertamenti a livello ambulatoriale, a cominciare “dalla psichiatria per tutte le dipendenze o dal territorio anche se è difficile che qualcuno se li prenda in carico in tempo reale. Per tale ragione spesso arriviamo a fare dei ricoveri impropri, considerando che le persone talvolta attendono un posto letto per 48 ore e anche di più” (PI\_PS\_07A).

Analoghe evidenze hanno spinto la Società della Salute fiorentina ad “intensificare il rapporto con l’Unità di Strada – potenziata con un operatore di tipo sanitario [ndr] – estendendone l’azione dalla sola fascia oraria diurna a servizio di intervento almeno fino alla mezzanotte, soprattutto sui presidi ospedalieri di Santa Maria Nuova e di San Giovanni di Dio. Questo innanzitutto per limitare il problema dei bivacchi nelle aree antistanti l’accesso al Pronto Soccorso e per offrire un servizio di accoglienza

32 In seguito alla segnalazione effettuata - previo consenso dello stesso paziente o del suo fiduciario - dal medico e dall’infermiere di reparto all’ACOT, si attiva un team multidisciplinare cui prendono parte infermieri, medico di comunità e assistente sociale. Il team ACOT insieme al personale di Reparto e – ove presenti – al medico di medicina generale e ai familiari, definisce il percorso terapeutico, riabilitativo e/o di cure secondarie e assistenziali più appropriato per il paziente. L’analisi qui presentata, riferendosi a rilevazioni concluse nel giugno 2022, non tiene conto delle più recenti riforme e relative trasformazioni del servizio previste dal DM77/22 e dalla successiva linea guida elaborata da Regione Toscana.

mettendo la persona senza dimora nella possibilità di accedere ai posti DEA previsti presso l'Albergo Popolare<sup>33</sup> (FI\_TP\_06).

## **Buone pratiche, aree critiche e possibili linee di intervento**

I temi della mancata prevenzione, della cronicizzazione di patologie altrimenti curabili o comunque monitorabili e l'uso improprio della risorsa della medicina d'urgenza per problemi, appunto, di cronicità ma anche per necessità tipicamente sociali sono emersi in modo netto anche dai colloqui con gli operatori sanitari dei due ospedali monitorati. La difficoltà di inquadrare i bisogni di un paziente ad alto grado di complessità come può essere un senza dimora con gli strumenti della medicina d'urgenza e i ritmi del Pronto Soccorso rendono gli interventi dei sanitari poco efficaci in termini di cura, privi della necessaria continuità e incerti nell'esito della presa in carico, con un effetto altamente frustrante per gli stessi medici e infermieri.

Una sfera del bisogno così complessa richiede un intervento profondamente rinnovato nei paradigmi di riferimento, nelle modalità e nei ritmi di presa in carico: un intervento proposto, offerto e liberamente accessibile. Un supporto che sia articolato e multilivello, capace di operare sul contesto sociale, ambientale e relazionale in cui la persona si vuole (re-)inserire. Il passaggio da un paradigma “a gradini” e dal forte mandato rieducativo/riformativo al riconoscimento di diritti fondamentali – la casa e la salute – come beni primari e risorse da tutelare o ripristinare, ma sempre nell'ambito di una scelta informata e consapevole e quanto più possibile nel rispetto dell'autodeterminazione del singolo anche per modalità e tempistiche. Le indicazioni presenti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) vanno in parte in questa direzione, prevedendo l'esplicita destinazione di fondi per l'housing temporaneo e Stazioni di posta. Le puntualizzazioni già avanzate da Fio.PSD e il suo monitoraggio attivo rappresentano una risorsa e un correttivo prezioso per una rotta non facile da mantenere ma imprescindibile.

### ***Best practices e aree critiche***

Facendo sintesi di quanto emerso dalle 25 interviste a medici, infermieri e OSS di Pronto Soccorso e completandole con le 14 testimonianze degli osservatori privilegiati, è possibile individuare almeno tre fra esperienze e strutture che rappresentano la concreta “messa a terra” di buone pratiche e servizi inclusivi e toccano i temi della prevenzione, della diagnostica e della

33 Presso il centro polivalente “La Fenice” l'accoglienza DEA del Pronto Soccorso ha a disposizione 3 posti letto, generalmente riservati ad una utenza maschile.

continuità assistenziale. E – a seguire e per concludere – quattro elementi chiave ricorrenti, restituibili in termini prospettive di intervento per le policy: dalla pratica quotidiana di presa in carico e di rapporto diretto con il paziente-utente ad una dimensione più ampia e di sistema.

*Prevenzione: hub vaccinale Caritas - Firenze*

<b>Struttura</b>	<b>Sede</b>	<b>Target Group</b>	<b>Policy area</b>	<b>Professionalità coinvolte</b>	<b>Utenza media /anno</b>	<b>Servizi erogati</b>
Hub vaccinale Caritas	Via Corelli, 91 e “Complesso Baracca” via Pietri 1, Firenze	Immigrati, immigrati irregolari, richiedenti asilo e adulti in condizioni di grave marginalità	Ambito sanitario: prevenzione	Operatori Caritas Operatori ASL Centro	In riferimento al periodo di attività: 400 persone	Prima vaccinazione contro il virus SARS-CoV-2 e successivi richiami Profilazione sanitaria minima dell'utente

Dell’allestimento di una campagna vaccinale contro il virus SARS-CoV-2 dedicata alle fasce di popolazione cosiddette out of reach – in primis i soggetti privi di tessera sanitaria “standard” – si è iniziato a parlare nel febbraio 2021, quando l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato una comunicazione nella quale venivano specificate le categorie aventi diritto all’accesso alla vaccinazione e come procedere alla vaccinazione dei soggetti in condizione di fragilità difficilmente raggiungibili e particolarmente esposti al contagio<sup>34</sup>.

Il presidio vaccinale ospitato nelle strutture Caritas del “Complesso Baracca” in via Pietri e Via Corelli, attivato a partire da settembre 2021 in collaborazione con la Società della Salute di Firenze ha offerto un percorso di prevenzione concretamente a bassa soglia, allargando la possibilità di effettuare il vaccino a tutte le persone in condizioni di fragilità sociale: cittadini comunitari e non (possessori di tessere sanitarie ENI o STP) e ma anche a quanti fossero del tutto privi di documenti o con documenti scaduti, permettendo di accedere al percorso di vaccinazione tramite una semplice

34 Per approfondimenti si rimanda ai link istituzionali <https://www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19> e <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/irregolari-e-homeless-gli-invisibili-del-vaccino>

autodichiarazione completa di un minimo riferimento di recapito per la tracciabilità del dato vaccinale.

Oltre al valore preventivo e di tutela della salute individuale e collettiva l’hub vaccinale ha costituito una concreta occasione di contatto con gli operatori dell’area sanitaria e sociale e di eventuale aggancio a percorsi e servizi altri rispetto alla profilassi vaccinale.

*Diagnostica: Ambulatorio Villani – Pisa*

<b>Struttura</b>	<b>Sede</b>	<b>Target Group</b>	<b>Policy area</b>	<b>Professionionalità coinvolte</b>	<b>Utenza media /anno (2021)</b>	<b>Servizi erogati</b>
Ambulatorio Villani	Via dei Cappuccini, 2 b, 56121 Pisa	Grave marginalità adulta	Ambito sanitario: diagnostica e terapia	2 operatori e 25 volontari inclusi 15 medici e altri professionisti della salute	240 (118 F; 122 M) (5 ITA; 235 STRANIERI) (10% Senza Dimora)	523 VISITE (di cui 132 a distanza) Visite specialistiche e/o indagini medico strumentali (242) Rilascio o rinnovo documenti sanitari (225)

Parafasando le parole di Marco Geddes Da Filicaia (2013, p. 62), solo un servizio sanitario in cui sia stata sviluppata la capacità di ascolto e di osservazione, e la cultura della narrazione e del dialogo, ha la potenzialità di identificare il soggetto vulnerabile e di predisporre percorsi di diagnosi e di cura appropriati.

L’Ambulatorio Villani nasce nel 1990 come ambulatorio per gli extracomunitari e dal 2018, grazie al consolidamento del legame con la Caritas e l’Asilo notturno, estende i suoi servizi ai senza dimora. Dal 2017 la Società della Salute pisana riconosce l’Ambulatorio Villani come punto di accesso pubblico e multiservizi.

A fronte delle positive performance di servizio pubblicamente riconosciute e della ormai lunga storia e consolidata esperienza che può vantare la struttura, due sembrano essere le principali criticità rilevate dai testimoni privilegiati. Il primo problema è quello delle convenzioni: l’Ambulatorio è “in rete” con le strutture ospedaliere afferenti alla Asl Nord ovest, ma la necessità frequente sarebbe quella di indirizzare i pazienti all’ospedale di Cisanello gestito dall’Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Ciò permetterebbe di rendere più strutturati e meno rischiosi certi percorsi informali già ampiamente praticati: “Anche se in linea teorica i pazienti

dell’Ambulatorio non possono accedere all’ospedale di Cisanello talvolta, a seconda di chi si trova, riescono ad utilizzare anche questi servizi. L’ospedale di Cisanello è la più grande struttura del territorio e per questo sarebbe importante che la convenzione potesse allargarsi anche a questo o ad altri servizi del territorio come lo stesso CNR. Nel futuro l’Ambulatorio dovrebbe puntare ad una maggiore integrazione con tutti i servizi del territorio” (PI\_TP\_04).

Il secondo problema è quello della presa in carico della patologia cronica e della continuità delle cure. Se la necessità si manifesta in emergenza “la risposta si trova per tutti. Il problema è il dopo, e questo vale anche per il Villani. La difficoltà è seguire i malati nella cronicità” (PI\_TP\_03). Se la rete degli accessi risulta di non facile lettura e attivazione per i pazienti “regolari”, i senza dimora possono trovare le risposte più “per caso” che secondo procedure definite “e non hanno un percorso tanto fluido”. L’Ambulatorio Villani si fa pertanto carico di un ruolo di raccordo tra la cura ospedaliera e le sue disposizioni di terapia, e il concreto percorso di cura e riabilitazione che il convalescente e/o il cronico dovrebbero poter seguire. “Per fare un esempio: vengono dimessi dal reparto di pneumologia con la prescrizione di curare la polmonite. A quel punto vengono al Villani, li ricontrolliamo e proviamo a reinserirli nel sistema” (PI\_TP\_03).

*Continuità assistenziale: Casa Stenone - Firenze*

<b>Struttura</b>	<b>Sede</b>	<b>Target Group</b>	<b>Policy area</b>	<b>Professionalità coinvolte</b>	<b>Utenza media /anno</b>	<b>Servizi erogati</b>
Casa Stenone <a href="https://www.fondazion-solidarietacaritas.it/cosafacciamo/salute/residenze-perpersone-conproblemi-disalute/">https://www.fondazion-solidarietacaritas.it/cosafacciamo/salute/residenze-perpersone-conproblemi-disalute/</a>	Via Pulliciano 77, 50012 Bagno a Ripoli (FI)	Pazienti ospedalieri dimissionari non autosufficienti e privi di un luogo adeguato al prosieguo della convalescenza	Ambito sociosanitario: continuità assistenziale e riabilitazione	Assistente sociale (coord. équipe), OSS, infermieri, medici volontari. Attivati all’occorrenza medici di varie aree specialistiche e mediatori culturali	25 pazienti /anno per 4.600 pernottamenti circa	Continuità assistenziale sanitaria e sociale post ricovero ospedaliero

“L’ospedale è incosciente rispetto a ciò che succede fuori dalle sue mura” (FI\_TP\_02) e una volta dimessa la persona si ritrova a dover fronteggiare le

sue contingenti condizioni di salute con le risorse materiali e relazionali proprie. Da queste difficoltà che sono ancora più gravi per chi vive nella marginalità estrema è nata l'idea di Casa Stenone, un percorso che unisce il sanitario al sociale e riannoda le maglie tra ospedale e territorio. In particolare, “si cerca di capire che cosa vuole fare la persona, quali siano le sue volontà; si cerca di dare voce al paziente. La missione di Casa Stenone è quella di accogliere chi non ha casa dopo il percorso di ricovero ospedaliero, che è sempre e comunque veloce anche per le patologie più severe” (FI\_TP\_02).

Dalla sua nascita nel 2011, Casa Stenone risponde ai bisogni sociosanitari di quei ricoverati privi di residenza – e di conseguenza non in regola con l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ed esclusi dai percorsi di presa in carico dai servizi sociali – che al momento delle dimissioni necessitano di continuità assistenziale. L'obiettivo principale della struttura è dunque quello di garantire il diritto alla continuità delle cure – sancito dalla Costituzione con gli articoli 3 e 32 – a quei pazienti che per storia, provenienza o condizione, non potrebbero usufruirne. Il servizio è rivolto ai dimissibili con necessità improrogabile di continuità assistenziale provenienti dai presidi Ospedalieri della Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi (AOUC). Il numero massimo attuale di posti letto è 9, precedentemente si è arrivati alla copresenza di 12 ospiti. Nell'anno 2020 sono stati accolti 25 pazienti provenienti da 16 Paesi diversi, con un totale di 4.610 pernottamenti; nel secondo semestre del 2021 20 pazienti provenienti da 11 Paesi diversi, per un totale di 2.082 pernottamenti.

L'intervento viene garantito da un'équipe multiprofessionale in grado di definire piani assistenziali personalizzati, individuare percorsi di cura socio-sanitari adeguati orientati alla massima semplificazione della terapia da autosomministrarsi, e vigilare attivamente sulla compliance terapeutica. L'équipe, nelle situazioni in cui l'interessato sia d'accordo e ci siano margini di fattibilità, si preoccupa anche di verificare la possibilità del ritorno nel paese d'origine e/o il ripristino dei contatti con la rete parentale e/o amicale del paziente.

Le testimonianze raccolte segnalano infine come una delle problematiche di salute più difficili da gestire rimanga – anche in questo particolare presidio – quella del disagio psichico, a partire dalla stessa diagnosi, alla collaborazione efficace con i reparti e gli ambulatori SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), fino alla possibilità di adeguate attività di follow up.

## ***Quattro possibili linee di intervento***

Concludiamo questo percorso tra le risorse di cura e gli itinerari seguiti da chi muove da contesti di grave marginalità, restituendo i quattro principali elementi chiave emersi in forma di possibile campo di nuovo o rinnovato intervento per le policy sociosanitarie:

- Garantire la cura secondo i principi più genuinamente universalistici che ancora animano il SSN: ciò si traduce in un confermato impegno del personale ospedaliero ma anche degli attori istituzionali nel garantire un supporto costante nelle pratiche quotidiane di vita, di prevenzione e di cura. La persona portatrice di bisogni complessi/il paziente deve essere al centro e in tutte le sue dimensioni (fisica, psichica e relazionale), non solo nei momenti (e nei luoghi) dell'emergenza.
- Riconoscere e attrezzarsi per gestire le difficoltà relazionali: innanzitutto nei confronti del paziente, in particolar modo quando persona segnata da una storia clinica e personale complessa, prendendo consapevolezza della difficoltà e lentezza dei percorsi di costruzione della fiducia e delle possibili dissonanze emotive (Abraham 1998); ma anche nei confronti delle altre figure professionali coinvolte (o da coinvolgere) nel processo di presa in carico integrata, soprattutto in assenza di protocolli rodati e/o di un "vocabolario operativo condiviso".
- In un'ottica di welfare responsabile (Cesareo 2017), riconoscere come la presa in carico del problema complesso necessiti di un intervento articolato e sinergico che vede collaborare professionisti afferenti all'ambito sanitario e all'ambito sociale. E di come il tempo giochi un ruolo cruciale nelle dinamiche di cooperazione, sia in termini di prontezza di risposta, sia in termini di necessaria fase di riorganizzazione. Così come il servizio sociale attivabile h 24 si conferma risorsa e competenza imprescindibile nella gestione del bisogno complesso (esempio relativo al primo aspetto), altrettanto un preavviso congruo di 1 o 2 giorni sarebbe fondamentale per concordare puntualmente il momento delle dimissioni, definire (e preparare) il luogo designato di destinazione e di prosieguo della convalescenza, definire una terapia di mantenimento del paziente in uscita dall'ospedale che sia adeguata alle necessità cliniche, ben compresa, effettivamente sostenibile (esempio relativo al secondo aspetto).
- investire in termini sia di risorse materiali sia di re-design delle modalità dell'intervento e della partecipazione tra figure esperte per superare i principali ostacoli organizzativi e di pratica emersi: dalla burocratizzazione alla compliance del paziente più complesso alle cure; dai tempi dell'intervento e della presa in carico alla non adeguata dotazione di personale.

## Le risorse per la marginalità estrema<sup>35</sup>

### Le linee di indirizzo e l'Avviso 4/2016

“Ciò che connota le persone senza dimora è una situazione di disagio abitativo, più o meno grave secondo la classificazione ETHOS, che è parte determinante di una più ampia situazione di povertà estrema. Dal punto di vista delle politiche e dell'intervento sociale, a connotare tale situazione è la presenza di un bisogno indifferibile e urgente, ossia tale da compromettere, se non soddisfatto, la sopravvivenza della persona secondo standard di dignità minimi”<sup>36</sup>.

Le linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia così definiscono sinteticamente il fenomeno della grave emarginazione, richiamando la necessità di processi di presa in carico a fronte di bisogni indifferibili e urgenti che hanno a che vedere con due fattori: la sopravvivenza (concetto che richiama le strategie cosiddette di riduzione del danno), ma anche standard di dignità minimi che dovrebbero caratterizzare le politiche e gli interventi sociali.

Le linee di indirizzo dunque promuovono il superamento di approcci di tipo emergenziale in favore di approcci maggiormente strutturati:

- housing led e housing first: assumono il rapido reinserimento in un'abitazione come punto di partenza affinché i senza dimora possano avviare un percorso di inclusione sociale;
- “presa in carico”: comune a tutti gli approcci strutturati e punto di divergenza rispetto ai servizi emergenziali, parte dal riconoscimento dello stato di bisogno del soggetto e dal mandato istituzionale ad un operatore sociale, si declina un progetto mirato a potenziare le capacità della persona affinché esca dalla condizione di disagio e riprenda il controllo della propria vita e l'autonomia;
- servizi e gli interventi di bassa soglia o di riduzione del danno concepiti in una logica non emergenziale, all'interno di un sistema

35 Il capitolo è tratto da Welfare e Salute in Toscana 2022- Volume II “Le disuguaglianze sociali e di salute e le risposte del Pnrr su coesione, inclusione e salute” – Sezione 2 “Inclusione sociale, salute e Piano nazionale di ripresa e resilienza: quali azioni per il futuro” - Inclusione sociale, gli strumenti per ripartire

36 Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, p. 15

strutturato, all'interno di un sistema di servizi strategicamente orientati verso il perseguimento del maggior grado di inclusione sociale possibile per ciascuna persona in stato di bisogno, al fine di garantire innanzitutto risposte primarie ai bisogni delle persone senza dimora mediante servizi di pronta e prima accoglienza svolti in strada o in strutture di facile accessibilità, in una dimensione di prossimità rispetto alla persona e che crei le condizioni per una successiva presa in carico.

L'Avviso pubblico n. 4/2016 si inserisce nel solco tracciato dalle linee di indirizzo, sostenendo l'adozione di un modello strategico integrato di intervento dei servizi sociali orientato verso i metodi innovativi dell'housing first e dell'housing led, in base ai quali il re-inserimento in un'abitazione rappresenta il punto di partenza dell'avvio di un percorso di inclusione sociale.

## **La Rete regionale per l'inclusione delle persone senza dimora**

L'obiettivo generale della programmazione regionale nel settore della grave marginalità – che si inserisce nel più ampio quadro di ridefinizione delle politiche di contrasto alla grave marginalità adulta, a partire dalla prevista iscrizione anagrafica nel comune di domicilio (anche in assenza di un alloggio) come LEPS, fino alla specifica attenzione posta sul tema Housing First anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che lo ha inserito tra gli Interventi della Missione 5 con riferimento alle Linee di Indirizzo per il Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta in Italia sopra citate - è stato quello di realizzare un sistema di presa in carico integrata volta alla costruzione di percorsi di autonomia dei beneficiari, a partire da modelli di intervento Housing First e Housing led.

Il progetto “Rete regionale inclusione persone senza dimora” finanziato dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali a valere sul PON Inclusione e PO I FEAD per interventi di contrasto alla grave emarginazione adulta e condizione di senza dimora, è stato approvato a luglio 2018 per un totale di finanziamento di euro 1.702.500,00. La Regione Toscana ha individuato quali partner attuativi delle azioni di progetto i capofila degli Ambiti territoriali nei quali è presente un Comuni capoluogo di provincia, stante la maggiore concentrazione delle persone senza dimora nelle città.

La volontà della Regione dunque è stata quella di favorire l'attuazione di azioni di governance unitaria sugli interventi di contrasto alla povertà estrema creando una rete regionale contro l'emarginazione grave. Tale scelta è stata funzionale alle caratteristiche geografiche e antropologiche del territorio caratterizzato da città con forti reti sociali e con una presenza di persone senza dimora diffusa e caratterizzata da forte mobilità. Si è inteso mettere in rete le diverse esperienze, facendo delle realtà più innovative vettori di innovazione per tutta la regione.

È stata costituita una cabina di regia coordinata dalla Regione cui partecipano i responsabili territoriali dei progetti e della rendicontazione dei territori coinvolti, ANCI Toscana per lo sviluppo delle procedure di gestione rendicontale e di accompagnamento della programmazione territoriale, Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora (Fio.PSD) per la formazione dei partner e la valutazione delle azioni innovative e Osservatorio Nazionale della Solidarietà nelle Stazioni italiane (ONDS) per la mappatura territoriale.

L'obiettivo principale è la creazione di un sistema regionale integrato, orientato e diffuso di servizi territoriali rivolti alle persone senza dimora e in situazioni di grave marginalità, volti alla presa in carico e alla promozione di percorsi di progressivo inserimento sociale, abitativo e lavorativo ed al rafforzamento o l'avvio di percorsi sperimentali di housing first e di housing led in tutti i territori coinvolti.

I risultati che la rete vuole ottenere sono: potenziamento dei servizi di presa in carico dei senza dimora, aumento delle persone accolte nei servizi di housing first e housing led, aumento delle persone che usufruiscono dei servizi di bassa soglia per la soddisfazione di bisogni immediati (distribuzione di beni di prima necessità), aumento dei servizi di sportello, segretariato sociale e accompagnamento rivolti ai senza dimora, aumento dei servizi di socializzazione e di sviluppo di capacità lavorative di base, aumento della distribuzione di altri beni materiali nell'ambito di progetti di accompagnamento all'autonomia.

## **Il percorso progettuale**

Con la Deliberazione n. 1282 del 12 dicembre 2016 la Giunta regionale ha approvato la partecipazione, in qualità di Soggetto Proponente, della Regione Toscana all'Avviso pubblico 4/2016 al fine di accedere ai relativi finanziamenti incaricando la competente struttura regionale (Settore Welfare

e Innovazione Sociale) di provvedere alla presentazione della Proposta progettuale secondo le modalità previste dall'Avviso e, una volta terminato il percorso di progettazione, all'espletamento dei successivi atti conseguenti e necessari all'attuazione della Proposta progettuale medesima.

Con il Decreto n. 21097 del 3/12/2018, sono stati assunti gli impegni di spesa a favore dei soggetti partner per la realizzazione delle attività relative al progetto, di cui alla Convenzione di Sovvenzione stipulata tra Regione Toscana ed Autorità di Gestione .

Tab. 1 - Avviso 4/2016 – Risorse suddivise per partner di progetto – piani finanziari aggiornati al 30/09/2021

<b>Partner</b>	<b>PON</b>	<b>FEAD</b>	<b>TOTALE</b>
Comune di Carrara	€ 72.687,27	€ 77.312,73	€ 150.000,00
Comune di Lucca	€ 72.687,05	€ 77.312,95	€ 150.000,00
Comune di Livorno	€ 137.462,27	€ 146.209,71	€ 283.671,98
COeSO SdS Grosseto	€ 72.686,50	€ 77.312,73	€ 149.999,23
SdS Pisana	€ 88.102,30	€ 93.714,07	€ 181.816,37
SdS Pistoiese	€ 88.303,43	€ 93.920,56	€ 182.223,99
SdS Pratese	€ 105.736,23	€ 112.464,77	€ 218.201,00
SdS Senese	€ 72.687,27	€ 77.312,73	150.000,00
Comune di Arezzo	€ 89.897,68	€ 95.689,74	€ 185.587,42
ANCI Toscana	€ 19.499,00	0	€ 19.499,00
Fio.PSD	€ 19.999,00	0	€ 19.999,00
ONDS	€ 11.002,00	0	€ 11.002,00
Regione Toscana	€ 500,00	0	€ 500,00
<b>Totali</b>	<b>€ 851.250,00</b>	<b>€ 851.250,00</b>	<b>€ 1.702.500,00</b>

Contestualmente si è provveduto a liquidare come anticipo la prima tranches pari al 15% dell'importo totale del finanziamento. Successive liquidazioni di tranches di contributo avvengono man mano che il Ministero certifica le rendicontazioni delle spese sostenute.

Le risorse sono costituite da fondi del:

- PON inclusione, che finanziano il rafforzamento dei servizi territoriali per la presa in carico dei senza dimora
- Programma Operativo FEAD (Fondo di aiuti europei agli indigenti) che finanzia l'acquisto di beni materiali da utilizzare ad esempio nell'erogazione di servizi a bassa soglia.

Diverse sono state le proroghe previste dal Ministero per il termine delle attività progettuali: inizialmente al 31/12/20, poi una ulteriore proroga al 30/06/21 se entro il 31/12/20 fossero stati assunti impegni pari alla somma assegnata. L'ultima proroga è stata al 31.12.2021, mentre le rendicontazioni delle spese (che vengono inserite dalla Regione con il supporto di ANCI Toscana nell'apposita procedura online del Ministero) potevano essere effettuate fino al mese di febbraio 2022.

I soggetti partner hanno terminato di rendicontare le spese sostenute, mentre sono ancora in corso i controlli sulle rendicontazioni da parte del Ministero. Con il Decreto Direttoriale n. 287 del 14 agosto 2020 è stata avviata la procedura per il rifinanziamento dell'Avviso 4; il Decreto Direttoriale n. 391 del 4 novembre 2021 ha stabilito 50 milioni di euro come importo massimo impegnato per la realizzazione degli interventi, in aggiunta alle azioni già finanziate e realizzate e/o per la prosecuzione delle stesse.

Le risorse complessive sono a valere sul POC Inclusione (il Programma Operativo Complementare di Azione e Coesione Inclusione 2014-2020) e sul PO I FEAD.

Il nuovo rifinanziamento per il progetto di Regione Toscana, comunicato ad aprile dal Ministero e basato sul totale delle spese rendicontate al 30/09/2020, ammonta a complessivi € 1.276.875,00 di cui € 851.250,00 a valere sul POC Inclusione ed € 425.625,00 a valere sul PO I FEAD.

Con Decreto Ministeriale 453 del 20.12.2022 è stata approvata l'Addendum alla Convenzione di Sovvenzione tra la Direzione Generale per la lotta alla povertà e Regione Toscana.

Tab. 2 - Rifinanziamento Avviso 4/2016 – Risorse suddivise per partner di progetto - piano finanziario approvato

<b>Partner</b>	<b>POC</b>	<b>FEAD</b>	<b>TOTALE</b>
Comune di Carrara	€ 72.687,25	€ 38.656,36	€ 111.343,61
Comune di Lucca	€ 72.687,05	€ 38.656,48	€ 111.343,53
Comune di Livorno	€ 137.462,29	€ 73.104,86	€ 210.567,15
COeSO SdS Grosseto	€ 72.686,50	€ 38.656,37	€ 111.342,87
SdS Pisana	€ 88.102,30	€ 46.857,04	€ 134.959,34
SdS Pistoiese	€ 88.303,43	€ 46.960,28	€ 135.263,71
SdS Pratese	€ 105.736,23	€ 56.232,39	€ 161.968,62
Sds Senese	€ 72.687,27	€ 38.656,35	€ 111.343,62
Comune di Arezzo	€ 89.897,68	€ 47.844,87	€ 137.742,55

ANCI Toscana	€ 30.751,00	€ 0,00	€ 30.751,00
Fio.PSD	€ 19.749,00	€ 0,00	€ 19.749,00
Regione Toscana	€ 500,00	0	€ 500,00
<b>Totali</b>	<b>€ 851.250,00</b>	<b>€ 425.625,00</b>	<b>€ 1.276.875,00</b>

## **Le azioni attivate**

Il supporto ai territori si è rivelato particolarmente importante per formare gli operatori all'approccio housing first, ma anche per la gestione e riorganizzazione dei servizi nelle fasi più critiche della crisi sanitaria e sociale dovuta al COVID19.

Particolarmente rilevante e impegnativo è stato anche l'accompagnamento ai territori per la presentazione della rendicontazione dei finanziamenti ricevuti, attività che è risultata particolarmente gravosa sia in termini di rigidità delle regole da rispettare che di onerosità di tempo per la predisposizione della documentazione da presentare.

### ***Attività PON Inclusione***

Le progettualità territoriali sono state caratterizzate dal coinvolgimento degli Enti del terzo Settore e del privato sociale nella realizzazione degli interventi finalizzati a favorire l'inclusione sociale delle persone senza dimora, creando e/o rafforzando una rete di servizi strutturata sul territorio regionale cosa che ha reso possibile il superamento della logica emergenziale, che in alcuni casi caratterizzava questi interventi.

Il processo di presa in carico si è realizzato attraverso il lavoro di equipe multidisciplinari costituite da operatori appartenenti alle istituzioni, al Terzo Settore e al privato sociale attraverso una valutazione complessiva della persona, del suo coinvolgimento attivo e di responsabilizzazione nella definizione e realizzazione del percorso di autonomia. In alcuni casi è stato attuato il modello housing first.

Le partnership già esistenti sul territorio si sono rafforzate, in alcuni casi ampliate, pur riscontrando difficoltà nella integrazione sociosanitaria a causa del diverso approccio utilizzato dai servizi sociali e da quelli sanitari, per le quali si sono attivate, in qualche caso, azioni di dialogo e in altri di coordinamento tra i servizi.

Gli interventi di housing first si sono realizzati con alloggi messi a disposizione dagli Enti del Terzo Settore o da loro mediati e raramente facendo ricorso all'edilizia residenziale pubblica.

Con gli interventi a bassa soglia si è cercato di dare risposte ai bisogni primari delle persone ma anche di dare un primo orientamento verso servizi del territorio col fine di poter favorire la loro presa in carico.

In alcuni territori sono stati realizzati tirocini formativi per favorire l'accesso al mondo del lavoro.

Durante il lockdown diversi centri diurni hanno offerto un riparo h24 a persone particolarmente vulnerabili e sono stati attivati dei servizi telefonici per monitorare utenti in carico al servizio, svolgendo anche attività di segretariato sociale e di ascolto. Le attività del progetto sono state oggetto di revisione e riorganizzazione per aderire meglio alle regole imposte dall'emergenza sanitaria attuando le disposizioni anticontagio e la sanificazione degli ambienti. Inoltre gli operatori si sono anche impegnati nella informazione e sensibilizzazione degli ospiti alle misure di sicurezza, segnalando una scarsa collaborazione con i servizi sanitari.

I beneficiari dei servizi erogati dagli Ambito Toscani sono compresi in tutte le tipologie ETHOS

(European Typology of Homelessness): il 29,94% del totale fa riferimento alla categoria operativa dei "senza tetto", il 27,27% fa riferimento a "sistemazione insicura", il 23,51% a "sistemazione inadeguata" e il 19,28% a quella dei "senza casa".

### **Attività PO I FEAD**

Le progettualità territoriali sono state caratterizzate dal coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore e del privato sociale nell'acquisto e nella distribuzione dei beni sia a persone in situazioni di grave marginalità che necessitavano di beni essenziali non inserite in progetti di intervento, ma anche ad altre coinvolte in percorsi di inclusione sociale. I beni materiali hanno rappresentato uno "strumento" utile per favorire la presa in carico, nel caso di primi contatti o per poterla supportare nel caso di progetti di autonomia personale già avviati.

La distribuzione di beni (alimentari, di prodotti igienici di prima necessità, di beni per proteggersi dal freddo durante la notte, di materiale di profilassi, ecc.) realizzata in strada spesso costituisce il primo contatto con le persone in situazione di grave emarginazione; gli operatori hanno sempre cercato di valorizzare la componente relazione per favorire l'accesso ai servizi territoriali, attraverso

l'invio ma anche l'accompagnamento personalizzato. In ogni caso la distribuzione è stata sempre accompagnata da un primo monitoraggio rispetto a bisogni rilevanti e/urgenti delle persone e dove si è rilevato possibile, anche da informazioni di orientamento circa i servizi del territorio e da un sostegno per adempimenti di tipo burocratico amministrativo.

I beni acquistati con i fondi FEAD sono stati distribuiti anche nei dormitori e nei centri diurni e nell'ambito di progetti di housing first e housing led. I beni hanno permesso di allestire e attrezzare l'ambiente in modo da garantire piccoli spazi personalizzati per gli ospiti (armadietti, comodini), di fornire materiali per la cucina e biancheria utili per una corretta e autonoma gestione dello spazio abitativo. In alcuni casi sono stati forniti materiali e attrezzature per realizzare piccoli interventi di manutenzione da parte delle persone coinvolte, utili per acquisire autonomia nella gestione della quotidianità.

In alcuni progetti sono stati acquisiti beni per la realizzazione di attività formative.

Nel corso dell'emergenza sanitaria le attività si sono concentrate sulle seguenti misure:

- di prevenzione e protezione: attraverso la distribuzione di dispositivi di protezione (mascherine e guanti) e di sanificazione (disinfettanti e prodotti per l'igiene);
- supporto agli interventi di prevenzione di assembramenti e contatti durante i periodi di lockdown, attraverso la fornitura di beni di prima necessità che normalmente avrebbe portato i destinatari degli interventi a spostarsi sul territorio.

## ***Risultati raggiunti***

In sintesi sono stati questi i risultati principali:

- potenziamento dei servizi di presa in carico dei senza dimora anche attraverso il lavoro delle equipe multiprofessionali e interistituzionali
- rafforzamento della rete dei servizi territoriali che permette di dare una risposta più adeguata ai bisogni delle persone in grave marginalità, in quanto i beneficiari hanno la possibilità di accedere a più servizi coordinati tra di loro
- maggiori occasioni di primo contatto con le persone che vivono in strada attraverso la distribuzione di beni materiali che diventano uno "strumento" per favorire la relazione con gli operatori, quale primo passo per realizzare progetti di inclusione sociale

- potenziamento dei servizi di bassa soglia per la soddisfazione di bisogni immediati (distribuzione di beni di prima necessità), dei servizi di sportello, di segretariato sociale e accompagnamento in percorsi di autonomia rivolti ai senza dimora
- maggior attuazione e/o e rafforzamento degli approcci metodologici di “housing first e housing led”
- proposta di modelli schematici di raccolta dati degli utenti intercettati da parte degli operatori territoriali e format del modello di mappatura e servizi presenti sul territori

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva delle attività e dei beneficiari raggiunti nel periodo di attuazione del progetto che è stato avviato a febbraio 2017 e si è concluso a dicembre 2021.

Tab. 3 – Interventi attivati e beneficiari – periodo 02/02/2017 - 31/12/2021

<b>Interventi e servizi</b>	<b>Persone beneficiarie</b>	<b>N. servizi attivati</b>
Interventi a bassa soglia per la soddisfazione di bisogni immediati: distribuzione di beni di prima necessità	4223	
Distribuzione di altri beni materiali nell’ambito di progetti di accompagnamento all’autonomia	547	
Persone inserite in attività di socializzazione e di sviluppo di autonomia	532	
Servizi di presa in carico		653
Servizi housing first / housing led		131
Servizi di bassa soglia*		826
Servizi di sportello, segretariato sociale e accompagnamento*		847
Servizi di socializzazione e di sviluppo di capacità lavorative*		287

\* Escluso Ambito Aretino perché ha indicato i servizi come n. di ore o notti

### **Criticità riscontrate**

Le principali criticità riscontrate in questi 4 anni di attuazione del progetto riguardano:

1. La presa in carico delle persone senza dimora: si è rivelata carente sul piano sanitario, soprattutto in riferimento alle frequenti problematiche derivanti dalla vita di strada sul piano fisico, psicologico e delle dipendenze. I servizi sociali degli ambiti

territoriali hanno intrapreso azioni di dialogo con i servizi sanitari, ma è necessario lavorare anche attraverso l'azione del "Tavolo Regionale per la protezione e l'inclusione sociale" (DGR n.917/2021), promuovendo protocolli/accordi e momenti di formazione/scambio che coinvolgano operatori appartenenti a Enti e servizi diversi

2. La temporaneità dei fondi: la mancanza di tempistiche certe sull'avvio effettivo del nuovo finanziamento incide negativamente sulla continuità dei servizi e sull'attuazione del progetto di autonomia individuale
3. L'impegno oneroso che richiede la rendicontazione dei finanziamenti ricevuti: incide pesantemente sul tempo lavoro degli operatori coinvolti a vario titolo nel progetto

Le criticità descritte ai punti 1 e 2 sopra descritte sono state evidenziate da Regione Toscana ai referenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al fine di agevolare percorsi che favoriscano uno sviluppo positivo, mettendo anche a disposizione l'esperienza maturata.

## **Altre risorse**

Come è noto, il Piano nazionale di contrasto alle povertà 2021-2023 individua le azioni e gli interventi prioritari nell'ambito della lotta alla povertà, nell'ottica della progressiva definizione di livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale in ambito sociale.

Il Piano costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti alla Quota servizi del Fondo Povertà definendo altresì 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 (di cui quote riservate a Housing first, servizi di posta e residenza virtuale, Pronto Intervento sociale).

La Quota senza dimora del Fondo povertà per la Toscana ammonta a complessivi € 775.600 per ogni annualità 2021-2023 ed è destinata agli Ambiti dei Comuni capoluogo (Firenze esclusa perché destinataria di una quota riservata come città metropolitana) più Versilia e Empolese Valdarno. Di questi, € 193.900,00 sono da impiegare per il Pronto Intervento Sociale, € 96.950,00 per Housing First e € 96.950,00 per Servizi di posta e residenza virtuale.

In particolare gli obiettivi inseriti nell'Atto regionale per gli interventi ed i servizi di contrasto alla povertà sono:

- LEPS Accesso alla residenza anagrafica: lavoro integrato con gli uffici dell'anagrafe; collaborazione con Enti del Terzo settore, centri servizi povertà e segretariato sociale per rendere effettivo il diritto
- LEPS Pronto Intervento sociale: allargamento progressivo del Servizio Emergenza Urgenza Sociale a tutti i territori
- Housing first: sviluppo del sistema housing first e housing led, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali
- Centri servizi per il contrasto alla povertà: costituzione dei Centri Servizi in ciascuna zona in cui sia presente almeno un Comune con oltre 75mila abitanti e/o delle reti di presa in carico integrata; favorire l'integrazione con altri servizi, con particolare riferimento ai servizi sanitari.

Agli stessi obiettivi concorrono anche ulteriori risorse oltre a quelle previste dalla Quota senza dimora:

- LEPS Accesso alla residenza anagrafica: Avviso pubblico 1/2021 PrInS - Progetti Intervento Sociale, Interventi B servizi accessori per sostenere l'Accesso alla residenza anagrafica; si allaccia inoltre all'ottenimento dell'iscrizione al Servizio Sanitario per poter accedere alle prestazioni
- LEPS Pronto Intervento sociale: Avviso pubblico 1/2021 PrInS - Progetti Intervento Sociale Intervento A Pronto Intervento sociale
- Housing first: misure collegate al PNRR Missione 5 Sottocomponente 2 Investimento 1.3. sub investimento 1.3.1, Avviso pubblico 1/2021 PrInS - Progetti Intervento Sociale Intervento C
- Centri servizi per il contrasto alla povertà: misure collegate al PNRR Missione 5 Sottocomponente 2 Investimento 1.3. sub investimento 1.3.2, Avviso pubblico 1/2021 PrInS - Progetti Intervento Sociale Intervento C

L'Avviso 1/2021 PrInS (la cui scadenza è stata prorogata più volte) ha destinato una somma complessiva di € 4.972.000,00 agli Ambiti della Toscana per interventi di pronto intervento sociale e interventi a favore delle persone senza dimora o in situazione di povertà estrema o marginalità. I servizi di cui agli interventi B e C non sono alternativi a quelli di analogo

contenuto finanziati dal PNRR, ferma restando la non cumulabilità delle spese nell'ambito dello stesso progetto e la diversa natura del finanziamento.

## ***Le risorse del PNRR Missione 5 Sottocomponente 2***

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) rappresenta lo strumento attraverso cui il nostro Paese ha programmato interventi, investimenti e riforme resi possibili dal Next generation Eu (Ngeu), il programma di prestiti e sovvenzioni lanciato nel luglio 2020 dall'Unione europea volto a rilanciare la crescita degli Stati membri e a superare le criticità rese ancora più evidenti dalla pandemia.

Il Piano italiano si articola in 6 missioni, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next generation Eu. Le missioni si articolano in Componenti, Aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da Investimenti e Riforme.

Una specifica Missione, la 5, Inclusione e coesione, è dedicata alle infrastrutture sociali, al sostegno alle politiche attive del lavoro e alla coesione territoriale, con particolare riferimento alle aree interne. La missione a matrice sociale del Pnrr cerca di intervenire sulle situazioni di fragilità sociale ed economica, sulle famiglie, sugli anziani non autosufficienti e sulle persone con disabilità, andando a rafforzare al contempo la componente infrastrutturale dei servizi sociali. L'orizzonte temporale per la realizzazione degli interventi si estende fino al primo semestre del 2026, con l'erogazione dei finanziamenti legata al raggiungimento di milestone e obiettivi intermedi, coerentemente con la logica performativa di Ngeu.

Nell'ambito della Missione 5 Inclusione e coesione sono previste tre distinte componenti:

- M5C1 - Politiche per il lavoro;
- M5C2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore;
- M5C3 - Interventi speciali per la coesione territoriale.

La Componente M5C2 si articola, a sua volta, in tre Sottocomponenti:

- Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale;
- Rigenerazione urbana e housing sociale;
- Sport e inclusione sociale.

La Sottocomponente Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale è strutturata per produrre impatti significativi sul sistema dei servizi sociali e socio-sanitari; essa si articola in tre investimenti e due riforme.

In questa sede ci concentreremo in particolare sugli investimenti della linea 1.3, dedicati alla marginalità estrema.

L'Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta - è finalizzato a rafforzare i sistemi territoriali di presa in carico delle persone senza dimora o in povertà estrema attraverso due distinte linee di attività e 450 milioni di euro a disposizione.

1.3.1. Housing first. Si tratta di un'assistenza alloggiativa temporanea, ma di ampio respiro, fino a 24 mesi, tendenzialmente in appartamenti raccolti in piccoli gruppi sul territorio, destinati a singoli o piccoli gruppi di individui, ovvero a nuclei familiari in difficoltà estrema che non possono immediatamente accedere all'edilizia residenziale pubblica e che necessitano di una presa in carico continuativa. Il progetto non costituisce uno strumento di contrasto all'emergenza abitativa in generale, bensì uno strumento rivolto a persone in condizioni di fragilità, innanzitutto quelle senza dimora, per la realizzazione di un percorso individuale verso l'autonomia. La soluzione alloggiativa viene affiancata da un progetto individualizzato volto all'attivazione delle risorse del singolo o del nucleo familiare, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali, per agevolare la fuoriuscita dal circuito dell'accoglienza ovvero l'accesso agli interventi di supporto strutturale alle difficoltà abitative (edilizia residenziale pubblica o sostegni economici all'affitto).

1.3.2. Stazioni di posta. Centri servizi per il contrasto alla povertà aperti alla cittadinanza, di non grandi dimensioni. Al loro interno potrà svolgersi una limitata accoglienza notturna, attività di presidio sociale e sanitario, ristorazione, distribuzione della posta per i residenti presso l'indirizzo fittizio comunale, mediazione culturale, counseling, orientamento al lavoro, consulenza legale, distribuzione di beni in riuso, banca del tempo, ecc. Rappresenteranno un luogo sicuro, integrato con i centri di accoglienza e con le mense sociali, dove offrire servizi per il contrasto della povertà. Potranno vedere l'attivo coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, a rafforzamento dei servizi offerti, il collegamento con le Asl e i servizi per l'impiego, anche per la realizzazione di tirocini formativi.

Gli Ambiti territoriali della Toscana hanno presentato sul sub investimento 1.3.1 povertà estrema Housing first 20 progetti per un totale di € 14.050.000,00 e sul sub investimento 1.3.2 povertà estrema Centri servizi 20 progetti per un totale di € 19.755.000,00.

