

OSSERVATORIO NAZIONALE SUL DISAGIO E LA SOLIDARIETA'
NELLE STAZIONI ITALIANE

RAPPORTO ANNUALE 2015



Stazioni



ONDS

Osservatorio Nazionale sul Disagio e la Solidarietà nelle stazioni italiane
Rapporto Annuale 2015

A cura di:

Alessandro Radicchi, Franca Iannaccio, Gianni Petiti
Francesco Accattapà, Romina Filitto, Simone De Simone
Eleonora Romano, Giulia Pagliani

Introduzione di Gioia Ghezzi e Renato Mazzoncini

Hanno collaborato gli Help Center delle stazioni di:

Chivasso (Chiara Vercellini)

Milano (Silvia Fiore)

Torino (Massimo De Albertis)

Bologna (Ilaria Avoni)

Firenze (Romano Tiraboschi, Adriana Grassi e Maria Iraci Eneas)

Roma (Fabrizio Schedid e Alessia Capasso)

Pescara (Antonello Salvatore)

Napoli (Antonio Barbato e Domenico Maffettone)

Bari (Mara Lomonaco e Christian Signorile)

Messina (Francesca Giorgianni e Salvatore Gulletta)

Catania (Valentina Cali)

Genova (Marco Girella e Paola Dameri)

Reggio Calabria (Bruna Mangiola e Alessandro Cartisano)

Grafica e impaginazione: Vito Reina per Europe Consulting

2016 EC edizioni - www.ecedizioni.it

Europe Consulting scs ONLUS

Viale dell'Università, 11 – 00185, Roma

www.europeconsulting.it

www.onds.it

ONDS è un progetto realizzato da Ferrovie dello Stato Italiane in collaborazione con ANCI sotto la Direzione tecnica ed operativa della cooperativa sociale Europe Consulting ONLUS.

ONDS
RAPPORTO
ANNUALE
2015 

INDICE

6 Introduzione

PARTE PRIMA

10 Presentazione del rapporto

13 Focus Salute

PARTE SECONDA

28 Premessa metodologica

31 Glossario

34 Il Sistema Anthology

36 Il 2015 in numeri

38 Dati riepilogativi

40 Attività dei centri

PARTE TERZA

56 I centri si raccontano

60 Chivasso

64 Torino

71 Genova

74 Milano

82 Bologna

89 Firenze

96 Roma

102 Pescara

108 Napoli

115 Bari

122 Messina

128 Catania

133 Reggio Calabria

PARTE QUARTA

138 Research Paper



Detailed Information of Company's Performance





INTRODUZIONE

Il Rapporto che qui presentiamo, a cura dell'Osservatorio Nazionale sul Disagio e la Solidarietà nelle stazioni (ONDS), un progetto realizzato con ANCI, presenta uno spaccato del grande impegno sociale del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane e fotografa attraverso le stazioni lo stato di disagio dell'intero Paese.

Le stazioni diventano sempre più un barometro di previsione dello stato socio-economico dell'Italia e, proprio perché integrata nel tessuto delle città, questa analisi anticipa l'evoluzione generale dei fenomeni sociali.

Le stazioni sono al centro del nostro progetto industriale, che punta ad un nuovo concetto di mobilità, più integrata e sostenibile, che consenta una migliore qualità di vita ai cittadini italiani, a chi visita il nostro Paese per turismo o per affari, ma anche a chi lo raggiunge o attraversa essendo parte del flusso migratorio, emergenza dei nostri giorni.

Sulla rete ferroviaria italiana ve ne sono circa 2.200 e il nostro obiettivo è quello di renderle il più capaci possibile a risolvere i bisogni dei nostri clienti e delle nostre città.

In quest'ottica, faremo in modo che le stazioni del Paese diventino sempre di più un centro di servizi per la cittadinanza, non più i luoghi anonimi di partenza e di arrivo, ma "luoghi vivi" di scambio e di relazione, aperti alla collettività.

Migliorare la qualità delle stazioni significa considerarle come un organismo pulsante, integrato nel contesto urbano come delle grandi piazze. E proprio come le piazze delle città, le stazioni sono da sempre il rifugio di persone in stato di disagio, luoghi di transito da dove ripartire per ricrearsi vita e stabilità. Di questi fenomeni dovremmo tenere conto ridisegnando il ruolo delle stazioni nelle città e nei territori.

Creare valore per la collettività attraverso la mobilità, assume così anche una nuova accezione e pone nuovi obblighi, soprattutto per una grande Azienda che da sempre ha accompagnato lo sviluppo sociale e culturale della nazione.

Abbiamo l'impegno di farci carico anche degli "altri clienti" della stazione, quelle persone fragili che nella stazione cercano riparo, aiuto, solidarietà.

Sui temi dell'accoglienza e della gestione dei flussi migratori possiamo affermare con un certo orgoglio che il Gruppo FS si è mostrato all'avanguardia in Europa. Dal 2014 ad oggi sono arrivati in Italia, passando per le nostre stazioni, oltre 380.000 profughi che si sono sommati alle oltre 50.000 persone senza fissa dimora censite dall'ISTAT. Per tutte queste persone abbiamo realizzato nelle stazioni più esposte dispositivi di accoglienza per famiglie, bambini o minori non accompagnati, in grado di dare sostegno umanitario sia in termini di assistenza medica e legale, che risposte a bisogni primari come cibo e posti letto.

Queste esperienze, sempre più diffuse e replicate a livello nazionale, sono diventate un vero sistema

di gestione del disagio e possiamo ben dire che nelle stazioni stia nascendo un nuovo modello di welfare, basato sulla collaborazione attiva tra tre grandi soggetti: l'impresa ferroviaria (spesso promotrice di reti con altre imprese), le Istituzioni, il Terzo settore.

La risposta concreta che abbiamo dato a poveri e migranti, in coerenza con i nuovi principi della *sussidiarietà circolare*, sono i 16 Help Center aperti nelle principali stazioni; d'intesa con gli enti locali e il Terzo Settore, gli Help Center sono la prima tappa di avvio di percorsi di reinserimento. Abbiamo realizzato anche centri di accoglienza notturna e diurna promossi d'intesa con il grande associazionismo italiano, come l'Ostello Caritas Don Luigi Di Liegro a Roma Termini, che ha visto Papa Francesco aprirvi l'Anno Santo e la Porta Santa della Carità, dove quotidianamente vengono offerti a chi ha bisogno 500 pasti e fino a 300 posti letto nei 4.000 mq di locali che il Gruppo FS ha concesso in comodato gratuito all'associazione.

I numeri di questa nuova forma di *welfare civile* sono ormai impressionanti: negli ultimi due anni sono state registrate solo nei centri realizzati nelle grandi stazioni oltre 50.000 persone senza dimora. Circa 90.000 profughi, per lo più d'origine siriana ed eritrea, sono passati solo per l'HUB Migranti di Milano Centrale.

Sono stati effettuati negli Help Center quasi 1 milione di interventi di aiuto, abbiamo concesso oltre 15.600 mq di spazi in comodato d'uso gratuito a Comuni e al Terzo settore, dove circa 2.000 persone quotidianamente prestano la loro opera di accoglienza.

Altre imprese ferroviarie europee guardano con interesse queste nostre attività di share value e stanno iniziando a replicare le nostre modalità di accoglienza: Help Center e poli di riferimento sociale stanno nascendo nelle stazioni di Francia, Lussemburgo, Belgio e presto in Bulgaria. La Commissione Europea ha riconosciuto questo impegno e finanziato recentemente tre progetti nelle stazioni europee.

Il perdurare di forti flussi migratori e della difficoltà economica determinerà inevitabilmente, per le principali imprese, una scelta di campo, una scelta prospettica del loro ruolo sociale.

Noi riteniamo che una grande impresa abbia grandi responsabilità nei confronti della collettività e che anche su questo sarà giudicata dai suoi clienti e investitori.

La nostra scelta per Ferrovie è quella di costruire un'*impresa collaborativa* che, partendo dalle attività identitarie, trasporto, mobilità, stazioni, crei e condivida valore sotto forma di sviluppo e coesione sociale, senza tralasciare nessuno stakeholder, anzi identificando un unico grande stakeholder di riferimento, l'intero Paese.



Presidente
Gioia Ghezzi



Amministratore Delegato
Renato Mazzoncini

PARTE PRIMA

PRESENTAZIONE DEL RAPPORTO



Non è facile parlare di povertà. La povertà esiste da sempre e, attraverso i secoli, ha caratterizzato le storie e le azioni di ogni società, anche le più avanzate. La povertà ci tocca da vicino, perché rappresenta la paura di quello che potremmo diventare e allo stesso tempo la responsabilità, se non la colpa, per un'ingiustizia riguardo alla quale siamo incapaci di trovare una soluzione. Non esiste un modello, uno studio o una ricerca per comprendere la povertà nella sua globalità; le problematiche di una famiglia che vive nelle favelas di Manaus sono certamente diverse da chi ha occupato uno stabile a Roma centro; la denutrizione di un bambino africano non è paragonabile alla necessità di un panino col formaggio offerto nell'atrio di una delle nostre stazioni in Italia. Personalmente non sono neanche sicuro che possa esistere davvero, oggi, un sistema per eliminare completamente la povertà: "I poveri li avrete sempre tra voi (Mc 14, 7a)". Credo, però, che ogni società abbia il compito di cercare e inventare le soluzioni migliori per poter diminuire la sofferenza di chi è più debole e favorire un equilibrio che si indirizzi verso l'inclusione di ognuno, o almeno di molti, quanti più "molti" possano essere.

L'Osservatorio Nazionale sul Disagio e la Solidarietà nelle stazioni italiane, negli ultimi tredici anni, ha cercato di proporre idee e sperimentare soluzioni, favorendo proprio quella sinergia tra gli attori della società responsabili, ciascuno a suo modo, del cambiamento, della dignità dei cittadini e, perché no, della loro felicità. La nostra è un'esperienza che non ha la presunzione di essere unica, né perfetta, quanto piuttosto la certezza di essere onesta e consapevole e l'ambizione di essere utile. La logica della condivisione delle risorse per favorire le opportunità è il fondamento su cui costruiamo ogni giorno le azioni ed i progetti che portiamo avanti. Non è nostro compito indagare sulle colpe o le mancanze delle persone, quanto piuttosto proprio sulle loro risorse.

Ed è nostro compito quello di ascoltare, accettare e orientare verso una seconda opportunità, come anche quello di favorire, attraverso l'emersione del bisogno, una consapevolezza, un riconoscimento di quelle che sono le mancanze dei territori, in funzione delle necessità di chi li abita.

La povertà di cui noi parliamo non è certo esemplificativa della povertà del nostro Paese, ma certamente ne rappresenta uno spaccato: un "momento" nella vita di molte persone, circa 22.000, che nel 2015 si sono rivolte ai nostri centri nelle stazioni ed hanno accettato di farsi conoscere, di farsi aiutare; senza contare coloro che, per oltre 430.000 interventi di bassa soglia, non hanno voluto neanche lasciare il proprio nome, chiedendo comunque un aiuto.

È con la determinazione, la professionalità e la costanza operata per oltre 26.000 ore di lavoro che anche nel 2015 abbiamo contribuito al consolidamento di un'infrastruttura di solidarietà sulla quale poter impostare percorsi a supporto delle persone più bisognose.

Gli strumenti che abbiamo utilizzato rappresentano poi un ulteriore valore aggiunto messo in campo da operatori e volontari, centinaia di menti giovani e meno giovani, ma certamente innovative, che hanno voluto in questi anni scommettere sulla possibilità di utilizzare energie e tecnologia per favorire percorsi nuovi e più strutturati di sostegno. Ed è proprio dai dati raccolti con questi strumenti che emerge la fotografia particolare, ma nel suo complesso integra di una povertà per lo più in transito, ma connotata comunque dalla costante presenza di famiglie italiane che faticano ancora ad uscire dalla crisi e si rifugiano, quindi, nelle stazioni, luoghi spesso combattuti tra necessità di sicurezza e opportunità di relazione e che, proprio per questo, vengono scelti da chi quell'opportunità crede di averla persa.

Ma ambizione di questo rapporto è anche quella di fornire, in particolare con le sue interpretazioni statistiche più avanzate, un'integrazione, un supporto aggiuntivo verso il perseguimento di quelle linee di indirizzo emanate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per far fronte ai problemi della povertà estrema in Italia. Linee che, per molti aspetti, la rete ONDS ha anticipato: per la cooperazione interistituzionale, l'approccio multidisciplinare, l'adattamento dei servizi. Le analisi realizzate suggeriscono, infatti, lo studio di soluzioni sì differenziate, ma che si integrino in un sistema globale più complesso. Non può essere considerato più "emergenziale" il fenomeno delle migrazioni, come non si può eludere ancora, l'estrema necessità di un'integrazione sociale e sanitaria, oggi per lo più dimenticata, e che spinge gli Help Center a divenire sempre più spesso ambulatori o luoghi di convalescenza improvvisata, con strumenti e mezzi limitati.

Tutto questo a testimonianza di come, ancora una volta, quelle antenne chiamate Help Center sparse in tutto il Paese ci riportano segnali forti, precisi e improrogabili che non possono essere trascurati.

Gli strumenti ci sono, sia per conoscere che per intervenire, perché, se crediamo davvero in quelle linee di indirizzo, allora certamente possiamo trovare la strada per "decidere la vita", mettere una volta per tutte il sociale al centro del dibattito pubblico e pian piano provare a trovare equilibri in grado di restituire a ognuno quella felicità che gli spetta, o almeno, il suo diritto alla dignità.

Alessandro Radicchi
Direttore ONDS

13 luglio 2016





FOCUS SALUTE

Diritto alla salute: riduzione della spesa pubblica e quadro nazionale frammentato

La salute è da intendere, oltre che come condizione di benessere dell'individuo, come diritto fondamentale dell'essere umano. O almeno così dovrebbe essere.

Sebbene in Italia il Sistema Sanitario Nazionale sia di ispirazione universalista, teso cioè a garantire a tutti i cittadini un eguale accesso ai servizi per la salute e alle cure adeguate, è lapalissiano ricordare come, per una serie di innumerevoli ragioni, la realtà sul territorio sia ben diversa.

Dall'ultimo rapporto dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanza Attiva, pubblicato anche sul sito della Conferenza delle Regioni¹ e presentato lo scorso 23 febbraio 2016, si afferma chiaramente:

Un federalismo che non risponde ai bisogni di salute dei cittadini e che li divide a seconda del territorio di residenza. Quasi un cittadino su dieci rinuncia a curarsi per motivi economici e liste di attesa; la prevenzione si fa a macchia di leopardo [...] diversificato di regione

in regione l'accesso ai farmaci innovativi, soprattutto per il tumore e l'epatite C. E nelle regioni in cui il cittadino sborsa di più, per effetto dell'aumento della spesa privata per le prestazioni e della tassazione, i livelli essenziali sono meno garantiti che altrove.

Dal rapporto emerge che le condizioni dei servizi offerti alla popolazione sono estremamente frammentati da regione a regione e i problemi rilevati riguarderebbero più aspetti del Servizio Sanitario Nazionale. In base ai dati relativi a chi si è rivolto al Tribunale per i diritti del malato, sempre più persone rinunciano alle prestazioni sanitarie per via di lunghe liste di attesa (58%), che mal si conciliano con tempistiche idonee per le diagnosi, e un numero crescente di persone rinuncerebbe invece per via del costo dei ticket (31%).

Nel rapporto si sottolinea, inoltre, come non ci sia stata un'adeguata risposta, in termini di assistenza territoriale extraospedaliera, per soddisfare i bisogni emergenti a fronte,

¹ Per approfondimenti si veda link: <http://www.regioni.it/sanita/2016/02/23/cittadinanzattiva-tribunale-per-i-diritti-del-malato-italia-divisa-nellaccesso-alle-cure-quasi-un-cittadino-su-dieci-escluso-a-causa-di-liste-di-attesa-e-ticket-23-02-2016-445544/>

invece, di una sostanziale riduzione dei giorni di degenza in acuzie presso le strutture ospedaliere. Questa problematica, unitamente all'aumento dei costi per le prestazioni (3,2% a fronte di una media OCSE di 2,8%) che ha riguardato quasi tutte le regioni e alle difficoltà di accesso ai servizi e alla spesa farmaceutica, delinea un quadro generale dell'accesso alle cure che sta penalizzando progressivamente un numero crescente di cittadini.

Anche dal Rapporto 2015 sulla povertà sanitaria e donazione farmaci, a cura dell'Osservatorio Donazione Farmaci, si evince un quadro di complessivo impoverimento sanitario.

La spesa pubblica totale è gradualmente, ma progressivamente diminuita nel periodo che va dal 2008 al 2015, registrando un aumento della compartecipazione alla spesa per i farmaci da parte di tutte le famiglie e i cittadini italiani. Il problema principale è che i cittadini che risultano in stato di povertà assoluta (1 milione e 574 mila famiglie per un totale di individui che raggiunge i 4 milioni)², sovente sfuggono ad ogni genere di rilevazione statistica ufficiale, semplicemente perché sempre più spesso queste persone rinunciano alla spesa sanitaria. Anche in questo caso il panorama è frammentato da regione a regione e con dati significativi che fanno emergere più aspetti contraddittori. Per esempio, secondo le rilevazioni dell'Osservatorio sulla Donazione dei Farmaci, i dati più cospicui riguardo alla filiera, dal numero dei soggetti donatori a quelli dei beneficiari, si rilevano nel Nord del Paese, dove complessivamente risiede invece il minor numero di persone in povertà. Il dato viene spiegato dalla maggiore presenza in quest'area di enti caritativi attivi sul territorio nella specifica attività di donazione dei farmaci, nonché dalla crescita notevole dei conferimenti da parte di aziende farmaceutiche, che prevalentemente sono allocate, per l'appunto, nell'Italia settentrionale.

Diseguaglianze sociali e sanitarie: un problema di equità

Nei Paesi ad alto tasso di sviluppo e di ricchezza pro capite, a partire dal secondo dopoguerra ad oggi, si è registrato un generale aumento della speranza di vita ed un generalizzato miglioramento delle condizioni di salute delle popolazioni residenti. Al contempo, però, le disuguaglianze in termini di mortalità e morbilità tra le differenti collocazioni sociali degli individui appaiono inasprite e sembrerebbe continuo ad inasprirsi.

In particolare, a partire dal 2008 con la diffusione della "crisi finanziaria", la polarizzazione tra fascia ricca di popolazione, sempre più ridotta, e fascia povera ed impoverita che invece appare in continua espansione, sembrerebbe, infatti, acuirsi sempre di più.

La questione di una maggiore e compiuta equità nella salute è oggetto di attenzione prioritaria nelle politiche europee da almeno dieci anni e l'Italia ne ha recepito l'importanza e l'urgenza in due atti di indirizzo importanti per la programmazione sanitaria: il finanziamento vincolato agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale e la proposta di nuovo Piano Nazionale di Prevenzione. In questo ambito nascono due rapporti sullo stato dell'equità nella salute, dai quali è scaturito un Libro bianco di indirizzo per le politiche da attuare³.

Il nodo centrale del suddetto lavoro è il tema delle determinanti sociali di salute, che appaiono ormai come realtà costitutive nella definizione delle analisi negli studi a carattere socio-sanitario. Lo svantaggio sociale conformato da variabili diverse quali: povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato e basso titolo di studio, definiscono, infatti, una "legge di gradiente sociale". In questa prospettiva analitica emerge chiaramente

² Per approfondimenti si veda: "Donare per Curare" rapporto 2015 a cura dell'osservatorio donazione farmaci istituito nel 2013 dalla Fondazione Banco Farmaceutico: <http://www.bancofarmaceutico.org/default.asp?id=380#.VvFI-uLhDcc>

³ Il libro bianco è stato realizzato per iniziativa del Gruppo interregionale ESS - Equità nella Salute e nella Sanità della Commissione Salute delle Regioni, coordinato dalla Regione Piemonte

come man mano che ci si muove nella scala sociale, gli indicatori di salute, qualsiasi siano quelli presi in considerazione, variano proporzionalmente al variare del livello socio-economico di appartenenza. In altre parole, maggiore è il livello di marginalità e maggiori saranno le incidenze di variabili come la mortalità e la morbilità, quest'ultima legata poi in particolare ad alcuni gruppi di patologie, come quelle dermatologiche, gastrointestinali, dell'apparato respiratorio e cardiovascolare, nonché dell'ambito del disagio mentale.

Fattori di rischio legati agli ambienti di vita e di lavoro insalubri, condotte di stili di vita nocivi rispetto l'alimentazione o l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcolici, aumentano il rischio di squilibri nella dimensione psico-sociale dell'individuo in una processualità esistenziale che determina, spesso, un meccanismo marginalizzante nell'accesso sostanziale ed equo ai servizi per la salute.

Le determinanti sociali risultano inoltre centrali nelle possibilità e nelle capacità di controllo che l'individuo può esercitare sulla propria vita, in particolare anche per ciò che concerne l'ambito della salute. Le ricerche condotte sulle persone adulte in grave stato di marginalità, ovvero sul fenomeno dell'*homelessness*, pongono in evidenza che l'esperienza della malattia fisica e mentale e l'abuso di sostanze è presente nella popolazione *homeless* quasi il doppio che nel resto della popolazione generale. Questi tratti biografici molto comuni tra le persone marginali determinano, quindi, una compromissione importante del livello di *agency*⁴ che le persone in marginalità sono in grado di mantenere in rapporto alla cura del sé e del proprio stato di salute.

Il rapporto con il proprio corpo cambia e l'urgenza dei bisogni muta radicalmente rispetto alle persone che vivono condizioni di vita dignitose. Tutto ciò conduce le persone

che vivono in forte disagio sociale a sviluppare forme di resilienza principalmente focalizzate sul soddisfacimento di bisogni primari.

Non è essenziale, in prima istanza, comprendere se l'esordio della patologia sia precedente o conseguente lo scivolamento nella condizione di *homeless*; piuttosto è rilevante la capacità di intervenire sulle determinanti sociali individuabili come correlate direttamente con la malattia, così da poter ridurre il rischio di nuovi esordi di patologie, l'aggravamento di quelle presenti e l'insorgenza di comorbilità. Diventa quindi centrale la questione di un adeguato accesso ai servizi sanitari e di un'azione integrata che riesca a coniugare ambito sociale e sanitario. La tematica delle barriere di accesso per le persone senza dimora ai servizi sanitari è stata molto discussa e continua a tornare centrale nei dibattiti sulla grave marginalità, proprio perché fondamentale per ogni percorso di sostegno, di recupero e inclusione sociale minimamente efficace.

Se è vero che la costitutiva multidimensionalità del fenomeno dell'*homelessness* non può prescindere da un approccio integrato tra varie discipline e tra vari *stakeholders*, è altrettanto importante tenere la questione della salute come centrale nelle politiche di contrasto alla povertà. Sia la letteratura scientifica che le esperienze operative di strutture come l'INMP – Istituto Nazionale salute, Migrazioni e Povertà, che adottano un approccio finalizzato ad intercettare i bisogni delle persone marginalizzate, evidenziano come molto spesso l'accesso ad un servizio per la salute, può essere il primo elemento per sviluppare una relazione di aiuto. Il corpo rappresenta, infatti, molto di più della semplice esteriorità dell'individuo: è il mezzo con cui ci si mette in relazione, per l'appunto, con il mondo esterno e ciò che permette di condurre una vita in autonomia.

⁴ Per approfondimenti si veda: "Donare per Curare" rapporto 2015 a cura dell'osservatorio donazione farmaci istituito nel 2013 dalla Fondazione Banco Farmaceutico: <http://www.bancofarmaceutico.org/default.asp?id=380#.VvFl-uLhDcc>

Spunti da una prospettiva antropologica

Molto spesso tra le persone senza dimora cronicizzate, ma anche tra persone che attraversano fasi temporanee di forte disagio sociale come possono essere i richiedenti asilo e i migranti irregolari, i bisogni legati alla salute non vengono elaborati in maniera esplicita perché le energie sono per lo più impiegate, come detto, per il soddisfacimento di altri bisogni. Non è inusuale, infatti, che tali soggetti si rivolgano ai servizi sanitari solo o prevalentemente in fase di acuzie, quando è l'urgenza, se non addirittura l'emergenza, a spingere verso una richiesta di aiuto. Ciò implica che molti degli accessi ai servizi di salute si riducano a interventi sporadici e per lo più finalizzati alla riduzione del danno tramite pronto soccorso e tramite chiamate dirette al 118.

Un tipo di accesso alle cure di questo genere, oltre ad essere poco efficace nell'intervento medico su determinate patologie croniche, risulta essere nel complesso, da un punto di vista meramente economicista, più gravoso per il S.S.N di quanto non sarebbe una strategia di presa in carico e di cura di tipo più strutturato e non emergenziale.

Si tratta di una logica che cristallizza nel tempo una consuetudine d'interazione tra servizi e persone marginali che, come si osserva da una prospettiva antropologica, fa in modo che si attribuisca in un certo senso maggiore importanza al corpo sofferente rispetto al corpo minacciato. Diventa il corpo e solamente quello a comunicare per conto di persone in difficoltà e che, a loro volta, incorporando la sofferenza, esplicitano solo attraverso i segni sul corpo il proprio stato di malessere. In altre parole, non basta che l'individuo sia, in quanto tale, portatore di bisogni e destinatario del diritto al benessere, allo stato di salute più completo possibile, ma c'è sempre di più la necessità che sia il corpo sofferente e il pericolo della sua integrità a veicolare la domanda d'aiuto e la risposta da parte degli attori socio-sanitari. Sostanzialmente, richiamandosi al concetto di nuda vita di Giorgio Agamben, si intende la concezione del corpo come una riduzione

biologica che spesso diviene l'unica via per riconoscere l'esistenza di un soggetto.

Si potrebbe definire questo approccio alla salute come una sorta di "politica dei corpi", laddove è la corporeità, come nozione, che definisce l'idea che il corpo sia mezzo di comunicazione e interazione con il mondo, oggetto di interventi sempre più specifici e quindi di reificazione, nonché luogo di iscrizione dei vissuti individuali, con il quale interpretare e tradurre biografie di vita. Semplificando e sintetizzando: ho diritto non in quanto individuo, ma in quanto corpo sofferente.

Questo genere di riflessione non può che condurre il ragionamento verso una concezione più articolata della persona e dell'idea di salute, ovvero quella di uno stato di benessere bio-psico-sociale. Sarebbe necessario riconsiderare il rischio che l'intervento medico in acuzie e comunque nell'urgenza, nonché la sempre maggiore specificità del sapere biomedico e delle tecnologie che lo caratterizzano, esproprio, metaforicamente, le singole parti del corpo oggetto dell'intervento medico dall'interezza dell'individuo.

In antropologia la logica interpretativa dell'episodio di malattia contempla tre fonti di sapere e tre agenti diversi: il corpus medico e il sapere tecnico, la cultura/società o dimensione collettiva di appartenenza o in cui si vive l'episodio di malattia, e infine la biografia e il vissuto personali, ovvero la dimensione individuale. Siamo esseri bio-psico-sociali e le tre dimensioni costitutive di ogni singolo individuo non possono essere scisse, né si possono pensare interventi che considerino una sola delle dimensioni esistenziali coinvolte.

Si tratta di ricondurre al centro della riflessione e degli interventi la multidimensionalità intrinseca che connota e definisce l'individuo e che si evidenzia, in particolare, nelle condizioni di vita di disagio e marginalità, quando è il piano identitario stesso della persona ad essere frammentato in traiettorie di sofferenza. La povertà e il disagio sociale, da fatti

eminente socialmente, diventano quindi sofferenza, ma una sofferenza da lenire attraverso l'ascolto e la cura di episodi acuti di varie patologie, traslando la questione su un piano psicologico e medico, in cui si cominciano a perdere i nessi causali con il contesto nel quale la sofferenza nasce e prende forma. In sintesi, come per il discorso sul corpo come veicolo di riconoscimento dei diritti, si rischia di assestarsi su un approccio riduzionista di condizioni che andrebbero

interpretate e affrontate con una più ampia visione. Una visione che non perda di vista le cause strutturali e sistemiche del disagio e della marginalità.

La povertà, nell'accezione più vasta possibile, e cioè come isolamento e deprivazione relazionale, sociale, materiale e sanitaria, è un fenomeno di carattere processuale legato al contempo a dinamiche politiche, economiche, sociali e individuali.

L'esperienza della rete ONDS

Il graduale impoverimento della società ha dato vita a fenomeni di precarizzazione sociale che, in assenza di risposte adeguate, continuano a crescere e a consolidarsi nel tempo come condizioni permanenti. A questo proposito, la seconda indagine realizzata da ISTAT, fio.PSD e Caritas sui senza dimora in Italia conferma la significatività del fenomeno dell'homelessness, come risultante di una dinamica socioeconomica che assume connotati diversi anche in base alle caratteristiche territoriali, pur generando i medesimi esiti.

I risultati dell'indagine mettono in luce un incremento del bacino dei servizi cosiddetti di bassa soglia (legati all'igiene personale, all'alimentazione, alla fornitura di abiti, ecc.) del 15,4% con un picco per quanto riguarda le mense del 22%; non si tratta tuttavia, di un aumento del numero di persone che usufruiscono di questa tipologia di servizi, ma di un incremento delle prestazioni a favore di medesime persone.

Questi dati, oltre a mettere in evidenza un sistema di interventi per PSD ancora troppo schiacciato sui bisogni primari (prima accoglienza e bassa soglia), testimoniano il trend di impoverimento per coloro i quali abbiano una scarsa capacità di autodeterminazione, con l'aumento delle PSD non in grado di interagire dal 9% della precedente indagine al 14% di quella attuale. Parimenti la durata della condizione

di homeless passa da 1,6 a 2,2 anni, segno del consolidamento di un nucleo di povertà estrema.

L'esperienza della rete ONDS, dove si svolgono ogni giorno attività di sostegno e orientamento a favore di persone senza dimora, conferma la presenza di una fascia consistente di popolazione, la cui persistenza in una situazione di estremo bisogno e di grave emarginazione sociale, si ripercuote anche sullo stato di salute psicofisica individuale e collettiva, determinando uno stato di *povertà sanitaria* con situazioni ad alto rischio di cronicizzazione, condizione questa che si riscontra presso la totalità dei centri (quindi un'area geografica che comprende, in pratica, l'intero Paese). Il rapporto dell'Osservatorio sulla Salute⁵ recentemente presentato, oltre a far registrare una battuta d'arresto dell'aumento dell'aspettativa di vita per gli italiani (finora in crescita costante dal 2008), mette in risalto due indicatori che chiamano in causa la condizione socioeconomica degli italiani come discriminare riguardo lo stato di salute individuale:

- l'incremento di patologie legate a stili alimentari inadeguati (insufficiente apporto di nutrienti necessari);
- la carenza o assenza di prevenzione (anche dovuta agli scarsi investimenti da parte del sistema sanitario). A questo proposito, tra l'altro, i dati regionali forniscono il dettaglio riguardante gli esami per lo screening di forme di tumore particolarmente aggressive e diffuse (colon, mammella, ad es.) mettendo

⁵ <http://www.osservasalute.it/>

in evidenza come la prevenzione resti in larga misura appannaggio di fasce di popolazione in condizioni di benessere economico.

Le condizioni di vita di chi è privo di un alloggio adeguato, con regimi alimentari che favoriscono la malnutrizione, esposto a condizioni di vita fisicamente stressanti, nonché ad abitudini fortemente compromettenti dal punto di vista fisico e psicologico, determinano lo sviluppo di patologie connesse con lo stato di marginalità estrema, aggravate dalla forte distanza materiale, oltre che ideale, rispetto ai servizi di assistenza. Questo stato di cose, nel tempo, ha portato un allontanamento dai tradizionali sistemi di servizio sociale ed un peggioramento della condizione individuale, a cui si aggiunge una vulnerabilità sanitaria, una particolare tipologia di bisogno che interessa tutte quelle persone non in grado di esercitare appieno una "cittadinanza competente" e che non riescono ad accedere materialmente alle cure a causa di impedimenti fisici, culturali, economici e psicosociali, che i servizi esistenti non riescono a rimuovere.

Il target interessato da problematiche di carattere sanitario comprende persone italiane e straniere, persone senza dimora e in condizione di grave disagio sociale, persone disagiate anziane, disoccupati.

Le caratteristiche di multiproblematicità, l'interconnessione tra patologie sanitarie e psicopatologie, la compresenza di alcolismo e tossicodipendenze, la forte incidenza di resistenze al cambiamento di ordine culturale, hanno determinato l'urgenza di integrazione delle competenze sanitarie, sociali e antropologiche nel quadro di interventi rivolti alle persone senza dimora, anche per evitare la reiterazione di approcci poco funzionali ed efficaci, proprio perché non orientati all'integrazione multidisciplinare. Laddove, infatti, è stata tentata un'azione esclusivamente orientata alla tutela sanitaria, ci si è scontrati con le resistenze culturali dell'utenza, o con l'impossibilità di rimozione delle cause sociali della patologia individuata. Parimenti, laddove si è tentato un intervento di emergenza sociale, si è dovuto abdicare dinanzi alla compresenza

di condizioni sanitarie incompatibili con le soluzioni alloggiative o, più genericamente, di integrazione sociale individuate. A ciò si aggiunga la constatazione di una prassi della richiesta di intervento del servizio 118 per situazioni di patologie sanitarie socio-correlate, per le quali le sole competenze sanitarie del personale di pronto intervento hanno più volte dimostrato la loro inadeguatezza.

Il bisogno di risposte efficaci per i cittadini che hanno difficoltà richiede un sistema di interventi e servizi sociosanitari che integri le competenze interistituzionali, rafforzi le componenti di prossimità e garantisca alle persone e alle famiglie pari opportunità e non discriminazione di accesso al diritto alla salute.

Per questo si stanno moltiplicando le esperienze di assistenza sanitaria di prossimità presso gli Help Center, indirizzati indifferentemente ad italiani e stranieri che non riescono ad accedere al sistema sanitario e a cui sono quindi precluse le opportunità di cura.

Si tratta di interventi inquadrati metodologicamente nella logica di servizio degli Help Center, concepiti come *one stop shop*, in grado di prendere in carico la persona nel suo complesso, supportandola nella identificazione dei problemi e delle soluzioni possibili.

Le azioni di promozione della salute sono realizzate secondo alcuni basilari principi-guida:

1. mobilità: per adeguare l'intervento alle caratteristiche di fluidità del fenomeno
2. integrazione: tra competenze sociali e competenze sanitarie, in ossequio alle direttive della legge 328/2000
3. prossimità: per intercettare le persone in stato di disagio di lunga durata, refrattarie all'attivazione e all'avvicinamento ai servizi
4. cooperazione: per valorizzare e capitalizzare il potenziale delle risorse territoriali nel rispetto delle singole specificità: servizi istituzionali, associazioni, partner, privati cittadini
5. complementarietà: per intervenire negli ambiti e negli spazi non garantiti da altri servizi
6. ricerca-azione: per studiare i fenomeni e monitorarne l'andamento attraverso la raccolta e l'analisi dei dati.

La salute di prossimità: le esperienze dalla rete ONDS

Il lavoro degli Help Center nel campo della promozione della salute e delle occasioni di cura testimonia la criticità della situazione in Italia.

Secondo la ricerca Censis-Rbm Assicurazione Salute⁶ presentata al VI 'Welfare Day', sono 11 milioni gli italiani che hanno rinunciato o rinviato le prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno nel corso dell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche. L'esperienza della rete ONDS conferma questa tendenza, aggiungendo ulteriori elementi di configurazione del quadro di fruibilità dell'offerta sanitaria in Italia.

Sono sempre di più le strutture ospedaliere e ambulatoriali che rifiutano la presa in carico di persone non perfettamente in grado di usufruire autonomamente dei servizi sanitari, come dire che non valga la pena dare aiuto a chi non sia in grado di chiederlo. In alcuni ospedali, i pazienti in condizioni igieniche critiche rischiano di non essere visitati a meno che gli operatori degli Help Center o degli altri servizi sociali, appositamente convocati, non provvedano a lavarli. La vulnerabilità sanitaria ha determinato l'aumento di patologie gravi come osteomielite, patologie tumorali e recidive; per le malattie invalidanti e croniche, le lungodegenze non sono garantite da un'adeguata offerta di accoglienza e gli ospedali, anche a seguito della revisione di procedure organizzative interne, effettuano le dimissioni dei pazienti senza dimora e/o indigenti, non assicurando più neanche un minimo di preavviso ai presidi territoriali preposti alla loro assistenza, compromettendo di fatto la presa in carico post ospedaliera, specie per coloro che non abbiano alcuna rete familiare di sostegno. Un'altra criticità è legata all'approvvigionamento di farmaci basilari come antibiotici, antiinfiammatori ma anche antitumorali, senza i quali tutti gli sforzi operati per garantire interventi adeguati sono vanificati.

È in questa situazione che alcuni degli Help Center della rete hanno attivato e/o promosso esperienze di presidi di cura.

A **Torino**, l'esigenza di affrontare le problematiche di tipo sanitario legate alla vita di strada ha consentito all'Amministrazione Comunale di svolgere un lavoro in stretta connessione con i servizi sanitari, dando vita, a partire dal 1999, ad esperienze di cooperazione come l'ambulatorio sociosanitario rivolto ai cittadini senza dimora, promosso e organizzato, grazie all'impegno e alla competenza del Dott. Roberto Gamba, medico dell'Azienda Sanitaria ASL TO1. Il servizio è stato attivato con la presenza continuativa in orario pomeridiano di medici del Servizio di Guardia Medica dell'Azienda Sanitaria, affiancati dai volontari della Croce Rossa Italiana e dagli operatori sociali. Negli anni c'è stato un potenziamento in termini di integrazione, valorizzando la componente sociale mediante lo "spazio d'ascolto" in collaborazione con il servizio di Salute Mentale dell'ASL TO1, che ha messo a disposizione una volta alla settimana personale medico specialista e, in seguito, la collaborazione del Ser.T. della medesima Azienda Sanitaria grazie a finanziamenti regionali (progetto S.I.S.T.Ema.). I risultati ottenuti hanno spinto il Comune a potenziare l'attività ad alta integrazione socio sanitaria, creando due poli cittadini nell'ambito del progetto LIMEN, coordinato dal Servizio Adulti in Difficoltà, con la partecipazione dell'ASL TO1 (medici specialisti della Salute Mentale, delle Tossicodipendenze e della Continuità Assistenziale). L'ambulatorio è dal 2012 il fulcro dell'Help Center di Torino Porta Nuova e l'attuale organizzazione prevede, oltre ai volontari della CRI e gli operatori del privato sociale, la presenza tutti i pomeriggi (esclusi festivi) dalle ore 15,30 – 18,30 di personale medico del servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) che gestisce anche lo sportello I.S.I. – Informazione Salute Immigrati dell'ASL TO1, rivolto agli stranieri non regolarmente soggiornanti.

⁶ http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121065

A seguito di una recente donazione da un privato cittadino, è stato possibile ridare impulso e potenziare l'attività di integrazione socio-sanitaria coinvolgendo le due Aziende Sanitarie Cittadine ASL TO1 e ASL TO2 nella predisposizione del Progetto del potenziamento della rete dei servizi per persone senza dimora a Torino, che sarà operativo da settembre 2016 e che rafforzerà:

- l'Ambulatorio sociosanitario "Roberto Gamba" via Sacchi 49 - ASL TO1, già conosciuto dalla popolazione target e situato in stazione ferroviaria, anche attraverso la costituzione di un'équipe formata da due medici (messi a disposizione dal DPD e dal DSM) e da operatori sociali del Servizio Adulti in difficoltà del Comune di Torino;
- la presenza infermieristica nell'équipe integrata per le unità di strada diurna e notturna e nelle Case di Accoglienza Notturna cittadine - ASL TO2.

A **Chivasso** l'Help Center rileva la carenza, a livello territoriale, di risorse sanitarie (specialistiche in particolare) in favore di persone senza dimora o in condizione di grave marginalità sociale.

Il centro non ha la possibilità di rispondere direttamente a queste richieste e necessità, non disponendo di spazi adeguati e risorse economiche per il mantenimento di un ambulatorio medico generale, pur potendo contare sul supporto di alcuni professionisti disposti a collaborare a titolo gratuito.

Tuttavia, l'Help Center ha strutturato un buon rapporto di collaborazione con alcuni medici di base e specialisti del territorio, nonché delle buone relazioni con il pronto soccorso e con il Lions Occhiali che offre supporto legato sostanzialmente all'assistenza oculistica e alla fornitura di occhiali.

Nel 2015, l'Help Center ha operato per favorire queste prestazioni sanitarie:

- cure dentistiche e odontoiatriche (anche con inserimento di protesi)
- cure oculistiche o fornitura occhiali
- visite ginecologiche
- cure di medicina di base.

Resta critico, invece, il quadro relativo all'acquisto di farmaci non mutuabili e l'accesso ai farmaci per persone senza copertura sanitaria nazionale.

L'esperienza dell'Help Center di **Bologna** non riguarda l'attivazione di un nuovo ambito sanitario, ma la promozione degli interventi relativi al tema della sanità, a livello di rete dei servizi, contando fondamentalmente su due presidi:

- la struttura "Rostom", presso la quale è possibile inserire persone per bisogni indifferibili e urgenti, solitamente legati allo stato di salute per patologie in acuzie o periodi di terapie particolari, dove è possibile attivare l'OSS;

- il presidio mobile di Emergency, in collaborazione con il Comune di Bologna, operante sul territorio cittadino dove supporta l'orientamento sanitario pur non potendo erogare direttamente prestazioni medico-infermieristiche.

È molto sentita la difficoltà ad interagire con il comparto sanitario cittadino, anche per questioni legate al rilascio di tessere STP ed ENI e alle esenzioni per indigenza.

A **Milano** il ventaglio di servizi per la salute dei cittadini senza dimora che gravitano sul territorio è molto ampio. Sul fronte della prevenzione di rilevante importanza è la collaborazione tra il Comune di Milano e l'ospedale Niguarda, che offre gratuitamente la possibilità di effettuare il test antitubercolare (test Mantoux), prerequisito fondamentale per accedere ai centri di prima accoglienza, convenzionati con il Comune. Il Centro Aiuto di Milano si occupa di controllare che tutte le persone accolte abbiano effettuato lo screening sanitario, che prevede, oltre al predetto test, una visita generale svolta dai Medici Volontari Italiani presso i propri locali. Sono inoltre numerose le realtà del privato sociale che offrono gratuitamente prestazioni medico-ambulatoriali, rivolte soprattutto a persone prive dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

All'interno della fitta rete di Unità Mobili, che collaborano con il Centro Aiuto in convenzione con il Comune di Milano, vi è la presenza di diverse unità medico-infermieristiche che ogni sera prestano assistenza alle persone segnalate che vivono in strada e che necessitano di prestazioni mediche.

In ultima battuta, è fondamentale il servizio

di post acute per homeless, attivato nel 2014 da Medici senza Frontiere in accordo con ASL e con il Comune di Milano. Il servizio, al termine della sperimentazione annuale, è attualmente gestito da Fondazione Progetto Arca in collaborazione con il Comune di Milano e con ATS (ex ASL). Questo servizio si ripropone di dare continuità di cura per pazienti in dimissione dagli ospedali e che risultano senza dimora, pertanto senza un alloggio dove proseguire le cure e la convalescenza necessarie con monitoraggio medico-infermieristico giornalieri. La degenza presso il reparto "post acute", è di massimo 20 giorni, al termine dei quali viene valutata la situazione della persona, che viene indirizzata presso le strutture di accoglienza notturna o, nei casi che lo richiedano, presso altre strutture specializzate per una prosecuzione delle cure mediche.

A **Roma** sono presenti circa 8000 persone senza dimora concentrate in particolare nelle zone del centro storico e in quelle adiacenti le stazioni ferroviarie. Le marginalità sociali, l'homelessness, il disagio sociale grave, contraddistinto spesso da forme di cronicizzazione degli aspetti sanitari, rappresentano una criticità evidente per la quale si rendono necessari interventi specifici, facendo tesoro delle sperimentazioni che hanno dato risultati positivi in questi anni. L'Help Center di Roma ha attivato un'unità di intervento di prossimità e monitoraggio per le marginalità estreme, chiamata Help Center Mobile (HCM), in grado di intervenire offrendo prestazioni igienico-sanitarie parallelamente ad azioni di protezione sociale.

Questa tipologia di intervento è stata sviluppata nel corso degli anni attraverso vari progetti sostenuti di volta in volta da diversi finanziatori pubblici e privati e gestiti con un ricco partenariato territoriale. La continuità operativa non è, quindi, una costante dell'Unità sociosanitaria, dipendendo questa dall'effettiva disponibilità di risorse economiche che ne garantiscano il funzionamento. Cionondimeno, è stata realizzata un'architettura di funzionamento con la descrizione delle diverse azioni previste, identificate in moduli attivabili a seconda delle possibilità e delle condizioni

dell'utenza.

L'Unità sociosanitaria ha operato per l'analisi di casi particolarmente complessi di riconosciuta grave emarginazione sociale e lo studio di possibili percorsi di intervento sociale per la loro presa in carico, fino all'effettivo intervento operativo.

All'Help Center Mobile sono segnalati casi di utenza con problematiche sociali a rilevanza sanitaria, spesso gravi o cronici, per i quali in passato erano stati reiterati interventi senza successo e con un dispendio di risorse, proprio perché privi di un approccio multidisciplinare innovativo.

La realizzazione del progetto ha garantito quindi un presidio sociosanitario mobile in grado di fornire assistenza nell'immediato e soprattutto "in loco", alle persone in condizioni di grave disagio sociale.

Grazie alla presenza di un'équipe integrata, sono stati avviati percorsi virtuosi di collaborazione con il sistema dei servizi sia sociali che sanitari della città. L'infermiere professionale a bordo dell'unità mobile è stato sempre coadiuvato da una équipe di operatori sociali di diversa formazione, tra cui psicologi, sociologi ed educatori professionali, in grado di intercettare quelle situazioni di persone con estrema fragilità e di lunga durata, che difficilmente si rivolgono ai servizi sociali, perché affette da problematiche sanitarie o perché disorientate o sfiduciate, casi in cui l'unico approccio possibile è quello del contatto sul campo, la costruzione di un rapporto di fiducia e quindi l'avvio di un percorso di progressivo riavvicinamento e ri-affidamento ai servizi.

L'Help Center Mobile costituisce, quindi, una porta d'accesso itinerante ai servizi socio-sanitari per i cittadini il cui disagio di lungo corso rende improbabile un'attivazione spontanea e in autonomia.

Il servizio si è integrato con gli altri servizi che la Cooperativa Europe Consulting Onlus gestisce alla Stazione di Roma Termini ed in particolare l'Help Center e il centro Binario 95. A livello cittadino, inoltre, si è inserito nella rete degli interventi rivolti alle persone senza dimora e vittima di esclusione, coordinati dalla Sala Operativa Sociale del Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute di Roma Capitale.

Due gli obiettivi specifici del progetto:

- superare le difficoltà incontrate nelle azioni in favore di persone senza dimora, con particolare riferimento agli aspetti sociali ed igienico-sanitari;
- rafforzare l'azione di monitoraggio e intervento presso le zone più interessate dal fenomeno di homelessness.

Questi obiettivi sono stati collegati a quattro azioni:

- riduzione della cronicizzazione della condizione di disagio delle persone prese in carico;
- prevenzione igienico-sanitaria delle persone prese in carico e riduzione delle patologie correlate;
- riduzione degli interventi sanitari d'emergenza;
- maggiore sicurezza e decoro in città.

L'Help Center di **Napoli** è presente all'interno della Stazione Centrale dal 2006. Nel corso di tutti questi anni è riuscito a radicarsi sul territorio diventando un importante punto di riferimento per le persone senza dimora e per la rete dei servizi istituzionali e del terzo settore che operano in questo contesto.

L'Help Center è strettamente collegato all'accoglienza notturna dell'Associazione Centro la Tenda, ONLUS che gestisce il servizio in stazione e che, attraverso il sistema delle lista di attesa, accoglie le richieste di aiuto e organizza quotidianamente gli invii presso la struttura. L'attenzione costante ai bisogni delle persone ha fatto emergere nel corso degli anni altre problematiche, non meno importanti, ma altrettanto vitali, che non sempre trovano risposte efficienti tra i servizi territoriali.

Per questa ragione all'ospitalità notturna sono stati affiancati un ambulatorio e una farmacia sociale, che quotidianamente accolgono soprattutto coloro che, per diversi motivi legati soprattutto alla condizione di indigenza, non riescono ad accedere alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e non hanno la possibilità economica di acquistare medicinali. Si cerca così di rispondere ai bisogni di cura e di prevenire e curare quelle patologie che spesso le persone stesse ignorano di avere o che comunque

trascurano. Principalmente vengono effettuate: visite mediche generiche, visite specialistiche, (cardiologiche, ortopediche, dermatologiche, ginecologiche, urologiche, vascolari, chirurgiche) medicazioni e altri interventi infermieristici. Inoltre, negli ultimi tempi sono aumentati i casi di disagio psichico, spesso segnalati dagli ospedali stessi, per i quali si fa fatica ad avviare un intervento di presa in carico e quindi di cura presso strutture specializzate.

Per i casi di malattia che richiedono un ricovero di medio lungo periodo e per i casi di dimissione ospedaliera che necessitano di un periodo per la convalescenza è stata attivata una struttura h24, Casa Crescenzo. Rispetto alle persone che si rivolgono presso i servizi de La Tenda, circa l'80% sono persone immigrate, molte delle quali extracomunitari irregolari, e circa il 20% di italiani. Soprattutto negli ultimi anni, si è rilevato l'aumento di casi di disagio legati alle nuove povertà; di persone che rischiano di andare per strada, che hanno perso la casa, il lavoro, gli affetti, che a malapena sopravvivono con una piccola pensione, ma che non riescono a comprarsi le medicine, fare la spesa. Sono aumentati anche gli stranieri che non riescono più ad essere assorbiti sul mercato del lavoro formale e informale, spesso privi di documenti e di qualsiasi risorsa per spostarsi sul territorio o addirittura di tornarsene in patria. Negli ultimi mesi è aumentata l'affluenza di immigrati, spesso giovani, sbarcati in Italia nell'arco degli ultimi 6 mesi.

Tutti i servizi offerti dal Centro la Tenda sono autofinanziati e sostenuti in parte da progetti legati all'8 x mille, da progetti di fundraising e crowdfunding e dal volontariato. Con il Comune di Napoli, invece, sono stati convenzionati 40 posti letti per l'accoglienza notturna, circa 1/3 della capacità ricettiva totale.

A **Catania** l'Help Center ha osservato le conseguenze prodotte dalla condizione di solitudine, povertà e isolamento vissute dalle persone che si sono rivolte al centro per ricevere un supporto.

Tra le necessità emergenti vi è stato un notevole incremento da parte sia di italiani

che di stranieri di richieste inerenti l'aspetto "sanitario" (acquisto farmaci, richiesta prenotazioni visite, orientamento servizi, pagamento ticket etc.).

A fronte di tali richieste, pur garantendo un ascolto attento, una valutazione accurata delle situazioni, un orientamento ad altri servizi, ponendo l'attenzione a ciò che la persona vuole raccontare, cogliendo spesso bisogni inespresi, celati o addirittura negati, sono stati coinvolti i medici che prestano attività di volontariato presso la mensa dell'Help Center creando, "in via sperimentale", una "Rete Sanitaria" che rappresenti una sorta di ponte tra il sistema sanitario pubblico e quello privato, per dare risposte efficaci ed efficienti alle esigenze di cura dei cittadini, ridimensionando le difficoltà di accesso ai servizi e alla spesa farmaceutica. Gli interventi in questa direzione hanno riguardato principalmente uomini stranieri in una fascia di età compresa tra i 30 e i 40 anni. Riguardo le patologie riscontrate, si è trattato di sindrome da raffreddamento (conseguenza della vita in strada sia per stranieri che per italiani), algie varie, intercostali da raffreddamento, broncopatia, gastropatia, ipertensione, dermatiti (richieste che riguardano in particolar modo gli stranieri per sospetto scabbia/sifilide), carie dentali diffuse, HIV. Per quanto riguarda i farmaci distribuiti, sono stati principalmente gastroprotettori, antibiotici, diuretici, ipotensivi e analgesici. Sono state prescritte indagini di laboratorio ed esami radiologici per il conseguente invio presso un medico specialista.

Le problematiche e le criticità individuate nel corso del tempo riguardano:

- alto tasso di obesità o sovrappeso tra i senzatetto italiani. Ciò potrebbe essere causato da una dipendenza da alimenti che contengono alti livelli di grassi e zuccheri distribuiti dalle varie mense. Altri fattori possono includere poca attività fisica, la privazione del sonno e lo stress;
- gli italiani che si ritrovano in una situazione di povertà improvvisa (perdita del lavoro, sfratto etc.) sviluppano sentimenti di forte insicurezza nei confronti delle Istituzioni, in particolar modo di quelle sanitarie che

percepiscono come meno accessibili a causa della personale condizione di precarietà individuale che li rende meno autonomi nell'esercizio del diritto alla salute;

- gli stranieri, specie i nuovi arrivati, lamentano la diffusione di informazioni imprecise, sommarie e distorte sull'accessibilità ai servizi di cura e sull'offerta disponibile secondo il "codice STP";

- i soggetti che versano in una situazione di povertà estrema non rientrano tra le categorie esentabili dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni sanitarie (diagnostica strumentale e di laboratorio) per le quali è previsto il pagamento del ticket e trovandosi nell'impossibilità di pagare sono quindi esclusi dal sistema di cura e di prevenzione;

- l'appartenenza territoriale della persona, con il problema della residenza e della dimora abituale abbiamo riscontrato essere di ostacolo all'accesso dei servizi sanitari;

- infine si registra un aumento dei disturbi di natura psicologica, rilevato sia negli stranieri che nei soggetti italiani, causati verosimilmente dal funzionamento dei servizi territoriali che spesso non hanno le risorse (sociali, culturali, ecc.) per comprendere la complessità del portato individuale delle persone beneficiarie. Il sistema sanitario appare infatti saturo e stanco, privo della capacità di "ricontestualizzazione" che ogni persona richiede.

A **Messina** la Caritas gestisce dal 2012, attraverso la Cooperativa sociale S. Maria della Strada, il servizio Help Center e Centro Diurno presso la Stazione centrale.

Nel 2013 è stato inaugurato, nei locali dell'Help Center, il centro medico, frutto della collaborazione tra Caritas e S. Maria della Strada con l'Associazione Terra di Gesù di Messina.

Nei suoi primi tre anni di vita, il centro medico specialistico per i poveri ha superato, non di poco, le diecimila prestazioni sanitarie erogate: 11.750 sono stati, infatti, gli interventi dei "medici di carità" guidati dal dott. Francesco Certo, presidente della ONLUS Terra di Gesù. Un elemento importante da rilevare non riguarda solo l'entità numerica degli interventi, quanto piuttosto il fatto che nel 2015 sia salita la percentuale di bambini

visitati e curati.

I minorenni erano il 7% del totale nel 2014, saliti al 10% l'anno seguente. La cura e la salute dei più giovani è una questione che non può essere sottovalutata, sia in termini di investimento per la società del futuro sia come primaria responsabilità come cittadini e come persone. Anche sulla qualità della vita dei più piccoli si misura il grado di civiltà di una comunità, e l'aumento, tra i pazienti del centro, dei minori di 18 anni è estremamente preoccupante.

Analizzando il 4% di crescita degli utenti del centro medico che si è registrato nel 2015, altri dati meritano approfondimento. Il primo: gli italiani rappresentano ormai più della metà del totale. Erano il 46% nel 2014, sono il 52% nel 2015 (il 20% degli utenti è di provenienza africana, l'Europa dell'Est è la nazionalità del 18% e l'Asia del 10% dell'utenza). Il secondo dato importante riguarda la diminuzione dell'incidenza dei senza dimora, passati dal 25% al 20% del totale dei beneficiari. Il terzo dato: le visite generali hanno rappresentato il 54% delle prestazioni erogate, mentre le visite per patologie cardiovascolari sono state il 20%. Infine, sul fronte dell'approvvigionamento farmacologico, nel 2015 sono stati distribuiti gratuitamente 3000 farmaci, elemento questo che porta a rilevare come migliaia di persone "sfuggano", anche quando portatori di patologie potenzialmente gravi e bisognosi di cure ad hoc, alla rete del Servizio Sanitario.

Quadro di sintesi

Nel quadro delle strategie di contrasto alla grave marginalità sociale nelle stazioni, gli interventi di supporto alla povertà sanitaria rientrano in un piano di azione, la cui piena attuazione dipende in larga misura dalle risorse economiche integrative che è possibile reperire grazie all'azione continua di donazioni, fundraising e di progettazione. Intervenire in relazione alla riduzione del rischio di cronicizzazione

sanitaria rappresenta un fattore basilare per una azione complementare e parallela di inclusione sociale, mediante interventi di cura e di promozione della salute svolti in diretta prossimità nei luoghi di maggiore concentrazione del disagio e della marginalità sociale grave.

La sperimentazione di azioni integrate di cura e promozione della salute in strada, intendendo come tali le iniziative inserite nella programmazione degli Help Center all'interno dei diversi sistemi sociali territoriali, ha già ottenuto il supporto da parte di un partenariato vasto e diversificato in termini di competenze da parte di una molteplicità di attori locali (ASL, Ospedali, ambulatori pubblici, Terzo Settore, Imprese, ecc.), come in molti casi rilevano anche gli Assessori intervistati nella Parte Terza di questo Rapporto.

Sarà quindi necessario operare per il consolidamento delle esperienze ed il loro inserimento in un quadro più formale di integrazione socio-sanitaria in grado di supportare le programmazioni strategiche sulla povertà e sulla marginalità sociale⁷, in particolare riguardo i seguenti aspetti:

- attivazione e formalizzazione delle reti di collaborazione interistituzionale in accordo con le ASL e con i presidi ospedalieri per ottimizzare e integrare il lavoro delle ambulanze del 118;
- facilitazione della presa in carico da parte dei Servizi Sanitari di soggetti che rischiano di rimanere esclusi dal circuito assistenziale pubblico anche attraverso protocolli di collaborazione che regolamentino in modo più puntuale le diverse funzioni delle parti;
- promozione dell'informazione sul diritto alla salute e sull'accessibilità alle opportunità disponibili;
- mappatura sanitaria del disagio di strada come anagrafe dinamica, che rilevi peculiarità antropologiche, culturali, etniche e socio-sanitarie della popolazione in condizione di marginalità a livello territoriale.

⁷ Si fa qui riferimento alle indicazioni previste nel documento *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave marginalità adulta in Italia*.

Occorrerà infine dare corso ad una rilevazione di dati qualitativi e quantitativi utili a descrivere le tipologie di intervento effettuate, a fornire elementi di conoscenza sulla popolazione effettivamente contattata, come contributo fattivo alla programmazione dei servizi⁸.

Conclusioni

La salute rappresenta un nodo centrale per il mantenimento di condizioni di vita dignitose. Non importa se il processo di scivolamento in povertà e l'entrata in condizioni di marginalità cominci con problemi di salute, o piuttosto questi ultimi ne siano un effetto, o ancora si sia sempre vissuto in condizioni di marginalità: quello che appare evidente e centrale è che il diritto ad un accesso equo, sostanziale e soprattutto efficace ai servizi per la salute rimane una questione da risolvere. Una reale e piena integrazione socio-sanitaria, sempre richiamata nei discorsi pubblici e nei dibattiti di settore, non è ancora stata realizzata e sembra lontana dall'essere raggiunta.

Si ravvisa la necessità forte e urgente che si arrivi sempre di più anche all'integrazione dei saperi in una prospettiva di interventi che pongano al centro la persona, cioè l'individuo in tutta la sua complessità. Ciò è possibile solamente con un approccio interdisciplinare che coinvolga tutti gli attori che operano nel campo della salute e del disagio sociale, con il riconoscimento delle professionalità e con la concreta possibilità operativa che queste possano agire in maniera sinergica. Con il cospicuo aumento dei flussi migratori è necessario che oggi anche che la transculturalità venga posta al centro degli interventi e delle politiche socio-sanitarie.

La complessità propria di tutto ciò ruota intorno ai temi della corporeità, dell'ambito psichico e, più in generale, del binomio salute-malattia. Necessita di approcci integrati che ridefiniscano in maniera flessibile categorie diagnostiche, approcci di cura e relazionali, nonché i modelli di guarigione. L'idea di complessità dovrebbe rappresentare la chiave interpretativa della realtà e solo un continuo dialogo interdisciplinare, finalizzato a delineare interventi sul campo sempre più integrati e sistemici, sembrerebbe poter garantire l'accesso universalistico al diritto alla salute, che potrebbe contribuire alla costruzione di società più sane ed egualitarie.

⁸ Un esempio interessante di rilevazione statistica sull'impatto dell'homelessness sui servizi di pronto soccorso, recentemente presentato a Bruxelles nel corso della Conferenza di FEANTSA, la Federazione europea di organismi che si occupano di senza dimora, è realizzato in Scozia da NHS Scotland, il sistema sanitario nazionale. Uno dei pregi di questa rilevazione è mostrare, dati alla mano, gli alti costi delle prestazioni in regime emergenziale, a fronte di quelle in regime ordinario, cui accede la popolazione non homeless, a dimostrazione di come azioni di prevenzione favorirebbero un risparmio per il sistema.

PARTE SECONDA

PREMESSA METODOLOGICA



Lo scopo del Rapporto ONDS 2015 è costruire un quadro chiaro, ricco e coerente, in termini quantitativi e qualitativi, dell'entità e dell'impatto dell'attività sociale della rete degli Help Center nelle stazioni ferroviarie, facendo uso di una pluralità di strumenti, che spaziano dall'analisi dei dati alle interviste dirette con interlocutori privilegiati.

Dal punto di vista quantitativo, il perseguimento di tale obiettivo è un'operazione complessa a causa di almeno due tipi di eterogeneità che caratterizzano la rete: quella relativa alle attività svolte dai diversi Help Center che la costituiscono e quella relativa agli strumenti di raccolta e verifica dei dati. In particolare, i dati utilizzati nelle parti seconda e terza del rapporto si basano su due principali sistemi di rilevazione e raccolta. I dati relativi agli Help Center che utilizzano il sistema informatizzato Anthology¹ sono stati estratti automaticamente in forma aggregata e anonima; i dati relativi agli Help Center che per la rilevazione usano strumenti diversi dal sistema Anthology², provengono invece dalla compilazione da parte dei referenti di ciascun Help Center di una scheda appositamente strutturata. Per ciascun Help Center l'obiettivo è stato quello di raccogliere, con riferimento all'anno 2015, informazioni relative alle seguenti variabili aggregate³:

- *Giorni di effettiva apertura;*
- *Ore di apertura al giorno;*
- *Numero di operatori impiegati per ora di apertura;*
- *Numero di ingressi mensili;*
- *Numero di utenti mensili, con indicazione dei nuovi utenti, suddivisi per genere, provenienza e classe di età e numero di utenti totali durante l'intero anno⁴;*
- *Numero di interventi sociali, suddivisi in interventi d'orientamento sociale ed interventi a bassa soglia.*

¹ Si veda la sezione successiva del rapporto per dettagli sul sistema Anthology.

² Gli Help Center che hanno utilizzato Anthology in forma strutturata e continuativa nel 2015 sono Bologna, Firenze, Pescara, Roma, Napoli, Messina e Bari.

³ In calce a questa sezione del rapporto è riportato un glossario contenente le definizioni di tali variabili aggregate, dei termini tecnici e delle sigle utilizzate nel rapporto.

⁴ Il numero di utenti indica le persone diverse che in quello specifico periodo si sono rivolte al singolo centro. Per questo il numero di utenti annuali non è dato dalla somma del numero degli utenti mensili in quanto uno stesso utente può essersi presentato allo sportello in due mesi diversi e quindi sarà conteggiato una volta ogni singolo mese ma non due volte se si considera il periodo di riferimento come quello annuale.

La scelta di queste variabili aggregate discende, da una parte, dalla loro rilevanza al fine di ottenere un quadro generale circa gli utenti che si rivolgono agli Help Center e circa il volume e la natura delle attività da essi svolte e d'altra parte, trattandosi di informazioni di base, dalla relativa semplicità con cui ogni centro, a prescindere dal metodo di rilevazione, è stato in grado di riuscire a fornire i relativi dati. Attraverso tali variabili è possibile ricostruire il *profilo degli utenti* secondo caratteristiche fondamentali (genere, provenienza ed età), effettuare una distinzione tra *nuovi* e *vecchi* utenti, e cogliere in maniera sintetica ed intuitiva le possibili tendenze in corso circa il profilo degli utenti presi in carico. Il numero di *ingressi* fornisce una misura indicativa della quantità di contatti tra l'Help Center e gli individui che ad esso si rivolgono; in maniera esemplificativa si può dire che gli ingressi rappresentano il numero delle volte che si sono aperte le porte degli Help Center.

I dati sugli *interventi*, sono distinti in *interventi d'orientamento sociale* ed *interventi a bassa soglia*: gli interventi di orientamento sociale, detti anche di presa in carico, rappresentano tutte le azioni effettuate dagli operatori degli sportelli di stazione in favore di utenti registrati e quindi conosciuti. Tali azioni possono essere l'orientamento ai servizi del territorio, un colloquio di ascolto, il supporto per la redazione di un curriculum o anche semplicemente l'opportunità di fare una telefonata, ma anche azioni quali il contatto con una assistente sociale per la costruzione di un percorso di recupero e re-inclusione sociale. In genere tali azioni sono svolte da operatori sociali professionisti, psicologi o assistenti sociali.

Gli interventi di bassa soglia, invece, sono azioni più a largo spettro, rivolte a persone per lo più anonime o comunque alle quali non si chiede necessariamente un documento di riconoscimento. Possono essere distribuzione di generi di prima necessità, servizi per l'igiene personale o anche servizi di mensa o erogazione pasti. Queste azioni il più delle volte sono portate avanti da volontari, con il supporto o la supervisione nella maggior parte dei casi di un operatore professionista.

Sulla base di questi indicatori, nella seconda parte del Rapporto, è presentato prima un riepilogo generale dei dati degli Help Center considerati e quindi una serie di analisi e grafici descrittivi, sia complessivi che più specifici. In alcuni di questi è stato escluso l'Help Center di Genova che, per la peculiarità dei servizi resi, non ha potuto fornire informazioni su genere, provenienza ed età degli utenti assistiti.

Sempre nella seconda parte un focus particolare è dedicato alla Forza Media, un indicatore ONDS che rappresenta la capacità di intervento globale della rete degli Help Center.

Nella parte terza, viene fornita un'analisi dettagliata di ciascun Help Center e, a seconda della qualità dei dati trasmessi, vengono presentate delle analisi descrittive più specifiche.

Quest'anno si è voluto poi dar voce, con un'intervista, alle Amministrazioni dei Comuni in cui operano gli Help Center, per dare conto da un lato di come essi si integrino nel sistema del welfare cittadino; dall'altro di quali siano le sfide con cui si confrontano gli Enti locali e quali le soluzioni che riescono a mettere in campo.

Gli Assessori al welfare o i funzionari di quasi tutte le città con un Help Center hanno accettato di condividere la loro visione dell'evoluzione della marginalità estrema nei Comuni che amministrano, offrendo uno spaccato dello stato dei servizi sociali e dell'evoluzione dei bisogni.

La parte quarta del rapporto (*Research Paper*) è dedicata infine ad una sperimentazione di utilizzo dei dati raccolti attraverso il sistema Anthology con finalità di ricerca ed analisi econometrica. Quest'anno, il campo di indagine è stato ristretto a sei Help Center (Bari, Bologna, Firenze, Napoli, Pescara, Roma), per i quali la qualità di rilevazione dei dati tramite la piattaforma e la loro maggiore completezza hanno consentito di effettuare delle analisi statisticamente più avanzate ed approfondite. Da notare che, rispetto al rapporto dello scorso anno, il campione di città utilizzato per questo tipo di analisi è passato da tre a sei. Nello specifico, in questa sezione di analisi si fa uso non di dati aggregati per Help Center, ma di microdati sugli utenti, con l'obiettivo

di contribuire all'analisi del disagio abitativo, una delle principali manifestazioni della povertà estrema nelle città campione. In particolare, si è esplorato in che modo alcune caratteristiche individuali degli utenti e alcuni fattori macroeconomici/strutturali relativi al contesto locale si associano alla condizione abitativa degli utenti.

In merito alla collocazione della metodologia di raccolta dei dati della rete ONDS all'interno del panorama degli studi riguardanti i fenomeni di povertà estrema, lo sforzo fatto in questi anni è stato indirizzato verso una sperimentazione, possiamo dire unica nel suo genere sia a livello nazionale che internazionale, di come si potrebbe superare il problema della mancanza di informazioni quantitativamente e qualitativamente significative ed attendibili. Alcuni studi (Boeri et al. 2009, Busch-Geertsema et al. 2010, Braga e Corno 2011, Istat 2014) hanno mostrato come quella delle persone senza dimora e, più in generale, delle persone che versano in condizioni di povertà estrema sia una *"hard to reach population"*. La maggior parte delle statistiche ufficiali, infatti, prende come base di campionamento le abitazioni, il che automaticamente esclude dalle statistiche sulla povertà e sulla disuguaglianza coloro che vivono in condizioni di disagio abitativo. La difficoltà nel raccogliere dati censuari o campionari su questi individui tali da consentire di raggiungere una numerosità campionaria ed una qualità sufficiente per effettuare analisi empiriche si è finora tradotta in una scarsa attenzione al fenomeno ed una sua quantificazione ancora più carente⁵. In tale contesto, le informazioni che possono essere raccolte dai cosiddetti "testimoni privilegiati" (operatori dei centri di accoglienza e dei dormitori, le mense, alcuni operatori istituzionali) rappresentano una base fondamentale sulla quale sviluppare una più solida metodologia. Con riferimento al contesto italiano in particolare, è questa una delle scommesse della metodologia proposta dell'ONDS, soprattutto in relazione allo sviluppo del sistema Anthology, quella di tentare di colmare la carenza di dati utilizzabili per condurre analisi con rilevanza scientifica sui fenomeni di povertà estrema.

⁵ La metodologia più diffusa ed utilizzata nei pochi studi esistenti è il cosiddetto *S-night approach (Shelter and Street Night)*, che consiste nel conteggio simultaneo di tutti i senza fissa dimora nell'arco di poche ore (una notte o un giorno) attraverso una ricognizione completa su un territorio urbano predefinito. Si tratta di una prassi nata negli Stati Uniti negli anni '80, che è stata utilizzata recentemente anche in Italia nelle città di Milano (2008 e 2013), Torino (2010) e Roma (2014). Nonostante presenti alcuni vantaggi (ad esempio quello di sfuggire alla mancanza di una base da cui estrarre un campione), tale metodologia rischia di sottostimare la popolazione di riferimento e comporta un alto dispendio di risorse umane e monetarie.

Glossario

Accesso spontaneo. Si definisce tale l'accesso effettuato da parte di un utente che si rivolge spontaneamente presso un Help Center. Esso differenzia da un accesso effettuato a seguito di una ricerca esplicita dell'utente da parte degli operatori sociali di un Help Center (ad esempio perché l'utente si è precedentemente presentato all'Help Center ed in un momento successivo un operatore decide di ricontattarlo) o a seguito dell'intercettazione dell'utente durante un monitoraggio o, altrimenti, a seguito di un esplicito invito ad effettuare l'accesso da parte di un altro sportello sociale che collabora con l'Help Center.

Interventi o Azioni Sociali. Si definisce *intervento* o *azione sociale* un qualsiasi *intervento di orientamento sociale* o *intervento a bassa soglia*. Nei grafici e nelle tabelle che compongono il rapporto ogni riferimento alle *azioni sociali* o *interventi* va dunque interpretato come la somma degli *interventi di orientamento sociale* e degli *interventi a bassa soglia*.

Giorni di effettiva apertura. Si definiscono tali i giorni, nel corso del 2015, in cui gli Help Center hanno garantito il servizio.

Ingresso. Si definisce ingresso la circostanza in cui un utente varca la soglia di un Help Center per effettuare il colloquio necessario alla lettura dei propri bisogni e beneficiare eventualmente dei conseguenti *interventi di orientamento sociale*. Nei grafici e nelle tabelle che compongono il rapporto ogni riferimento agli *ingressi* va di conseguenza interpretato come il *numero di volte in cui la soglia dell'Help Center è stata varcata da un beneficiario*; tale valore include dunque gli ingressi ripetuti da uno stesso utente, anche se eseguiti nell'arco della stessa giornata.

Intervento a bassa soglia. Si definisce *intervento a bassa soglia* ogni azione volta all'erogazione di servizi di base, quali mense, docce e distribuzioni di vestiario, che non preveda necessariamente una corretta e sistematica identificazione del beneficiario, né di conseguenza può essere a egli associata. Non è in generale possibile ricondurre una certa quantità di *interventi a bassa soglia* a un certo insieme di beneficiari.

Intervento di orientamento sociale. Si definisce *intervento di orientamento sociale* ogni azione volta all'erogazione di un servizio a vantaggio di un *utente* entrato in contatto diretto con gli operatori di un Help Center, in risposta a una sua richiesta. È dunque possibile associare con precisione una certa quantità di *interventi di orientamento sociale* a un certo insieme di beneficiari.

NR. In tutti i grafici e le tabelle che compongono il rapporto *la voce NR* sta per *Non Rilevato*, e indica un dato che non è stato possibile rilevare.

Numero di operatori per ora di apertura. Si definisce tale il numero di operatori sociali che ogni ora in media presta servizio nel singolo Help Center.

Nuovo utente. Si definisce *nuovo utente* in relazione a un certo intervallo temporale ogni *utente* che abbia effettuato il suo primo ingresso in un Help Center in quel certo intervallo.

Ore di apertura al giorno. Le *ore di apertura al giorno* corrispondono al numero di ore di apertura garantite in media da un Help Center in un giorno di effettiva apertura.

Richiesta. Si definisce *richiesta* l'interpretazione dell'operatore di un Help Center relativa a un certo bisogno dell'*utente* che con lui entra in contatto, indipendentemente dal fatto che sia stato espresso in forma esplicita o implicita. Nel contesto di un colloquio possono essere interpretate

più *richieste*, a ciascuna delle quali possono corrispondere più *interventi di orientamento sociale*.

Utente. Si definisce *utente* in relazione a un certo intervallo temporale ogni individuo che abbia effettuato almeno un *ingresso* in un Help Center in quel certo intervallo.

Utente italiano. Un *utente* si dice *italiano* se è nato all'interno del territorio dello Stato italiano.

Utente straniero. Un *utente* si dice *straniero* se è nato al di fuori del territorio dello Stato italiano.

Utente straniero comunitario. Un *utente* si dice *straniero comunitario* se non è un *utente italiano* ed è nato all'interno del territorio della Comunità Europea.

Utente straniero extracomunitario. Un *utente* si dice *straniero extracomunitario* se è nato al di fuori del territorio della Comunità Europea.

Vecchio utente. Si definisce *vecchio utente* in relazione a un certo intervallo temporale ogni *utente* che abbia effettuato almeno un *ingresso* in un Help Center in quel certo intervallo, avendone effettuato almeno un altro in precedenza.

Sigle delle nazioni (secondo lo standard ISO 3166-1 alpha-3)

Sigla	Nome	BLZ	Belize	DEU	Germania
ABW	Aruba	BMU	Bermuda	DJI	Gibuti
AFG	Afghanistan	BOL	Bolivia	DMA	Dominica
AGO	Angola	BRA	Brasile	DNK	Danimarca
AIA	Anguilla	BRB	Barbados	DOM	Repubblica Dominicana
ALA	Isole Åland	BRN	Brunei	DZA	Algeria
ALB	Albania	BTN	Bhutan	ECU	Ecuador
AND	Andorra	BVT	Isola Bouvet	EGY	Egitto
ARE	Emirati Arabi Uniti	BWA	Botswana	ERI	Eritrea
ARG	Argentina	CAF	Repubblica Centrafricana	ESH	Sahara Occidentale
ARM	Armenia	CAN	Canada	ESP	Spagna
ASM	Samoa americane	CCK	Isole Cocos e Keeling	EST	Estonia
ATA	Antartide	CHE	Svizzera	ETH	Etiopia
ATF	Terre Australi e Antartiche	CHL	Cile	FIN	Finlandia
Francesi		CHN	Cina	FJI	Figi
ATG	Antigua e Barbuda	CIV	Costa d'Avorio	FLK	Isole Falkland
AUS	Australia	CMR	Camerun	FRA	Francia
AUT	Austria	COD	Repubblica Democratica del Congo	FRO	Isole Fær Øer
AZE	Azerbaijan	COG	Repubblica del Congo	FSM	Micronesia
BDI	Burundi	COK	Isole Cook	GAB	Gabon
BEL	Belgio	COL	Colombia	GBR	Regno Unito
BEN	Benin	COM	Comore	GEO	Georgia
BES	Isole BES	CPV	Capo Verde	GGY	Guernsey
BFA	Burkina Faso	CRI	Costa Rica	GHA	Ghana
BGD	Bangladesh	CUB	Cuba	GIB	Gibilterra
BGR	Bulgaria	CUW	Curaçao	GIN	Guinea
BHR	Bahrain	CXR	Isola di Natale	GLP	Guadalupa
BHS	Bahamas	CYM	Isole Cayman	GMB	Gambia
BIH	Bosnia-Erzegovina	CYP	Cipro	GNB	Guinea-Bissau
BLM	Saint Barthélemy	CZE	Repubblica Ceca	GNQ	Guinea Equatoriale
BLR	Bielorussia			GRC	Grecia

GRD	Grenada	MLI	Mali	SLE	Sierra Leone
GRL	Groenlandia	MLT	Malta	SLV	El Salvador
GTM	Guatemala	MMR	Birmania	SMR	San Marino
GUF	Guyana Francese	MNE	Montenegro	SOM	Somalia
GUM	Guam	MNG	Mongolia	SPM	Saint-Pierre e Miquelon
GUY	Guyana	MNP	Isole Marianne Settentrionali	SRB	Serbia
HKG	Hong Kong	MOZ	Mozambico	SSD	Sudan del Sud
HMD	Isole Heard e McDonald	MRT	Mauritania	STP	São Tomé e Príncipe
HND	Honduras	MSR	Montserrat	SUN	URSS - Unione delle Repubbliche Socialiste Sovietiche
HRV	Croazia	MTQ	Martinica	SUR	Suriname
HTI	Haiti	MUS	Mauritius	SVK	Slovacchia
HUN	Ungheria	MWI	Malawi	SVN	Slovenia
IDN	Indonesia	MYS	Malesia	SWE	Svezia
IMN	Isola di Man	MYT	Mayotte	SWZ	Swaziland
IND	India	NAM	Namibia	SXM	Sint Maarten
IOT	Territorio britannico dell'oceano Indiano	NCL	Nuova Caledonia	SYC	Seychelles
IRL	Irlanda	NER	Niger	SYR	Siria
IRN	Iran	NFK	Isola Norfolk	TCA	Turks e Caicos
IRQ	Iraq	NGA	Nigeria	TCD	Ciad
ISL	Islanda	NIC	Nicaragua	TGO	Togo
ISR	Israele	NIU	Niue	THA	Thailandia
ITA	Italia	NLD	Paesi Bassi	TJK	Tagikistan
JAM	Giamaica	NOR	Norvegia	TKL	Tokelau
JEY	Jersey	NPL	Nepal	TKM	Turkmenistan
JOR	Giordania	NRU	Nauru	TLS	Timor Est
JPN	Giappone	NZL	Nuova Zelanda	TON	Tonga
KAZ	Kazakistan	OMN	Oman	TTO	Trinidad e Tobago
KEN	Kenya	PAK	Pakistan	TUN	Tunisia
KGZ	Kirghizistan	PAN	Panamá	TUR	Turchia
KHM	Cambogia	PCN	Isole Pitcairn	TUV	Tuvalu
KIR	Kiribati	PER	Perù	TWN	Taiwan
KNA	Saint Kitts e Nevis	PHL	Filippine	TZA	Tanzania
KOR	Corea del Sud	PLW	Palau	UGA	Uganda
KWT	Kuwait	PNG	Papua Nuova Guinea	UKR	Ucraina
LAO	Laos	POL	Polonia	UMI	Isole minori degli Stati Uniti
LBN	Libano	PRI	Porto Rico	UNK	Kosovo
LBR	Liberia	PRK	Corea del Nord	URY	Uruguay
LBY	Libia	PRT	Portogallo	USA	Stati Uniti d'America
LCA	Santa Lucia	PRY	Paraguay	UZB	Uzbekistan
LIE	Liechtenstein	PSE	Palestina	VAT	Città del Vaticano
LKA	Sri Lanka	PYF	Polinesia francese	VCT	Saint Vincent e Grenadine
LSO	Lesotho	QAT	Qatar	VEN	Venezuela
LTU	Lituania	REU	Riunione	VGB	Isole Vergini britanniche
LUX	Lussemburgo	ROU	Romania	VIR	Isole Vergini americane
LVA	Lettonia	RUS	Russia	VNM	Vietnam
MAC	Macao	RWA	Ruanda	VUT	Vanuatu
MAF	Saint-Martin	SAU	Arabia Saudita	WLF	Wallis e Futuna
MAR	Marocco	SDN	Sudan	WSM	Samoa
MCO	Monaco	SEN	Senegal	YEM	Yemen
MDA	Moldavia	SGP	Singapore	YUG	Jugoslavia
MDG	Madagascar	SGS	Georgia del Sud e isole Sandwich	ZAF	Sudafrica
MDV	Maldiva	SHN	Sant'Elena	ZMB	Zambia
MEX	Messico	SJM	Svalbard e Jan Mayen	ZWE	Zimbabwe
MHL	Isole Marshall	SLB	Isole Salomone		
MKD	Macedonia				

IL SISTEMA ANTHOLOGY

anthology®
HELP DIFFERENT



Il progetto Anthology® nasce nel corso del 2011 da una sperimentazione della Europe Consulting Onlus, con l'obiettivo di costruire una piattaforma web per la condivisione e l'archiviazione delle principali informazioni e attività svolte in favore delle persone in stato di disagio, che si rivolgono ai servizi di assistenza e orientamento sociale cittadini, siano essi istituzionali o del privato sociale.

La principale finalità del progetto è facilitare, attraverso l'utilizzo di uno strumento informatico condiviso e accessibile via web, i processi di collaborazione tra le realtà operanti in uno specifico settore di intervento, nell'ottica della costruzione e verifica dei percorsi di presa in carico di singoli utenti e, contestualmente, del monitoraggio della quantità e della tipologia delle problematiche riscontrate. L'utilizzo di un sistema integrato contribuisce, inoltre, a limitare quanto più possibile le ridondanze dei dati, favorendo l'utilizzo di un linguaggio operativo uniforme, efficientando i tempi di lavoro degli operatori e garantendo così anche un risparmio in termini economici e di risorse impiegate.

Grazie ad una sperimentazione durata quasi dieci anni e partita proprio nel 2002 dall'embrione dei primi centri che avrebbero poi costituito la rete ONDS, da un grezzo database relazionale si è andato via via raffinando un sistema di lavoro condiviso per l'elaborazione e l'archiviazione dei dati relativi alle attività degli Help Center. Grazie ad un'intensa fase di progettazione, caratterizzata principalmente da un lungo lavoro di analisi delle terminologie, delle procedure e delle prassi già diffuse tra i servizi sociali italiani, ma anche europei, è stato possibile sintetizzare una nomenclatura comune, sulle cui fondamenta sono stati poi disegnati i processi di manipolazione e condivisione dei dati.

Sulla base di questa esperienza e nel tentativo di favorire uno scambio virtuoso anche con soggetti istituzionali, oltre che del Terzo Settore, nel 2012 viene rilasciata la prima versione della piattaforma Anthology e, nello stesso anno, il progetto risulta vincitore del Sodalitas Social Innovation Award.

Oggi le informazioni presenti nella piattaforma ruotano intorno a quattro elementi cardine, rappresentati da:

- le persone, ovvero gli utenti che si rivolgono ai servizi;
- i servizi erogati dai diversi soggetti;
- i bisogni manifestati, in maniera implicita o esplicita, dagli utenti;
- gli interventi, ovvero le risposte fornite ai bisogni rilevati, siano essi erogati in forma diretta o attraverso la collaborazione, più o meno strutturata, con altri servizi territoriali.

Non subordinata alla sua accezione di strumento di raccolta e analisi dei dati, la vocazione dello strumento Anthology è di supportare nella pratica gli operatori sociali e, nel caso specifico, quelli degli

Help Center della rete ONDS. Appositi moduli software consentono agli operatori di indicare le principali caratteristiche di un profilo socio-anagrafico degli utenti che si rivolgono allo sportello, costituito in particolare da elementi quali: la cittadinanza, lo stato civile, il livello d'istruzione, il reddito e la condizione abitativa. È possibile, inoltre, mappare le relazioni con eventuali altri componenti del nucleo familiare che si sono rivolti allo stesso servizio. I colloqui con gli utenti e il loro esito possono essere inseriti dagli operatori in maniera intuitiva e in tempo reale; questo permette un'interazione immediata e costante sia tra operatori dello stesso servizio, che possono riprendere agilmente il lavoro fatto da un collega nel turno precedente o il giorno prima, sia addirittura tra servizi diversi, cui magari la persona (nel caso il particolare della stessa città) si può rivolgere in maniera consecutiva in un brevissimo arco temporale.

Le maschere di inserimento dell'interfaccia Anthology sono state studiate per consentire di specificare con facilità, nello stesso contesto operativo, i principali elementi di rilevanza statistica, come la natura dei bisogni espressi e le azioni concrete intraprese per rispondervi, oltre a una serie di note testuali, utili a completare il quadro dell'intervento effettuato con commenti o riflessioni personali dell'operatore. Queste informazioni, attraverso apposite politiche di regolamentazione dell'accesso ai dati, sono condivise con gli altri operatori del proprio servizio o, quando lo si ritiene opportuno, con altri servizi territoriali, andando così a comporre una sorta di "cartella sociale" di ogni beneficiario. Un simile strumento si rivela assai prezioso nei casi in cui è necessaria la collaborazione di diversi servizi, anche di natura disomogenea e rappresenta il principale punto di forza e uno dei più interessanti ambiti d'evoluzione della piattaforma.

Grazie alle sue possibilità di archiviazione e interrogazione dei dati, Anthology garantisce la possibilità di un accesso immediato e flessibile alle informazioni raccolte, che ben si presta a esigenze di verifica e analisi dell'attività dei servizi, determinando un valore aggiunto estremamente prezioso sia per lo studio in tempo reale dell'evoluzione dei fenomeni sociali nei contesti di riferimento, sia nell'ottica della preparazione di rapporti di lavoro con interrogazioni più avanzate, come quelle presentate nelle sezioni "Research Paper".

Il progetto e la piattaforma Anthology sono in continua evoluzione e ogni anno, grazie anche al confronto costante con gli operatori e le strutture che la utilizzano, cerca di migliorarsi sempre di più, con la prospettiva di diventare uno strumento a disposizione dei Comuni, del Terzo Settore, ma anche e in particolare delle Pubbliche Amministrazioni, per la gestione e il monitoraggio dei servizi sociali cittadini. In quest'ottica, il Dipartimento Politiche Sociali di Roma Capitale, in seguito ad una gara pubblica bandita a fine 2014 per l'individuazione di un sistema che fosse in grado di mettere in collegamento i servizi rivolti alle persone emarginate della Sala Operativa Sociale (U.O. Sistemi di Accoglienza) con quelli rivolti alle persone immigrate, richiedenti asilo e rifugiate dell'Ufficio Immigrazione (U.O. Gestione dell'Emergenza e Inclusione Sociale), ha scelto proprio Anthology, che dal 1° agosto 2015 è divenuto il sistema ufficiale utilizzato dalla Capitale d'Italia per questo scopo. Recuperando così dieci anni di lavoro, è stato possibile digitalizzare e registrare al suo interno oltre 130.000 schede di persone emarginate e immigrate che si sono rivolte negli ultimi due lustri ai servizi capitolini, evidenziando in particolare un dato piuttosto interessante, ossia che circa nel 30% dei casi le persone che ogni giorno si rivolgono ai due diversi servizi sono le stesse. Il numero delle schede, ovviamente, è in continua crescita, in quanto il sistema è utilizzato quotidianamente dagli operatori dei centri di accoglienza, degli uffici centrali e anche delle Unità Mobili e, come risulta anche da questo rapporto, il numero delle nuove registrazioni rappresenta oltre il 40% degli utenti giornalieri.

Proprio per tenere traccia di queste evoluzioni, è stata recentemente rilasciata una Dashboard multipiattaforma in grado di restituire, volendo anche sul proprio smartphone, grafici e statistiche descrittive dell'evoluzione in tempo reale del fenomeno. Oggi, una sperimentazione di un'istanza della piattaforma Anthology è attiva anche nel Comune di Napoli, mentre è in fase di studio la sua applicazione presso i servizi sociali del Comune di Trieste e in quelli del Comune di Firenze. L'ottica di avere un'Italia socialmente interconnessa, quindi, sembra non essere più un'utopia. Anche in questo caso, la buona prassi nata all'interno degli Help Center nelle stazioni ferroviarie si sta positivamente diffondendo nei territori di riferimento, avvalorando ancora di più la forza di intervento e di contaminazione operata dalla rete ONDS.



IL 2015 IN NUMERI

Nel 2015 i tredici Help Center che hanno operato con continuità¹ hanno effettuato un totale di 520.572 interventi sociali², di cui 84.085 di presa in carico e orientamento e 436.487 di bassa soglia (docce, distribuzione di pasti, etc.). Sono stati registrati 21.292 utenti, 9.135 dei quali nuovi, cioè mai passati prima per uno sportello di stazione. In tutto, essi hanno effettuato 116.328 ingressi: in media, cioè, ciascuno si è recato negli Help Center della rete più di 5 volte.

Questi dati generali ci forniscono gli elementi per immaginare l'attività di una giornata tipo³ nei centri della rete ONDS. Ci troveremmo di fronte ad un lavoro intenso di contatto e di relazione con utenti di genere, età, provenienza e condizione sociali molto diverse: la porta degli Help Center si apre per 319 volte per fare entrare 58 persone diverse, di cui 25 non si erano mai rivolte prima alla rete ONDS; per tutte queste persone, i 4 operatori presenti ogni ora per centro realizzano 230 interventi totali di ascolto o orientamento sociale, in media 4 per ciascuno degli utenti.

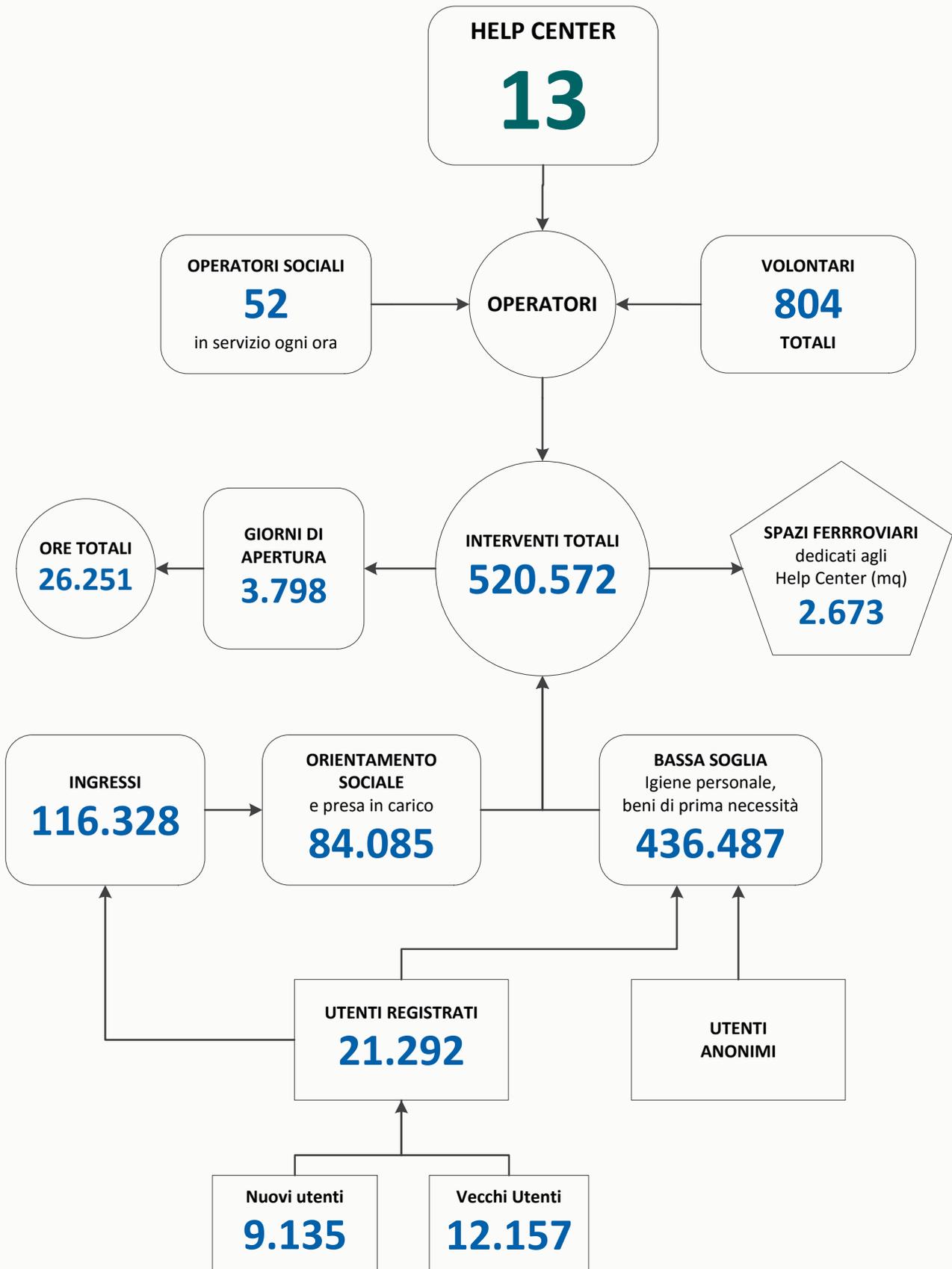
Sempre nello stesso giorno gli operatori sociali degli Help Center, supportati dai volontari, realizzano 1200 interventi di bassa soglia, distribuendo viveri, beni primari o garantendo l'accesso ai servizi di prima necessità quali la cura dell'igiene personale o un pasto caldo.

Tutte queste azioni hanno luogo per lo più in circa 2.673 mq di spazi messi a disposizione in comodato d'uso gratuito da Ferrovie dello Stato Italiane all'interno e nelle prossimità delle principali stazioni ferroviarie italiane.

¹ Dei 16 Help Center oggi esistenti, nel 2015 quelli di Foggia e Melfi, per mancanza di finanziamenti, non hanno potuto operare in maniera continuativa. Il centro di Trieste, essendo stato inaugurato solo ad aprile 2016, non è incluso in questo Rapporto.

² Nei grafici e nelle tabelle questa categoria è definita anche "azioni sociali".

³ Si tratta di una rappresentazione molto generale, ottenuta dividendo i totali per i 365 giorni che compongono un anno solare. Un maggiore dettaglio sulle medie dell'attività della rete ONDS si trova più avanti, nella capitolo "Forza Media", a pag. 50.



DATI RIEPILOGATIVI



ONDS 2015	CHIVASSO	GENOVA	TORINO	MILANO	BOLOGNA	FIRENZE
Giorni di effettiva apertura	254	301	314	365	362	239
Ore di apertura	1.524	903	942	4.806	1.819	1.891
Numero operatori per ora di apertura	8	9	3	3	2	4
Numero volontari	24	120	20	-	-	36
INGRESSI	8.890	18.060	7.978	23.702	6.513	3.382
TOTALE INTERVENTI EFFETTUATI	14.681	21.672	14.616	95.202	1.107	9.691
Interventi di orientamento sociale	1.524	0	4.880	23.702	1.107	8.780
Interventi a bassa soglia	13.157	21.672	9.736	71.500	0	911
TOTALE UTENTI REGISTRATI	768	450	1.556	9.249	1.702	1.174
Nuovi Utenti	54	80	777	2.082	1.530	864
Vecchi Utenti	714	370	779	7.167	172	310

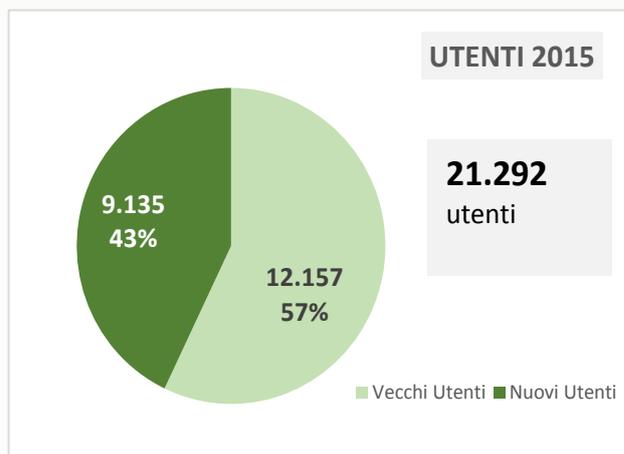
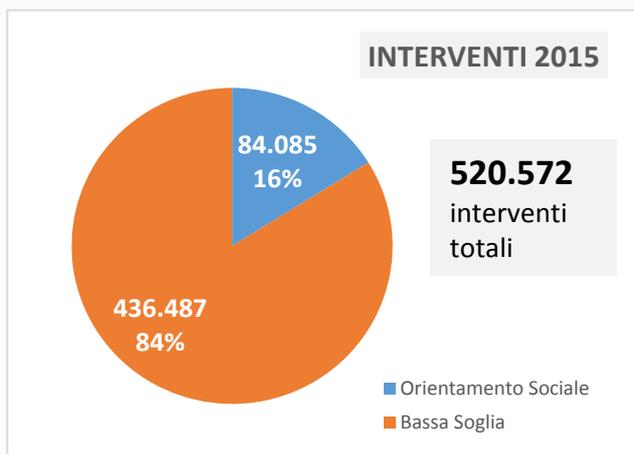
PESCARA	ROMA	NAPOLI	CATANIA	MESSINA	BARI	REGGIO CALABRIA	TOTALE
247	251	259	323	313	310	260	3.798
1.708	3.004	2.072	1.540	1.252	3.720	1.071	26.251
6	3	2	5	3	3	2	52
20	46	-	401	45	2	90	804
12.524	12.645	8.838	4.783	673	7.994	346	116.328
21.503	35.536	6.430	109.873	63.027	117.392	9.842	520.572
3.635	12.931	6.430	5.023	753	15.318	2	84.085
17.868	22.605	0	104.850	62.274	102.074	9.840	436.487
604	2.175	948	850	462	1.326	28	21.292
170	1.336	490	367	397	960	28	9.135
434	839	458	483	65	366	-	12.157

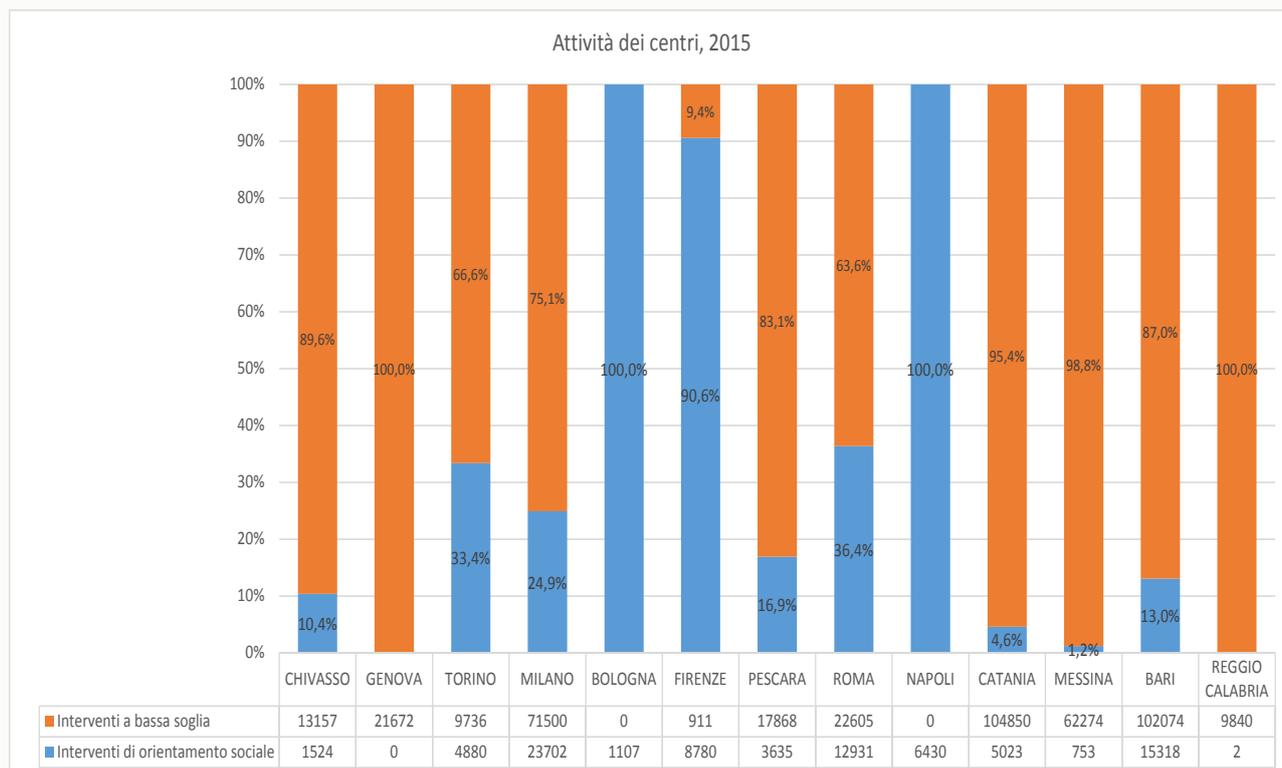
ATTIVITA' DEI CENTRI

In questa sezione è condotta un'analisi sugli indicatori principali dell'attività dei centri ONDS: gli interventi, gli utenti e gli ingressi, ossia le volte che gli utenti hanno varcato la soglia degli Help Center per ricevere un intervento di orientamento sociale. I primi due grafici riportano i totali; gli altri i dettagli delle singole città. Le modalità di raccolta dei dati sono distinte tra i centri che utilizzano Anthology (Bologna, Firenze, Pescara, Roma, Napoli, Messina, Bari) e quelli che usano metodi di rilevazione propri, più o meno strutturati.

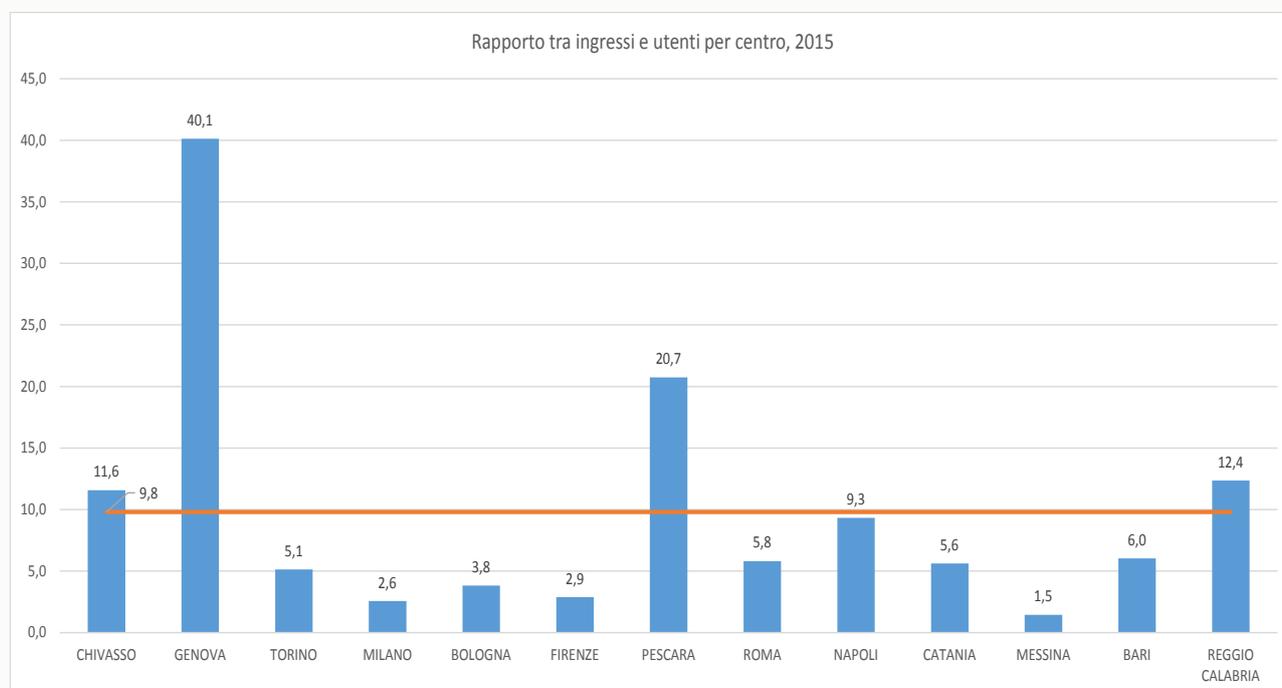
Dal primo grafico si vede come la maggior parte delle azioni (84%) svolte dalla rete nel 2015 siano interventi a bassa soglia (erogazione diretta di beni o servizi di prima necessità), con un'interazione relativamente limitata con l'utente. Gli interventi di orientamento sociale o di presa in carico (16%), presuppongono una relazione diretta e approfondita tra operatore ed utente e un suo coinvolgimento proattivo. Sono proprio quest'ultime, infatti, le azioni riferite ai 21.292 utenti che hanno accettato di farsi prendere in carico, quindi anche registrare nella piattaforma Anthology o negli altri sistemi in dotazione ai singoli centri.

I nuovi utenti, che per la prima volta si sono rivolti ai centri ONDS, rappresentano il 43%, a testimonianza del continuo ricambio di utenza nei plessi ferroviari. Questa percentuale, inferiore di undici punti rispetto al 2014, dipende dal fatto che nel 2015 molte azioni prima gestite dagli sportelli di orientamento, che prevedevano la registrazione degli utenti, sono state indirizzate verso servizi di bassa soglia, dedicati in particolare ai cosiddetti "transitanti" per lo più anonimi. Ne è esempio il Progetto Arca di Milano, attivato in nuovi locali concessi in comodato da Ferrovie dello Stato Italiane, che ha effettuato nel 2015 circa 70.000 interventi di bassa soglia su persone anonime immigrate, che diversamente sarebbero molto probabilmente stati utenti (nuovi) del Centro Aiuto di Milano, dove si è infatti registrata una diminuzione di un terzo dell'utenza. Ne è testimonianza anche lo sbilanciamento verso la bassa soglia delle attività dei centri di Catania, Messina, Bari e Reggio Calabria, impegnati sempre di più nella gestione in emergenza dei flussi migratori. A Milano, Bologna e Napoli, invece, si effettuano unicamente interventi di orientamento sociale, mentre a Pescara e a Roma le basse soglie rappresentano la percentuale maggiore dell'attività. Occorre ricordare, però, che a Roma Termini la chiusura dei binari a quanti non provvisti di biglietto ferroviario ha avuto un impatto negativo sul numero di utenti dell'Help Center, sito al di là dei varchi e, di conseguenza, sugli interventi di orientamento sociale. A Catania, invece, la chiusura del centro per lavori di ristrutturazione ha comportato una riduzione degli interventi di orientamento sociale. Nel caso del rapporto tra ingressi e utenti, la media è fortemente influenzata da Pescara, dove la natura del centro associa all'orientamento sociale anche l'accoglienza diurna, e da Genova, che eroga principalmente interventi di bassa soglia, determinando una frequentazione più ricorrente.





Il grafico rappresenta la suddivisione percentuale delle attività di ciascun centro, distinguendo tra gli interventi di orientamento sociale e gli interventi a bassa soglia. La tabella riporta i valori assoluti. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione.



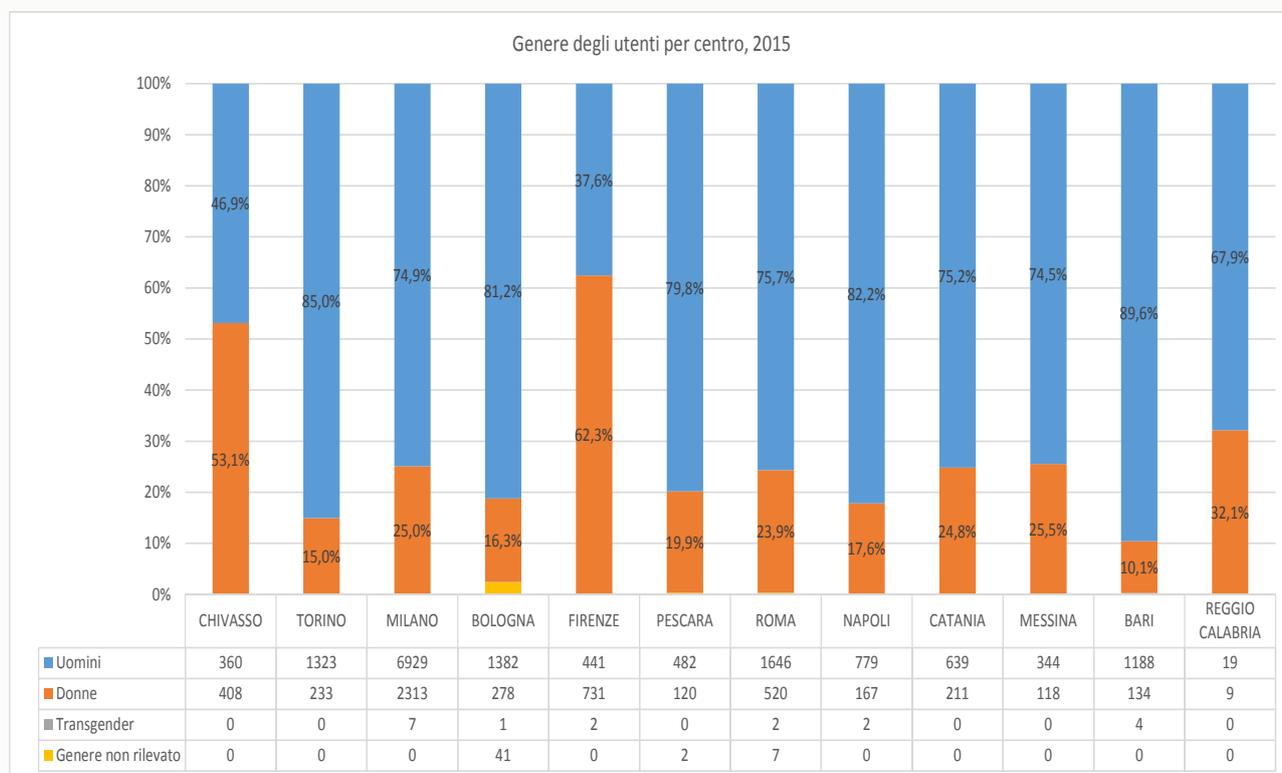
Il grafico rappresenta il numero medio degli ingressi per utente per ogni centro. La linea orizzontale rappresenta la media calcolata sul valore dei tredici centri. Per quanto riguarda Roma, bisogna ricordare che l'attivazione dei varchi d'accesso ai binari di Termini a partire da ottobre ha avuto un forte impatto sia sul numero di utenti che sul numero degli ingressi. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione.

GENERE

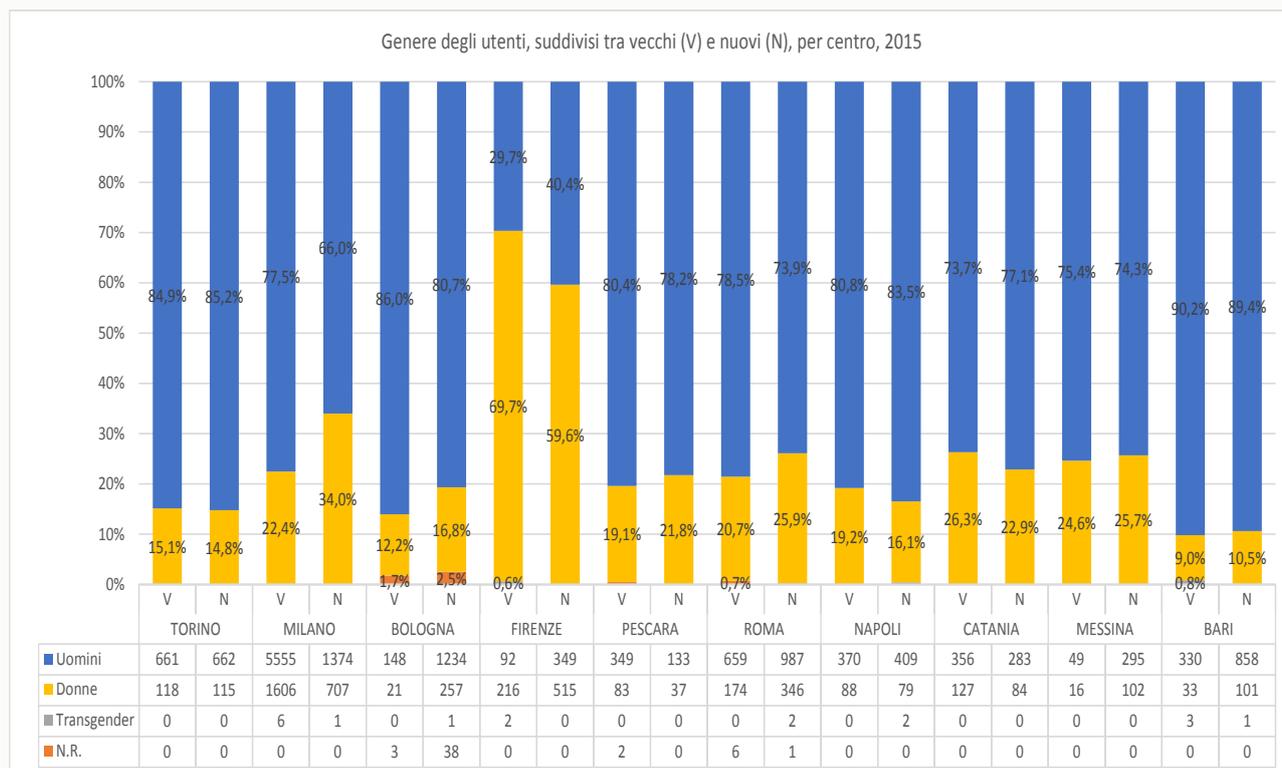
Con riferimento al genere degli utenti, si registra una generale e netta prevalenza dell'utenza maschile in ciascun Help Center, con la sola eccezione di Firenze, dove è la percentuale di donne (62,3%) ad essere superiore. Tale eccezione è giustificata dal fatto che questo Help Center, gestito dall'ACISJF - Protezione della Giovane, interviene prevalentemente in favore di donne a rischio ed emarginate.

In secondo luogo, disaggregando i dati tra nuovi e vecchi utenti, la composizione per genere appare molto simile tra i due gruppi di utenti in tutti gli Help Center, ad eccezione di quelli di Milano, Bologna e Roma, dove la prevalenza di uomini tra i nuovi utenti è meno accentuata rispetto al gruppo dei vecchi utenti, e di Firenze, in cui la presenza di utenti di sesso maschile è maggiore tra i nuovi utenti.

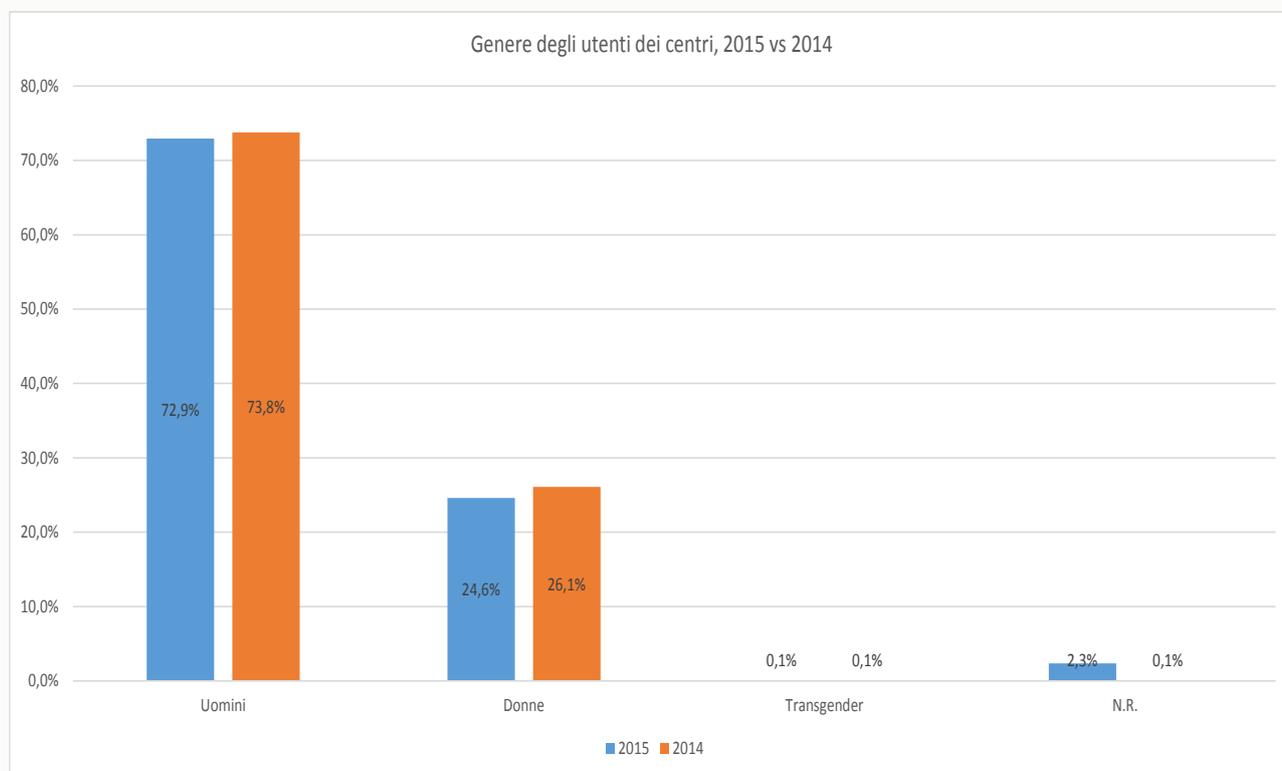
Tuttavia, confrontando i dati relativi al totale degli utenti del 2014 con quelli del 2015, notiamo che le percentuali tanto dell'utenza femminile (dal 26.1% al 24.6%), quanto di quella maschile (dal 73.8% al 72.9%) sono leggermente diminuite, in favore del numero degli utenti il cui genere non è stato rilevato.



Suddivisione percentuale degli utenti in base al genere. La tabella riporta i valori assoluti. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione.



Suddivisione percentuale degli utenti in base al genere, distinguendo da utenti che avevano già fatto almeno un accesso e quelli registrati per la prima volta nel 2015. La tabella riporta i valori assoluti. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione.



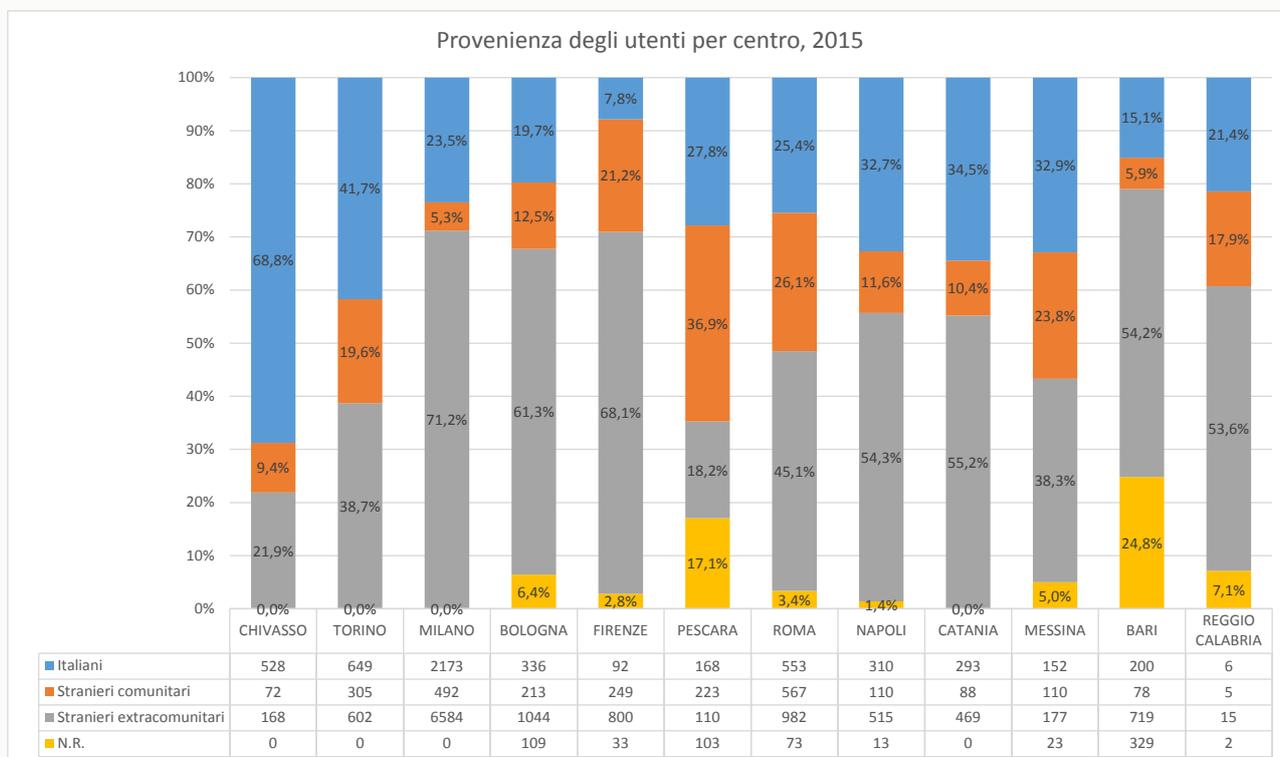
Suddivisione percentuale degli utenti in base al genere, confrontando gli anni 2014 e 2015.

PROVENIENZA

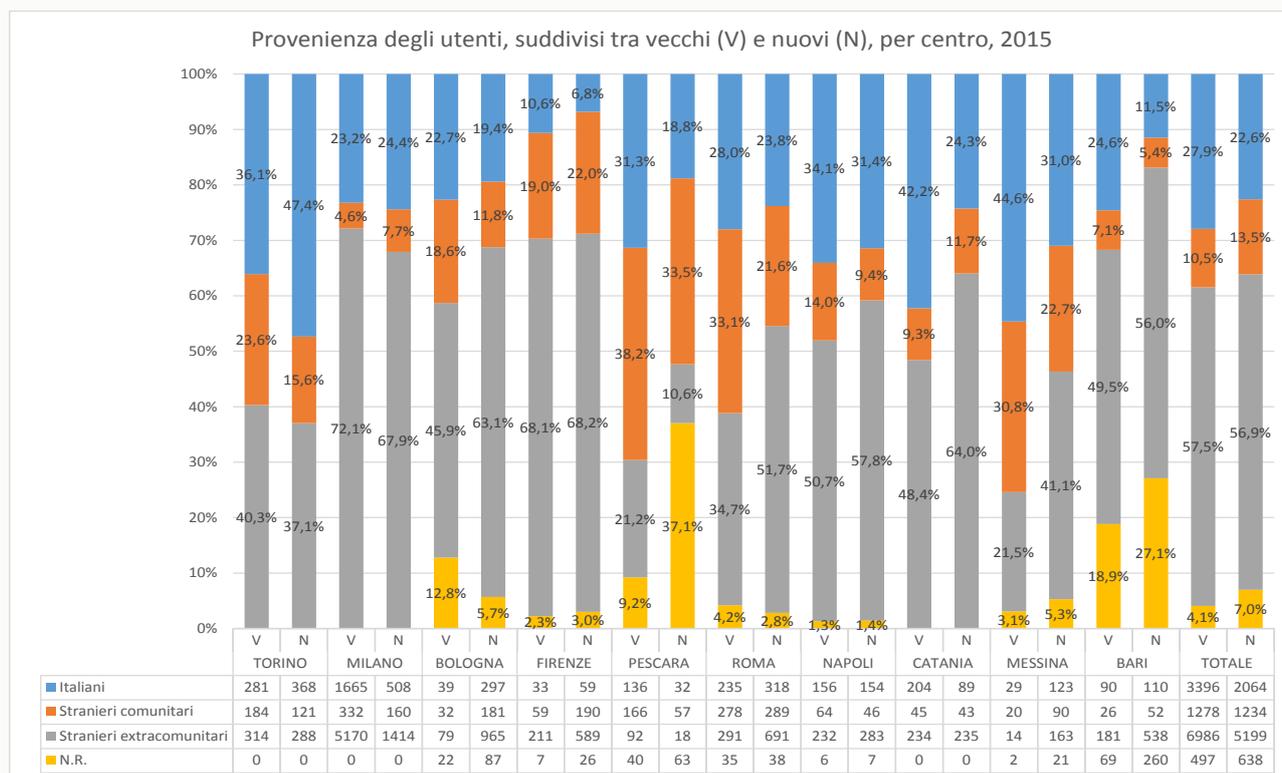
I dati sulla provenienza degli utenti mostrano una netta prevalenza di stranieri, i quali, nel 2015, corrispondono al 69% del totale, con una diminuzione di circa quattro punti percentuali rispetto al 2014.

Tra gli utenti stranieri c'è una generale preponderanza di extracomunitari, che raggiungono da soli il 57,2% del totale degli utenti degli Help Center considerati. Fanno eccezione gli Help Center di Pescara, in cui gli stranieri extracomunitari rappresentano solo il 18,2% del totale degli utenti, di Chivasso (21,9%), di Torino (38,7%) e di Messina (38,3%). Tuttavia, per quanto riguarda quest'ultimo centro, occorre tener conto dell'estrema difficoltà di garantire una corretta e puntuale identificazione dei migranti, che, come già notato l'anno passato, in molti casi usufruiscono dei soli servizi a bassa soglia per proseguire poi il cammino verso il Nord Italia. Il centro di Firenze è, invece, quello che presenta la più bassa percentuale di utenti italiani, che corrispondono solo al 7,8% del totale. Anche Bari e Bologna presentano basse percentuali di utenti italiani, se comparati con gli altri centri (rispettivamente 15,1% e 19,7%), mentre nei due Help Center piemontesi la percentuale di utenti italiani è decisamente rilevante (nel caso di Chivasso gli utenti italiani rappresentano il 68,8% degli utenti e a Torino il 41,7%).

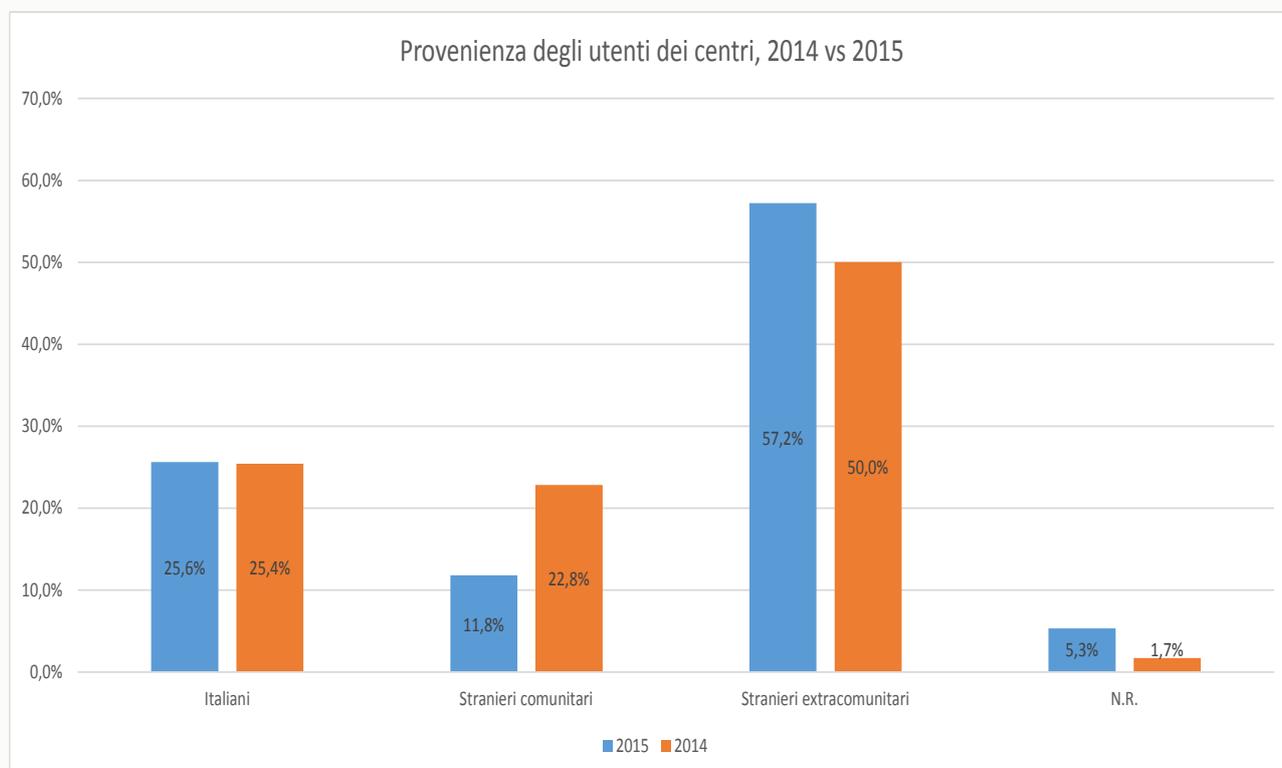
Con riferimento al confronto tra vecchi e nuovi utenti, alcuni dati appaiono particolarmente interessanti. A Pescara, Catania, Messina, Bari e, in maniera minore, Roma si registra, nel caso dei nuovi utenti, un brusco calo degli italiani e, nel caso di Roma, Catania e Messina, un corrispondente aumento degli stranieri extracomunitari. Inoltre, è registrata una preponderanza di stranieri extracomunitari tra i nuovi utenti rispetto ai vecchi anche a Bologna e Napoli, con una differenza rispettivamente di 17,2 e 7,1 punti percentuali.



Suddivisione percentuale degli utenti in base alla provenienza.



Suddivisione percentuale degli utenti in base alla provenienza, distinguendo tra utenti già conosciuti e quelli registrati per la prima volta nel 2015. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione.



Suddivisione percentuale degli utenti in base alla provenienza, confrontando gli anni 2014 e 2015.

NAZIONALITA'

Per quanto riguarda le nazionalità registrate nel 2015, si fa riferimento ai centri di Torino, Milano, Bologna, Firenze, Pescara, Roma, Napoli, Messina, Bari e Reggio Calabria. Per questo sottogruppo gli utenti di nazionalità italiana rimangono i più numerosi, rappresentando il 24,9%. Seguono gli utenti provenienti dalla Romania (pari all'11,2%), dal Marocco (9,9%), dalla Tunisia (3,9%), dall'Egitto (3,1%), dal Pakistan (3%), dal Senegal (2,2%), dall'Ucraina (2%), dalla Nigeria (1,9%). Il resto delle nazionalità rappresentano il 37,7% del totale degli utenti.

Tutti insieme gli utenti provenienti da Paesi dell'Unione Europea rappresentano il 13,6%. Gli utenti provenienti dalla Romania rappresentano la maggioranza dei cittadini comunitari, seguiti dai Bulgari, che rappresentano l'1,5%. Gli utenti provenienti da altri Paesi UE rappresentano, invece, meno dell'1% del totale.

Gli utenti provenienti da Paesi extra UE sono piuttosto eterogenei. Ad esclusione del Marocco, non risultano esserci gruppi preponderanti a livello di nazione.



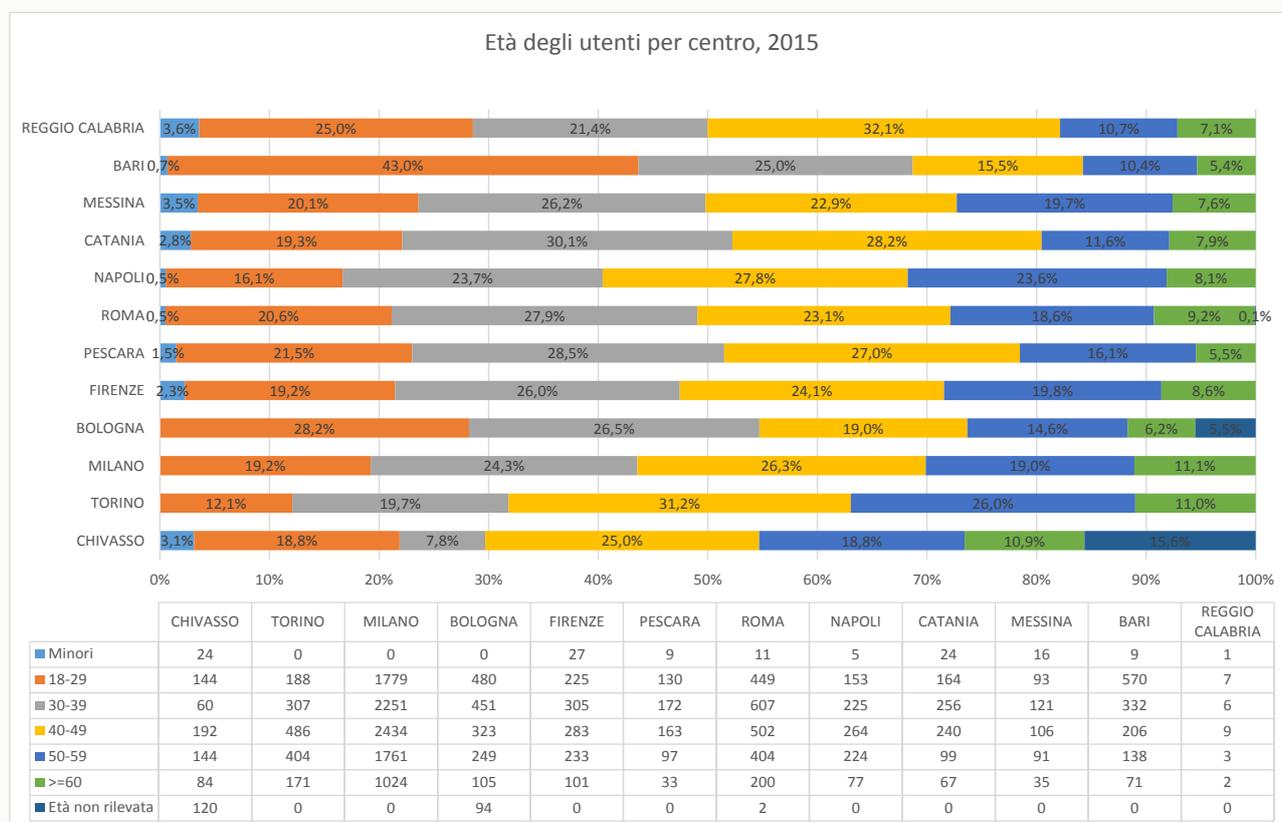
ETA'

Con riferimento alla composizione degli utenti in base all'età, quelli appartenenti alla fascia 30 - 49 anni rappresentano la maggioranza in tutti centri ad eccezione di Bari, in cui risulta particolarmente alta la fascia tra i 18 e i 29 anni (rappresenta infatti il 43% del totale delle persone registrate dal centro). Anche Bologna ha una componente di giovani tra i 18 e i 29 anni più alta rispetto agli altri centri (28,2%). Per quanto riguarda gli utenti con un'età maggiore di 64 anni, i valori si attestano tra il 7% e l'11% circa in tutti i centri a parte Bari, Pescara e Bologna in cui la percentuale di utenti ultra sessantatrenni risulta essere più bassa (tra il 5% e il 6% circa).

Per quanto riguarda la suddivisione tra vecchi e nuovi utenti, è possibile notare che, in generale, tra i primi prevale la fascia di età che va dai 40 anni in poi, mentre quella tra i 18 e i 39 è composta maggiormente dai nuovi utenti. Guardando ai singoli Help Center, questo dato risulta particolarmente evidente nei casi di Torino, Bologna, Firenze, Messina, Napoli e Bari, dove la percentuale di utenti tra i 18 e i 29 anni è molto maggiore per i nuovi rispetto a quelli già conosciuti.

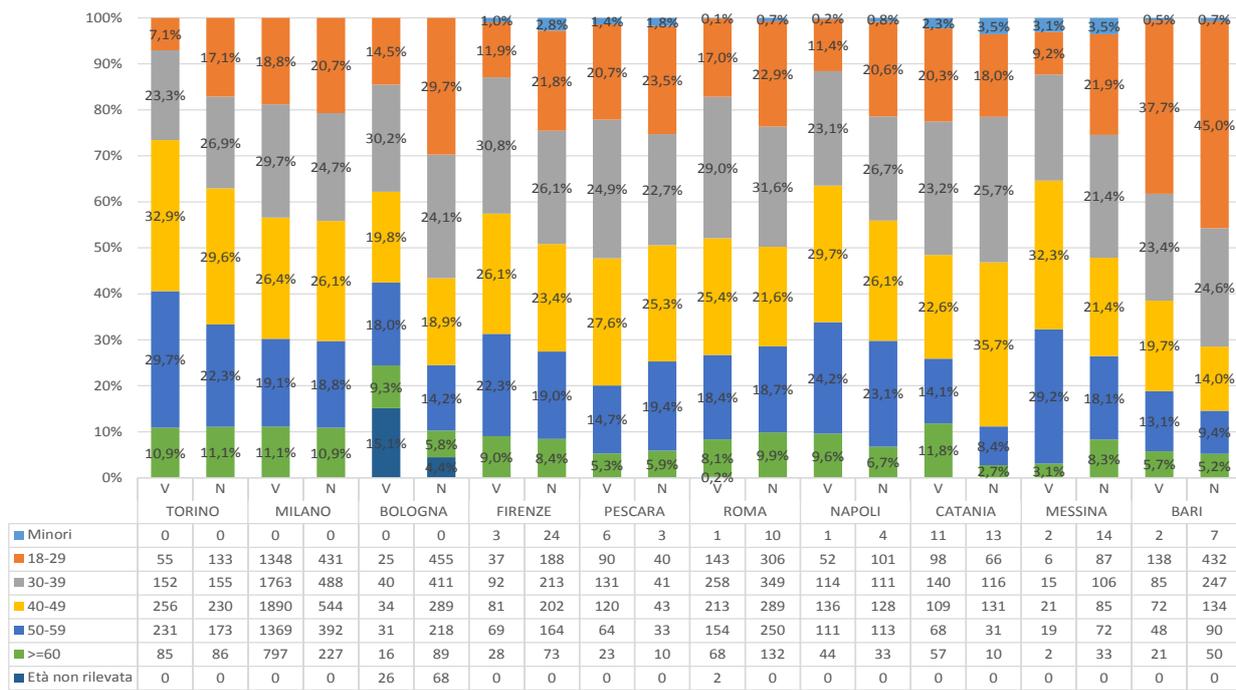
Relativamente alla distribuzione tra le varie fasce di età, rispetto al 2014 è possibile notare un incremento degli utenti oltre i 40 anni, mentre c'è stata una diminuzione di quelli appartenenti alla fascia 18-39.

2



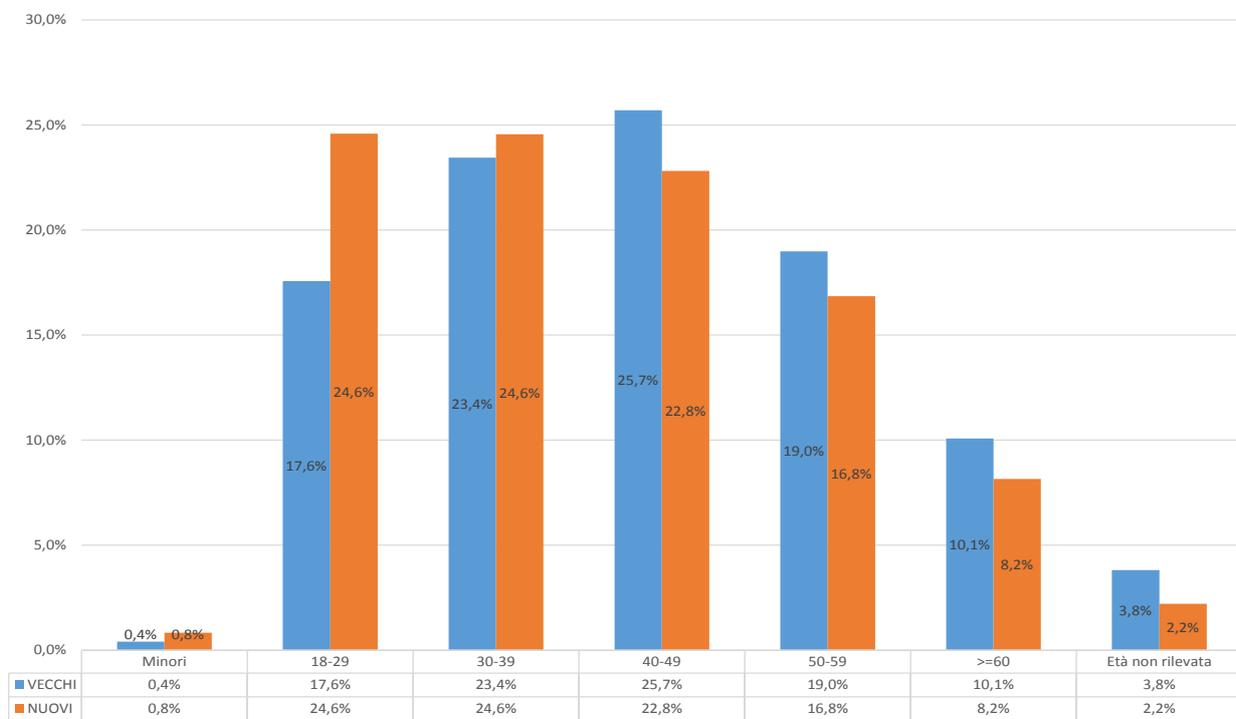
Suddivisione percentuale degli utenti per fasce d'età. La tabella riporta i valori assoluti. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione.

Età degli utenti suddivisi tra vecchi (V) e nuovi (N), per centro, 2015

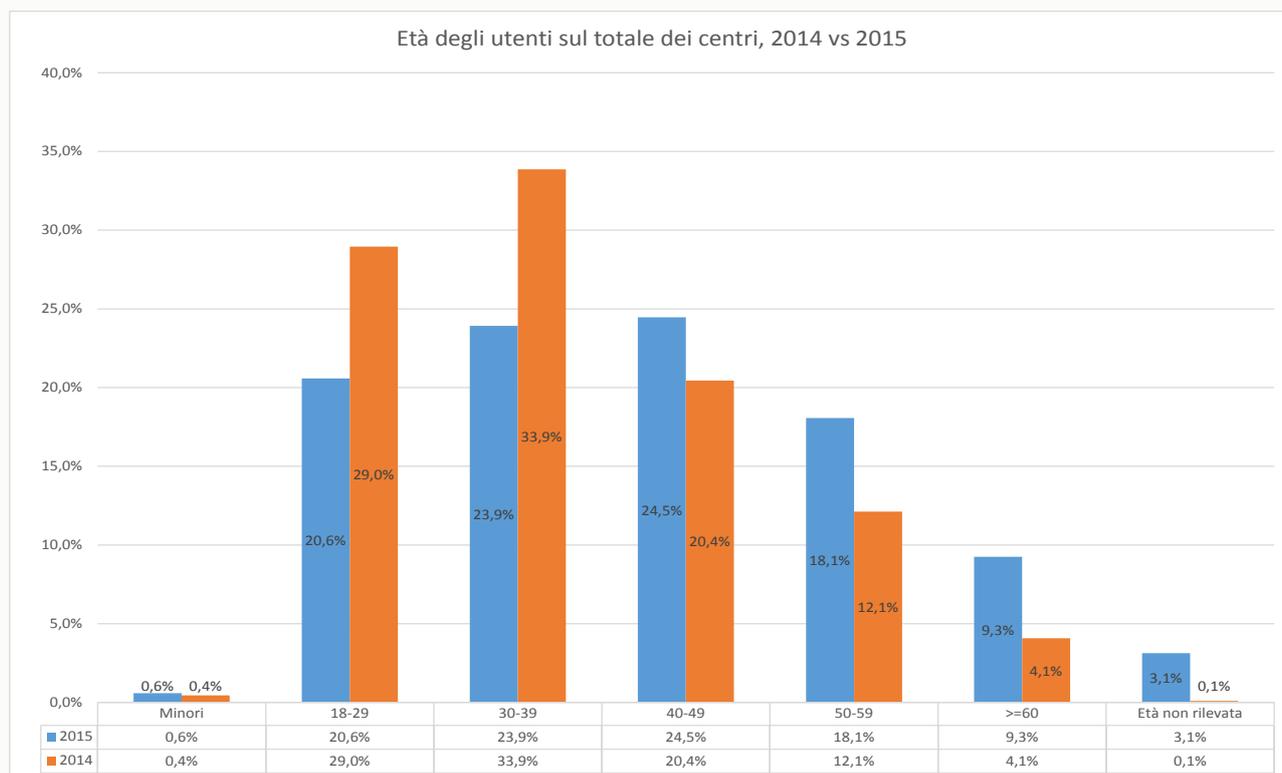


Suddivisione percentuale degli utenti per fasce d'età, distinguendo tra gli utenti già conosciuti e quelli registrati per la prima volta nel 2015. La tabella riporta i valori assoluti. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione.

Età degli utenti sul totale dei centri, suddivisi tra nuovi e vecchi utenti, 2015



Suddivisione percentuale degli utenti per fasce d'età, distinguendo tra gli utenti già conosciuti e quelli registrati per la prima volta nel 2015, sul totale dei centri. La tabella riporta i valori assoluti.



Suddivisione percentuale degli utenti per fasce d'età, confrontando gli anni 2014 e 2015. La tabella riporta i valori assoluti.

FORZA MEDIA

La Forza Media è un indicatore che rappresenta la capacità d'intervento della rete ONDS. Si esprime in relazione di un'unità di misura temporale (giorni o ore) ed è espressa in due forme distinte, calcolate come segue:

- Rispetto ai giorni:

1. Per ciascun Help Center si calcola il numero d'interventi effettuati in media ogni giorno, corrispondente al rapporto tra il numero di interventi svolti e il numero di giorni di effettiva apertura del servizio riferiti all'anno;

2. Si sommano i valori ottenuti per ciascun Help Center, calcolando così la Forza Media relativa ai giorni d'apertura.

- Rispetto alle ore:

1. Per ciascun Help Center si calcolano le ore d'apertura riferite all'anno, moltiplicando il numero di giorni di effettiva apertura per la media delle ore d'apertura al giorno;

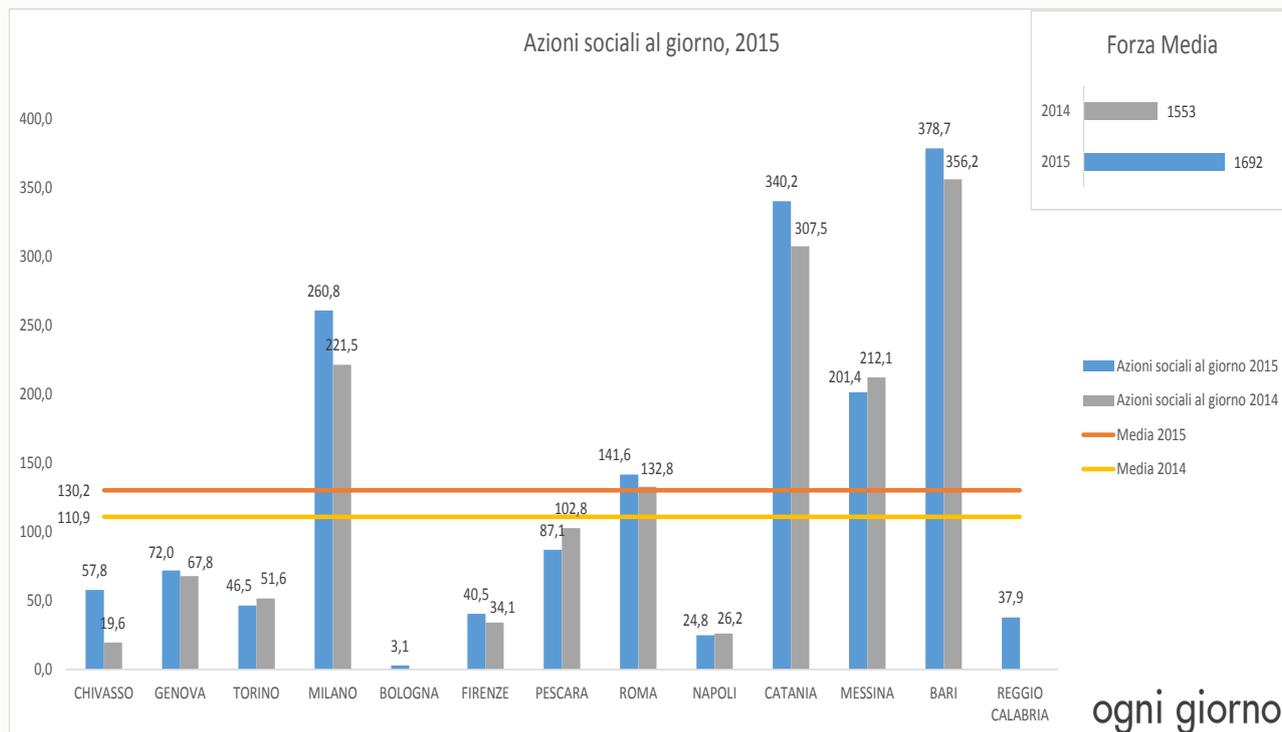
2. Per ciascun Help Center si calcola il numero d'interventi effettuati in media ogni ora, corrispondente al rapporto tra il numero di interventi svolti e le ore d'apertura riferiti all'anno;

3. Si sommano i valori ottenuti per ciascun Help Center, calcolando così la Forza Media relativa alle ore d'apertura.

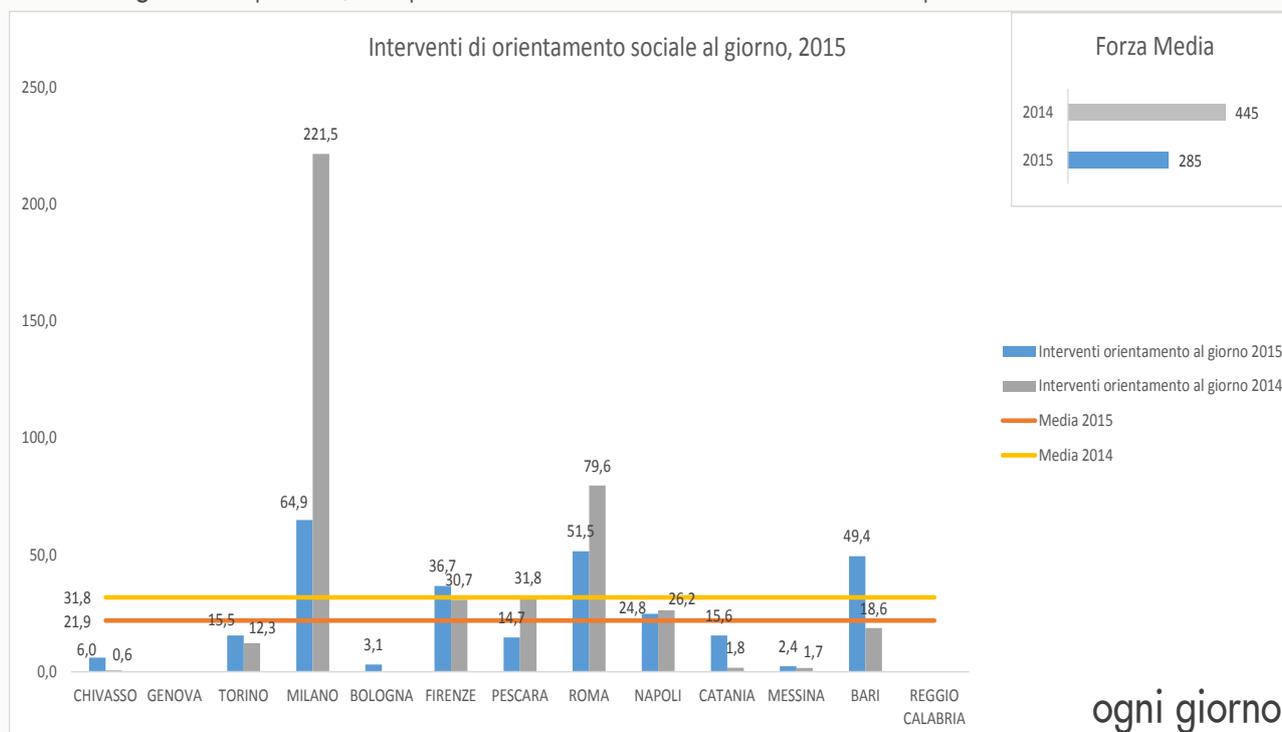
Ciascuno di questi indicatori può essere calcolato in relazione agli interventi cosiddetti "a bassa soglia", agli interventi di orientamento sociale oppure alla loro somma.

Trattandosi di un indicatore utilizzato per mettere in luce la capacità d'intervento dell'intera rete ONDS, per il calcolo della Forza Media sono stati presi in considerazione tutti gli Help Center: Chivasso, Genova, Milano, Torino, Bologna, Firenze, Pescara, Roma, Napoli, Catania, Messina, Bari e Reggio Calabria. Per quanto riguarda Catania, l'analisi si riferisce solo ai mesi gennaio-maggio, poiché da giugno l'Help Center è stato chiuso per ristrutturazione. Nelle tabelle relative ai singoli centri, il confronto con il 2014 non è espresso nel caso di Reggio Calabria, perché l'Help Center è attivo solo dal 2015.

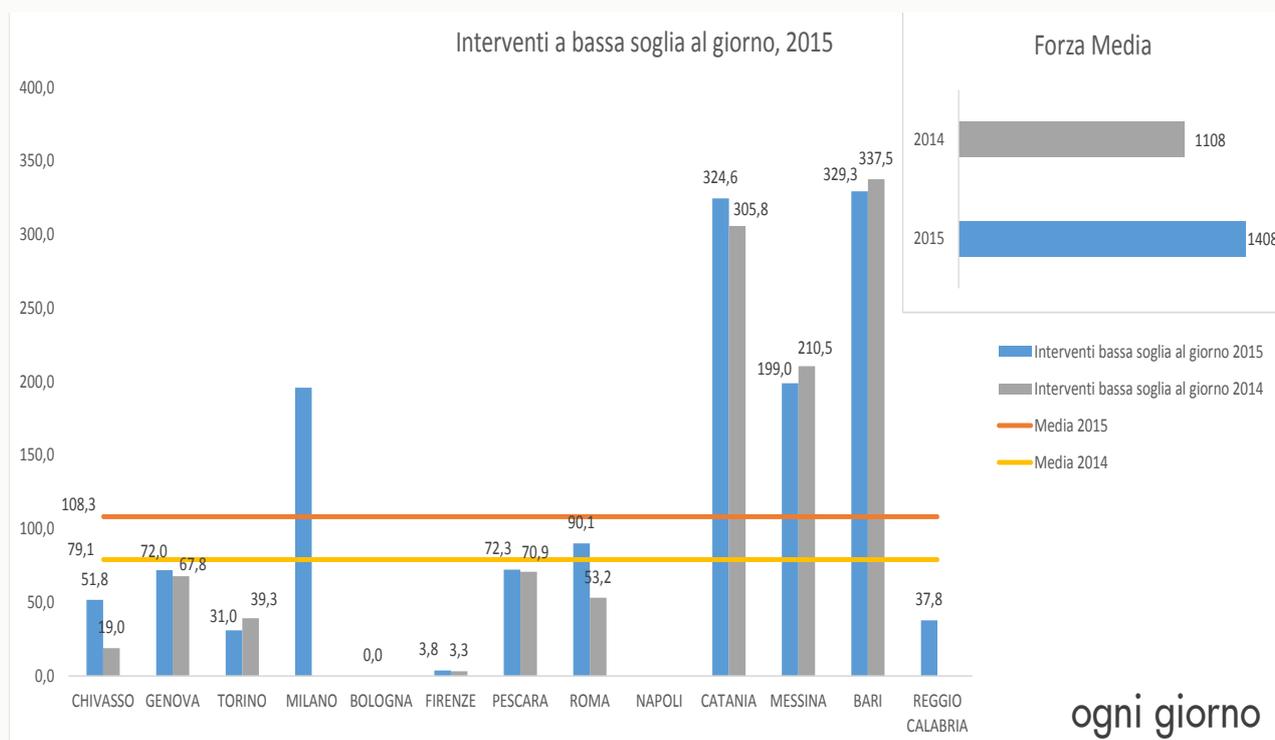
Forza Media ONDS 2015	2014	2015	
Ingressi al giorno	694	397	-43%
Azioni sociali al giorno	1553	1689	9%
Interventi orientamento al giorno	445	285	-36%
Interventi bassa soglia al giorno	1108	1404	27%
Azioni sociali per ora di apertura	282	264	-6%
Interventi orientamento per ora di apertura	47	34	-29%
Interventi bassa soglia per ora di apertura	235	231	-2%



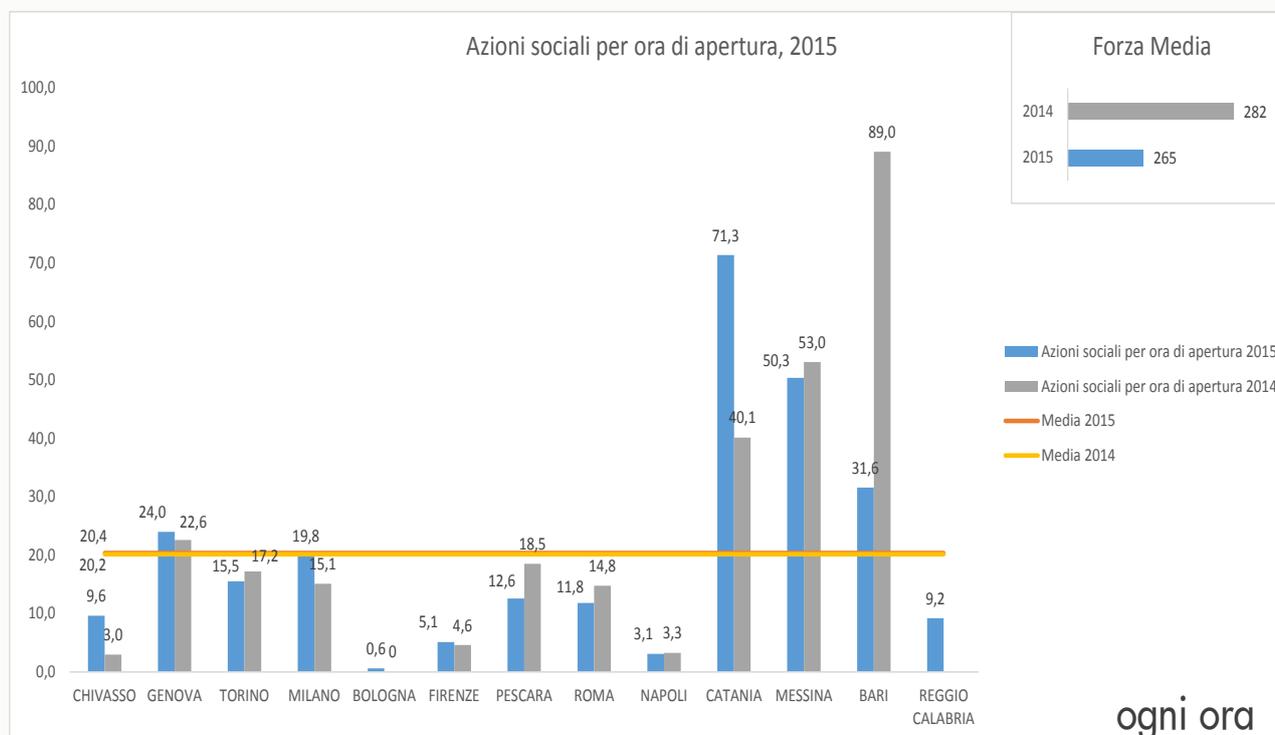
Il grafico rappresenta il rapporto tra azioni sociali e giorni di effettiva apertura del servizio per ciascuno dei tredici centri, mettendo a confronto i valori del 2014 con quelli del 2015. Le linee orizzontali rappresentano le rispettive medie calcolate sui valori dei tredici centri. Il riquadro in alto a destra indica la Forza Media relativa ai giorni d'apertura, sempre confrontando il valore del 2014 con quello del 2015.



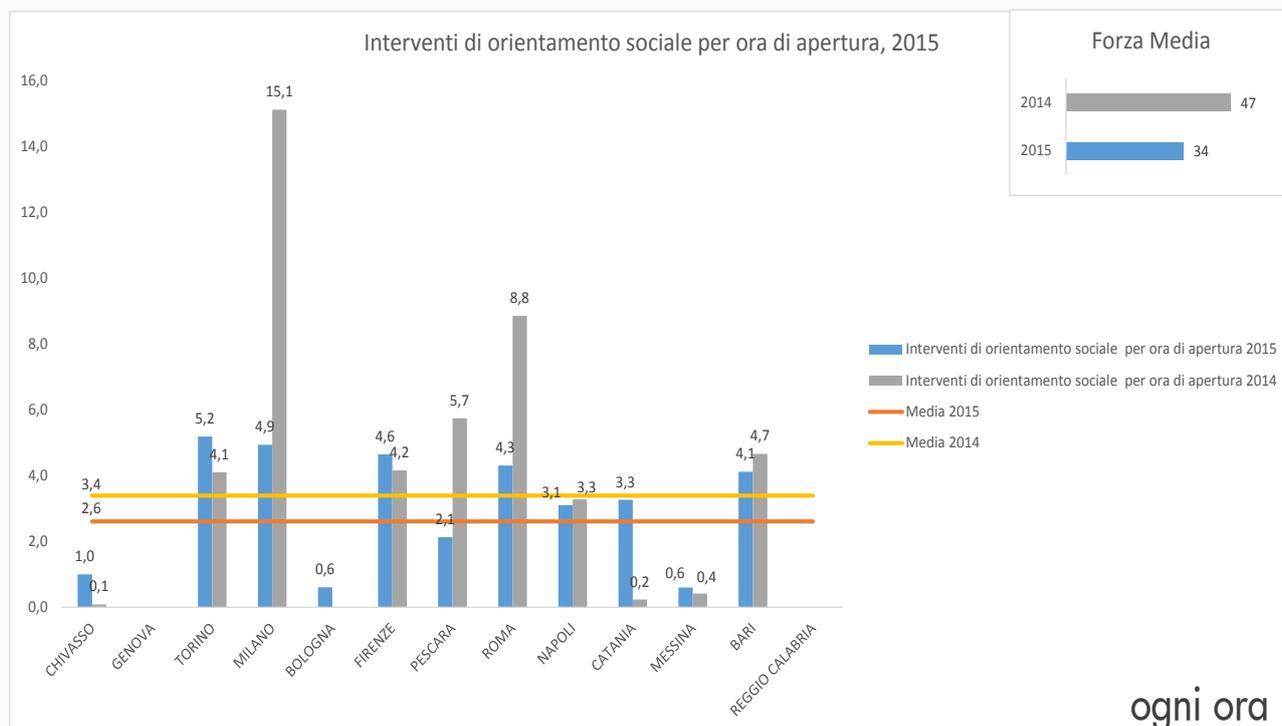
Il grafico rappresenta il rapporto tra interventi di orientamento sociale e giorni di effettiva apertura del servizio per ciascuno dei tredici centri, mettendo a confronto i valori del 2014 con quelli del 2015. Le linee orizzontali rappresentano le rispettive medie calcolate sui valori dei tredici centri. Il riquadro in alto a destra indica la Forza Media relativa ai giorni d'apertura, sempre confrontando il valore del 2014 con quello del 2015.



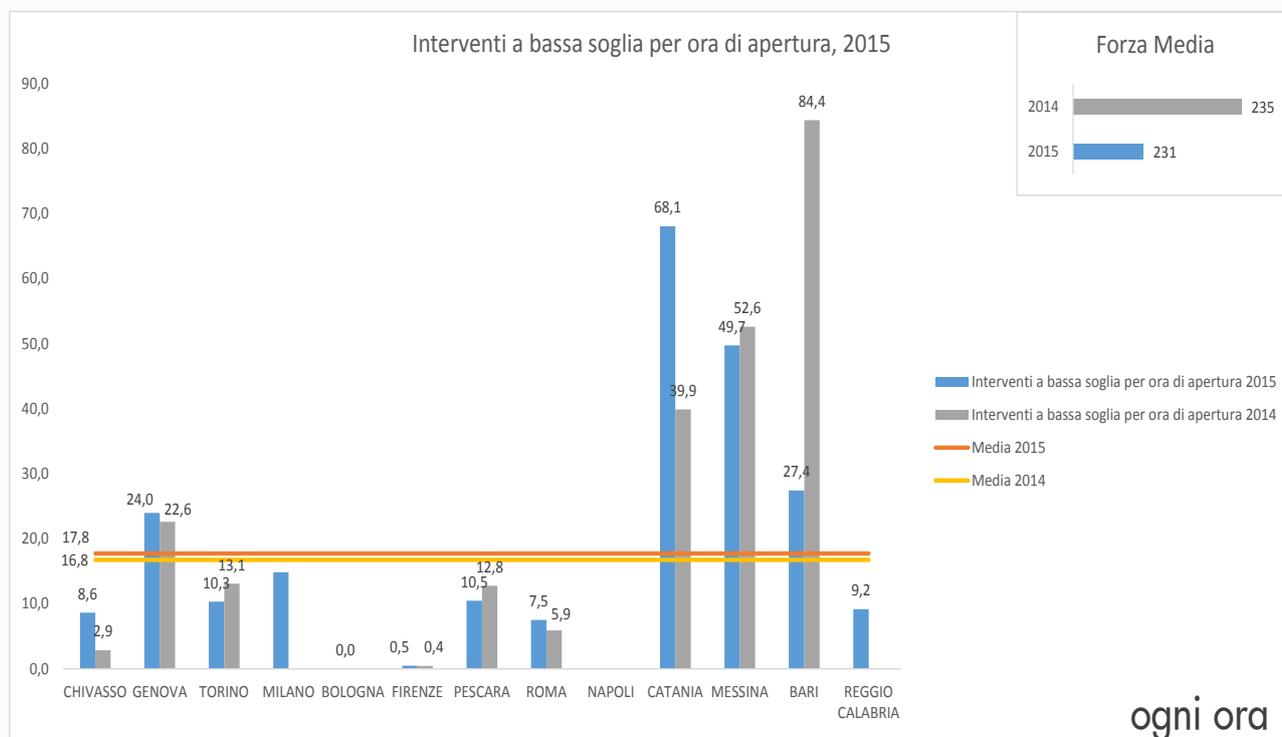
Il grafico rappresenta il rapporto tra interventi di bassa soglia e giorni di effettiva apertura del servizio per ciascuno dei tredici centri, mettendo a confronto i valori del 2014 con quelli del 2015. Le linee orizzontali rappresentano le rispettive medie calcolate sui valori dei tredici centri. Il riquadro in alto a destra indica la Forza Media relativa ai giorni d'apertura, sempre confrontando il valore del 2014 con quello del 2015.



Il grafico rappresenta il rapporto tra azioni sociali e ore d'apertura del servizio per ciascuno dei tredici centri, mettendo a confronto i valori del 2014 con quelli del 2015. Le linee orizzontali rappresentano le rispettive medie calcolate sui valori dei tredici centri. Il riquadro in alto a destra indica la Forza Media relativa alle ore d'apertura, sempre confrontando il valore del 2014 con quello del 2015.



Il grafico rappresenta il rapporto tra interventi di orientamento sociale e ore d'apertura del servizio per ciascuno dei tredici centri, mettendo a confronto i valori del 2014 con quelli del 2015. Le linee orizzontali rappresentano le rispettive medie calcolate sui valori dei tredici centri. Il riquadro in alto a destra indica la Forza Media relativa alle ore d'apertura, sempre confrontando il valore del 2014 con quello del 2015.



Il grafico rappresenta il rapporto tra interventi di bassa soglia e ore d'apertura del servizio per ciascuno dei tredici centri, mettendo a confronto i valori del 2014 con quelli del 2015. Le linee orizzontali rappresentano le rispettive medie calcolate sui valori dei tredici centri. Il riquadro in alto a destra indica la Forza Media relativa alle ore d'apertura, sempre confrontando il valore del 2014 con quello del 2015.

PARTE TERZA



I CENTRI SI RACCONTANO

L'esperienza della rete ONDS testimonia una tipologia di accoglienza svolta senza alcun filtro a favore della popolazione in condizione di marginalità che orbita nelle stazioni italiane; lo spaccato che ne emerge rappresenta la realtà percepita e vissuta direttamente dove le dinamiche si generano e si sviluppano.

Per questa ragione, per l'edizione 2015 del Rapporto, abbiamo ritenuto importante mettere in evidenza il punto di vista degli Enti Locali, attraverso le interviste agli assessori alle politiche sociali con i quali gli Help Center hanno collaborato alla messa a punto delle programmazioni a livello territoriale. Da Nord a Sud il quadro emergente racconta la necessità di mettere a sistema il patrimonio di conoscenze e competenze istituzionali, in uno sforzo programmatico sinergico, utile a rilevare meglio le esigenze e a rispondere in maniera integrata, massimizzando le risorse, pur esigue, disponibili. Un tema tra tutti, quello dei minori non accompagnati, risalta nell'ambito dell'imponente fenomeno migratorio che ha caratterizzato il 2015 (come del resto gli ultimi 3 anni in particolare), con specifico riferimento alla debolezza delle politiche fin qui realizzate a livello centrale e, soprattutto, agli oneri ulteriori in carico ai servizi sociali territoriali ormai schiacciati in un circuito di emergenza continua.

Negli ultimi anni, quindi, si conferma l'importanza dell'integrazione delle competenze come leva per la concreta realizzazione di interventi sociali, soprattutto nei contesti complessi come quelli delle stazioni, difficilmente realizzabili altrimenti.

La preponderanza di utenza straniera tra i beneficiari riguarda la totalità dei centri e i flussi continui che hanno scandito il periodo, hanno contribuito a riversare la marea umana proveniente dall'Africa, dalla Siria, dal Medio Oriente, negli stessi presidi territoriali a cui si sono rivolti messinesi, catanesi, napoletani, romani e milanesi per chiedere una qualche forma di supporto.

Nelle zone maggiormente interessate dal fenomeno, la realtà degli sbarchi si mescola a quella della marginalità locale e le porte degli Help Center sono pressate da file di immigrati scalzi e affamati, seguiti da italiani e senza dimora ugualmente in cerca di un pasto e di abiti. Scenari d'altre epoche e altri luoghi che si ripropongono in tutta la loro bruciante realtà esigendo interventi che troppo spesso si limitano a misure temporanee e non risolutive. Gli stranieri che si rivolgono ai centri sono spesso intere famiglie, il cui bisogno è perlopiù limitato ad un alloggio temporaneo, prima di ripartire verso la destinazione di arrivo.

I centri di accoglienza sono da tempo allo stremo con una capienza effettiva puntualmente superata nei numeri, mostrando le conseguenze di una situazione di promiscuità portata all'eccesso ad esempio sul fronte sanitario, dove sono state diverse le criticità: scabbia, ma anche l'HIV, che ha avuto una recrudescenza con un incremento dei casi rilevati in tutta l'area interessata dagli sbarchi.

La situazione è complessa anche nelle zone cosiddette di transito dell'area centro – settentrionale del Paese, dove spesso le accresciute esigenze di accoglienza hanno contribuito a creare tensioni tra i senza dimora e i profughi, innescando una pericolosa contrapposizione tra fasce di popolazione disagiata.

In questa direzione, emblematica è la situazione di **Milano**, dove grazie al contributo di Ferrovie dello Stato Italiane in termini di spazi disponibili presso la stazione Centrale e alla Fondazione Progetto ARCA, è stato realizzato il progetto HUB con funzioni di ricevimento, orientamento e accoglienza di cittadini stranieri in transito sul territorio milanese nell'anno 2015. In particolare, con riferimento all'apporto e alla collaborazione del Gruppo FS al progetto, sono stati 5 gli spazi messi a disposizione per la gestione e realizzazione del progetto, operativo per tutto il 2015, prevedendo anche uno spazio per l'accoglienza notturna dei profughi, in caso di saturazione dei centri della rete messa in campo dal Comune e dalle organizzazioni del terzo settore.

Sono stati 40.500 i profughi in transito a Milano raccolti, assistiti e ospitati temporaneamente negli spazi messi a disposizione che hanno ricevuto servizi di carattere sociale, igienico - sanitario, psicologico.

La questione immigrazione assume, nelle stazioni in particolare, un significato paradigmatico della complessità del fenomeno nelle città, influenzando il lavoro sociale e l'impatto in termini di coesione sociale; l'entità dei flussi si scontra con le criticità preesistenti aggravando situazioni già precarie e mettendo ogni giorno a dura prova l'integrità e la tenuta del tessuto connettivo sociale delle comunità locali (specie al Sud) che dovrebbero, invece, essere adeguatamente supportate per sostenere il peso di una società in divenire sempre più complessa.

Cresce il numero dei cosiddetti minori non accompagnati, i quali richiedono speciali misure di accoglienza in assenza delle quali sfuggono per evitare l'identificazione. In questo modo, si trovano di frequente nella condizione di essere reclutati dalla criminalità locale per attività legate alla prostituzione e allo spaccio, funzionali per così dire all'approvvigionamento del denaro necessario al proseguimento del viaggio. A **Messina**, ormai porto di sbarco con un flusso costante di arrivi, si registra una percentuale sempre più alta di minori. Una volta identificati, i giovani vengono collocati in strutture di prima accoglienza nelle quali la capienza nominale sarebbe di circa 200 posti che diventano il doppio o il triplo, grazie ad un sistema di deroghe che le amministrazioni locali hanno implementato per tentare di dare risposta alle continue emergenze. Analoga situazione riguarda il periodo di permanenza massima consentita, con un numero pari a 60 giorni che, anche in questo caso, aumenta in base alle esigenze dei minori ospitati.

Del resto le uniche tre strutture presenti sono insufficienti al fabbisogno della popolazione migrante, né esiste un servizio avanzato di secondo livello. Per questa ragione, accanto alle strutture formali di accoglienza, si stanno cercando soluzioni temporanee in grado di rispondere alle emergenze ed intensificare il sistema di supporto ai minori, come nel caso della trasformazione di un ex albergo in struttura di prima accoglienza, nei pressi della Stazione di Messina. Questa è anche la ragione per la quale si rileva una presenza massiccia di minori nell'area con un rischio elevato di coinvolgimento in attività criminose quali prostituzione, spaccio, ecc. Si tratta di una situazione in cui è molto difficile intervenire a causa di vincoli di tipo normativo che, di fatto, non prevedono forme di restrizione delle libertà personali anche quando ciò rappresenti un rischio per l'incolumità fisica e psicologica dei giovani interessati.

Stessa situazione si verifica a **Reggio Calabria**, dove anni di approdo per migliaia di migranti hanno creato un bacino di utenza di vaste dimensioni per l'Help Center, con un notevole incremento del numero di donne e di minori non accompagnati.

Le strutture presenti sul territorio, non sono sufficienti, data l'ampiezza del fenomeno, a garantire la necessaria protezione dei giovani migranti che diventano soggetti e "oggetti" decisamente appetibili per la criminalità già presente e consolidata sul territorio.

Qui le criticità sono legate al fatto che spesso, i minori si allontanano volontariamente dalle strutture che li accolgono per girovagare in città senza una specifica meta, ma con il fondato rischio di cadere nella rete della prostituzione minorile e nel circuito della piccola criminalità organizzata. La prima accoglienza non prevede servizi adeguati per i migranti: corsi d'italiano, attività sportive ecc. e l'unico supporto a queste fasce di popolazione viene dall'impegno del volontariato e dall'ambito ecclesiale che faticosamente riesce a farsi carico di queste attività.

L'Help Center, in questo quadro opera, di concerto con le Forze dell'Ordine, con i volontari per recuperare i ragazzini trovati per strada e riportarli presso le strutture e con medici che esercitano regolarmente la loro professione e, al tempo stesso, si rendono disponibili volontariamente per visite, prescrizione di impegnative, ecc.; l'ambito socio sanitario è infatti un settore critico per queste fasce di popolazione, tanto che è in fase di progettazione l'implementazione di una unità medica mobile proprio per supportare le persone in gravi condizioni di salute.

A **Firenze** la popolazione migrante rappresenta l'80% dell'utenza ed ha necessità legate all'adempimento delle procedure per le richieste di protezione sussidiaria e di asilo. Gli adulti con permesso di soggiorno scaduto o prossimo alla scadenza, si trovano ad affrontare difficoltà legate al pagamento delle tasse o alla necessità di un domicilio, optando, in casi estremi, anche per soluzioni illegali come l'occupazione di case insieme ai connazionali (è molto frequente fra i Somali e i Senegalesi). Altri hanno esigenze legate alla mancata approvazione della richiesta di asilo politico, altri si presentano con il foglio di espulsione o con il ricorso già avviato; e ancora frequenti sono i casi di coloro che hanno lasciato il Paese prima dell'audizione della commissione e sono stati rinviati in Italia in quanto casi Dublino.

Si tratta di persone in condizione di grande difficoltà e disagio, impossibilitati a fare qualsiasi operazione utile alla propria emancipazione, dalla richiesta di un alloggio, al lavoro. Tutto questo contribuisce a peggiorare la già pesante situazione di sofferenza che queste persone si portano dietro fin dalla loro partenza con conseguente cedimento a livello psicologico. Non sono rari i casi in cui le persone accusino un crollo psicologico tale da richiedere un ricovero di urgenza con l'ambulanza.

I più giovani, quelli che provengono dal Sud dell'Italia in cerca di opportunità, sono numerosi e, non potendo contare su un lavoro regolare, svolgono attività di venditori ambulanti abusivi intorno alla stazione e in centro. Dormono generalmente in sistemazioni di fortuna, in occupazione o presso i connazionali.

L'Help Center fornisce assistenza per la richiesta di residenza virtuale presso il Comune o per l'attestazione di domicilio; o ancora per ottenere un aiuto economico per le tasse. La consulenza legale è una ulteriore azione a supporto di coloro i quali si trovino in una condizione di rischio o per coloro che in assenza di documenti validi non possono accedere ad alcuna forma di protezione sociale.

Integrazione: l'unica chance per un nuovo patto sociale

Le politiche esistenti sull'immigrazione appaiono in certi casi carenti e controproducenti, in quanto mancano progetti di accompagnamento del migrante dall'arrivo e lungo tutto il suo percorso personale.

Sul piano degli interventi di servizio sociale l'impressionante aumento dei minori stranieri non accompagnati rappresenta una emergenza, segnalata ovunque sia dagli Help Center sia dagli assessori intervistati, con un preoccupante incremento del rischio di devianza cui questi giovani vanno incontro.

Secondo le rilevazioni di Missing Children Europe, 1 minore su 2 tra quelli non accompagnati scompare entro le prime 48 ore dall'arrivo nel paese straniero. Per alcuni la scomparsa rientra nel proprio progetto migratorio, per raggiungere amici o congiunti sapendo già quale percorso effettuare; per altri, al contrario, la sorte è quella di finire preda di trafficanti di esseri umani, vittime di attività criminali, dall'accattonaggio, al traffico di stupefacenti o di organi e soprattutto di sfruttamento sessuale.

La XIV Relazione del Commissario Straordinario di Governo per le Persone Scomparse, segnala come in Italia il fenomeno più preoccupante riguardo i minori scomparsi, sia quello riferito agli allontanamenti dai centri di accoglienza che su 5.163, minori interessati indica 363 italiani e 4.800 stranieri. Numeri cresciuti esponenzialmente dall'inizio della Primavera Araba e con i cambiamenti internazionali occorsi nell'area del Mediterraneo.

Per questo motivo è necessario analizzare e comprendere l'entità dei fenomeni che si manifestano nei diversi territori, l'impatto concreto sui servizi e sul contesto sociale: numeri quindi, ma anche caratteristiche, specificità dei bisogni, ecc. per poter prefigurare gli scenari di breve, medio e lungo periodo nelle città e nei centri più direttamente interessati dai fenomeni di marginalità sociale.

Nella particolare congiuntura, è necessario prevedere forme strutturate di integrazione dei processi relativi a diversi ambiti di intervento, basandosi su due criteri prioritari: il territorio e la specializzazione.

Sul fronte degli ingenti flussi migratori che interessano il Paese, l'attuale sistema di prima accoglienza mette in evidenza una massiccia presenza istituzionale, tesa a garantire le finalità di pubblica sicurezza, mentre l'assistenza e l'integrazione sono competenze quasi completamente delegate al Terzo Settore che le svolge utilizzando la disponibilità di risorse (umane, personali, strutturali, ecc.) stanziata per altre finalità sociali (senza dimora, assistenza sociale, ecc.).

Questo stato di cose è per sua natura deficitario, poiché è solo in parte regolamentato e sostenuto, il che se da un lato lascia ampio margine di manovra, dall'altro impatta pesantemente sulla coesione sociale delle diverse comunità territoriali interessate con un effetto boomerang potenzialmente devastante.

In un'ottica strategica di contrasto alla povertà e all'impoverimento, è necessario prendere atto dell'entità dei fenomeni a livello territoriale, valutare l'incidenza dei fattori esogeni (i flussi migratori ad esempio), per stimare l'incremento dei fabbisogni locali non solo in termini di servizi ma anche e soprattutto di "tenuta e coesione sociale". Le reti di servizio esistenti devono per questo essere opportunamente sostenute anche sul piano economico, in una logica di programmazione territoriale a regia pubblica che consenta la trasparenza dei processi e degli interventi, il monitoraggio delle azioni e la valorizzazione delle competenze territoriali. Questa ottica potrebbe obiettivamente garantire un valore aggiunto a livello territoriale favorendo la "decompressione" e quindi un migliore clima sociale e contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sicurezza, necessari ancor di più in questo periodo, senza abdicare le funzioni di welfare.



CHIVASSO

Chivasso è uno dei centri minori in cui è attivo un Help Center: con oltre 26mila abitanti, gode, rispetto alla vicinissima Torino, di una notevole vivacità sociale ed economica, che difficilmente si riscontra nella cintura delle grandi città. Ha diverse scuole superiori, un presidio ospedaliero importante e una stazione ferroviaria molto frequentata, punto di incontro di linee importanti, come la Torino-Milano, la Chivasso-Aosta e la Chivasso-Alessandria.

Annalisa De Col è, da quattro anni, assessore alle Politiche sociali, Famiglia e Lavoro.

Assessore, l'Help Center a Chivasso è nato in stazione, ma ha avuto poi uno sviluppo a più ampio raggio, che l'ha trasformato in un centro dalle molte funzioni. Come si integra nella programmazione dei servizi sociali della città?

Sì, l'Help Center a Chivasso nasce da un progetto del Servizio Alcolologia della nostra ASL, che ormai otto anni fa aveva finanziato un servizio di prossimità dedicato alle persone senza dimora, con gravi problemi di alcolismo, che trascorrevano le giornate e anche la notte alla stazione. Nel quadro di quel progetto, il Comune aveva contribuito mettendo a disposizione un furgone che fungeva da "Help Center mobile". Finiti i finanziamenti, non è stato possibile individuare locali ferroviari disponibili a continuare l'attività, che è stata però portata avanti dai volontari dell'Associazione Punto a Capo, che oggi gestiscono la Casa di Via Domani, a 400 metri dalla stazione, dove, oltre al classico servizio di orientamento, sono presenti una mensa, un servizio di assistenza psicologica e di accoglienza per le donne vittime di violenza, un servizio di raccolta e distribuzione d'abiti. Dall'esperienza dell'Help Center, quindi, si sono sviluppate diverse attività, che si sono stabilizzate nel quadro dell'offerta generale dei servizi sociali.

Come contribuisce il Comune a queste attività?

Il Comune finanzia direttamente la mensa, 30 posti a pranzo e 10 a cena, con i pasti del servizio mense scolastiche. Da questo punto di vista, stiamo cercando di ampliare l'offerta, che oggi sembra non essere più sufficiente. Grazie alla Legge del buon samaritano, è in corso una gara d'appalto per il servizio mensa che tenga conto anche delle nuove misure anti spreco e ci doteremo di un mezzo coibentato che faciliti il trasporto dei pasti. Devo dire che la mensa non era stata concepita per le persone senza dimora, ma per i chivassesi in difficoltà. Ci troviamo, invece, ad affrontare le richieste di molti non residenti, che per noi costituiscono un peso non indifferente da gestire.

Le persone in difficoltà vengono qui perché ci sono più servizi?

Senza dubbio. Chivasso aderisce, insieme ad altri 19 comuni, al CISS – Consorzio Intercomunale per i Servizi Sociali, versando per ogni cittadino 31 euro l'anno, per un totale di 830mila euro, che corrispondono a poco più del 30% del bilancio dell'intero consorzio. I comuni del circondario, però, sono piccoli e non tutti hanno le risorse o la volontà per farsi carico della marginalità sociale estrema: la loro risposta non sempre è adeguata ai bisogni, il che provoca l'esodo delle persone in difficoltà verso centri più attrezzati.

Da noi devo dire che l'interesse su questi temi è ampiamente condiviso dall'amministrazione. Abbiamo istituito da tempo la residenza fittizia e lo scorso anno, su mandato specifico del consiglio comunale nella sua interezza, dopo molti sforzi siamo riusciti ad aprire un dormitorio maschile con 12 posti.

A Chivasso, poi, c'è il pronto soccorso, che è diventato, dopo la chiusura notturna della stazione, un luogo di riparo per diverse persone in difficoltà.

Sembra che ASL e Comune qui condividano l'interesse verso le persone senza dimora. In un panorama nazionale in cui le persone in stato di marginalità grave sperimentano sempre maggiore difficoltà ad accedere alle cure, la vostra sinergia è efficace da questo punto di vista?

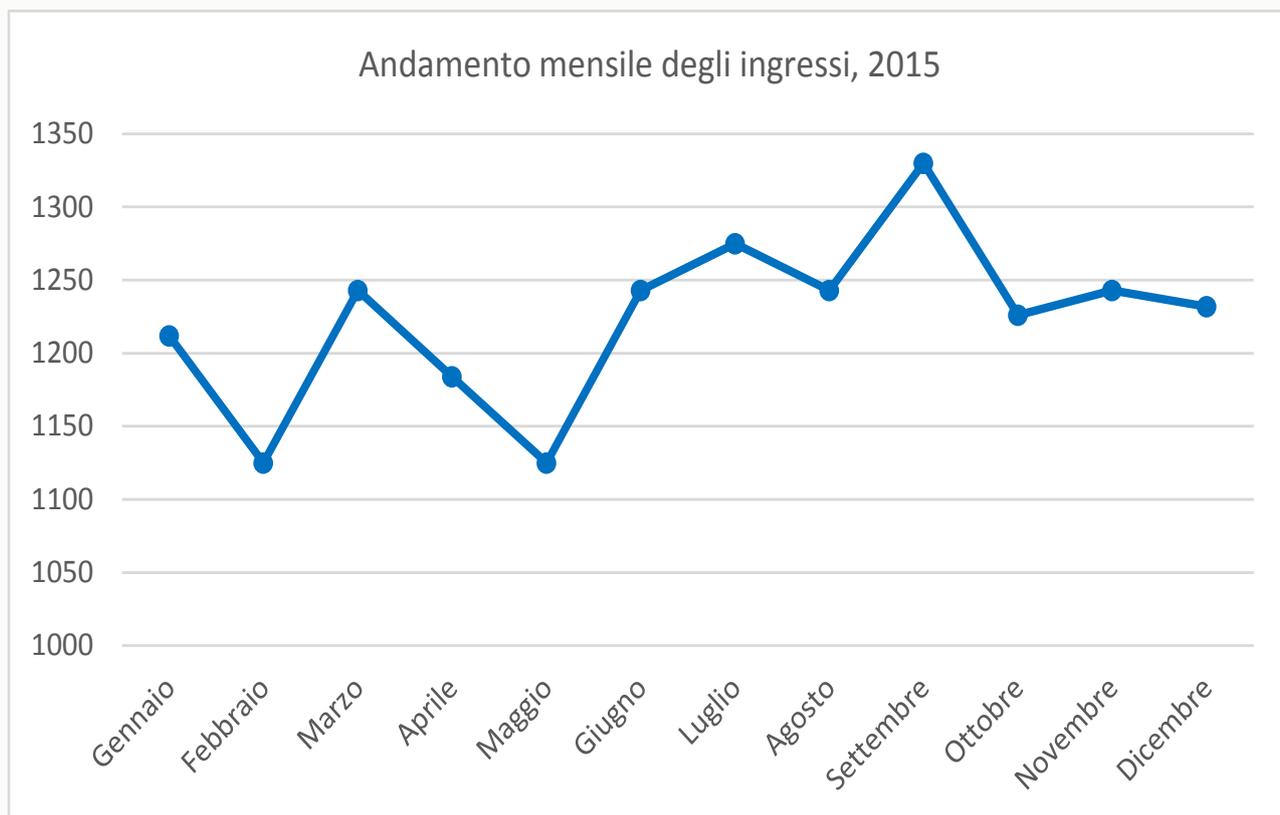
Lo è sotto diversi aspetti. Anzitutto bisogna riconoscere una certa tolleranza da parte dell'Ospedale nei confronti delle persone che trascorrono la notte al pronto soccorso, laddove non si ravvisino rischi per i pazienti o per il personale sanitario. Inoltre c'è una grande attenzione al tema della prevenzione. Il dormitorio che abbiamo aperto lo scorso anno, ad esempio, era previsto inizialmente solo per il periodo invernale. Grazie ad un protocollo d'intesa, la ASL ci ha riconosciuto la copertura del 30% dei costi con un fondo legato proprio alle attività di prevenzione sanitaria: questa somma ci consente di tenere aperta la struttura per tutto il 2016. Ciononostante, restano ancora alcune persone che dormono al pronto soccorso, perché si rifiutano di sottostare alle regole del centro di accoglienza. Circa l'accesso alle cure, c'è da dire che i nostri utenti sono generalmente persone residenti, per le quali è relativamente più semplice usufruire delle prestazioni pubbliche, grazie anche all'intervento del volontariato, che partecipa alla presa in carico.

La rete del volontariato è sviluppata in città?

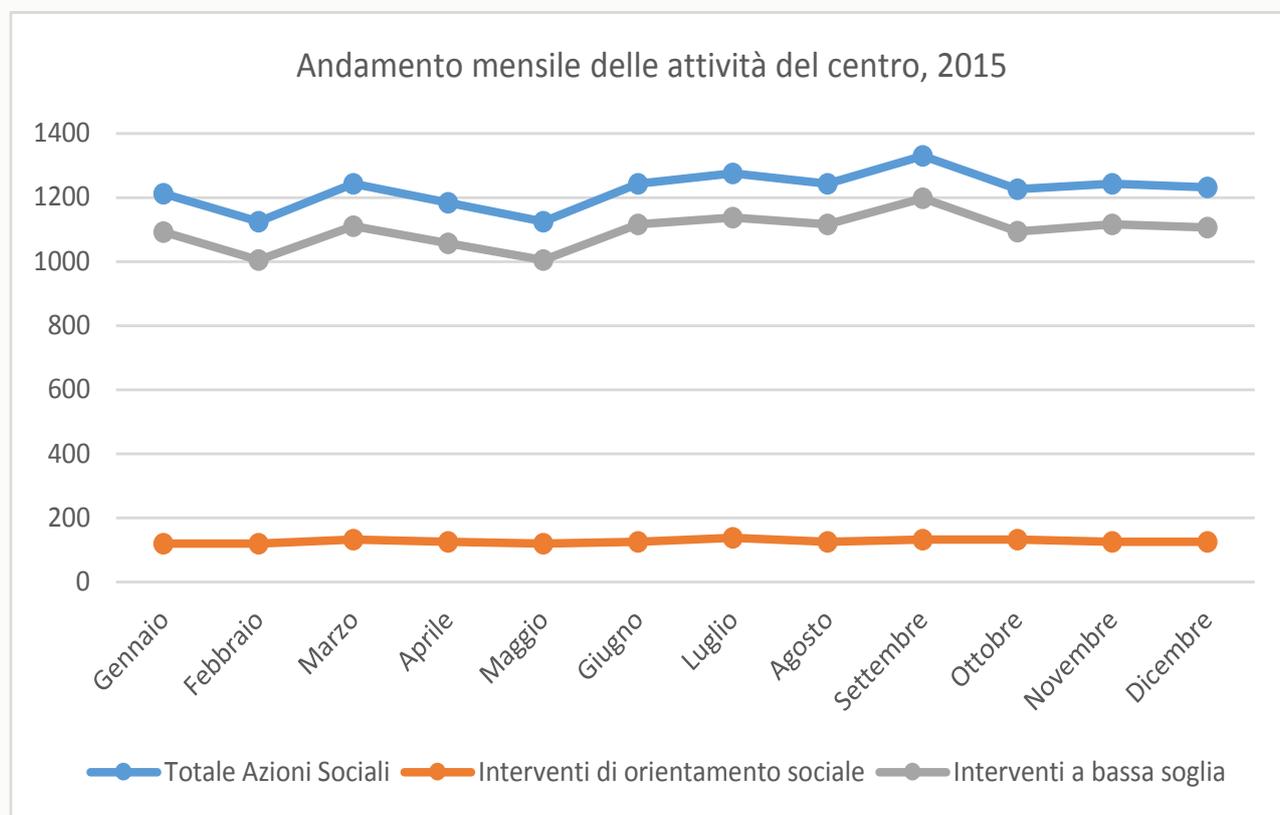
Direi proprio di sì. I volontari sono numerosi e attivi in molti ambiti. Nel caso specifico della marginalità sociale, il Comune ha creato un tavolo sul disagio, che raggruppa diverse associazioni, tra cui naturalmente Punto A Capo. Con loro cerchiamo di affrontare il problema della marginalità anche in maniera preventiva. Ad esempio, attraverso la Conferenza di San Vincenzo eroghiamo circa 8000 euro l'anno di contributi per le bollette, che consentono di evitare tagli alle utenze e, di conseguenza, l'insorgenza di prime forme di disagio abitativo.

L'approccio basato sull'housing first è ormai considerato, a livello europeo, quello più efficace. Se ne parla con favore anche nelle linee guida sulla marginalità sociale del Ministero del Lavoro.

La sua città dispone di immobili per promuovere interventi che vadano in questa direzione? Purtroppo il Comune non è un grande proprietario immobiliare: le unità che abbiamo sono poche e piuttosto piccole. Lo stesso dormitorio è stato creato in spazi dati in comodato d'uso per due anni dal CISS, nella sua nuova sede. Tentiamo, però, alcune forme di housing sociale, come un interessante progetto di affido degli adulti: un sistema di auto mutuo aiuto in cui adulti in difficoltà, ma con una casa, accolgono una persona senza dimora in cambio di un contributo per l'affitto, con il supporto dei servizi sociali. Finora, nell'area del consorzio, sono stati attivati 22 abbinamenti. Non bisogna dimenticare poi l'Help Center della Casa di Via Domani, che, oltre ai tanti servizi che offre, dispone di 5 posti destinati all'accoglienza di donne con bambini.



Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.





TORINO

A Torino l'Help Center della stazione di Porta Nuova vede un impegno diretto del Comune, attraverso l'Assessorato le Politiche Sociali, guidato dalla Vicesindaco Elide Tisi¹, nella gestione dei servizi, che nel tempo si sono diversificati per fare fronte all'evolvere dei bisogni della popolazione più fragile.

La finalità principale degli Help Center è quella di orientare le persone senza dimora della stazione verso i servizi sociali della città, in un'ottica di rete che è stata anticipatrice delle raccomandazioni che il Ministero ha formulato nelle linee di indirizzo sulla marginalità. Che ruolo ha l'Help Center di Porta Nuova nel quadro delle politiche sociali di Torino?

L'Help Center di Torino, nato ufficialmente nel 2012, è sede operativa di servizi per senza dimora già dal 1999. Negli anni la sede di via Sacchi 49 è diventata un importante punto di riferimento per la popolazione senza dimora che risiede o transita in Città, sia per la sua collocazione (vicino al centro cittadino e di fianco alla stazione ferroviaria), che per effetto del passaparola informale tra le persone in difficoltà rispetto al facile accesso a tutta una serie di attività, prestazioni e informazioni che l'Help Center offre quotidianamente.

Anche in vista del prossimo affidamento dei servizi (dal 1° luglio 2016) per il triennio 2016-2019, l'Amministrazione ha voluto sostenere e potenziare il ruolo dell'Help Center, ormai acquisito "sul campo", di servizio di primo accesso alla rete dei servizi pubblici e privati, sociali e sanitari, esistenti in Città in favore delle persone senza dimora.

¹ Elide Tisi ha concluso il suo mandato a giugno 2016.

Dai dati raccolti dagli Help Center della rete Onds, così come dalle più recenti rilevazioni ISTAT, emerge un aumento crescente dei servizi a bassa soglia che vengono erogati, a discapito di una progettualità di inclusione più strutturata. Anche Torino riscontra questa tendenza? Si deve al mutare dei bisogni, o alla difficoltà di rendere efficaci percorsi di inclusione più avanzati?

Non condividiamo in pieno questa sintesi: in realtà l'aumento crescente dei servizi di bassa soglia cerca di far fronte ad una pressante richiesta di interventi sociali di emergenza a seguito di circoli viziosi di impoverimento determinati dalla crisi economica (ad es. sfratti per morosità, aumento delle cosiddette "povertà grigie", migrazione delle fasce più povere verso la Città dove sono concentrati i servizi e le opportunità, flussi migratori ecc.); nella situazione torinese, pur con tutte le difficoltà, le progettualità che puntano a favorire percorsi di inclusione e reinclusione sociale sono anch'esse in aumento: a fianco di tutti di servizi di accoglienza di secondo livello (residenze continuative e alloggi di autonomia) attivati da anni e che costituiscono una risorsa importante nel sistema di welfare locale rivolto alle persone senza dimora, occorre ricordare l'importante sviluppo dell'housing sociale, un sistema di opportunità ormai particolarmente articolato nel territorio torinese, nonché le più recenti esperienze delle sperimentazioni di Housing First avviate, in partnership con il privato sociale, anche nella nostra Città.

A livello europeo ormai l'approccio Housing First, pur con qualche contraddizione, si è affermato come modello dell'intervento in favore delle persone senza dimora. Che cosa lo rende, a suo avviso, così difficile da applicare nelle nostre città?

L'esperienza del modello Housing First è nata e si è sviluppata in contesti di welfare molto diversi da quello italiano, contesti che prevedono, tra l'altro, strumenti di sostegno alla cittadinanza attiva su base universalistica, quali il cosiddetto "reddito di cittadinanza".

L'assenza di tale misura nella realtà italiana, pur con l'avvio in questi anni di importanti strumenti di sostegno al reddito come il SIA (rivolto però esclusivamente a nuclei familiari con minori), rende interessante la sfida posta dal modello dell'Housing First: da un lato si tratta di valorizzare, rendere sostenibili e strutturali le esperienze di "welfare plurale" (che vedono coinvolti in una logica paritaria volontariato, cooperazione sociale, fondazioni ed enti pubblici) già presenti nelle diverse realtà locali impegnate nella realizzazione del nuovo modello; dall'altra si tratta di ricalibrare l'intero sistema dei servizi secondo l'approccio metodologico del modello Housing First come indicato nelle Linee di Indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta proposte recentemente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

In questo senso, il percorso formativo biennale nazionale, realizzato da fio.PSD con la costituzione del Network Housing First Italia, a cui ha aderito anche la Città di Torino, si pone l'obiettivo ambizioso di far fronte a questa sfida complessa.

Una sfida in questo senso sarà costituita dalla progettazione legata ai fondi europei, ed in particolare al PON Inclusione ed al PON Metro.

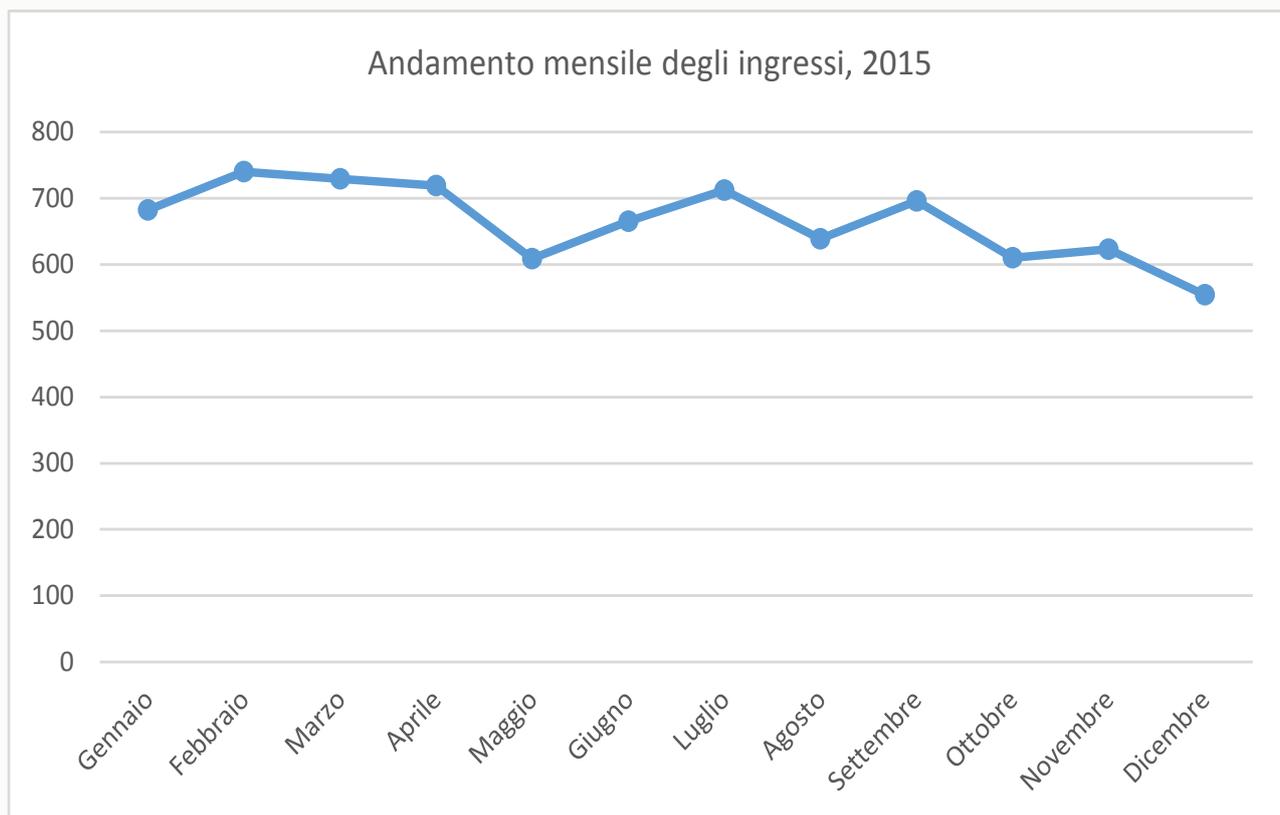
Dagli Help Center delle stazioni sono emersi, in questi ultimi 3 anni, dati allarmanti circa la situazione sanitaria delle persone senza dimora e la difficoltà a garantire loro l'accesso alle cure, l'ospedalizzazione, ma soprattutto aree di convalescenza, per evitare la recrudescenza delle malattie. L'Help Center di via Sacchi, con il suo ambulatorio, conosce bene questo problema. È lecito pensare a nuovi dispositivi che garantiscano l'effettivo esercizio del diritto alla salute anche da parte dei soggetti più marginalizzati?

Crediamo sia non solo lecito ma doveroso realizzare nuovi dispositivi ed integrazioni dei servizi che diano il massimo grado possibile di accesso alle prestazioni sanitarie dei cittadini senza dimora. Per quanto riguarda l'esperienza di Torino, grazie ad un accordo con le Aziende Sanitarie Locali, a settembre 2016 inizierà il progetto volto ad integrare l'operatività del personale socio-assistenziale con la presenza continuativa di medici ed infermieri in tutti i servizi di prima accoglienza per persone senza dimora della Città, compresi i servizi di strada;

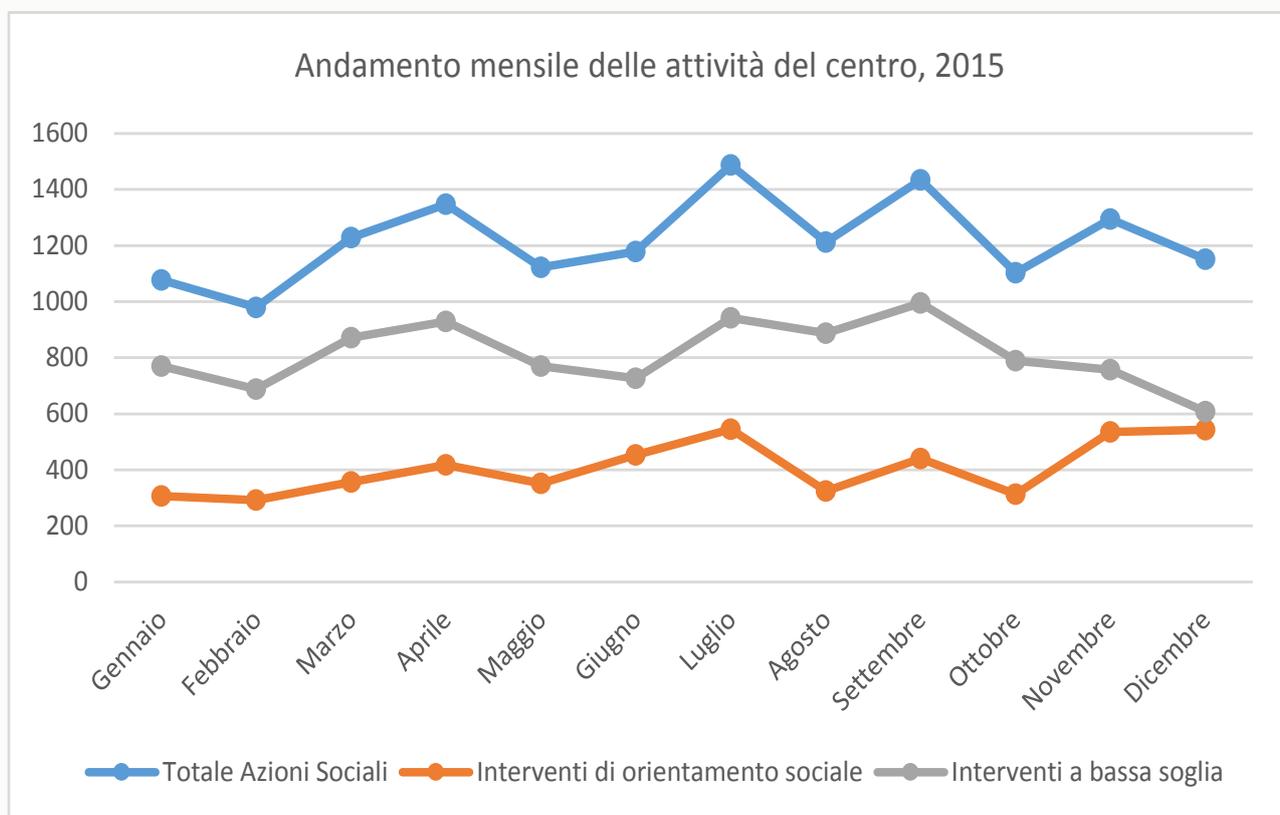
inoltre, presso l'Help Center di Via Sacchi si costituirà una équipe formata da due medici (messi a disposizione dai Dipartimenti delle Dipendenze e della Salute Mentale) e da operatori sociali del Servizio Adulti in Difficoltà del Comune di Torino, con il compito di: analizzare e monitorare le problematiche socio-sanitarie della popolazione senza dimora; prevenire le gravi ricadute sanitarie e le patologie relative alla vita di strada, rafforzando e/o inserendo la presenza di personale medico e infermieristico nei Servizi esistenti; favorire la buona prassi di accompagnamento ai servizi socio-sanitari nei confronti di cittadini in grave stato di emarginazione.

L'Help Center di Torino rappresenta una perfetta integrazione tra impresa, pubblica amministrazione e terzo settore nell'ambito dell'intervento sociale, un modello che l'Ons promuove con determinazione, ma che stenta a coinvolgere altri comuni, dove pure l'Help Center è presente. È possibile secondo lei rafforzare il ruolo delle città "eccellenti" nella diffusione di questa buona pratica tra gli amministratori locali?

Crediamo sia davvero importante far sì che le buone pratiche e le indicazioni contenute nelle Linee Guida del Ministero diventino patrimonio condiviso e informino sempre più le nostre prassi quotidiane di intervento in contrasto al fenomeno dell'homelessness. Non si tratta tanto, o non solo, di rafforzare il ruolo delle "eccellenze" (siano esse Città, Aree Metropolitane, Regioni), ma di favorire politiche bottom – up perché ogni territorio e ogni realtà locale trovi la propria modalità di offrire opportunità secondo gli standard e gli obiettivi indicati nelle Linee Guida.

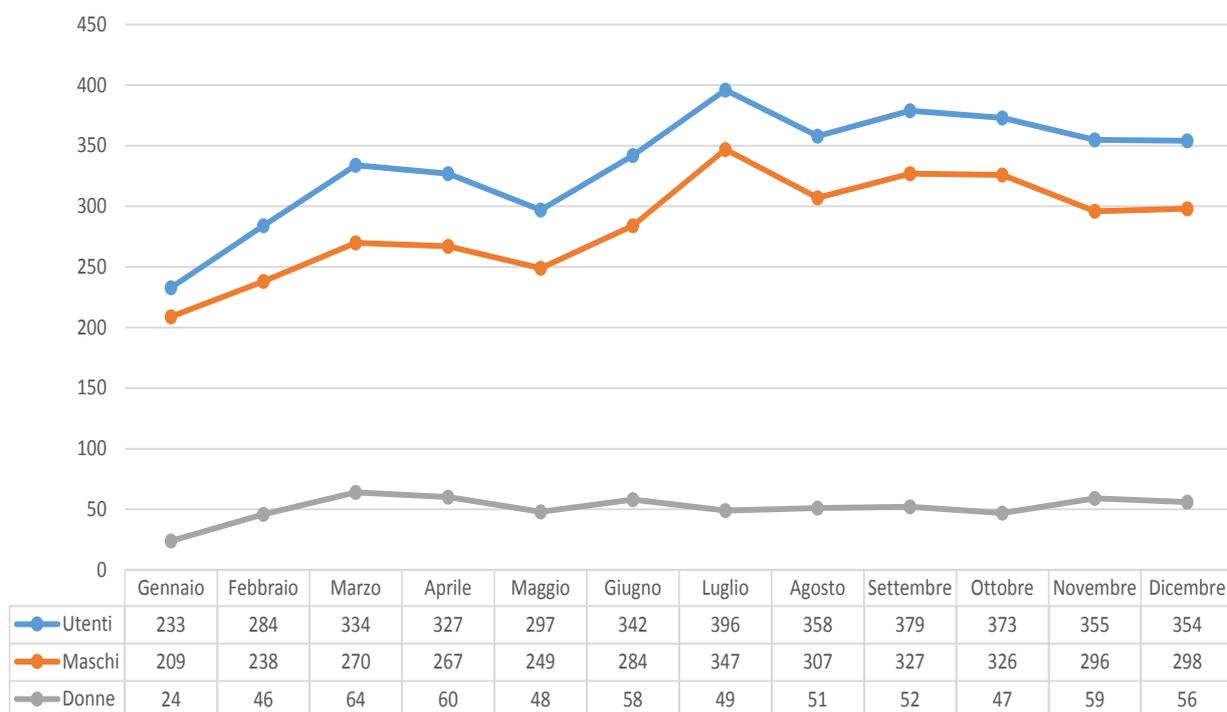


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



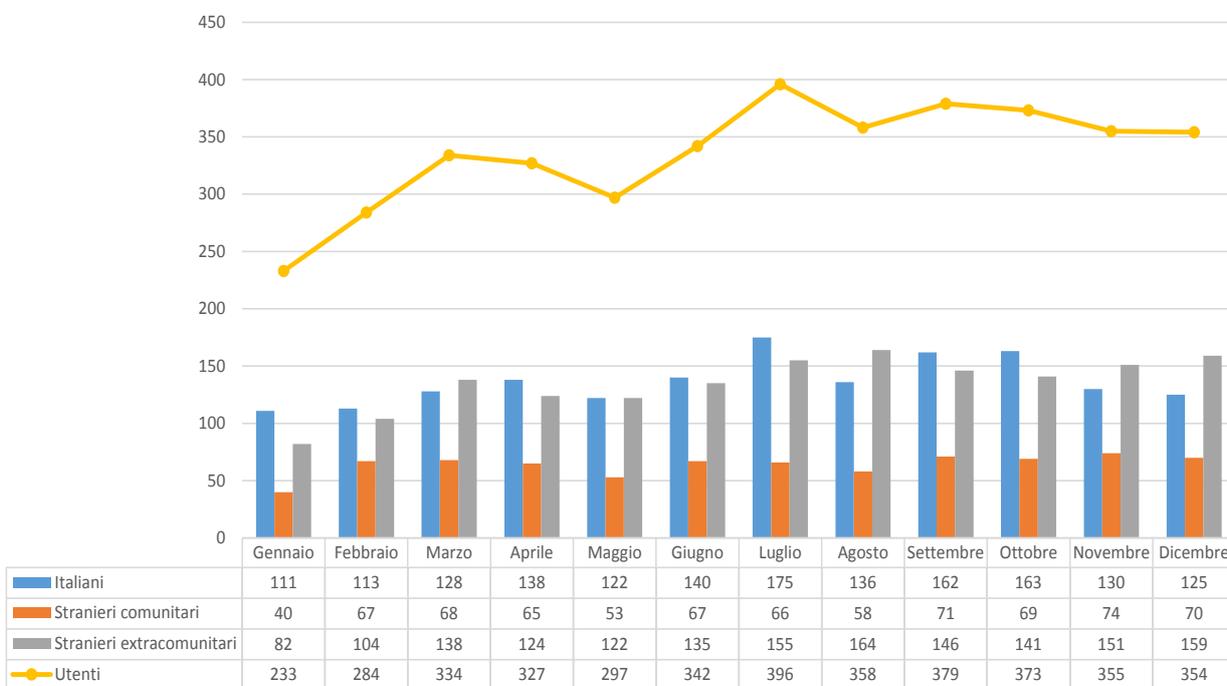
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015



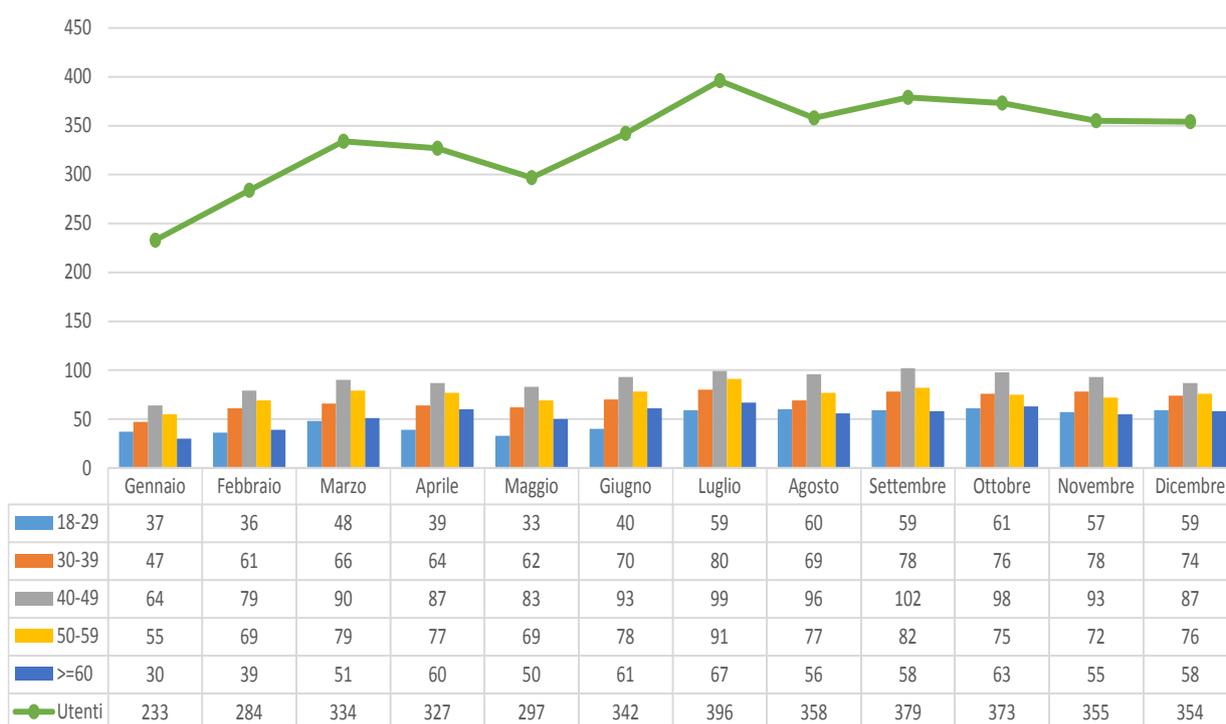
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



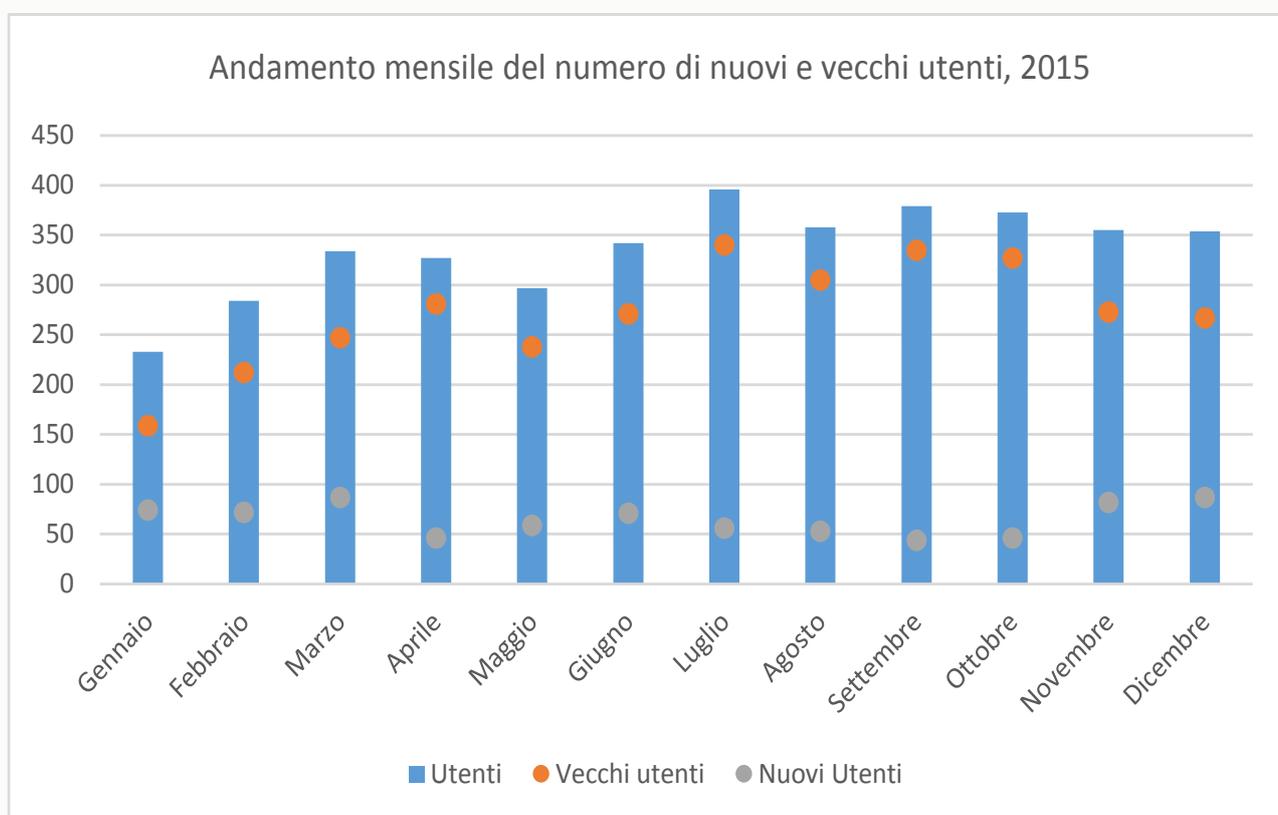
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di utenti, indicato dalla linea; gli istogrammi indicano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015

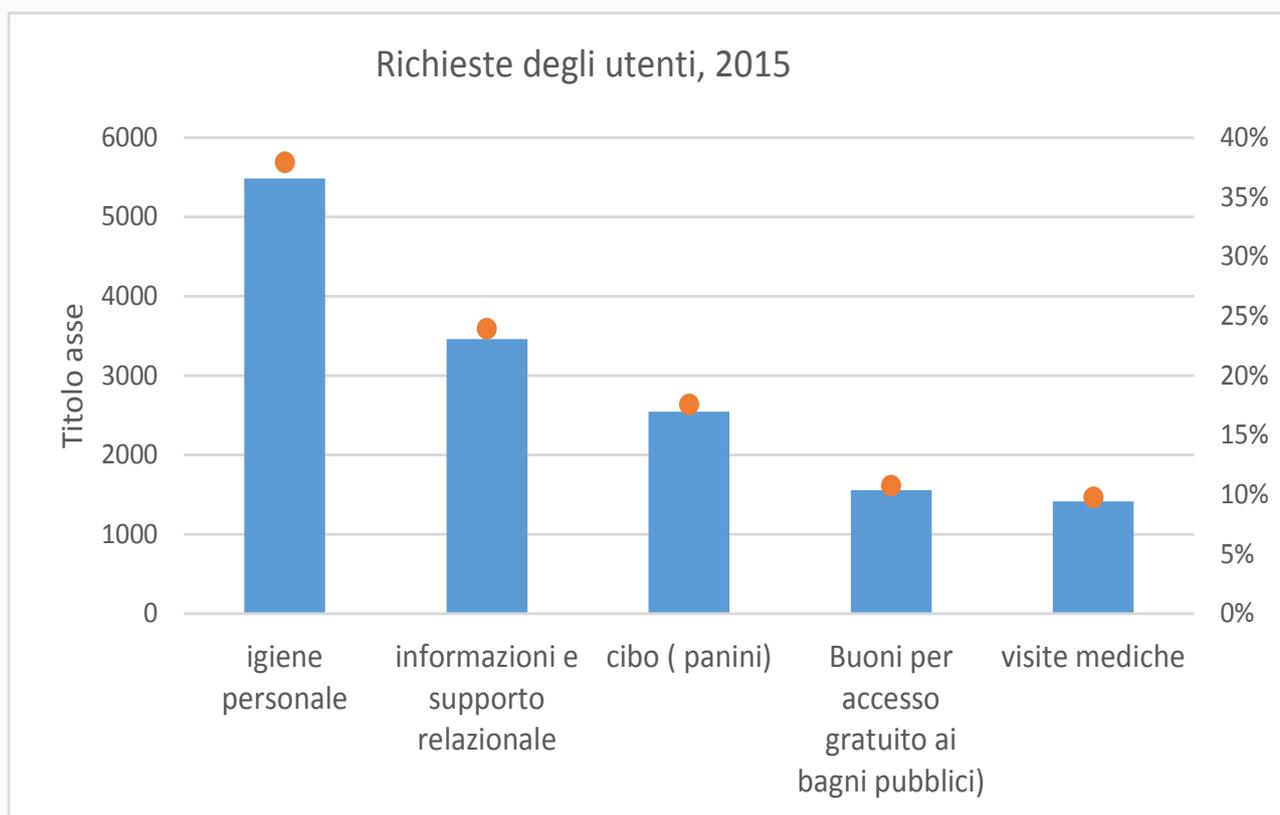


Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

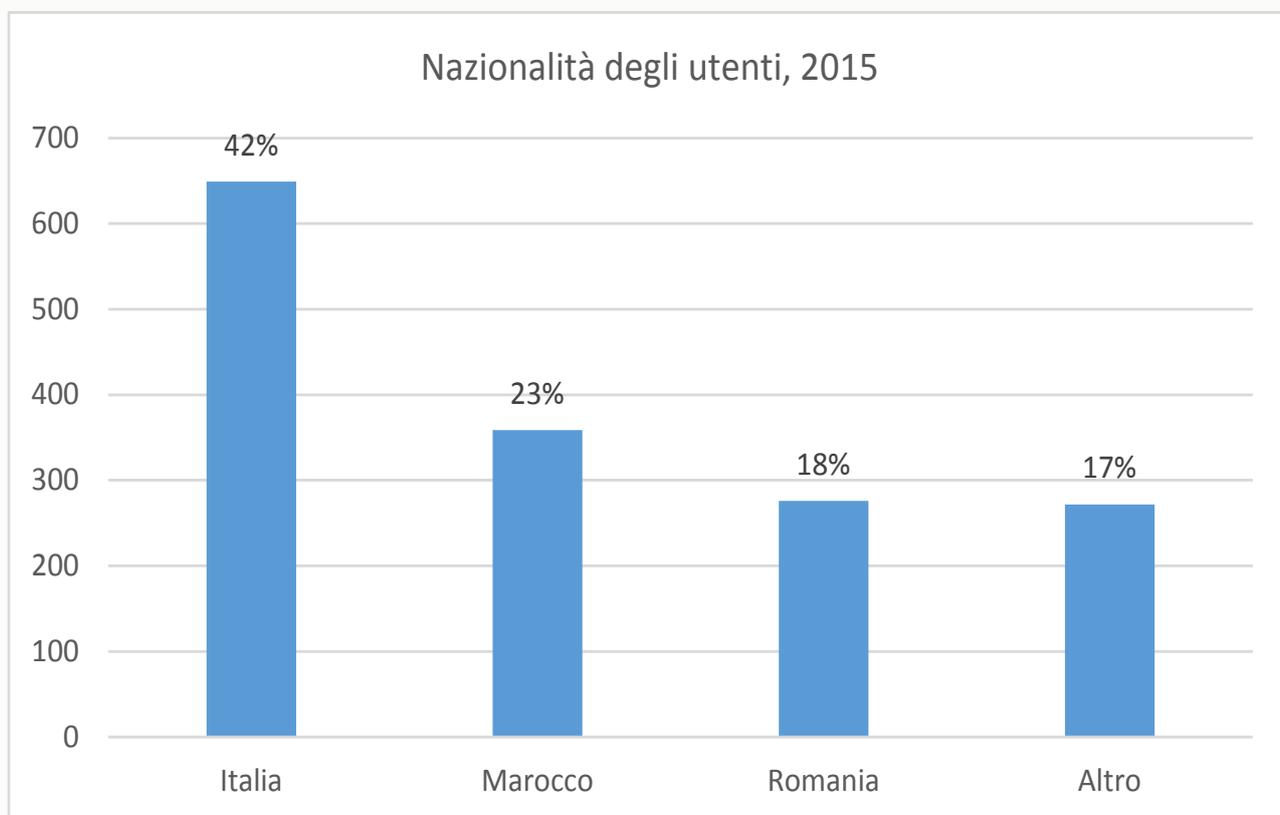
Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre nazionalità più numerose sono: Albania, Algeria, Tunisia, Nigeria, Somalia, Bulgaria, Senegal, Egitto, Mali, Costa D'avorio, Afghanistan, Polonia, Pakistan, Camerun, Guinea, Francia, Bosnia.



GENOVA

Emanuela Fracassi ricopre a Genova la carica di Assessore alle Politiche Socio Sanitarie e della Casa e amministra una città molto particolare, le cui caratteristiche urbanistiche e sociologiche – un comune che di fatto ingloba tanti piccoli borghi costieri ormai uniti senza soluzione di continuità, ma ciascuno con una certa autonomia amministrativa e culturale, dove la presenza degli immigrati residenti sfiora il 10% dei quasi 600mila abitanti e dove il porto resta nel bene e nel male il fulcro dell'economia – influenzano il sistema di welfare, che deve rispondere alle esigenze specifiche dei vari contesti. Anche l'Help Center qui è diverso da quelli nelle altre città italiane: non si trova nella stazione principale, ma a Cornigliano, e ha costruito i propri servizi per rispondere ad un target di disagio che è proprio di questo quartiere ex industriale, a ridosso dell'aeroporto.

3

Assessore Fracassi, qual è il ruolo dell'Help Center di Genova Cornigliano, gestito dall'Associazione Soleluna Onlus, nella rete dei servizi sociali della sua città?

Occorre premettere che l'Help Center, trovandosi in una piccola stazione di Ponente e non in centro città, che è il luogo di elezione per la popolazione senza dimora, si rivolge ad un pubblico particolare ed offre, più che un servizio di orientamento sociale, la risposta ad alcuni bisogni primari, soprattutto alimentari e sanitari. Soleluna si è ben integrata con altre realtà associative, come l'Auxilium per il servizio docce, secondo una modalità di collaborazione che mi sembra felice. È meno intenso il rapporto con l'istituzione cittadina, rispetto all'assistenza alle persone senza dimora, per delle ragioni precise. A Genova circa un anno e mezzo fa abbiamo istituito il primo Patto di Sussidiarietà, uno strumento di coprogettazione e cogestione dei servizi sociali tra pubblico e privato, previsto da una legge regionale. Il patto prevede una manifestazione di interesse da parte del Terzo Settore, che si impegna a contribuire economicamente al 30% dei costi dei progetti approvati. Al Patto aderiscono attualmente sei associazioni, che gestiscono la rete dei servizi per le persone senza dimora, sia quelli a bassa soglia che quelli di secondo livello. Probabilmente per il fatto di gestire un servizio periferico, Soleluna non fa parte del

sistema. Direi anche che realtà così attive come quella dell'Help Center di Cornigliano, basate su un lavoro enorme del volontariato, che ha un approccio molto concreto e libero, alle volte stentano a strutturare rapporti che prevedono necessariamente una certa burocrazia, che risponde a ritmi e modalità diversi da quelli cui sono abituate. Senz'altro i rapporti con i servizi per le persone senza dimora possono essere potenziati e mi auguro che, all'apertura del prossimo bando per il Patto di Sussidiarietà, anche Soleluna possa aderire. Tenga poi conto anche del fatto che a Genova i servizi sociali sono decentrati a livello dei municipi, il che tende a localizzare i rapporti di rete. In questo senso i rapporti con i servizi sono efficaci e intensi: oltre a rappresentare un'opportunità che il servizio sociale può indicare al pubblico più debole, Soleluna accoglie alcuni percorsi di attivazione sociale (forma leggera di avviamento al lavoro di soggetti fragili) in collaborazione con il servizio sociale municipale.

Pensando ai servizi specifici forniti dall'Help Center, viene spontaneo il collegamento ad alcuni dati delle più recenti rilevazioni ISTAT, da cui emerge un aumento crescente delle prestazioni a bassa soglia che vengono erogate, a discapito di una progettualità di inclusione più strutturata. Anche a Genova si riscontra questa tendenza? Si deve al mutare dei bisogni, o alla difficoltà di rendere efficaci percorsi di inclusione più avanzati?

Questo è un dato molto interessante. A Genova, non avendo aumentato gli investimenti, abbiamo un sistema di risposte cristallizzato. Nei territori sono stati potenziati gli aiuti per le nuove povertà, ma non abbiamo ancora avuto la forza per adeguarci a rispondere a tutte le nuove necessità che emergono. Devo dire però che le associazioni più strutturate hanno una loro storia di interventi che costruiscono percorsi di inclusione ben al di là della bassa soglia. Anche dal punto di vista dei fondi, c'è in effetti un nuovo orientamento del FSE che ha ampliato le attività: per esempio, l'Associazione San Marcellino ha potuto sviluppare una serie di laboratori protetti con un alto valore di inclusione. Con la nuova tornata del POR e dei progetti FSE, cercheremo di rispondere insieme alle associazioni per creare percorsi individuali verso l'autonomia.

A proposito di diritti, un altro dato preoccupante è la crescente difficoltà delle persone in stato di povertà ad accedere alle cure del sistema sanitario nazionale.

A Genova Soleluna e le altre associazioni hanno risposto da tempo, creando ambulatori cui possono accedere le persone senza dimora. Direi poi che in città gli ospedali sono molto accoglienti, anche per la sensibilità dei medici, che offrono il loro impegno al di là dell'ambito istituzionale: il primario dell'Ospedali Galliera, ad esempio, è volontario in un'associazione e ogni anno vaccina contro l'influenza le persone senza dimora che stanno in strada. Un altro intervento interessante, che per fortuna è stato ripreso dopo un periodo di interruzione, è il progetto Basilico dell'Ospedale San Martino, che prevede 15 posti per la convalescenza delle persone senza dimora, con i volontari dell'Associazione Auxilium. È un progetto in cui la necessità di assistenza sanitaria specialistica è minima, ma che ha una grande valenza sociale in termini di prevenzione.

La questione dei luoghi per la convalescenza ci porta alle Linee di indirizzo sulla marginalità del Ministero del Lavoro, che individuano nell'Housing First l'approccio da privilegiare nella gestione delle persone senza dimora. Lei condivide questa visione? Genova dispone delle risorse per andare in questa direzione?

Per me la questione risiede soprattutto sulla possibilità di offrire, insieme ad un tetto, un accompagnamento progettuale che garantisca anche il recupero dell'autonomia. Se manca questo, la casa non è la soluzione a tutti i mali. In questo senso, negli ultimi due anni abbiamo modificato il regolamento delle graduatorie per le case popolari, consentendo alle persone sui cui è attivo un progetto di reinclusione di ritardare l'ingresso in appartamento, proprio per completare il percorso verso l'autonomia e non vanificare il beneficio che deriva dall'aver una casa.

Il patrimonio immobiliare di Genova è consistente?

La città è ricca di case vuote, che appartengono quasi tutte ai privati. Il Comune possiede circa 500 appartamenti, 400 dei quali sono affittati con antiche graduatorie. I restanti 100 sono dedicati in parte all'emergenza abitativa, per ospitare famiglie sfrattate che abbiano le caratteristiche per accedere entro due anni ad una casa popolare. Una quota è riservata a chi ha meno prospettive con cui costruire i presupposti per un pieno recupero sociale. È in questi casi che un accompagnamento serio si rende necessario.

Un'ultima domanda su un fenomeno preoccupante che riferiscono ormai tutti gli Help Center della nostra rete: l'aumento nelle aree di stazione di minori stranieri non accompagnati. Il fenomeno è presente nella sua città?

Siamo passati da meno di 100 casi in carico nel 2013 a 300 nel 2015. Nel frattempo ha aperto a Genova un centro di prima accoglienza di MSNA di 50 posti. Si tratta di numeri importanti, che hanno un impatto forte sull'organizzazione e anche sul bilancio. Abbiamo dovuto aprire nuove strutture nell'ambito dello SPRAR e in casi estremi abbiamo dovuto fare ricorso anche a strutture alberghiere, accanto alle quali abbiamo istituito dei servizi di accompagnamento, come mense assistite, per assicurare la tutela. Alcuni ragazzi hanno usufruito anche della mensa di Cornigliano. Ma è importante considerare la complessità del fenomeno, che comprende situazioni molto variegate, da chi scappa dalla guerra a chi viene in Italia per intraprendere un percorso educativo già pianificato dalla famiglia, a quelli che sono ormai nell'imminenza della maggiore età. Si sta lavorando sulla questione con l'ANCI, il Ministero, la Prefettura e spero che si arrivi presto ad un sistema di accoglienza a livello regionale.



MILANO

Milano, sempre considerata la capitale economica del Paese, ha una lunga e consolidata tradizione di impegno sociale, sia pubblico che privato, che ha dimostrato negli anni creatività e competenza. Nel caso del disagio di stazione, l'intervento del Comune è in prima persona, nella gestione diretta del Centro Aiuto e nel sostegno ad altri dispositivi, come spiega Pierfrancesco Majorino, Assessore alle Politiche sociali, Salute e Diritti.

Il Centro Aiuto della stazione di Milano Centrale è il solo Help Center della rete ONDS ad essere gestito direttamente dal Comune: che ruolo ha questo centro nel quadro delle politiche sociali della città?

Il Centro Aiuto rappresenta per la città di Milano il punto di riferimento e la regia di tutti gli interventi a favore delle persone senza dimora. Coordina tutte le realtà del privato sociale che operano a favore di questa tipologia di utenza e si occupa della gestione dei posti letto durante il periodo invernale.

Dai dati raccolti dagli Help Center della rete ONDS, così come dalle più recenti rilevazioni ISTAT, emerge un aumento crescente dei servizi a bassa soglia che vengono erogati, a discapito di una progettualità di inclusione più strutturata. Anche Milano riscontra questa tendenza? Si deve al mutare dei bisogni, o alla difficoltà di rendere efficaci percorsi di inclusione più avanzati?

Anche a Milano si è riscontrato un aumento della richiesta di servizi a bassa soglia per poter far fronte alle sempre più crescenti situazioni emergenziali. Nel contempo, i servizi sociali del Comune di Milano stanno lavorando affinché vi sia una presa in carico globale della persona o del nucleo familiare. Attraverso l'istituzione del Servizio Sociale Professionale Territoriale il Comune di Milano intende intercettare il bisogno prima che si trasformi in emergenza, attraverso un'ottica di prevenzione e, insieme, accompagnare le persone residenti ad attivare un proprio percorso di autocostruzione professionale e sociale.

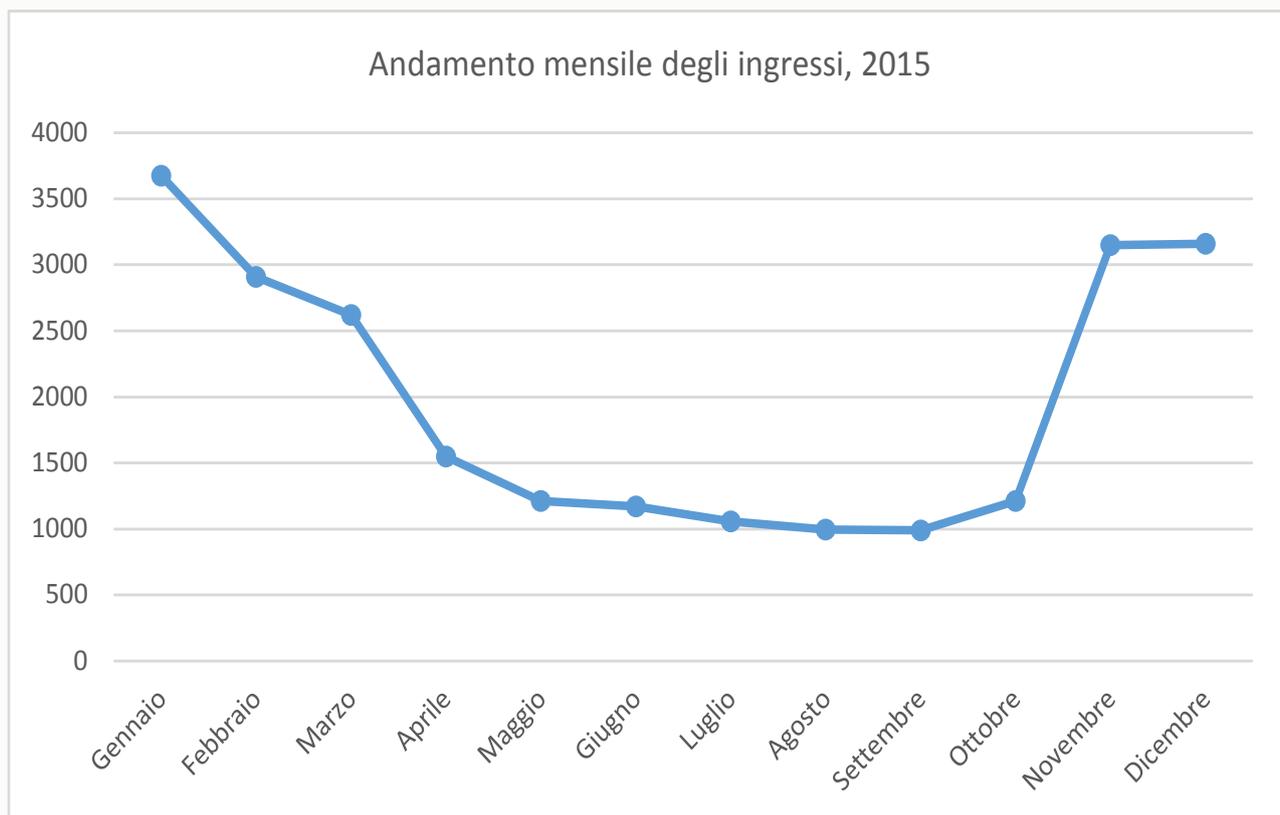
La stazione di Milano Centrale ha vissuto, tra il 2014 e il 2015, una vera e propria emergenza migranti, alla quale si è risposto con la creazione di nuovi presidi specifici – penso al Progetto Arca - che hanno consentito all’Help Center di non snaturare il proprio servizio sotto il peso dell’urgenza. Quanto è importante differenziare i dispositivi per le persone senza dimora da quelli per i migranti? Abbiamo scelto di separare i due servizi in quanto le persone senza dimora, stanziali sul territorio di Milano, esprimono necessità diverse rispetto ai migranti che transitano sulla nostra città. Il Centro Aiuto, infatti, grazie alla presenza del servizio sociale al suo interno permette di supportare e accompagnare le persone senza dimora in un percorso verso l’autonomia e il reinserimento sociale. Ovviamente però deve essere lo stesso il punto di vista di fondo. E cioè quello che fa dire che al centro c’è sempre la persona, migrante o senzatetto che sia.

Dagli Help Center delle stazioni sono emersi, in questi ultimi 3 anni, dati allarmanti circa la situazione sanitaria delle persone senza dimora e la difficoltà a garantire loro l’accesso alle cure, l’ospedalizzazione, ma soprattutto aree di convalescenza, per evitare la recrudescenza delle malattie. Come si affronta il problema a Milano? È lecito pensare a nuovi dispositivi che garantiscano l’effettivo esercizio del diritto alla salute anche da parte dei soggetti più marginalizzati?

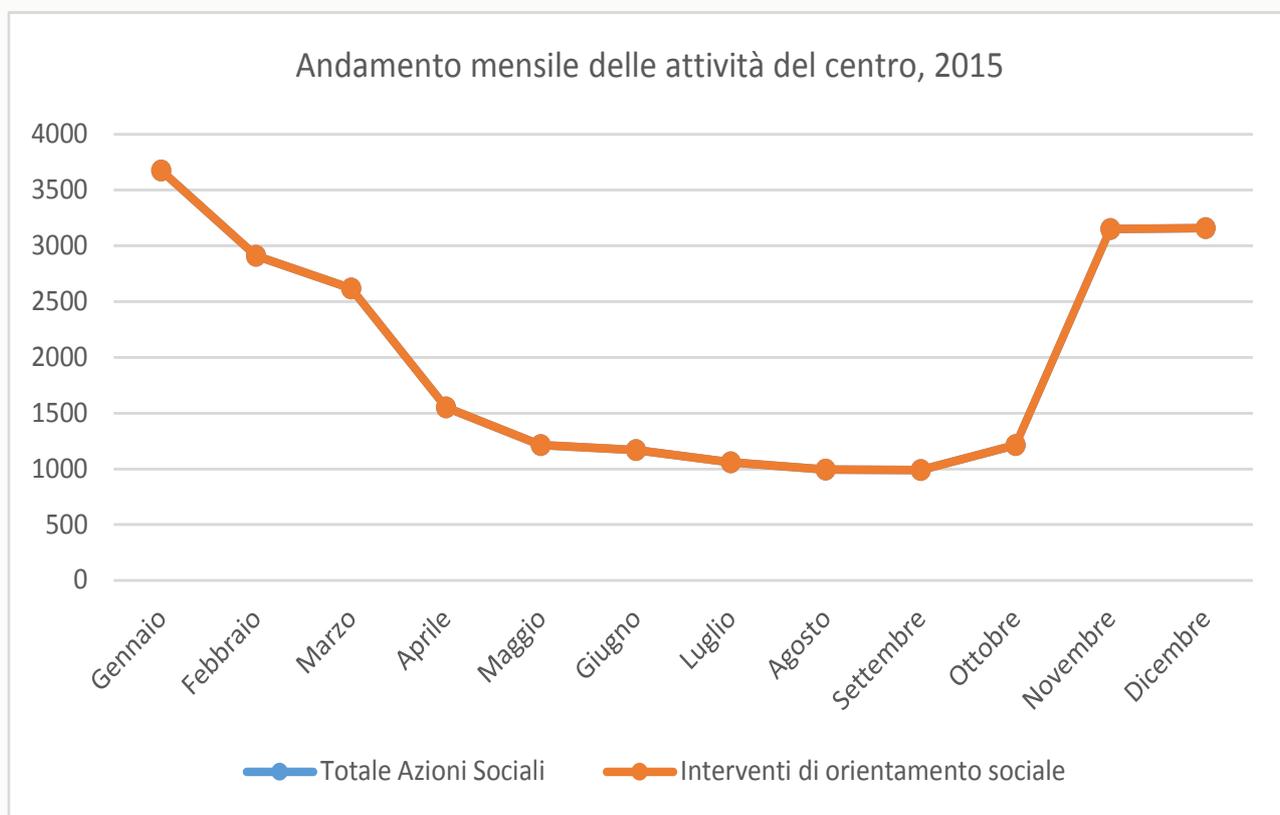
A Milano vi sono diversi servizi che garantiscono la tutela della salute degli emarginati. Oltre alle diverse Unità Mobili Sanitarie, a Milano, ad esempio, è nato da gennaio 2014 il servizio post acute che si propone di dare continuità di cura per pazienti in dimissione dagli ospedali e risultanti senza dimora (pertanto senza un alloggio dove proseguire le cure e la convalescenza necessarie), che necessitano di una prosecuzione delle cure sanitarie con monitoraggio medico-infermieristico giornalieri.

L’Help Center di Milano rappresenta un buon esempio di applicazione della legge 328/2000 e di integrazione tra impresa, pubblica amministrazione e terzo settore nell’ambito dell’intervento sociale, un modello che l’ONDS promuove con determinazione, ma che stenta a coinvolgere altri comuni, dove pure l’Help Center è presente. È possibile secondo lei rafforzare il ruolo delle città “eccellenti” nella diffusione di questa buona pratica tra gli amministratori locali?

Cardine principale dell’attività del centro aiuto è il lavoro di rete e la collaborazione tra il settore pubblico e privato nel rispetto della sussidiarietà orizzontale teorizzata dalla legge 328. È auspicabile che siano promossi scambi informativi e di collaborazione nell’ambito delle politiche sociali di diverse città, al fine di rendere maggiormente efficace la buona pratica di ognuna. Nel sociale c’è bisogno di spirito collaborativo e di rete.

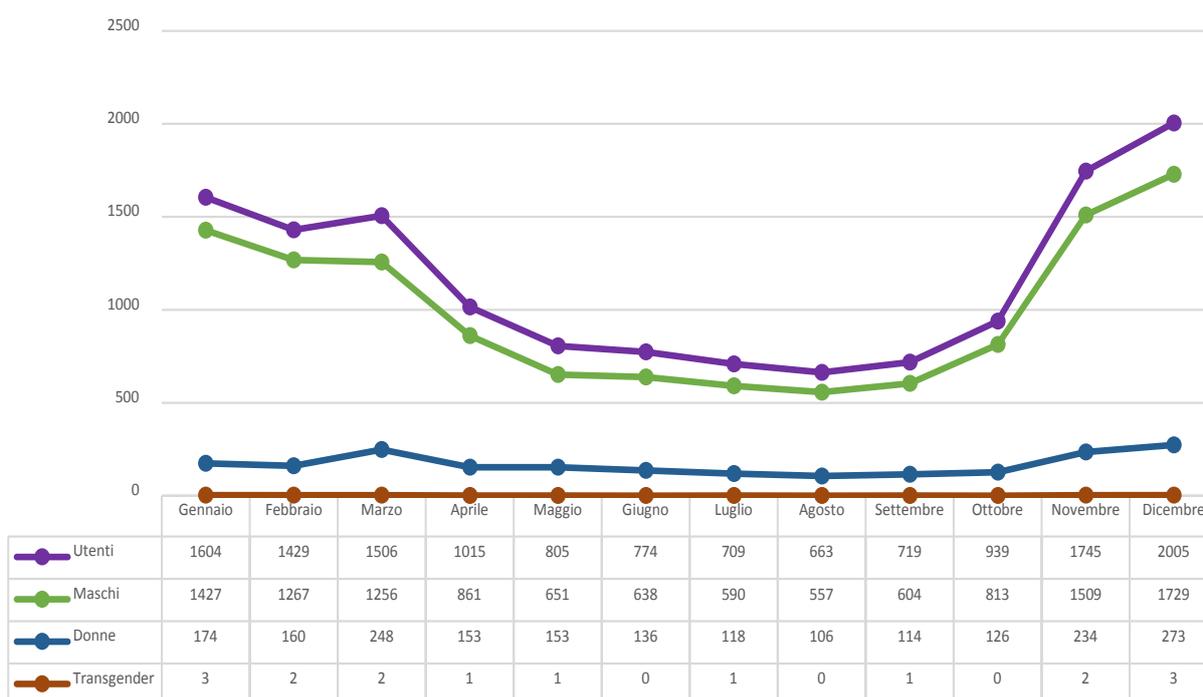


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



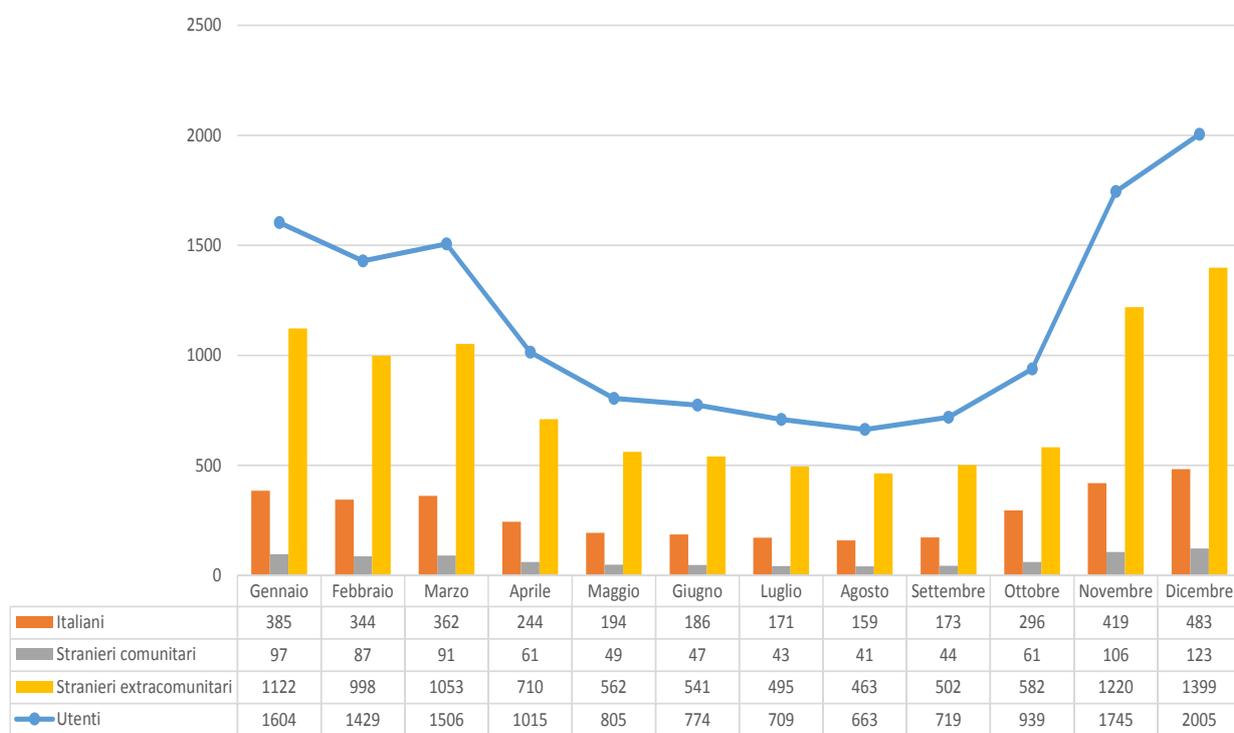
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015



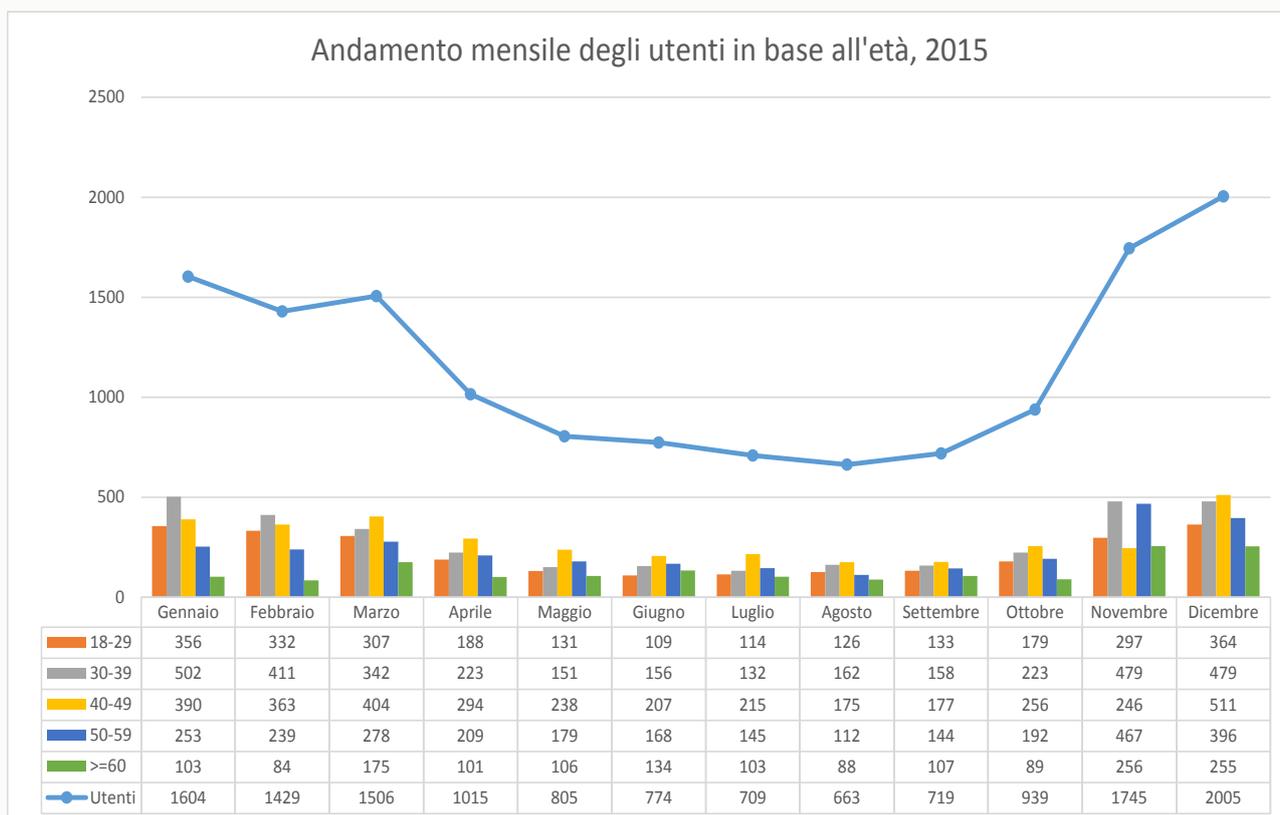
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



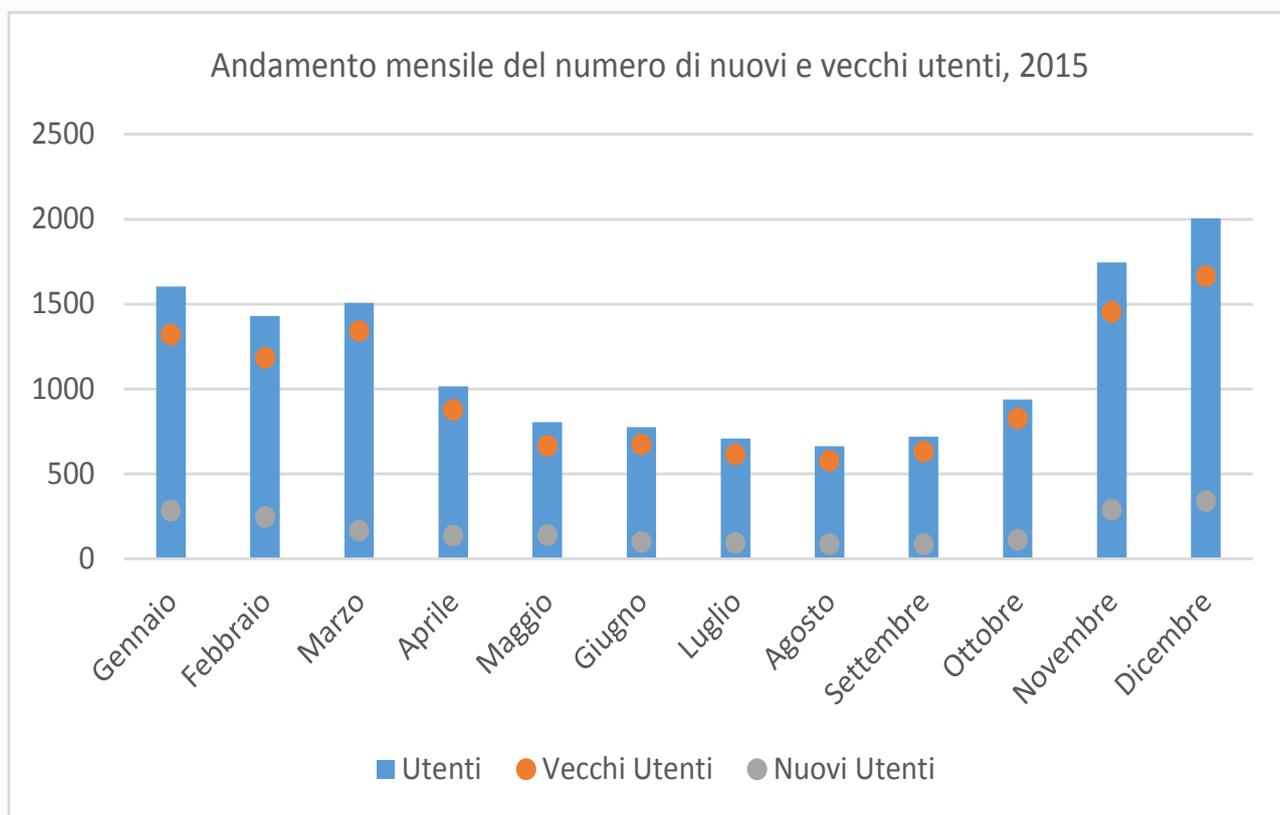
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015

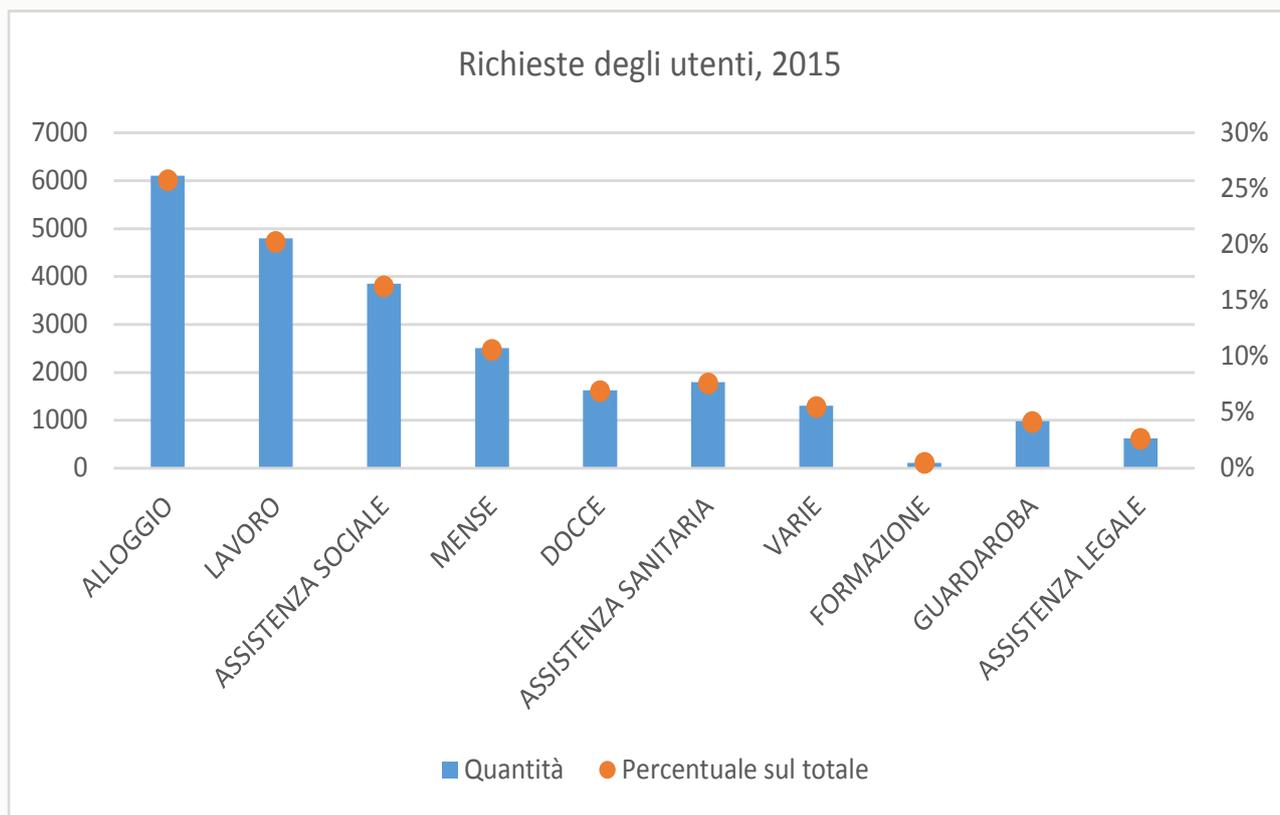


Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

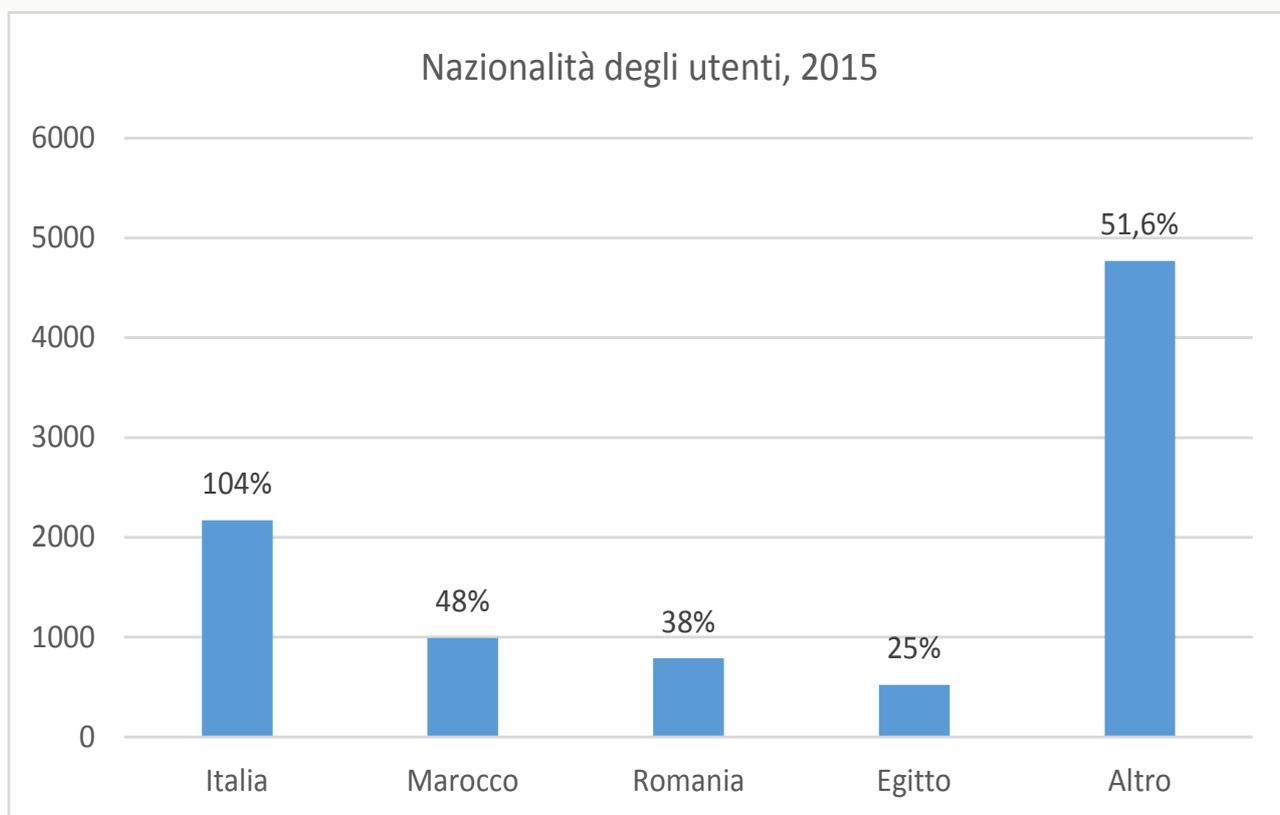
Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre maggiori nazionalità sono: Tunisia, Senegal, Ucraina, Albania, Pakistan, Algeria, Bulgaria, Eritrea, Nigeria, Costa d'Avorio, Afghanistan, Mali, Bangladesh, Camerun, Ghana, Somalia.

IL PROGETTO ARCA

Non si può parlare della situazione del disagio alla stazione di Milano Centrale senza citare la Fondazione Progetto Arca, che nel 2015 ha realizzato, in collaborazione con Ferrovie dello Stato Italiane, il Progetto HUB per il ricevimento, l'orientamento e l'accoglienza dei cittadini stranieri in transito sul territorio milanese.

Il Progetto Arca è una realtà presente a Milano da oltre 20 anni, durante i quali ha sviluppato le sue attività in favore delle persone più fragili con progetti di housing, unità di strada, sostegno alimentare, alfabetizzazione, espandendosi anche in altre città italiane e all'estero. Dal 2011 nascono azioni specifiche per l'assistenza ai cittadini stranieri, che si consolidano nel 2015 con il lancio del Progetto HUB, rivolto proprio alle migliaia di migranti che sono passati per la stazione Centrale nel loro percorso verso il resto dell'Europa, creando ciclicamente veri e propri assembramenti che hanno pesato molto sulla gestione dello scalo ferroviario. Inizialmente il progetto è intervenuto direttamente in stazione, in accordo con il Comune di Milano e Ferrovie dello Stato Italiane, per rispondere ai bisogni dei profughi. In parallelo, sono state individuate e allestite le strutture ad hoc, dove oggi stabilmente è possibile accogliere i migranti in maniera appropriata.

La stessa "migrazione" dei luoghi di accoglienza mostra come l'azione del Progetto Arca, insieme a Ferrovie dello Stato, all'Amministrazione e alle Autorità locali, sia stata rapida: fino a metà giugno 2015 l'assistenza è stata garantita direttamente nel piano ammezzato della stazione; dal 15 giugno al 1° luglio nella Galleria delle Carrozze, poi per 10 giorni in uno spazio temporaneo in via Ferrante Aporti e, fino a settembre, nell'ex Dopolavoro Ferroviario nel sottopasso Martirolo. Da settembre, invece, è operativo il nuovo HUB nel tunnel di via Sammartini, 700 metri quadri di spazi attrezzati, dove sono stati trasferiti tutti i servizi di accoglienza.

I numeri dell'attività del 2015 sono imponenti:

- 40.500 profughi in transito a Milano raccolti, assistiti e ospitati temporaneamente negli spazi messi a disposizione.
- 30 organizzazioni coinvolte.
- Più di 200 volontari.
- Più di 11.600 ore di lavoro tra educatori, mediatori culturali, psicologi, medici, assistenti sociali, operatori e autisti.
- 71.500 pasti distribuiti tra colazioni, pranzi e cene;
- Assistenza sanitaria con 4.915 visite mediche, negli spazi appositamente allestiti nell'Hub;
- Assistenza della Polfer nel progetto HUB Mobile con la raccolta e accompagnamento agli spazi dell'HUB di 9.861 profughi stazionanti in altre zone della città.
- 5.400 kit completi, 5.000 frasari, internet illimitato con 5 postazioni, spazio con 10 docce e 7 WC.



Foto di Daniele Lazzaretto per Progetto Arca.



Bologna Centrale sembra molto più piccola di tante altre stazioni importanti, più magniloquenti in architettura e retorica. Eppure è uno dei nodi ferroviari più importanti d'Italia, custode - con la grande crepa del muro della sala d'attesa - di un episodio tremendo della stagione del terrorismo. Su quel binario, nella nuova ala sotterranea, nel curatissimo atrio, tra le migliaia di passeggeri, tante persone ai margini hanno beneficiato dei servizi sociali di stazione, prima al Posto di Ascolto e, dal 2015, nel nuovo Help Center, fortemente voluto dal Comune e dall'Assessore ai servizi sociali Amelia Frascaroli¹.

Assessore, lei ha una conoscenza molto profonda del mondo della marginalità sociale bolognese, cui ha dedicato molti anni della sua vita professionale e del suo impegno politico. Come si inserisce l'Help Center nella programmazione dei servizi sociali della sua città?

Si tratta di un servizio indispensabile: il primo filtro per le persone in difficoltà, che trovano al binario 1F della stazione ascolto, informazione e orientamento verso tutta le rete dei servizi.

In questo momento il quadro del disagio muta molto rapidamente a causa dei flussi migratori, con arrivi sempre più numerosi e non strutturati: le tante persone che si muovono in autonomia, al di là dei percorsi controllati, sono visibili solo attraverso l'Help Center, che rappresenta la prima antenna che recepisce i numeri di un fenomeno e le storie che vi sono dietro, facendo emergere i tanti bisogni e le fragilità, anche in ambito sanitario.

¹ L'Assessore Frascaroli ha concluso il suo mandato a giugno 2016.

Questo è un punto comune a tutti gli Help Center: la sempre maggiore difficoltà per le persone senza dimora ad accedere al sistema sanitario e alle cure, che si estende anche ad altre forme di disagio sociale, spesso in maniera inedita. Anche a Bologna esiste questo problema?

Il problema esiste e stiamo tentando di presidiarlo. Intanto il pronto soccorso garantisce le cure a tutti, a prescindere dalla nazionalità o dalle condizioni sociali. Per le situazioni che non richiedono un intervento d'urgenza, a Bologna abbiamo due strutture, entrambe convenzionate con la ASL e gestite da medici volontari, che si sono negli anni in qualche modo specializzate su due target: una cura gli immigrati, l'altra le persone senza dimora italiane. La convenzione con la ASL consente di avere a disposizione strumenti e medicinali, ma l'apporto dei volontari è fondamentale. Resta però un grande fronte aperto, soprattutto per le situazioni più marginali, che sfuggono alla rete dei servizi.

Poco fa lei ha fatto riferimento alla questione migranti, che resta all'ordine del giorno nelle stazioni italiane e che si fa oggi particolarmente preoccupante, se si pensa ai moltissimi minori non accompagnati. Da fenomeno tipico delle città del Sud, sembra che ora stia interessando anche i centri delle altre regioni in cui si trovano gli snodi ferroviari più importanti.

Anche a Bologna il tema è di attualità, pur con sfaccettature diverse. Intanto abbiamo i minori che vengono dagli sbarchi e che nella nostra città sono ospitati nell'HUB regionale, creato nella sede dell'ex CIE. Qui troviamo una certa percentuale di adolescenti che sono a rischio. Per loro è stato creato, con un bando del Ministero, un Hub minori con 50 posti, che ci consente di separare i ragazzi dagli adulti, prevenendo così abusi e situazioni di rischio. La struttura permette una certa rotazione, necessaria per fare fronte ad una criticità che interessa la nostra regione in modo particolare, perché è l'unica, insieme a Lazio e Liguria, ad essersi attrezzata in questo senso. Un'altra criticità legata ai minori, che condividiamo soprattutto con Lombardia e Toscana, riguarda i ragazzi albanesi, che vengono condotti in Italia dalle famiglie e lasciati davanti alle questure o ai centri di accoglienza, con la finalità precisa di farli accogliere ed inserire in un progetto educativo, cui a casa non potrebbero accedere. Anche l'Help Center ha intercettato diversi casi di minori albanesi lasciati in stazione. È un fenomeno proporzionalmente importante, che assorbe circa il 60% delle risorse a disposizione per i minori e che ha caratteristiche del tutto diverse dall'emergenza umanitaria. Stiamo lavorando molto con il Ministero del Lavoro, che ha progetti di cooperazione in Albania, e col governo locale, per porre fine a questo fenomeno. Chiaramente noi rispondiamo al dovere di tutela dei minori, ma è importante far passare il messaggio che certe pratiche configurano piuttosto il reato di abbandono.

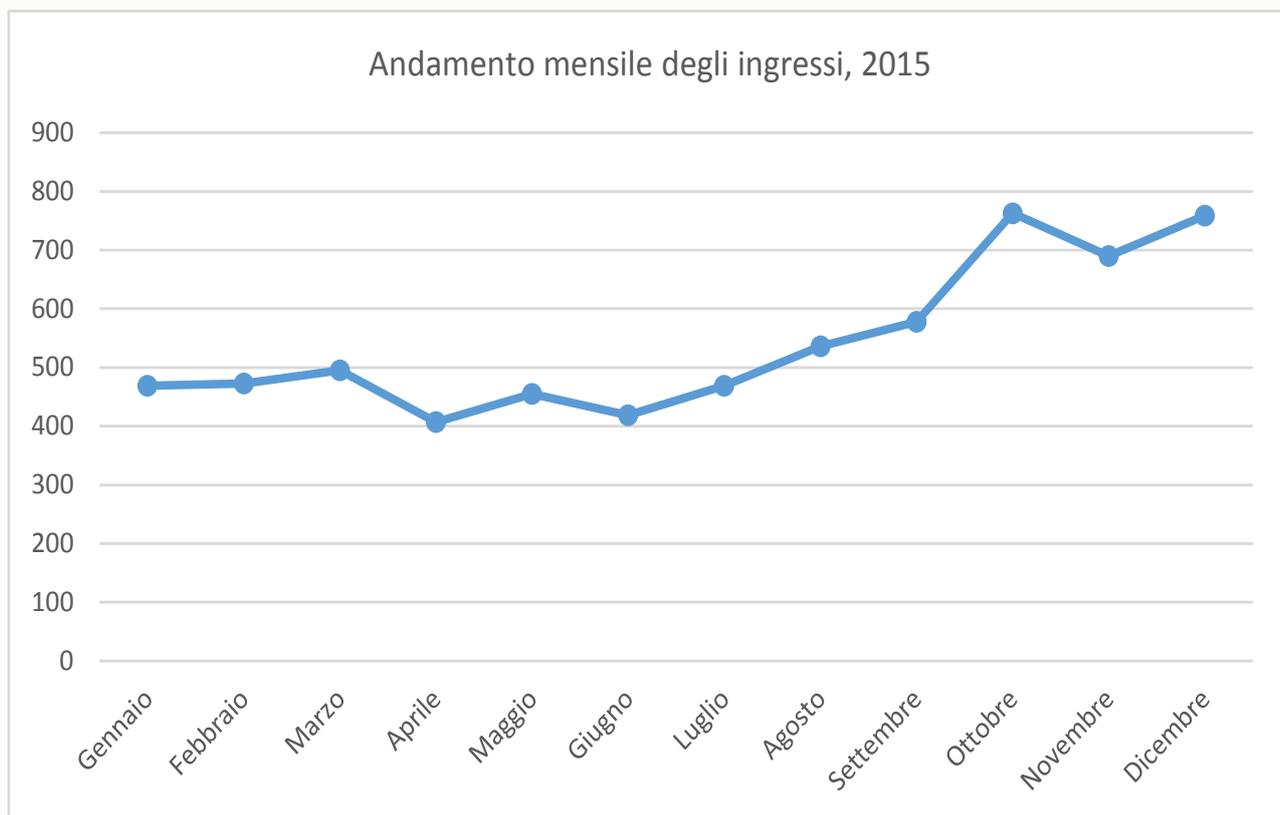
I più recenti dati Istat mostrano un aumento delle prestazioni a bassa soglia, che non corrisponde però ad un aumento proporzionale degli utenti dei servizi. È come se fosse più difficile sviluppare una progettualità più strutturata verso le persone in difficoltà, dovendosi concentrare le risorse sui servizi di prima necessità. Come commenta questa tendenza?

Devo dire che a Bologna viviamo una situazione in un certo senso privilegiata. È vero che anche da noi aumentano le prestazioni di bassa soglia, ma in una prospettiva di inclusione. Abbiamo creato recentemente un servizio specifico per i non residenti: anche chi è sfrattato perde la residenza e rischia di vedere la propria condizione precipitare repentinamente. Abbiamo aperto anche un nucleo dedicato alle famiglie con fragilità abitativa, che non hanno i requisiti per accedere ai cosiddetti alloggi di transizione: si tratta per lo più di nuclei a reddito zero, che, persa la casa, rischiano di venire separate nei vari centri di accoglienza. In questo modo i servizi sociali possono agire in un'ottica di prevenzione: cerchiamo di dare una risposta all'urgenza, per poter far partire un progetto di inclusione, prima che il danno derivato dalla perdita della casa abbia conseguenze definitive.

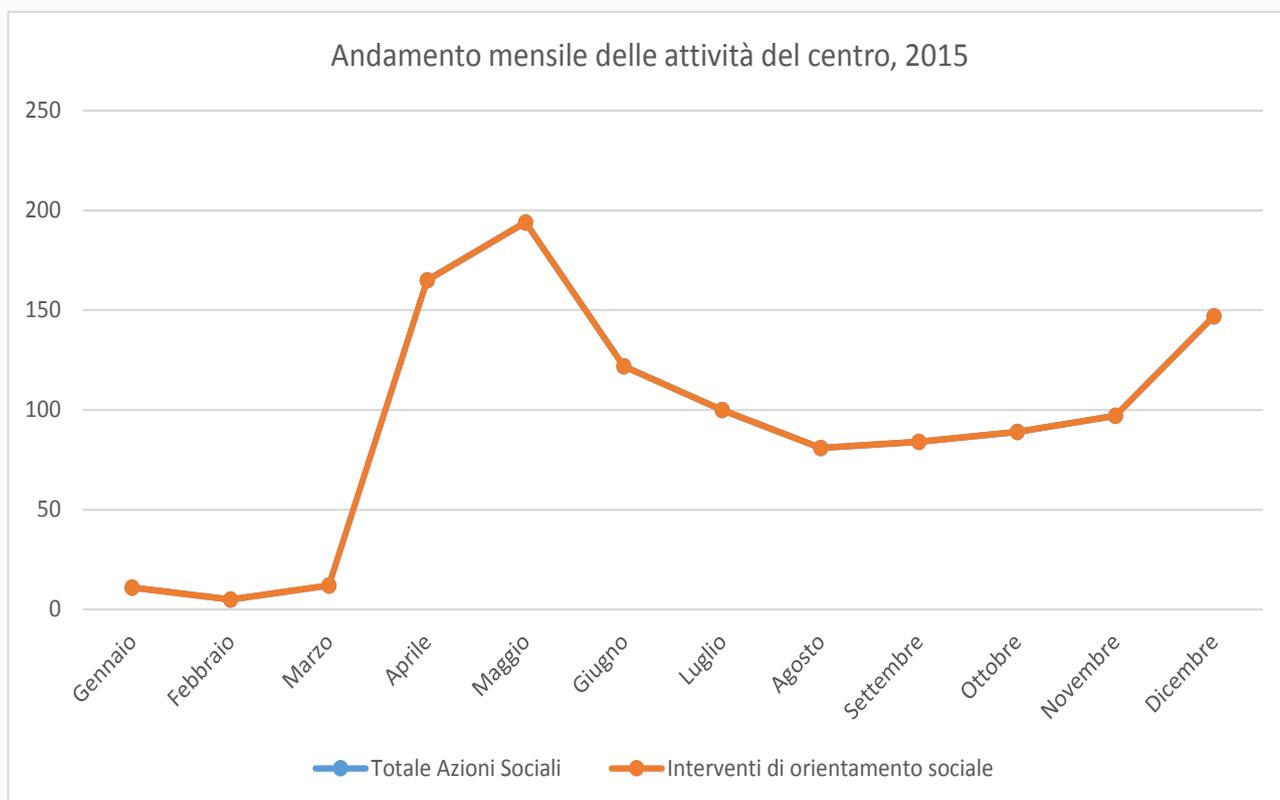
L'approccio che ci ha appena descritto sembra rispondere alle indicazioni contenute nelle linee di indirizzo sulla marginalità emanate dal Ministero del Lavoro, che propongono l'Housing First come buona prassi da sviluppare per il contrasto al disagio. Lei condivide questa visione?

Senz'altro. L'Housing First è una pratica consolidata da parecchio a Bologna, che rappresenta, direi, un'esperienza di eccellenza nel Paese.

Purtroppo oggi dobbiamo fare i conti con una domanda alloggiativa che supera la disponibilità del Comune. Solo lo scorso anno a Bologna abbiamo avuto 1584 sfratti esecutivi: almeno un terzo chiede protezione. Gli alloggi non bastano e molti sono da ristrutturare, ma non ci sono i fondi. Stiamo cercando di aumentare la disponibilità utilizzando edifici pubblici vuoti da tempo, dove creare quegli alloggi di transizione cui accennavo poco fa: ripari abitativi per un massimo di due anni, per poter rendere efficace l'accompagnamento sociale. Attualmente ne abbiamo in funzione circa 200 che consentono una permanenza di 18 mesi. La buona notizia è che funzionano con una certa rotazione, a dimostrazione del fatto che l'accompagnamento sociale, se c'è, una casa, riesce ad essere efficace.

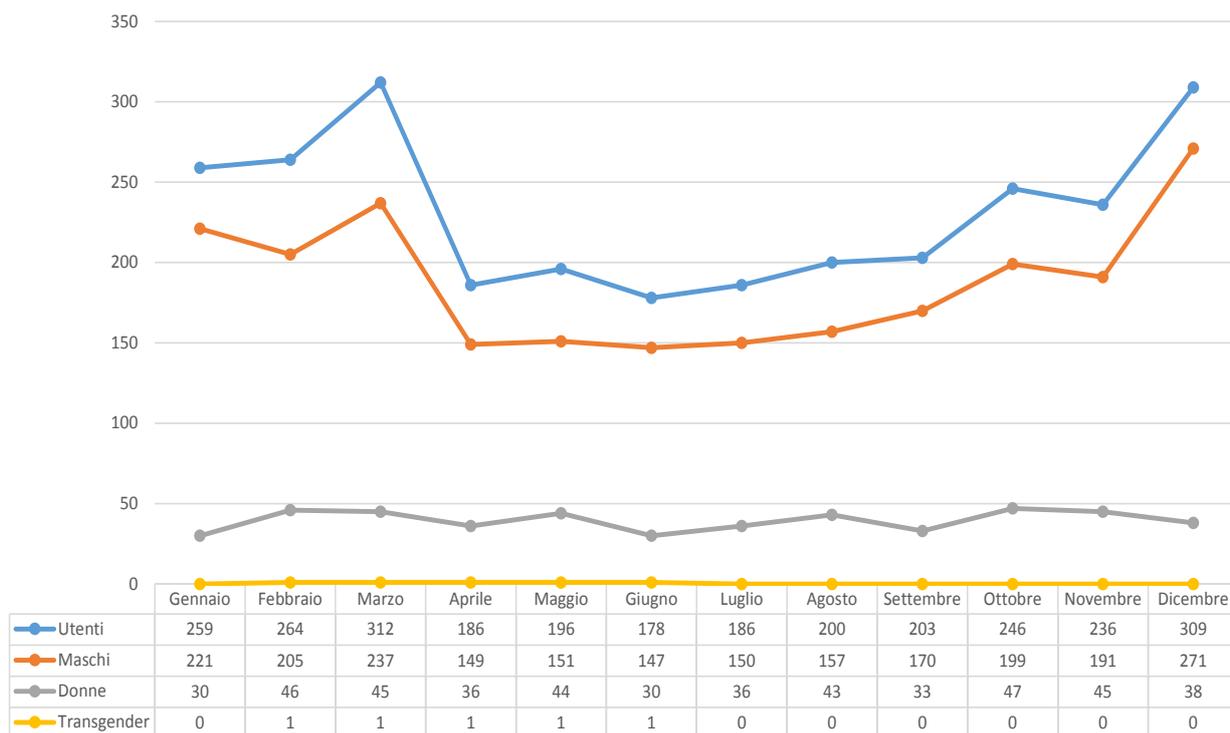


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



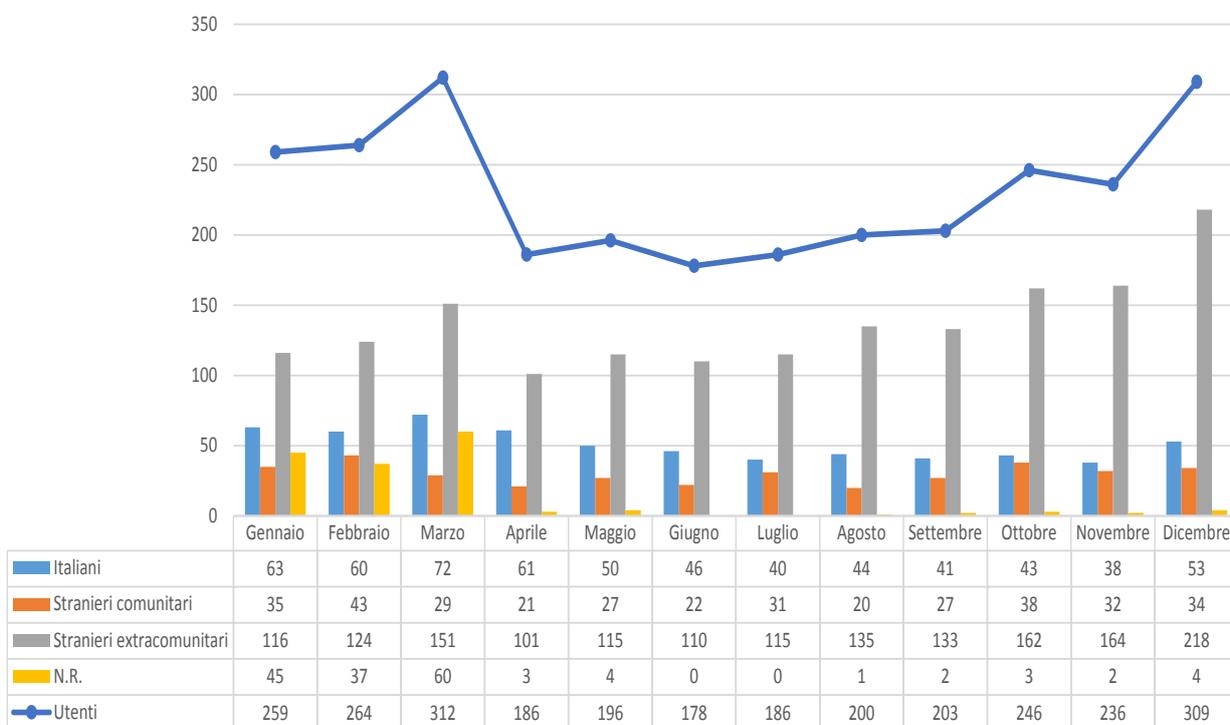
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. Dato che l'Help Center di Bologna effettua solo interventi di orientamento sociale, il loro totale coincide con quello delle azioni sociali.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015

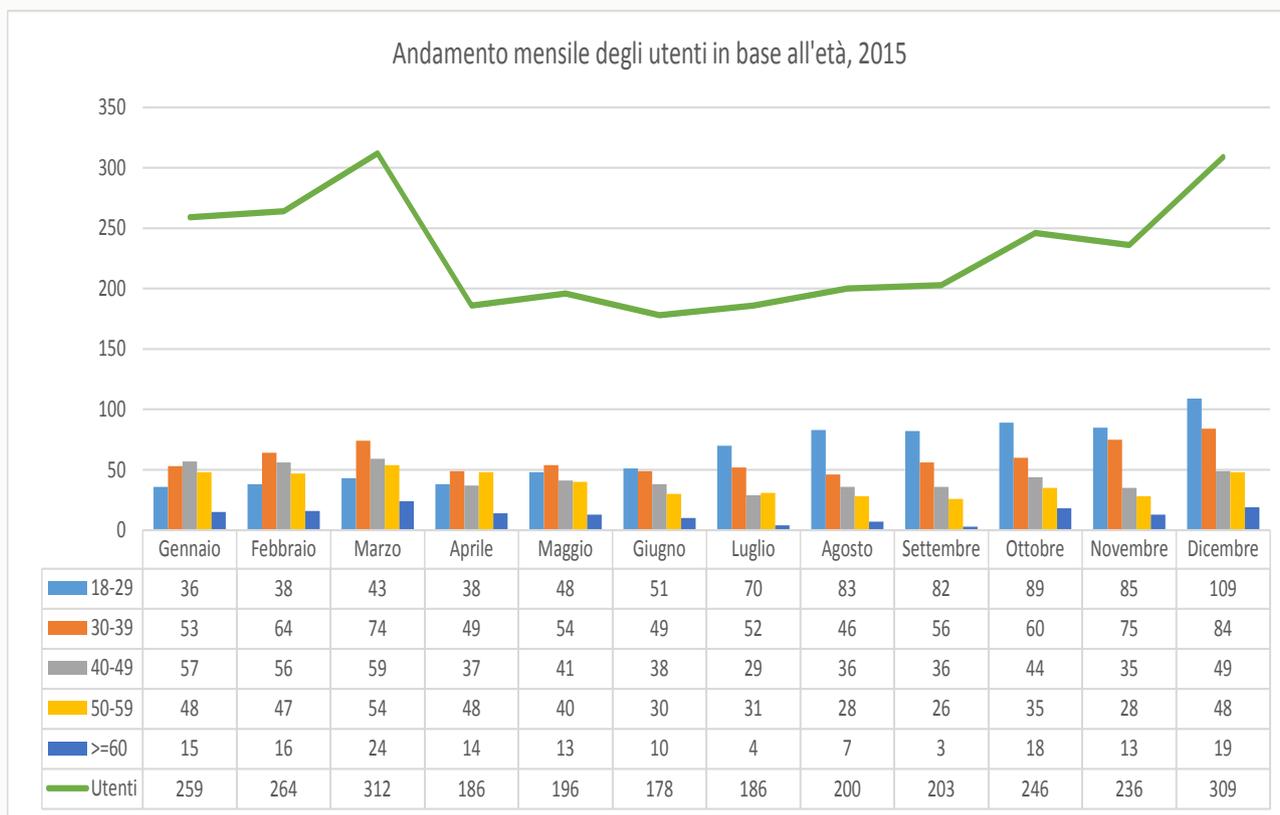


Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

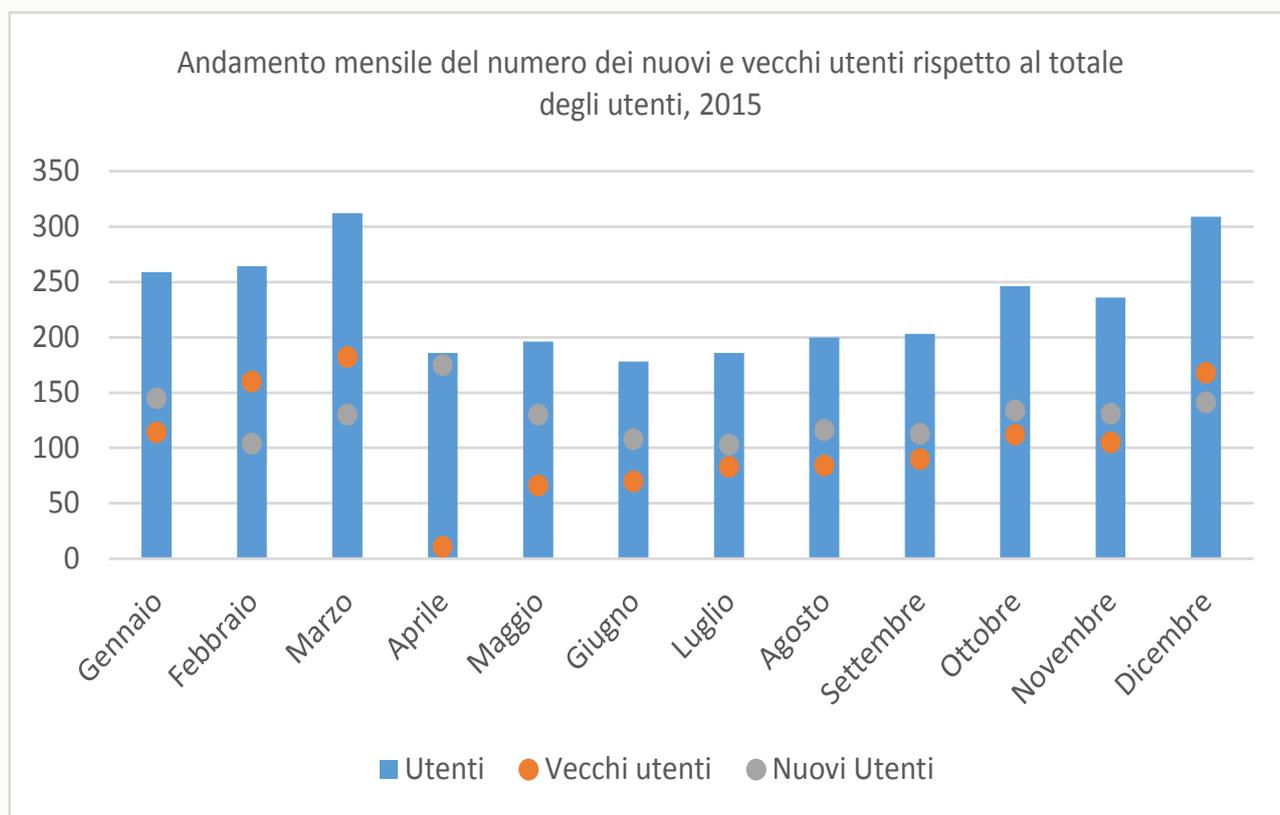
Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



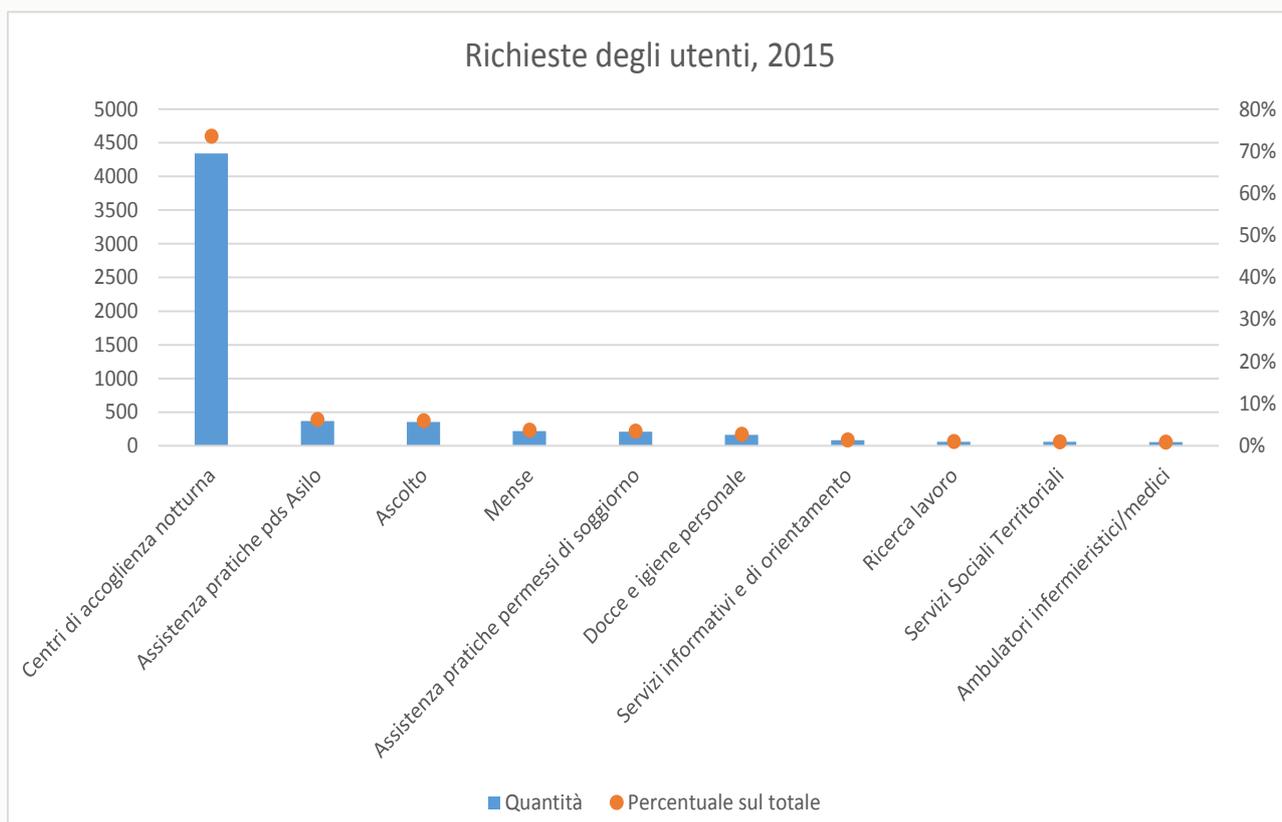
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.



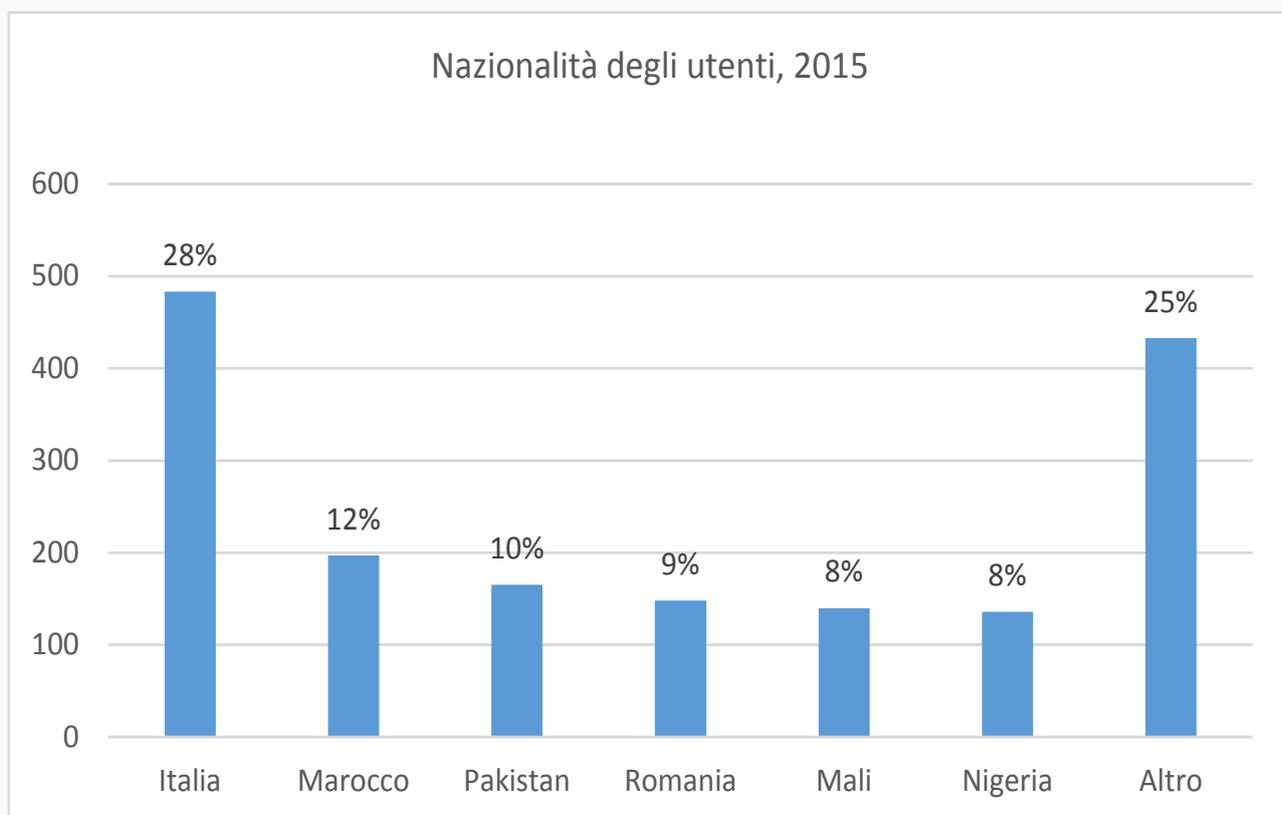
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre maggiori nazionalità sono: Tunisia, Gambia, Senegal, Polonia, Afghanistan, Albania, Algeria, Ucraina, Eritrea, Cina, Bulgaria, Ghana, Costa d'Avorio, Moldavia.



FIRENZE

A Firenze Santa Maria Novella esiste la più antica presenza italiana strutturata di aiuto per le persone in difficoltà nelle stazioni, condotta da oltre un secolo dall'ACISJF – Protezione della giovane. Una realtà importante per la città, che Sara Funaro, dal 2014 assessore al Welfare e sanità, Accoglienza e integrazione, Pari opportunità, Casa, ha voluto valorizzare anche in maniera formale.

Assessore Funaro, il ruolo tradizionale degli Help Center è quello di prestare ascolto alle persone senza dimora che si trovano nelle stazioni, per orientarle verso i servizi sociali della città. Come si integra il centro di Santa Maria Novella nel quadro delle politiche di welfare di Firenze?

L'Help Center svolge una funzione fondamentale per le persone senza dimora che ruotano intorno alla stazione. È, di fatto, il primo punto di contatto per l'avvio ad una presa in carico, che è poi l'obiettivo del Comune: offrire alle persone un percorso strutturato che le allontani definitivamente dalla strada.

Dall'inizio del 2015 siamo finalmente riusciti a siglare un protocollo di intesa tra l'Help Center e i servizi sociali, che tiene in considerazione la vasta gamma di attività che l'ACISJF porta avanti, soprattutto per le donne.

Penso, ad esempio, ai corsi di italiano e ai corsi di formazione per le badanti, o al centro di accoglienza "Casa Serena" di via Nazionale. Si tratta di azioni che si integrano in una strategia di presa in carico ampia, cui partecipa tutta la rete dei servizi.

Il senso di questo protocollo di intesa, che mette tra l'altro a disposizione dell'Help Center un'assistente sociale comunale, è proprio di facilitare la connessione con gli altri servizi, affinché la presa in carico sia davvero a tutto tondo.

Dalle sue parole, sembra emergere una situazione in controtendenza rispetto al quadro nazionale, che – stando alle più recenti rilevazioni ISTAT, ma anche secondo i dati ONDS – vede un aumento delle prestazioni a bassa soglia, a scapito di una strategia orientata ad una progettualità di inclusione più strutturata, per la quale non ci sarebbero risorse sufficienti. A Firenze non è cresciuta la bassa soglia?

A dire il vero, no. Anzi, qui la situazione è stazionaria, se non addirittura in calo. Se paragoniamo i dati dell'accoglienza invernale, ad esempio, della stagione 2014-15 a quella appena passata, abbiamo avuto una diminuzione delle richieste. Ora, non so dire se la relativa mitezza del clima dello scorso inverno possa essere individuata come concausa, ma direi che abbia influito senz'altro l'aumento delle accoglienze permanenti, sostenute da una progettualità più sviluppata.

Quindi lei condivide l'idea, che ormai ha preso piede a livello europeo ed è stata anche integrata nelle linee di indirizzo sulla marginalità del Ministero del Lavoro, che cioè l'approccio Housing First sia il modello di intervento più efficace?

A Firenze abbiamo puntato molto su questo aspetto, acquisendo le indicazioni del Ministero. Abbiamo operato da un lato una razionalizzazione dei costi dell'accoglienza, dall'altro una ricognizione del patrimonio immobiliare, suddividendone la destinazione in tre categorie: edilizia popolare, alienazione e fini istituzionali, ovvero sede di associazioni, case rifugio, alloggi per i familiari dei pazienti ricoverati nei nostri ospedali.

A quanto ammontano le strutture disponibili in città?

Il Comune dispone di 8000 alloggi in edilizia popolare. I posti letto in strutture di accoglienza sono circa 1300, poi abbiamo 15 alloggi "volano" per le persone sfrattate, cui se ne aggiungono altrettanti ora in ristrutturazione. Ci sono poi interventi paralleli che riguardano i padri separati, con 11 appartamenti e altri 15 destinati all'housing sociale.

Con quali fondi riuscite a gestire questo patrimonio?

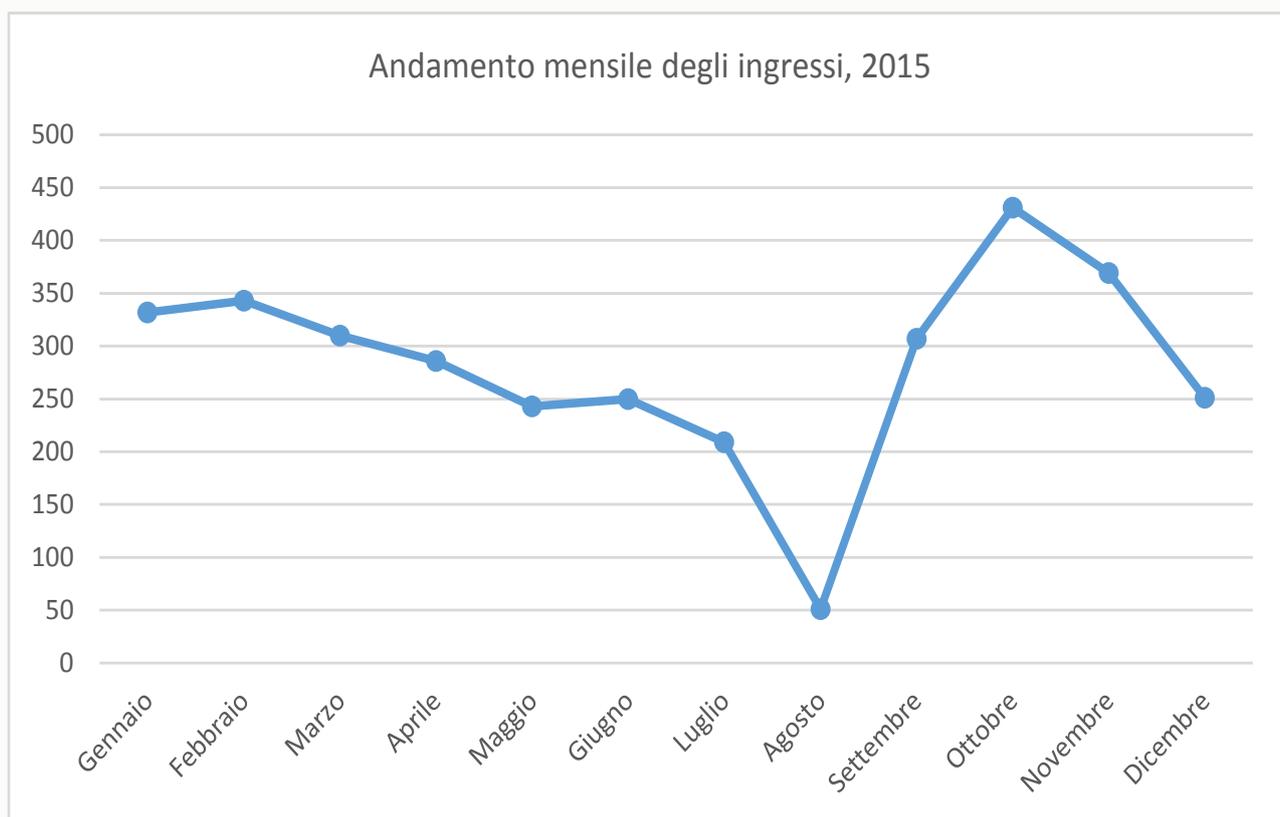
A parte uno stanziamento specifico, per il progetto dell'housing sociale abbiamo utilizzato i fondi del PON Metro. Per le case popolari, disponiamo di risorse ministeriali, erogate dalla Regione. Ad altri fondi regionali, poi, sono stati aggiunti finanziamenti di Enel Cuore Onlus, donazioni della Menarini e dell'Ente Cassa di Risparmio: cerchiamo di integrare i denari pubblici con l'apporto di imprese e fondazioni su progetti specifici. Grazie anche alla disponibilità del Terzo Settore, questo sistema ci consente, come dicevo, di puntare sulle accoglienze permanenti.

Un'altra questione che emerge in tutta la sua gravità dai dati ONDS e che riguarda la sua sfera di competenza è la salute delle persone senza dimora: sembra che sia sempre più difficile per loro l'accesso alle cure, all'ospedalizzazione, ad una convalescenza adeguata.

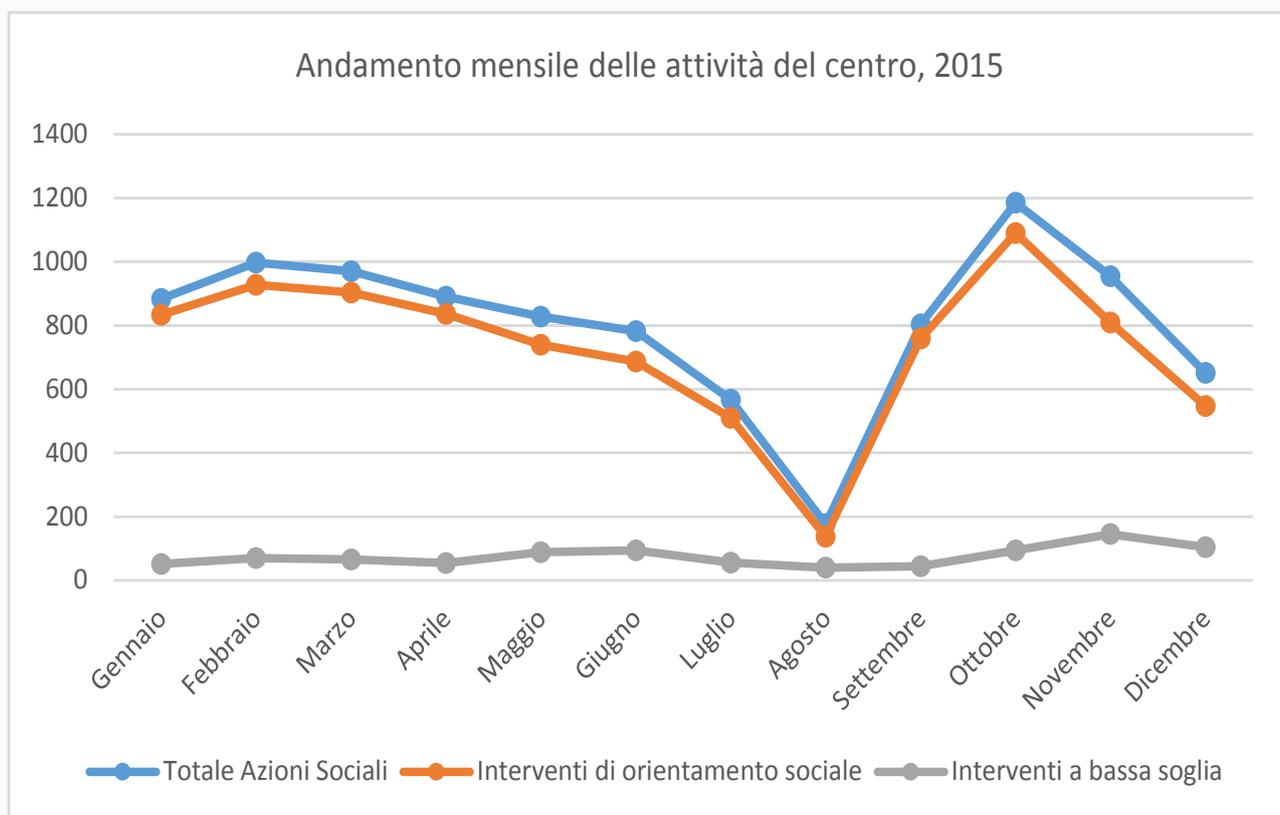
Il problema è noto. Noi abbiamo finalmente istituito la residenza fittizia, che consente alle persone senza dimora di accedere alle prestazioni del servizio sanitario nazionale, grazie anche alla rete delle organizzazioni che gestiscono la presa in carico. In città, poi, esiste un importante presidio gestito dalla Caritas: l'ambulatorio Stenone, dove molti medici volontari erogano prestazioni gratuite a persone disagiate. All'ambulatorio è collegata anche la Casa Stenone, una struttura di accoglienza ponte, pensata proprio per le persone senza dimora che devono trascorrere un periodo in convalescenza. Per le medicine, invece, abbiamo una convenzione con l'AFAM, l'Azienda Farmaceutica Municipalizzata e con il Centro Missionario Medicinali, che ci consentono di reperire le cure anche per le persone in stato di marginalità più grave, anche attraverso l'Help Center. Il centro di Santa Maria Novella è davvero il primo presidio sul territorio per quanto riguarda le persone senza dimora. Ma l'Help Center è prezioso anche per intercettare altri tipi di disagio, più nuovi e difficili. Penso ad esempio ai minori stranieri non accompagnati.

Questo è un problema gravissimo che riscontriamo nei nostri Help Center, soprattutto nelle regioni meridionali. Anche Firenze è interessata da questo fenomeno?

Firenze è una delle città che registra il maggior numero di minori non accompagnati: siamo a 287 presi in carico. Molti di loro vengono fatti scendere dal treno, perché non hanno il biglietto: solo l'Help Center ne ha intercettati 26. Ma la presa in carico, naturalmente, compete al Comune. È un problema molto delicato, con dei costi assai sostenuti e con dubbi rispetto a una possibile rete di persone che gestisce il movimento di questo di questi ragazzi, proprio per questo a Firenze abbiamo creato delle strutture sperimentali, che prevedono un mese di accoglienza, durante il quale lavoriamo con la rete del Terzo Settore specializzato e della pubblica sicurezza per garantire la giusta protezione a questi ragazzi. Come ripeto, anche su questo fronte l'Help Center dà un aiuto preziosissimo, perché riesce ad individuare in stazione le situazioni critiche e le segnala alla Polizia e a noi, in modo che possiamo intervenire tempestivamente.

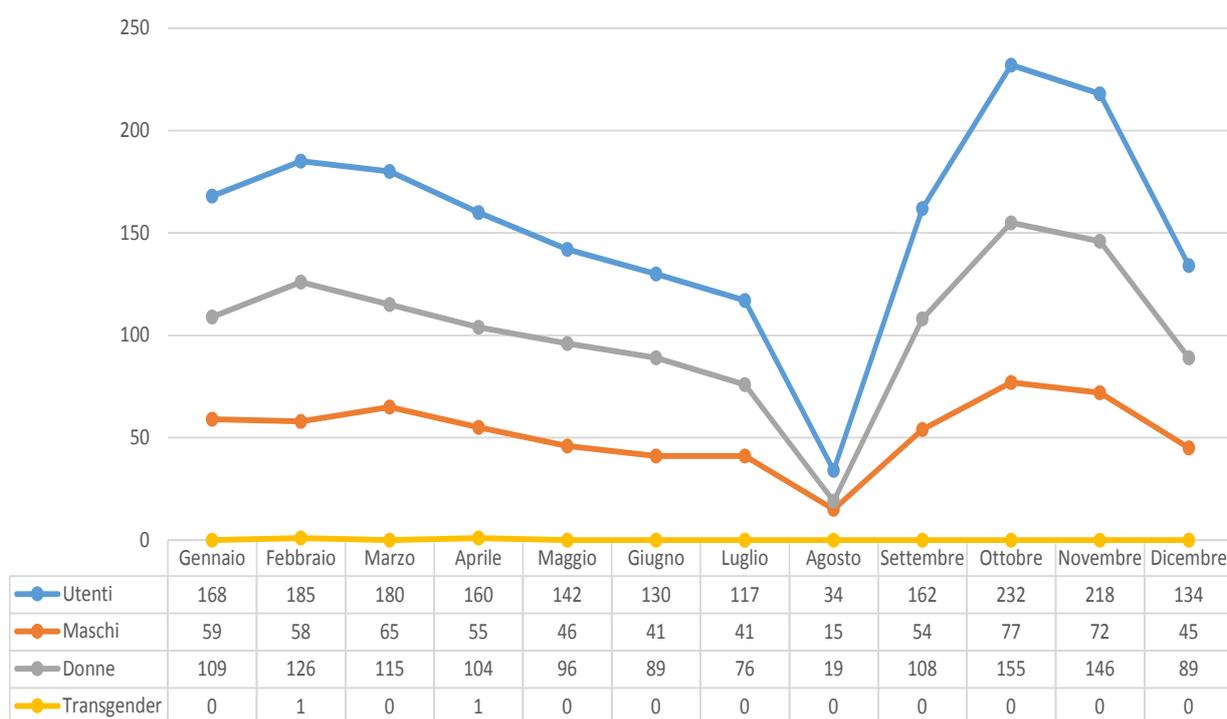


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



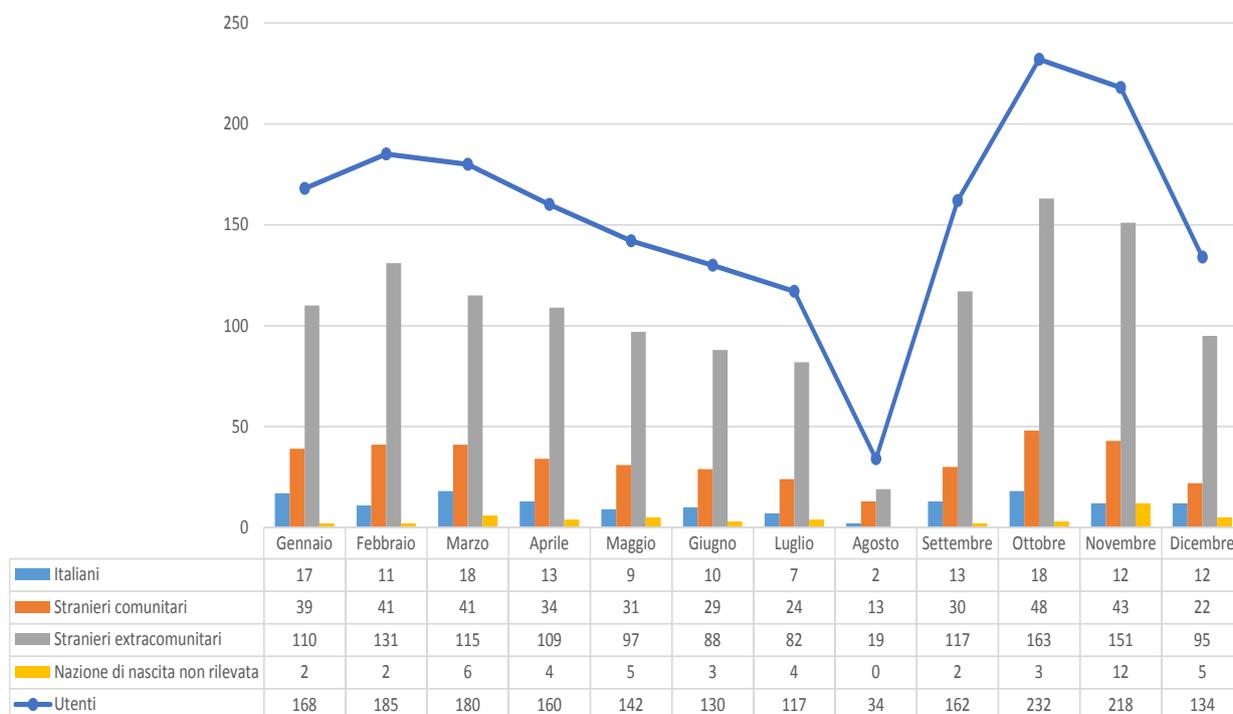
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015



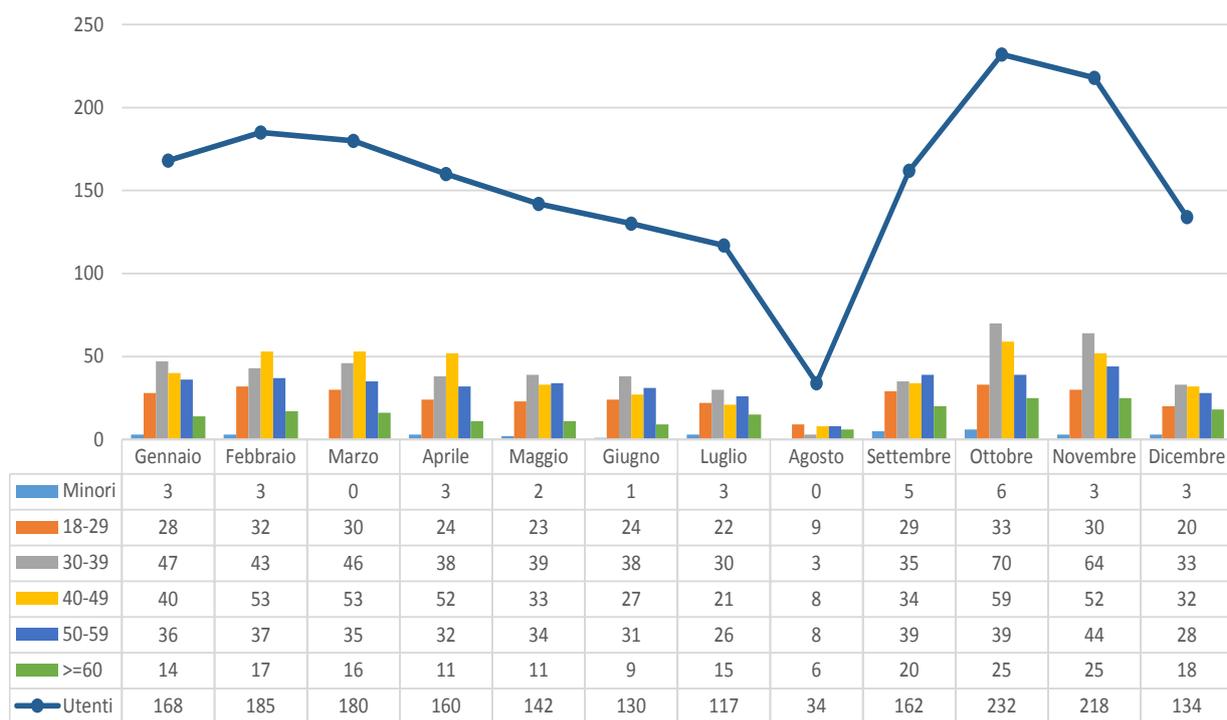
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



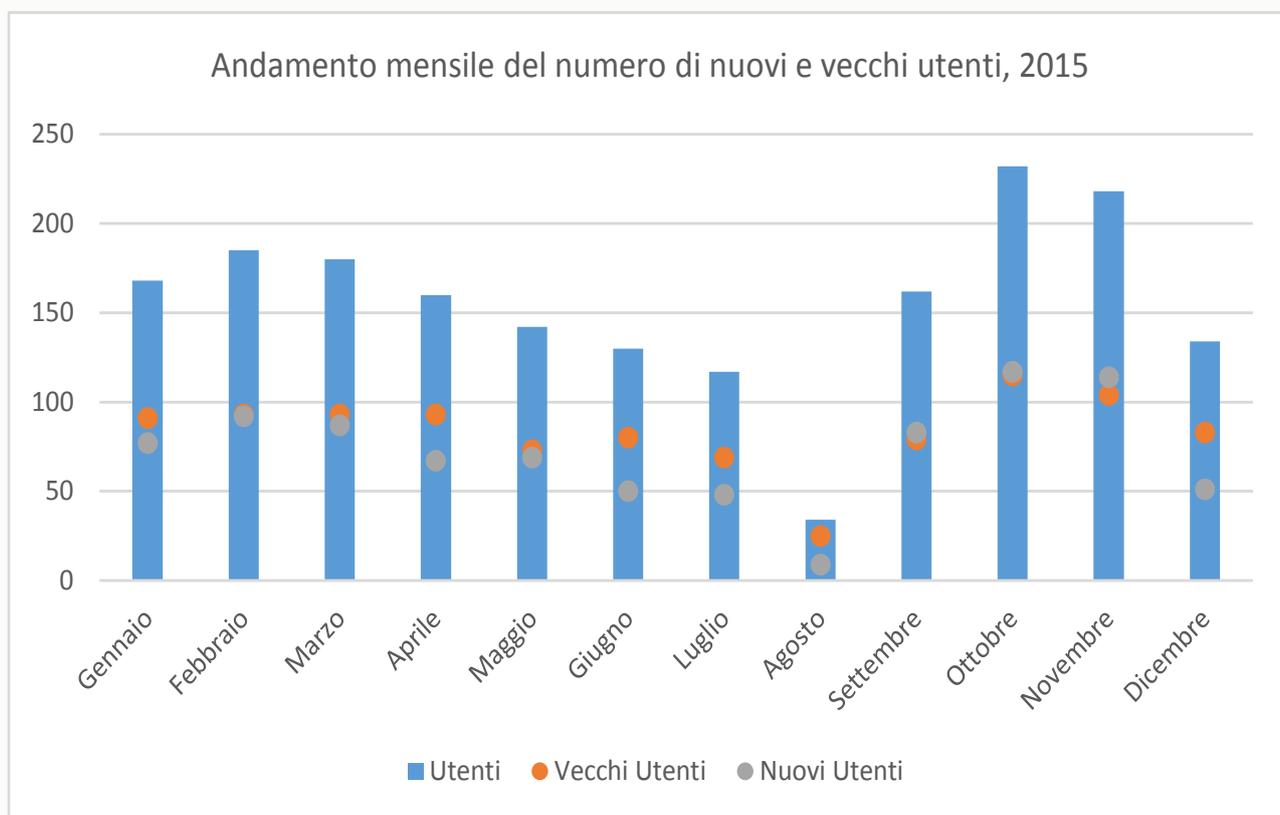
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015

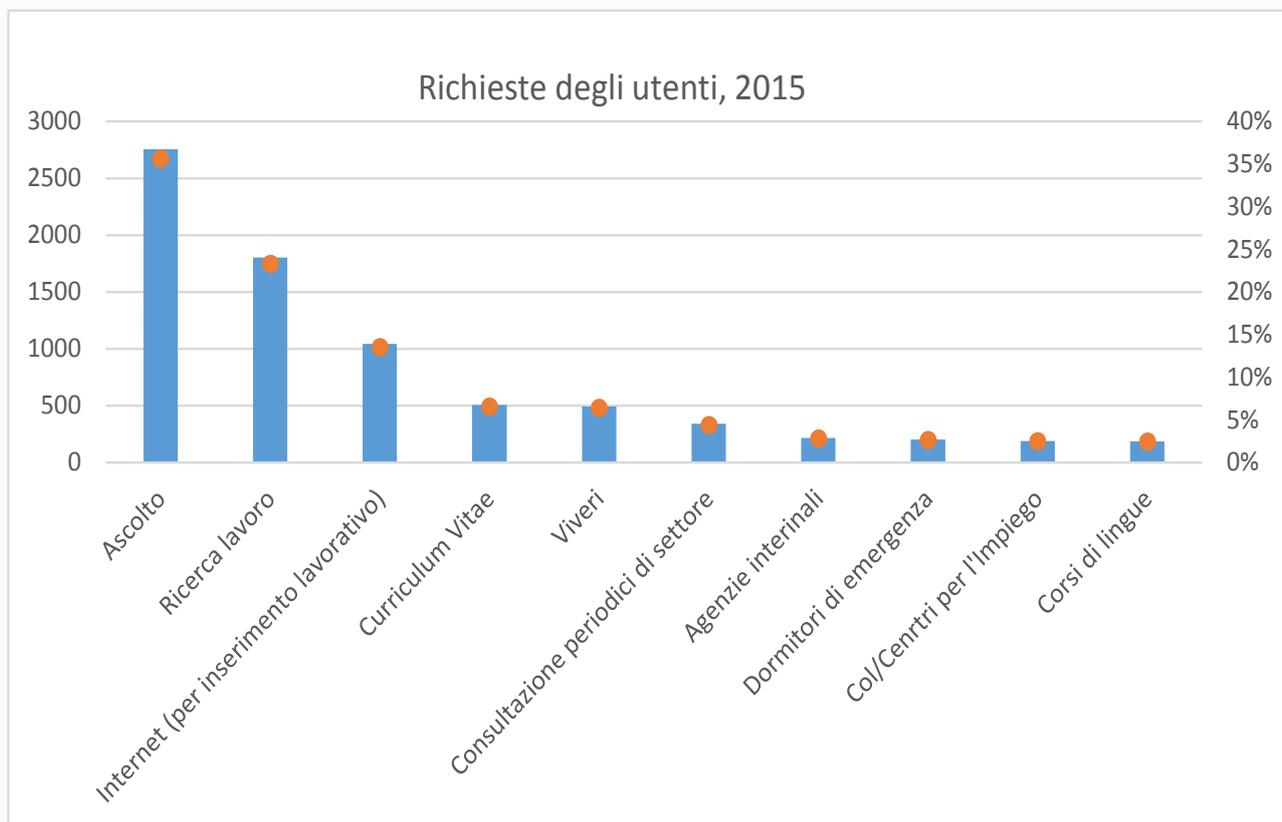


Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

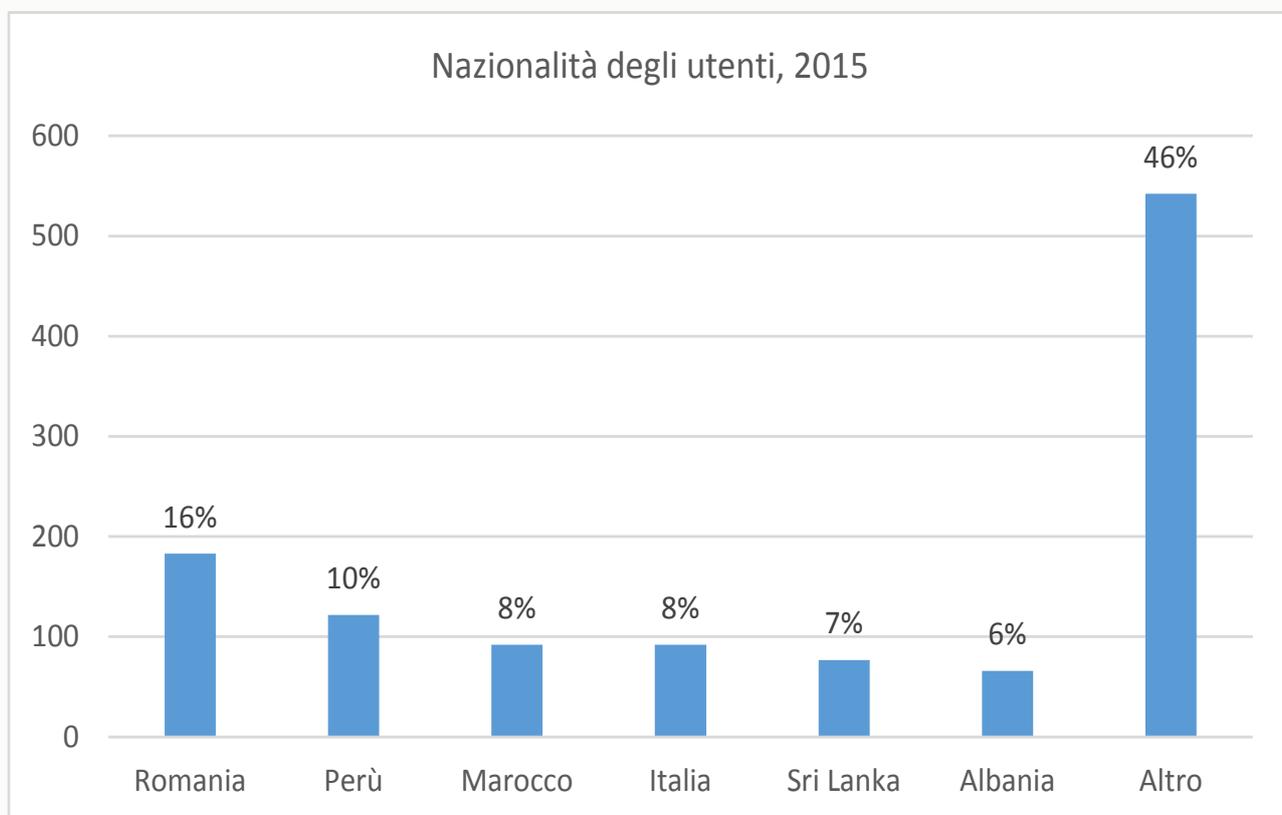
Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre maggiori nazionalità sono: Ucraina, Nigeria, Senegal, Bulgaria, Somalia, Honduras, India, Bangladesh, Filippine, Tunisia, Brasile, Polonia, Etiopia, Georgia.



Dal 1° novembre 2015, a seguito delle dimissioni del Sindaco Ignazio Marino, al 19 giugno 2016, con l'elezione di Virginia Raggi, Roma è stata guidata da un commissario prefettizio. Per questo motivo, il punto di vista dell'istituzione locale circa il ruolo dell'Help Center e, più in generale, su alcune questioni di rilievo nell'ambito della marginalità sociale, assume qui un carattere più tecnico, nelle parole di Michela Micheli, dirigente del Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute - Direzione Accoglienza e Inclusione, U.O. Sistemi di Accoglienza di Roma Capitale.

Dottoressa Micheli, l'Help Center di Roma Termini è stato il primo presidio fisso della Sala Operativa Sociale in una stazione ferroviaria: come si inserisce e che ruolo ha questo centro nell'ambito delle politiche sociali cittadine sulla marginalità sociale?

Si tratta di un servizio centrale nel quadro delle azioni cittadine in favore dell'utenza in condizioni di marginalità estrema, che garantisce un costante intervento di accoglienza a sostegno della popolazione più fragile del territorio, che riconosce come ambito di riferimento la zona del principale snodo ferroviario della città. Recentemente abbiamo avviato una procedura di gara per l'affidamento della gestione del servizio Help Center Termini, con annessa accoglienza notturna, ritenendo non immaginabile l'interruzione di questa esperienza.

Dai dati raccolti dagli Help Center della rete ONDS, così come dalle più recenti rilevazioni ISTAT, emerge un aumento crescente dei servizi a bassa soglia che vengono erogati, a discapito di una progettualità di inclusione più strutturata. Anche Roma riscontra questa tendenza? Si deve al mutare dei bisogni, o alla difficoltà di rendere efficaci percorsi di inclusione più avanzati?

L'esigenza di attivazione di servizi a bassa soglia, tesi al soddisfacimento del bisogno primario di sopravvivenza delle persone che versano in particolari gravi condizioni di disagio economico, familiare e sociale e di salute, è ineludibile in una metropoli come Roma dove il disagio sociale di strada assume livelli allarmanti, anche per la crescente presenza di immigrati e cosiddetti

nuovi poveri, come indica anche il 2° rapporto ISTAT sulla povertà in Italia – anno 2014. Tali interventi devono però essere sempre coniugati con azioni più strutturate ed è ciò che stiamo cercando di fare, promuovendo, accanto ai tradizionali servizi di mense sociali e dormitori, strutture residenziali e semiresidenziali con ridotta capienza ove possono essere impostate progettualità di più ampio respiro.

Dagli Help Center delle stazioni sono emersi, in questi ultimi 3 anni, dati allarmanti circa la situazione sanitaria delle persone senza dimora e la difficoltà a garantire loro l'accesso alle cure, l'ospedalizzazione, ma soprattutto aree di convalescenza, per evitare la recrudescenza delle malattie. Come si affronta il problema a Roma? È lecito pensare a nuovi dispositivi che garantiscano l'effettivo esercizio del diritto alla salute anche da parte dei soggetti più marginalizzati?

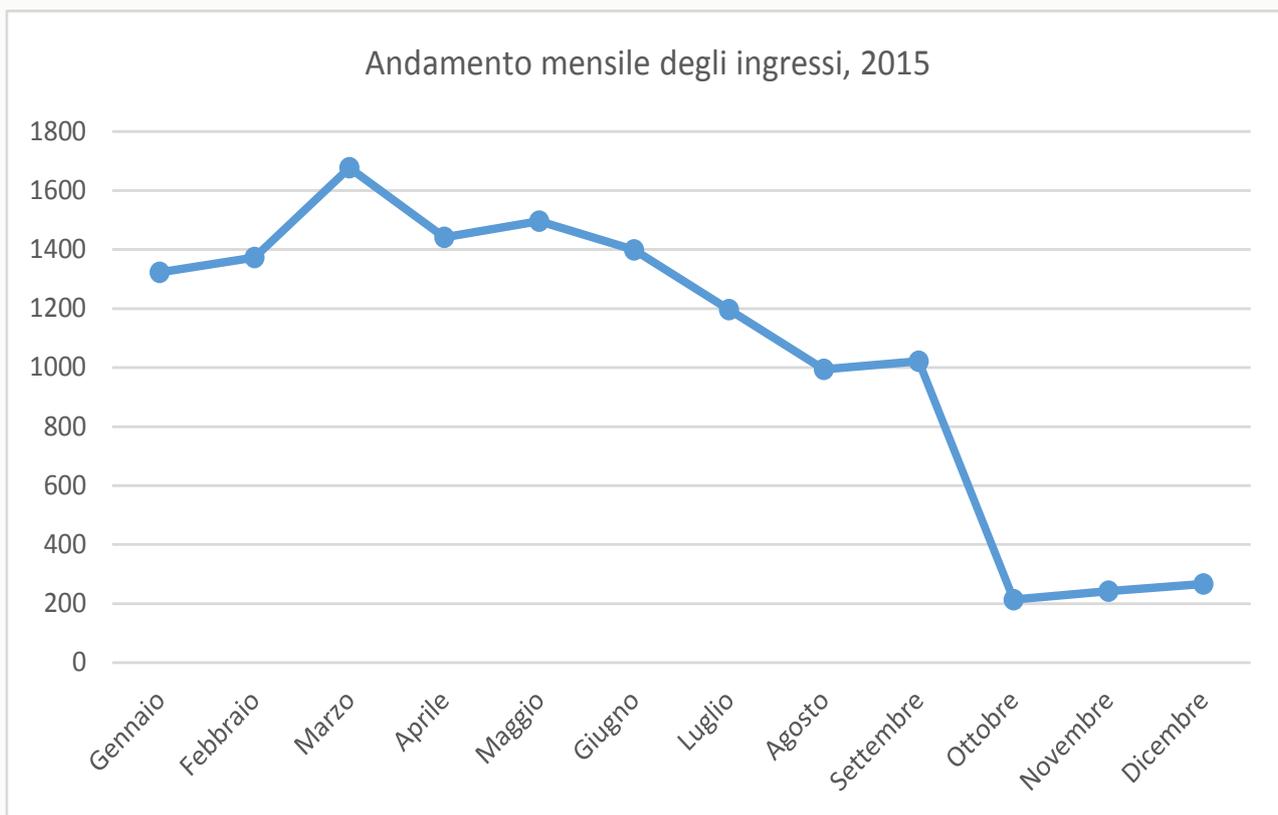
Il nostro Dipartimento ha assunto iniziative in tal senso promuovendo protocolli d'intesa con i servizi sanitari territoriali, l'Istituto INMP (ex San Gallicano), Medici Senza Frontiere, Croce Rossa e l'ambulatorio per le vittime di tortura del Centro Astalli.

La gran parte degli utenti dell'Help Center sono immigrati: del resto, il 2015 si è caratterizzato per l'alto numero degli sbarchi, che finiscono con l'impiantare fortemente sulle grandi città. Lei ritiene che la differenziazione dei servizi tra senza dimora e immigrati sia adatta a rispondere all'emergenza, oppure un approccio integrato, anche a livello di fondi, potrebbe essere più efficace?

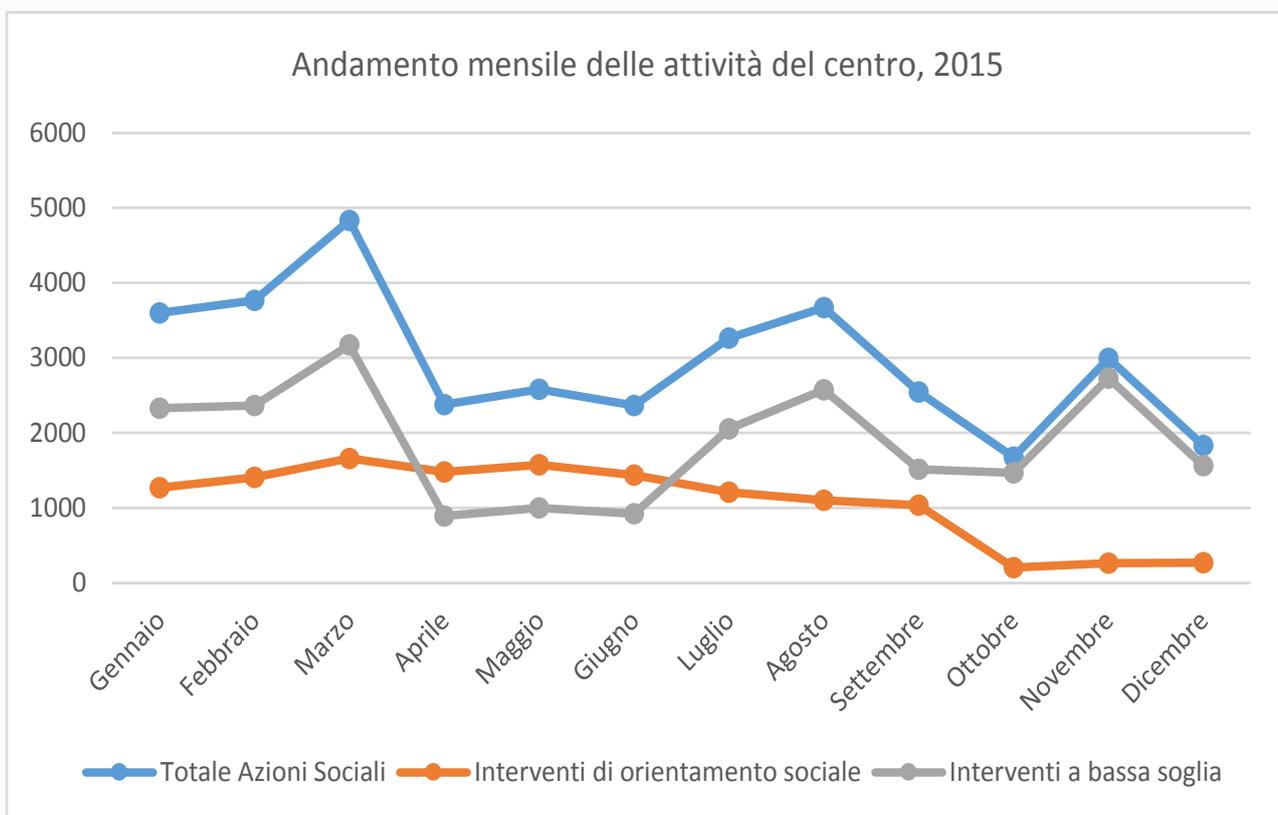
Sono convinta che la sfida che abbiamo davanti sia quella di realizzare una sempre maggiore integrazione dei servizi in essere, senza distinzioni categoriali tra homeless ed immigrati (le due tipologie di utenza del resto hanno spesso labili demarcazioni), valorizzando comunque le peculiarità specifiche di ciascuno, ottimizzando così l'utilizzo delle limitate risorse a disposizione. Del resto le recenti *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia* emanate dal Ministero del Lavoro e dell'Inclusione Sociale ed approvate dalla Conferenza Unificata in data 5.11.2015 si basano su un approccio fortemente integrato, multidimensionale ed unitario degli interventi.

Roma Capitale ha adottato la piattaforma Anthology, nata proprio dagli Help Center, per la gestione del sistema di accoglienza adulti e dell'Ufficio Immigrazione. Quanto è importante per lo sviluppo dei servizi sociali di una città così grande l'uso di strumenti condivisi?

Ritengo si tratti di uno strumento strategico per la programmazione ed il governo dei servizi dell'emergenza e dell'accoglienza. Ci consente di poter censire l'utenza, registrare in tempo reale gli interventi attuati in favore della persona, condividere le informazioni. Credo che i tempi siano maturi per estendere la piattaforma a tutti i Municipi di Roma Capitale, dopo la sperimentazione recentemente avviata nel Municipio I Centro Storico.

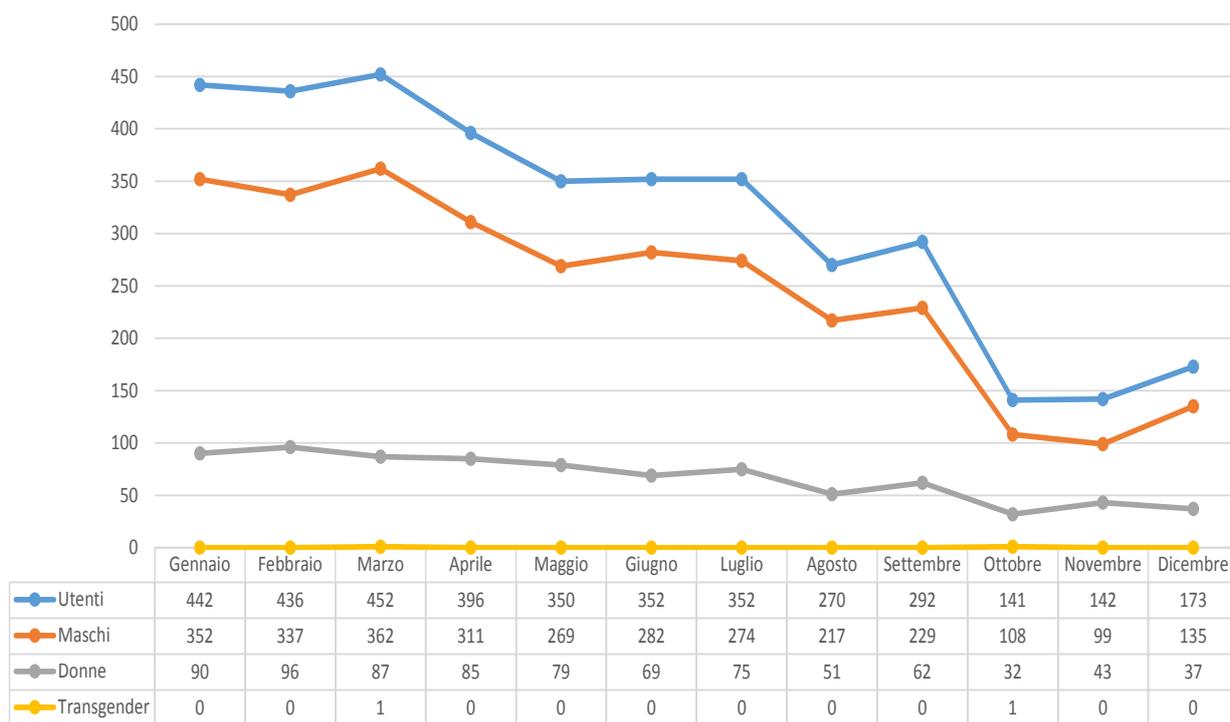


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati in ogni mese e la linea ne descrive l'andamento. Bisogna notare che il calo di ingressi registrato da ottobre è dovuto alla limitazione all'accesso ai binari istituita alla stazione Termini.



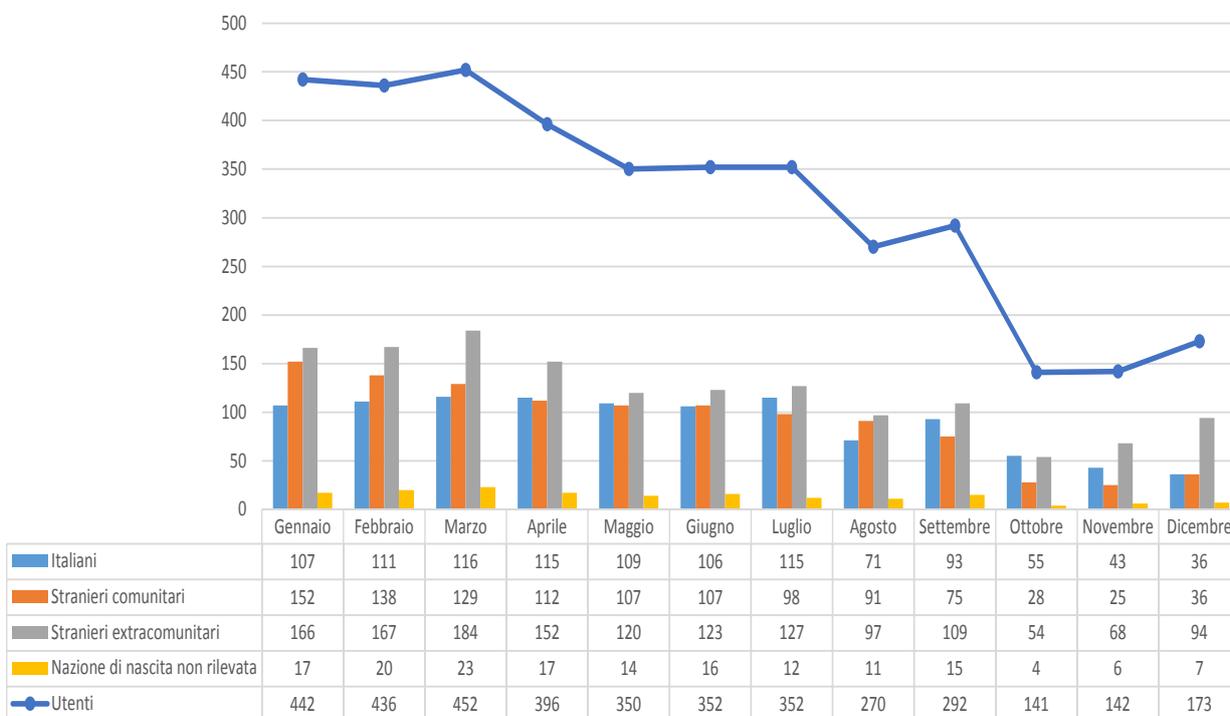
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. Bisogna notare che il calo di interventi di orientamento sociale registrato da ottobre è dovuto alla limitazione all'accesso ai binari istituita alla stazione Termini.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015



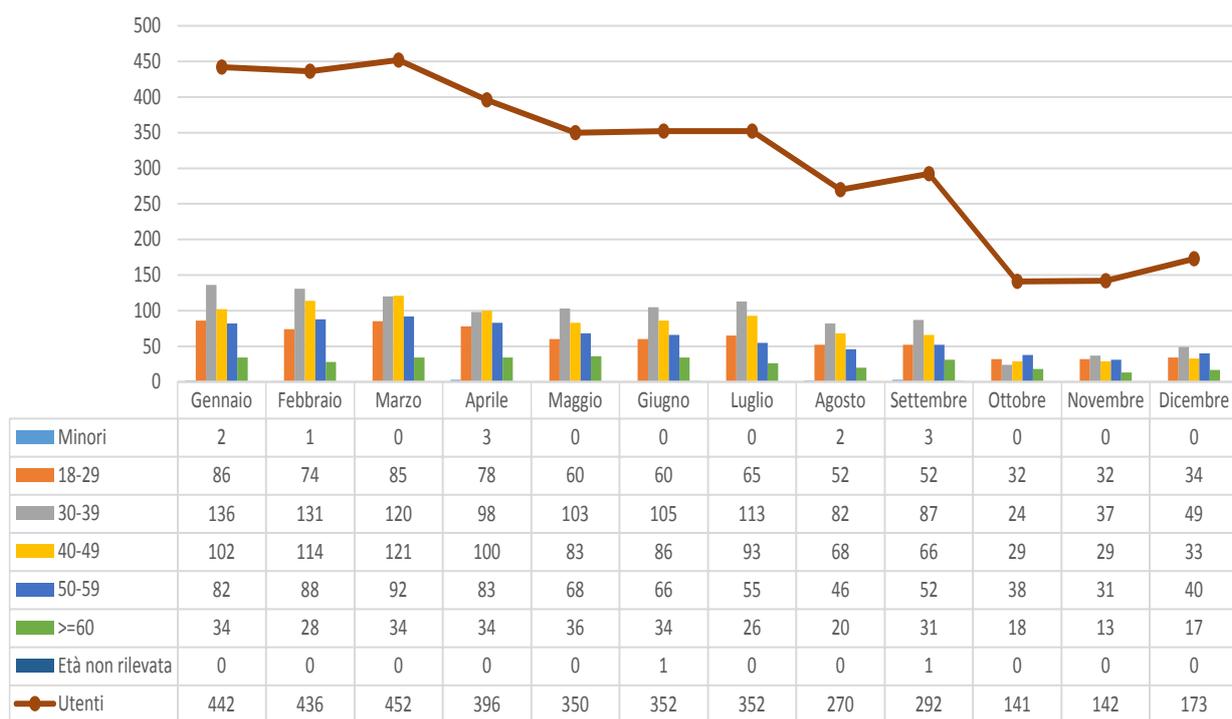
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



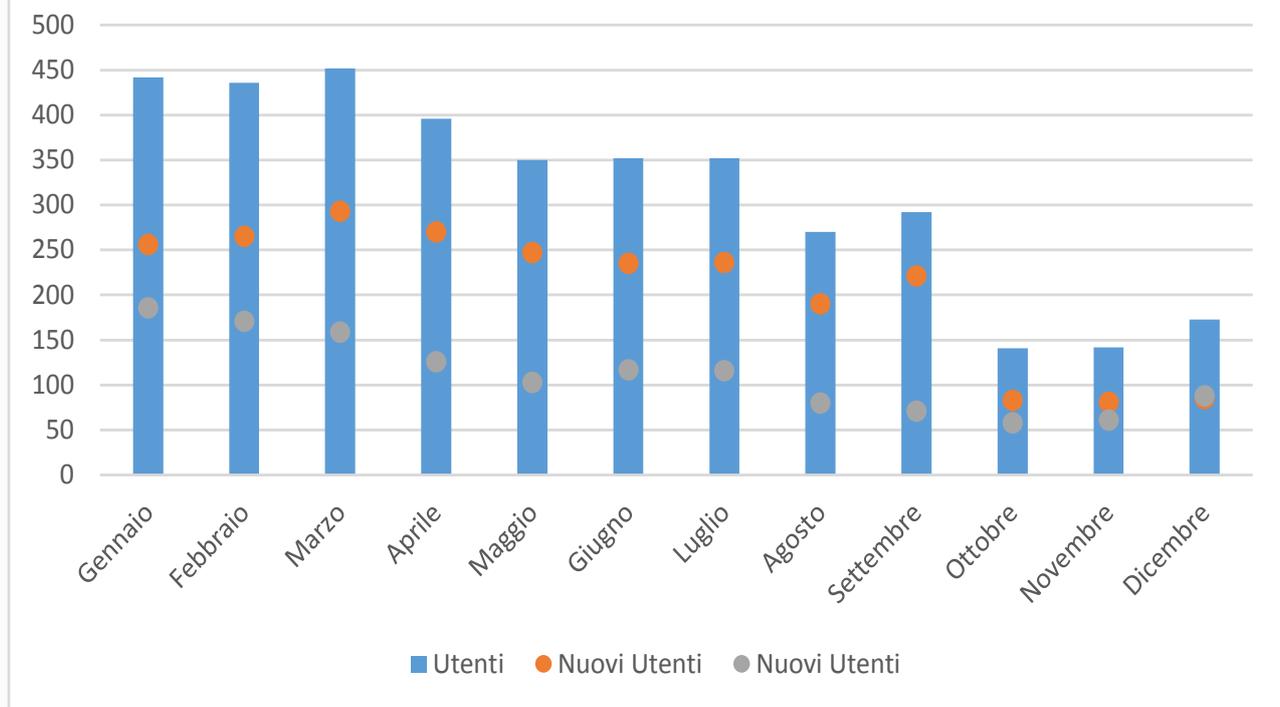
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015

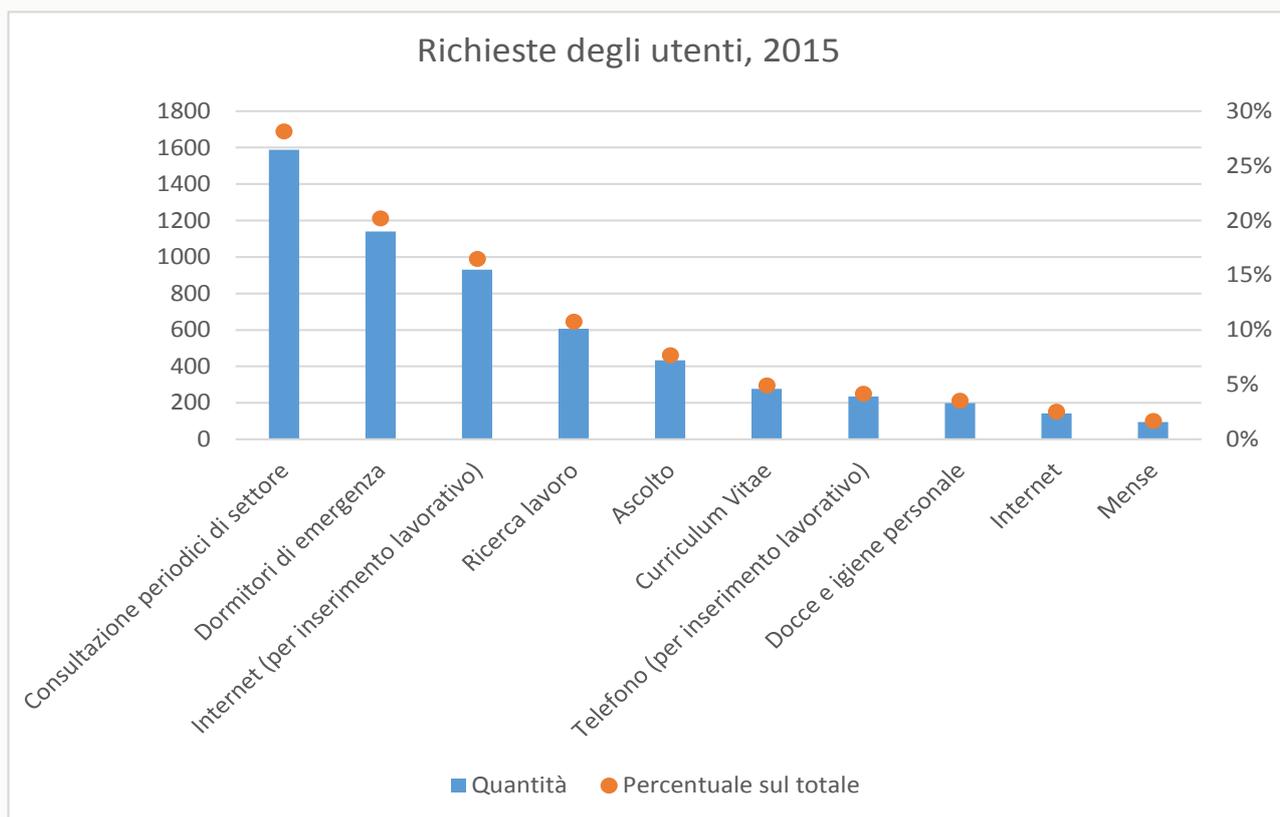


Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

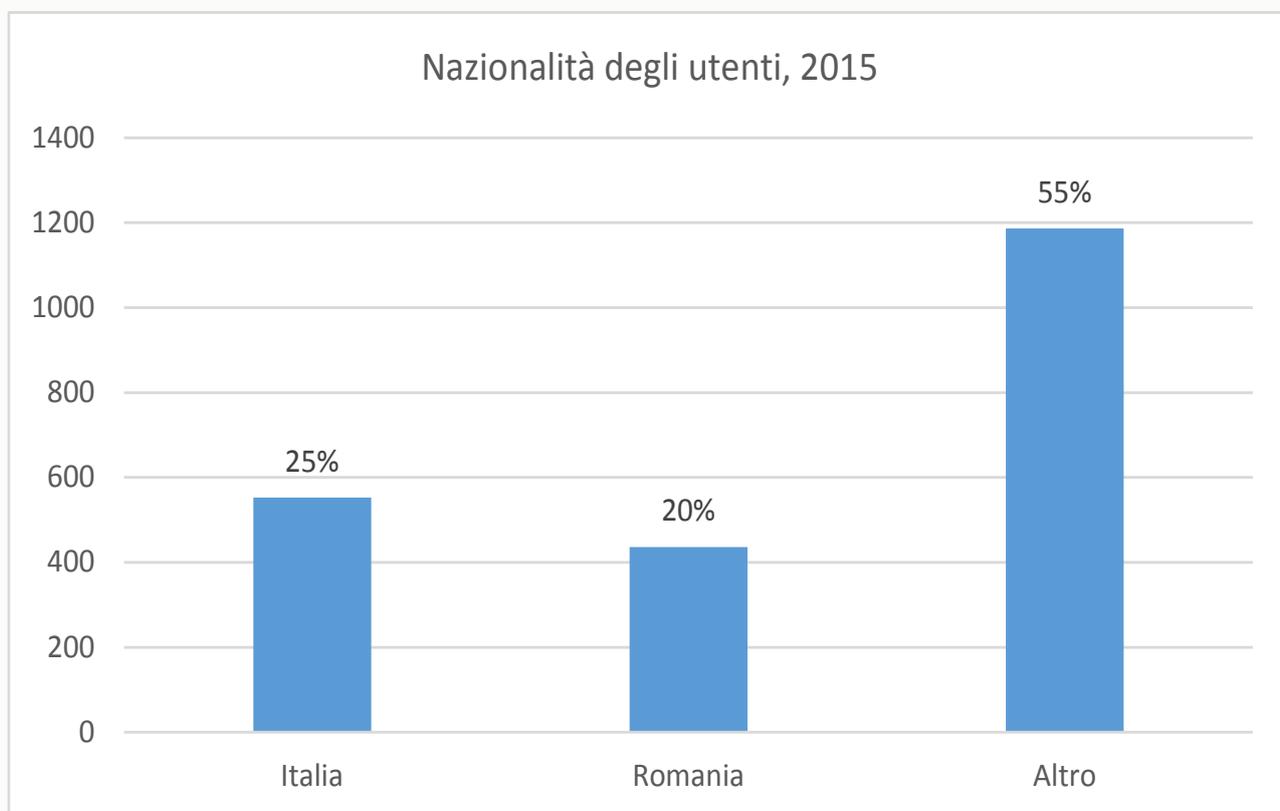
Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre maggiori nazionalità sono: Nigeria, Tunisia, Marocco, Afghanistan, Egitto, Eritrea, Senegal, Ucraina, Bulgaria, Somalia, Bangladesh, Polonia, Pakistan, Costa d'Avorio, Ghana, Albania, Mali, Guinea.

3



PESCARA

Giuliano Diodati è Assessore alle Politiche Sociali, Piano di Zona, Sanità, Sport, Gestione e manutenzione impianti sportivi, Grandi eventi sportivi del Comune di Pescara dal giugno 2014, ma siede in consiglio comunale dal 2009, un anno prima della nascita di Train de Vie, l'Help Center della stazione centrale, inaugurato nel 2010 e gestito dall'Associazione On the Road Onlus. Amministra una città di oltre 121mila abitanti, al centro di una conurbazione che ne conta più di 300mila e che costituisce oggi di fatto il centro principale dell'Abruzzo. Una realtà complessa, con una forte presenza di cittadini Rom e molti altri immigrati, ma anche centro di attrazione per molti abruzzesi, che nelle zone rurali e montane non riescono a trovare opportunità lavorative.

Assessore Diodati, lei conosce l'Help Center?
Naturalmente.

La sua funzione principale è quella di orientare le persone senza dimora della stazione verso i servizi sociali della città, in un'ottica di rete. Quanto è sviluppata questa rete nella sua città e come vi si inserisce l'Help Center?

A Pescara la rete dei servizi sociali è molto sviluppata. L'Associazione On the Road, con il centro Train de Vie, collabora fattivamente con le molte strutture comunali e con le tante associazioni che, sul territorio, operano in favore di chi vive in condizione di marginalità. Direi che Train de Vie, considerata la sua collocazione e il suo lavoro di prossimità, riesce ad intercettare situazioni che ad un primo momento possono sfuggire alla nostra osservazione, ma di cui riusciamo a farci carico grazie proprio a questa collaborazione, alla quale guardiamo con molto favore.

La stazione di Pescara, come tanti altri centri ferroviari importanti, è un hub che attira persone in difficoltà da tutta la fascia costiera dell'Abruzzo: esiste una collaborazione con gli altri comuni, o a livello regionale, per la gestione condivisa dei servizi sociali?

Per la nostra collocazione geografica, abbiamo molta gente che viene dal resto della regione, con un carico notevole per il nostro sistema locale di welfare. La questione è nota anche agli altri amministratori, ma non è semplice formalizzare degli accordi che favoriscano la condivisione di queste problematiche. Devo dire, però, che nel tempo i nostri servizi sociali hanno fatto passi da gigante, anche per poter accogliere chi non è di Pescara, ma si trova in situazioni di difficoltà.

A questo proposito, le ultime indagini ISTAT-fio.PSD mostrano in Italia un aumento degli interventi a bassa soglia, a scapito di azioni finalizzate ad una presa in carico più strutturata. Anche la sua città è testimone di questo fenomeno?

Assolutamente sì. Gli interventi a bassa soglia sono aumentati in maniera notevole anche da noi. Per i comuni che vivono situazioni di difficoltà dal punto di vista economico, questo è un grosso problema. Vorremmo lavorare di più sulla prevenzione, ma la contrazione delle risorse non sempre lo consente.

È difficile, per un amministratore, convincere l'opinione pubblica dell'importanza di una programmazione sociale a lungo termine, che ha bisogno di forti investimenti iniziali, ma che produce risultati solo sul medio-lungo periodo?

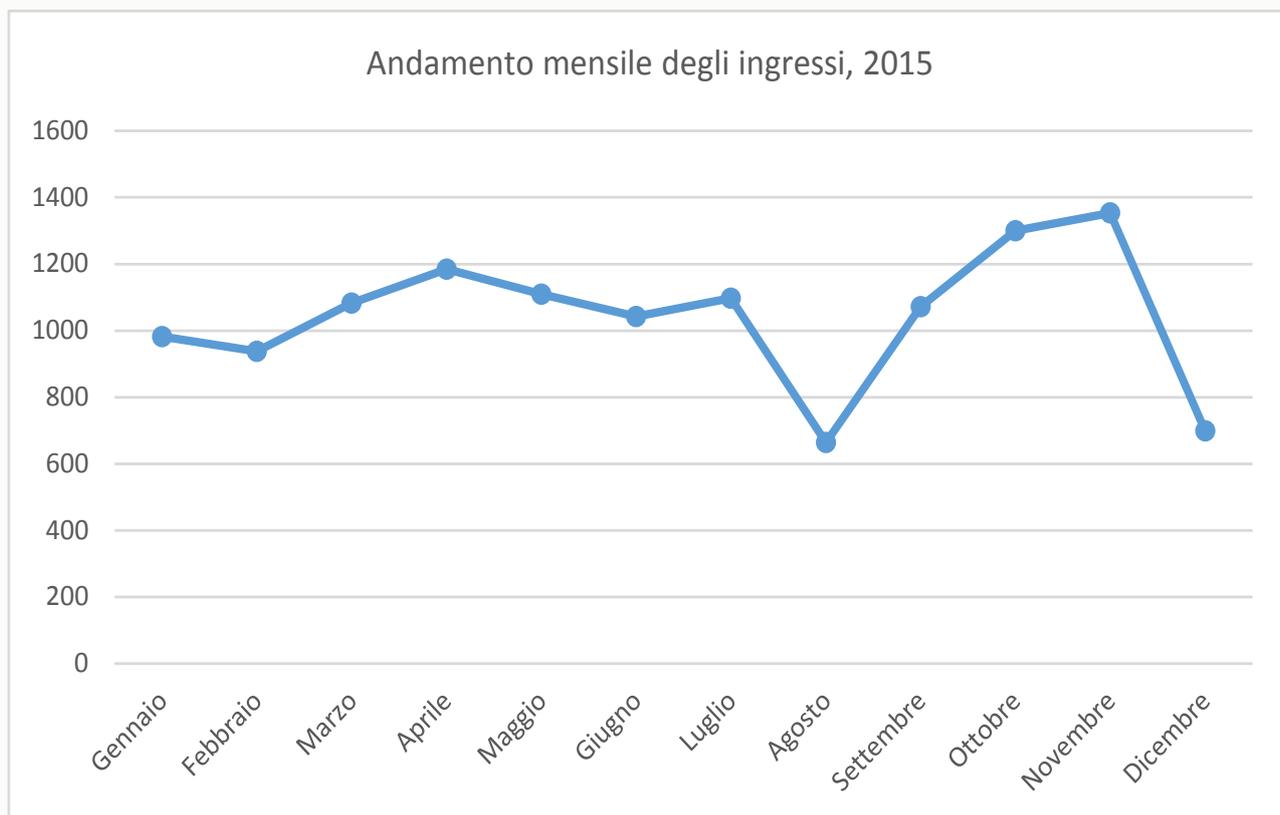
Questa è una domanda complessa. Da un lato c'è certamente una pressione verso interventi risolutivi immediati, anche da parte dei giornali locali, la cui attenzione è sempre rivolta alle questioni legate all'emergenza sociale. Devo dire, però, che ogni volta che parlo di programmazione sociale basata su una progettualità che guarda al futuro, il riscontro da parte dei cittadini è sempre molto positivo. A questo proposito, stiamo proprio ragionando anche con l'Associazione On the Road sulla creazione di una struttura ricettiva che possa contribuire a risolvere il problema di chi vive in strada.

Assessore Diodati, lei è medico e ha la delega per la sanità. Uno degli elementi più preoccupanti che emergono dall'attività dell'Help Center è il peggiorare della salute di chi sta in strada e una certa difficoltà ad accedere al sistema sanitario pubblico. Come affronta Pescara questo tema?

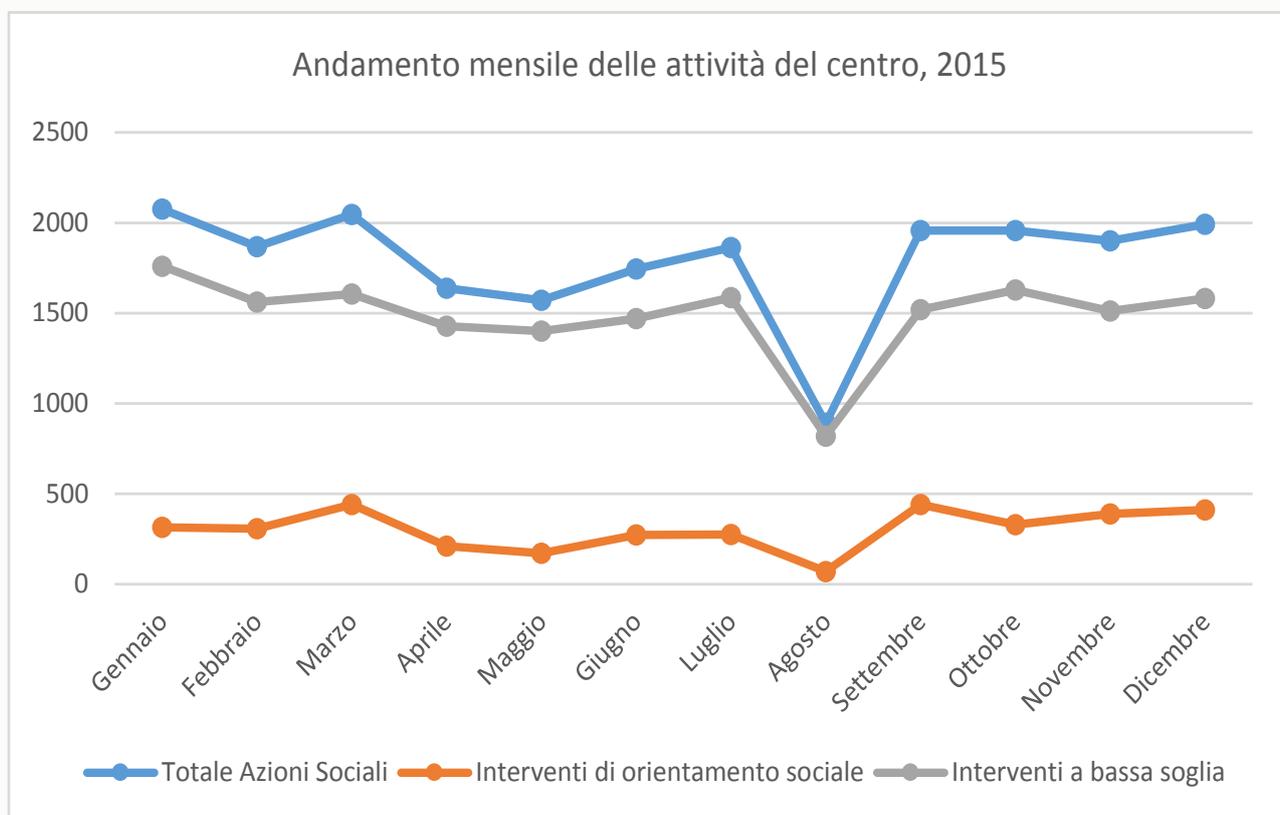
La nostra città non è estranea a questa problematica, che considero cruciale. Abbiamo definito delle buone prassi con diversi Servizi della ASL, quali SERD, CSM, Consultorio ecc., per l'accesso alle prestazioni sanitarie delle persone senza fissa dimora e mi sembra che stiano funzionando bene, grazie anche alla collaborazione in rete con le associazioni e, naturalmente, con Train de Vie. Siamo in fase di regolamentare queste buone prassi attraverso la sottoscrizione di un Protocollo di Intesa con la ASL.

L'Associazione On the Road ha puntato molto, in questi anni, sull'utilizzo dell'arte per diffondere un'immagine diversa delle persone senza dimora. Questo tipo di approccio rientra nella vostra strategia di intervento sociale?

La città appoggia senz'altro questo approccio ed è favorevole a queste iniziative. Abbiamo molto apprezzato l'idea del film "Il Supermercato", girato con le persone senza dimora di Train de Vie, ma soprattutto apprezziamo i laboratori creativi che On the Road organizza nel centro, perché siamo fortemente convinti della loro utilità per rendere efficace il processo di inclusione sociale.

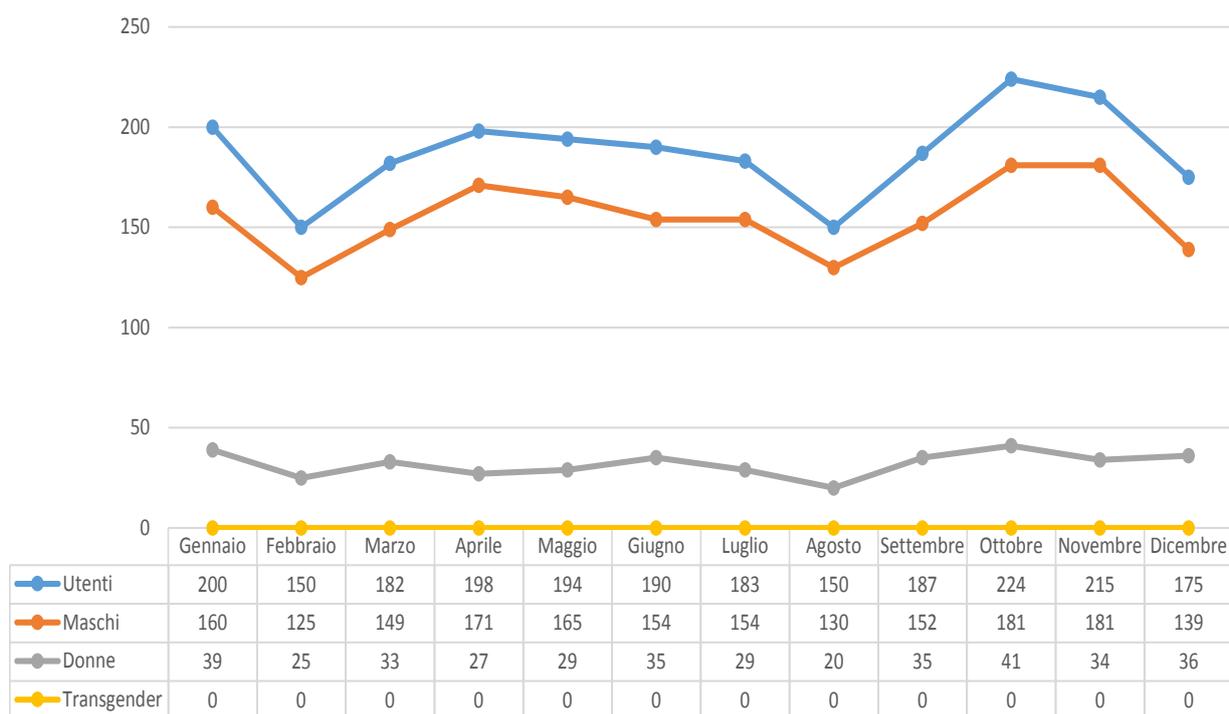


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



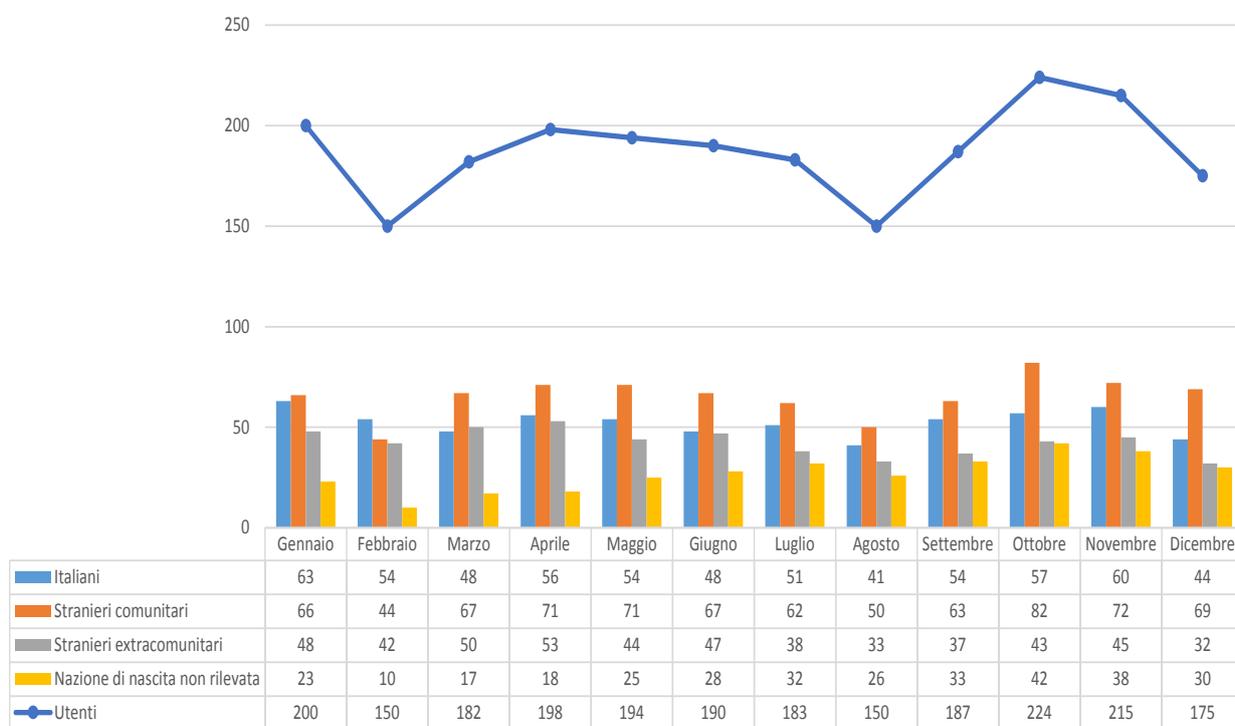
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015



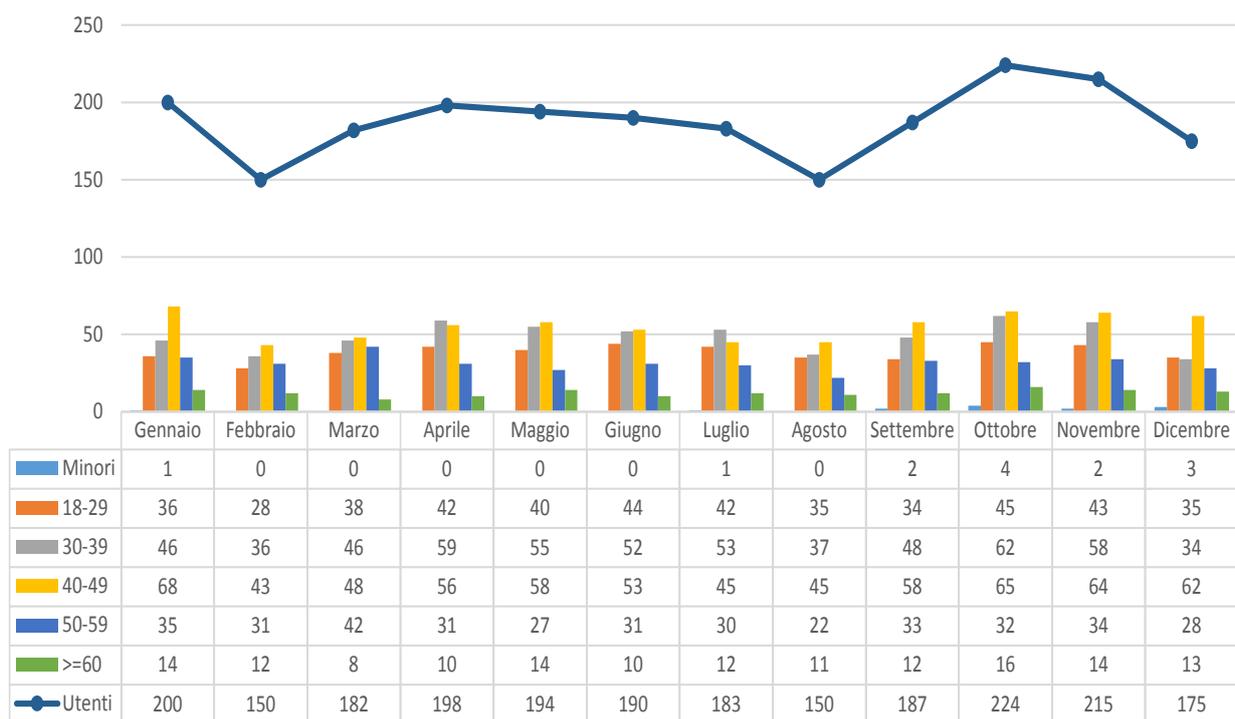
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



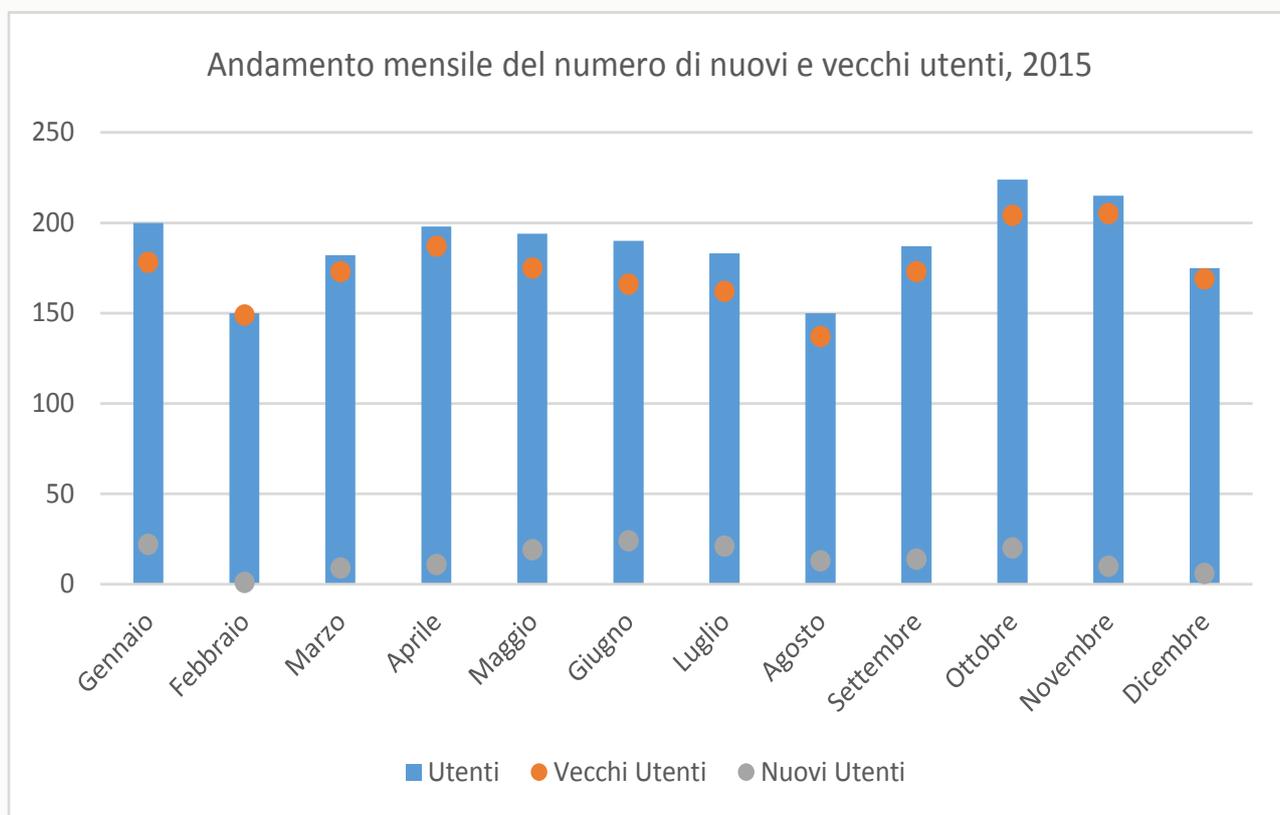
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015

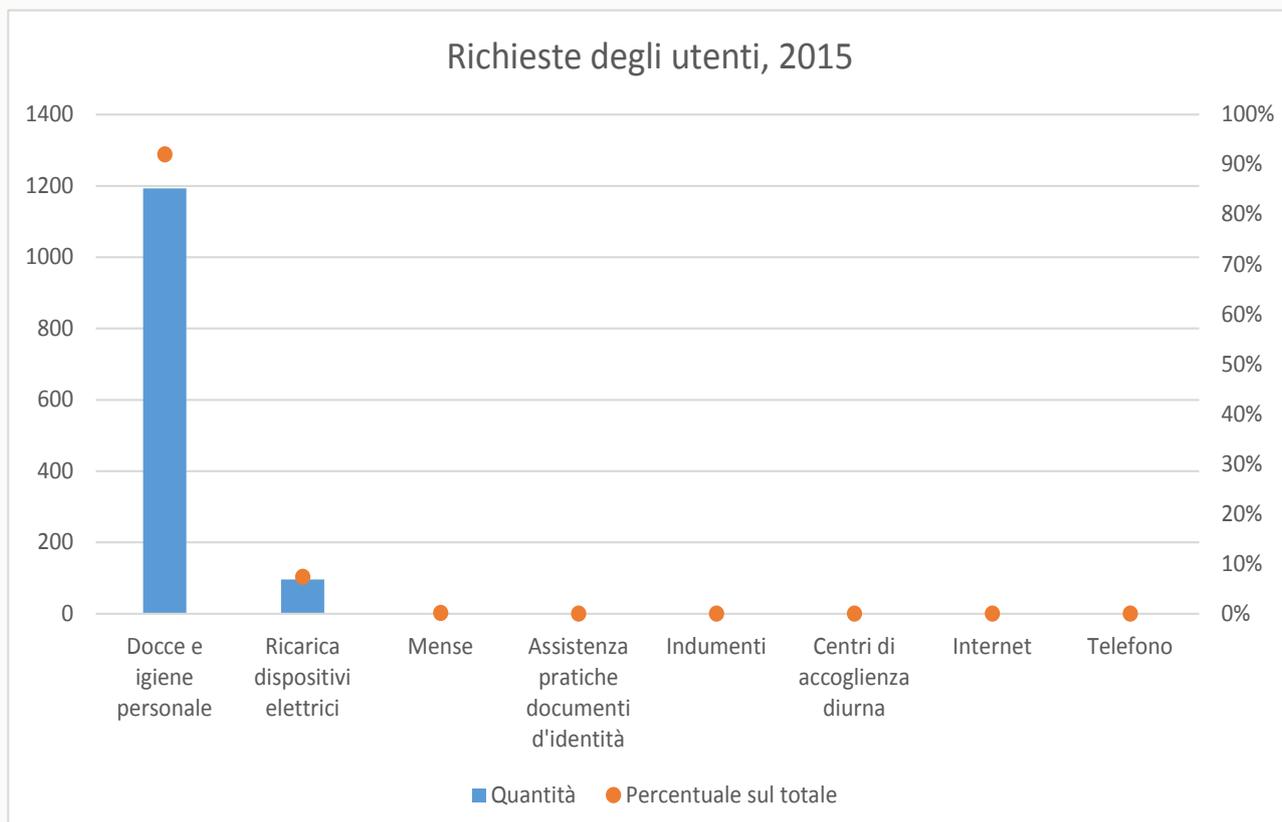


Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

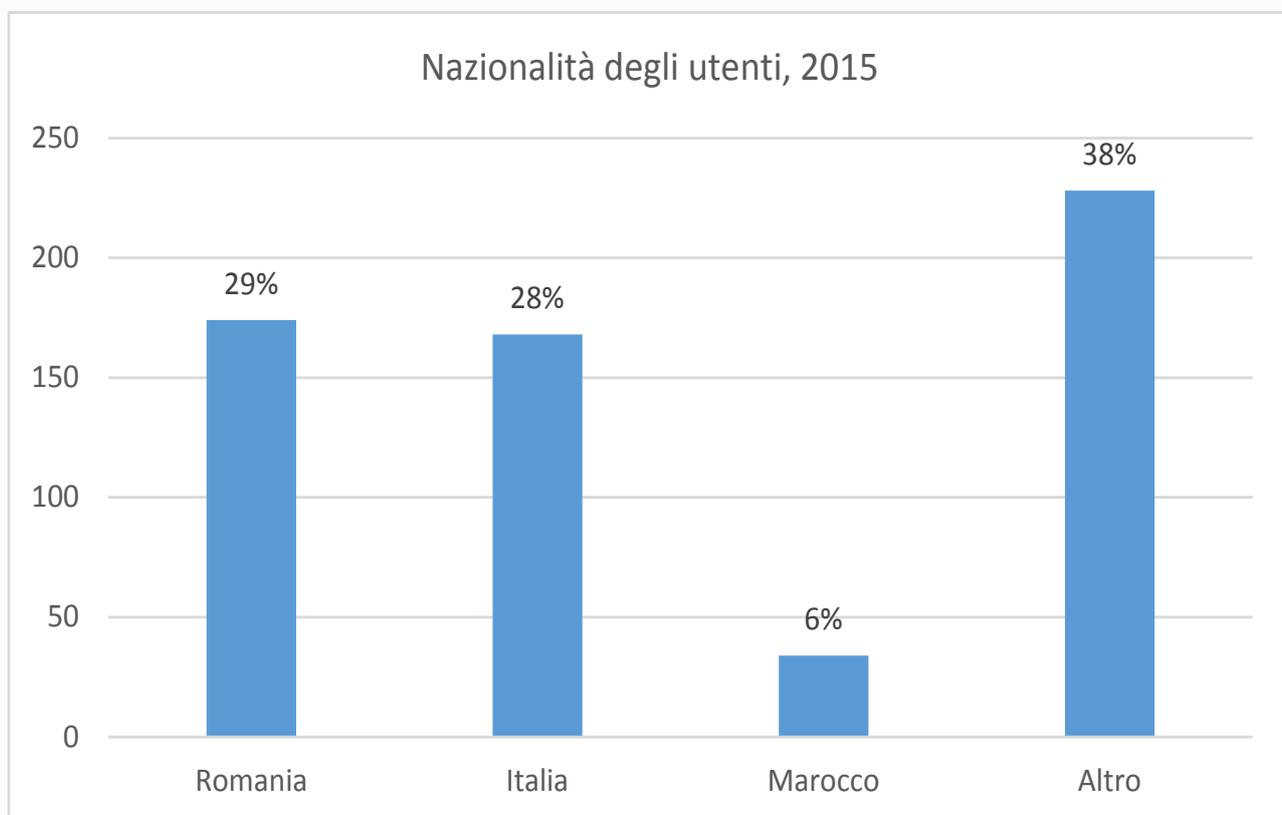
Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre maggiori nazionalità sono: Bulgaria, Tunisia, Polonia, Albania, Senegal, Ucraina, India, Egitto, Togo, Bosnia-Erzegovina, Svizzera, Francia, Macedonia, Ungheria, Sudan, Germania, Somalia.





NAPOLI

A Napoli Centrale l'Help Center, gestito dall'Associazione Centro La Tenda Onlus, opera in rete con i servizi sociali pubblici e del Terzo Settore, che affrontano con determinazione le tante criticità di una situazione complessa, come ci illustra la Dottorssa Giulietta Chieffo, Dirigente del Servizio Politiche di Inclusione Sociale-Città Solidale, incardinato nella Direzione Centrale Welfare e Servizi Educativi del Comune di Napoli.

Come si integra l'Help Center della stazione di Napoli Centrale nel quadro delle politiche sociali della città?

Certamente l'Help Center rappresenta un'antenna importante per le politiche sociali della città. Situandosi in stazione ed essendo per questo in grado di cogliere le domande anche della popolazione meno visibile, fa da raccordo con tutta la realtà della bassa soglia che a Napoli è molto articolata. Penso anzitutto alle tre Unità Mobili di Strada, che operano su tutto il territorio cittadino svolgendo una serie di servizi fondamentali, dal monitoraggio della situazione alla gestione delle segnalazioni da parte dei cittadini o della polizia municipale; la distribuzione di generi di prima necessità e l'eventuale presa in carico, che naturalmente presuppone l'accompagnamento ai servizi sociali, la consulenza legale e psicologica, il supporto all'accesso al sistema sanitario. L'Help Center collabora anche con il CPA - Centro di Pronta Accoglienza, con l'Istituto Sant'Antonio La Palma e ovviamente il Centro di accoglienza La Tenda. Non solo: anche la seconda accoglienza si coordina con lo sportello in stazione. Anche se l'Help Center non è collegato istituzionalmente con il Comune, è bene sottolineare che il raccordo esiste ed è efficace. Oggi poi, con l'acquisizione da parte del Comune di Napoli del sistema Anthology utilizzato dalla rete ONDS, sarà possibile parlare lo stesso linguaggio.

Lei accennava prima all'accesso al sistema sanitario. Dagli Help Center delle stazioni sono emersi, in questi ultimi 3 anni, dati allarmanti circa la situazione sanitaria delle persone senza dimora e la difficoltà a garantire loro l'accesso alle cure, l'ospedalizzazione, ma soprattutto aree di convalescenza, per evitare la recrudescenza delle malattie. Come si affronta il problema a Napoli? È lecito pensare a nuovi dispositivi che garantiscano l'effettivo esercizio del diritto alla salute anche da parte dei soggetti più marginalizzati?

Il problema dell'accesso al diritto alla salute è molto sentito anche a Napoli, soprattutto per quanto riguarda le persone senza dimora dimesse dopo un ricovero o dopo una lungodegenza. Effettivamente è difficile proteggere le persone nella fase post ospedalizzazione: attualmente in città opera Casa Crescenzo, una struttura Caritas che offre posti H24 per persone in convalescenza autosufficienti.

Per garantire l'accesso al sistema sanitario nazionale alle persone senza dimora, inoltre, è stato rafforzato il dispositivo della residenza anagrafica virtuale di via Alfredo Renzi. L'acquisizione della residenza è coadiuvata da Assistenti Sociali dei Centri di Servizio Sociale Territoriale, che afferiscono alle 10 Municipalità di Napoli, e da quattro associazioni accreditate, che agiscono anche come accertatori. Laddove si ravvisi la necessità di un ulteriore accertamento, interviene l'UOTESM, Unità Operativa Territoriale per l'Emergenza Sociale e i Minori.

A questo proposito, una sfaccettatura preoccupante del fenomeno migratorio è il tema dei minori non accompagnati, che spesso sono segnalati nelle stazioni ferroviarie. Che dimensioni ha il fenomeno a Napoli?

La questione dei minori non accompagnati è molto sentita a Napoli. Ad oggi ne sono accolti circa 100, in strutture per lo più in provincia perché quelle in città sono piene. Si tratta soprattutto di giovani che vanno dai 15 ai quasi 18 anni. È stato siglato un protocollo operativo tra il Comune, il Tribunale dei Minori, la Polizia Municipale e l'Ospedale Pediatrico Santobono, in particolare con il Reparto Auxologia, che ha il compito di stabilire in maniera presuntiva l'età dei minori che, a seconda delle diverse etnie, sembrano più grandi o più piccoli. La tutela legale è assunta dal Comune di Napoli, che ha promosso anche un bando per l'accompagnamento all'autonomia, aperto a maggiorenni sia italiani che stranieri, che garantisce percorsi formativi, avviamento al lavoro, possibilità di housing. L'obiettivo principale è creare una progettualità davvero condivisa con i giovani per la conquista della loro autonomia.

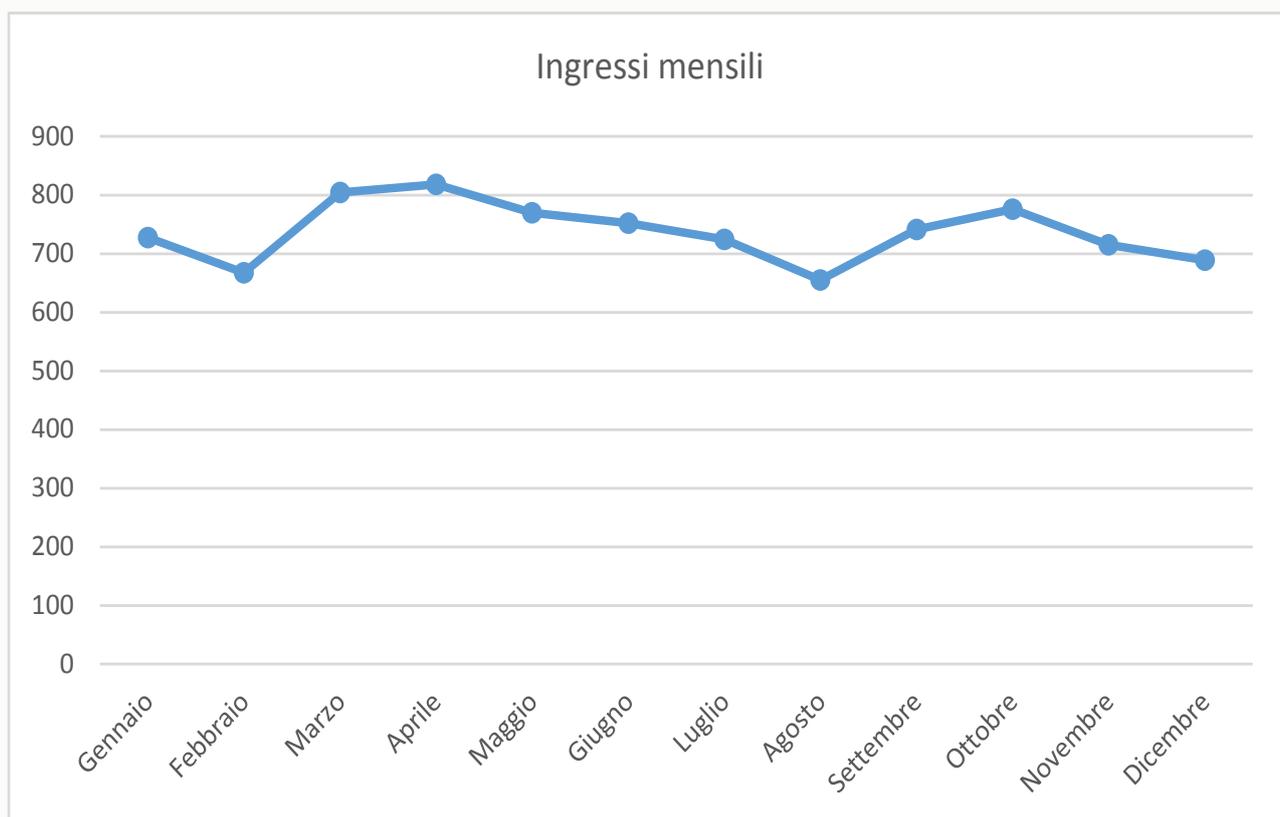
Dai dati raccolti dagli Help Center della rete Onds, così come dalle più recenti rilevazioni ISTAT, emerge un aumento crescente dei servizi a bassa soglia che vengono erogati, a discapito di una progettualità di inclusione più strutturata. Anche Napoli riscontra questa tendenza? Si deve al mutare dei bisogni, o alla difficoltà di rendere efficaci percorsi di inclusione più avanzati?

L'aumento dei servizi a bassa soglia è un dato effettivo, causato dall'aumento delle persone senza dimora. Ad esempio, nel 2015 a Napoli sono stati aggiunti 25 posti letto al sistema di accoglienza comunale, che offre attualmente 125 posti di accoglienza affidati in convezione ad enti del terzo settore e 111 posti presso il CPA del Comune di Napoli, per un totale di 236 posti in accoglienza a bassa soglia. Direi che la crescita della bassa soglia non vada a discapito della programmazione di secondo livello. In quest'ottica, per la prima volta il Comune di Napoli ha attivato progetti di accoglienza di I e II livello, che costituiscono un passo successivo verso il recupero dell'autonomia. Sono attive 2 strutture di II livello affidate dall'Amministrazione Comunale attraverso appositi bandi, con l'obiettivo di offrire delle opportunità a persone che hanno già svolto un percorso che ha portato ad un netto cambiamento rispetto alla vita di strada, elaborando dei piani individuali orientati a favorire la riacquisizione della capacità di gestione della vita quotidiana in contesti protetti, formulando a tal fine un percorso di reinserimento sociale e lavorativo.

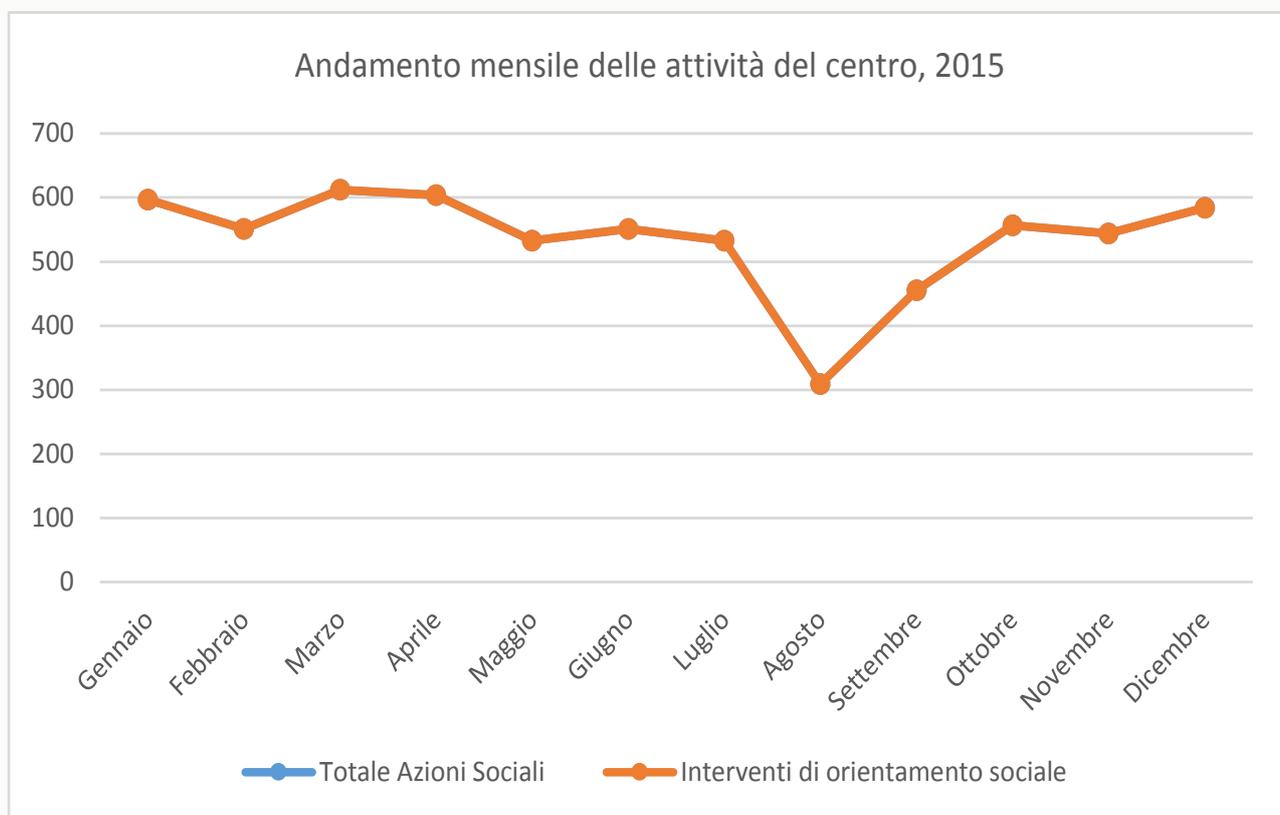
L'Amministrazione Comunale sta ripensando l'intero quadro delle politiche sociali cittadine in favore delle persone senza fissa dimora, offrendo nuovi servizi tra cui le attività di accoglienza

diurna che sono finalizzate alla prevenzione e superamento delle situazioni di disagio sociale ed affettivo relazionale ed al recupero delle capacità fisiche ed intellettuali residue per migliorare il livello interrelazionale e d'inserimento sociale, prevedendo attività di Accompagnamento sociale (percorsi di presa in carico e di accompagnamento sociale a medio-lungo termine; laboratori per attività di manualità, per l'aggregazione, la gestione guidata del tempo libero e per la pre-qualificazione professionale; gruppi di auto - mutuo - aiuto su specifiche problematiche); Advocacy e tutela dei diritti (attività di segretariato sociale; informazione su diritti e opportunità; attività consulenziali o specialistiche di natura legale, sanitaria...).

Diciamo che è forte oggi la sensibilità verso il mutamento, di cui è prova anche l'acquisizione dell'istanza "Napology" del sistema Anthology, per garantire un linguaggio comune uniformando prassi nelle metodologie di lavoro tra i diversi servizi che operano in ambito cittadino e su scala nazionale.

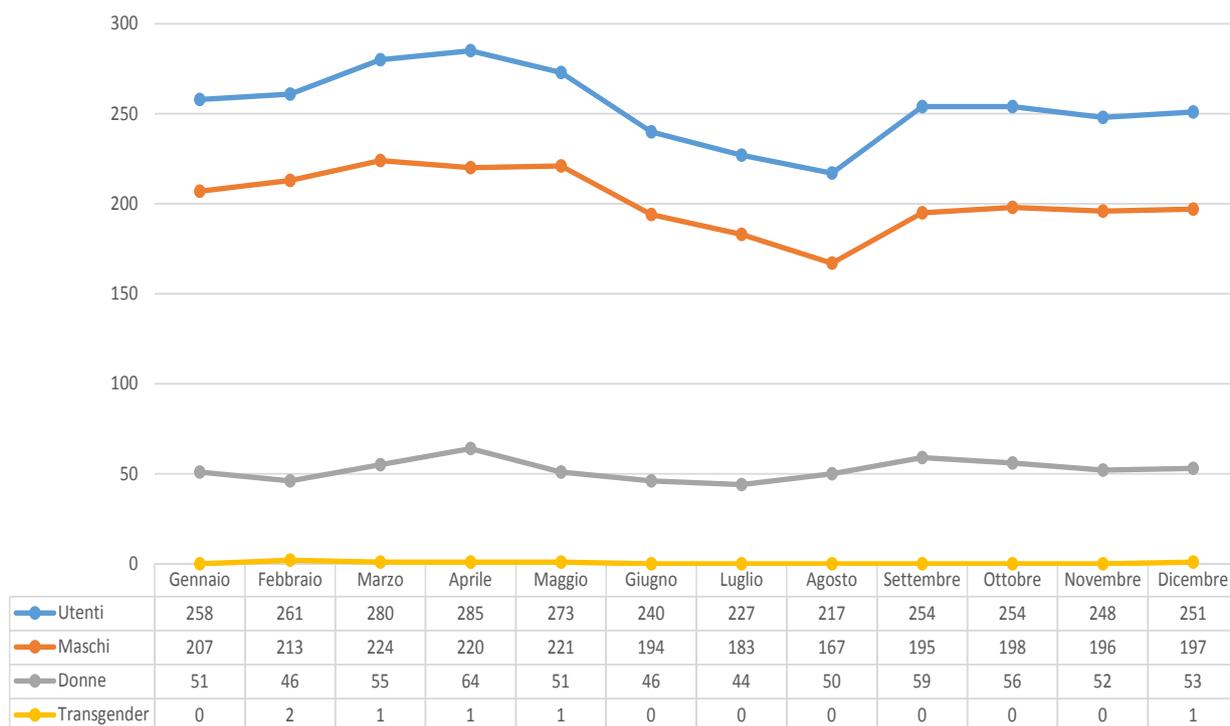


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



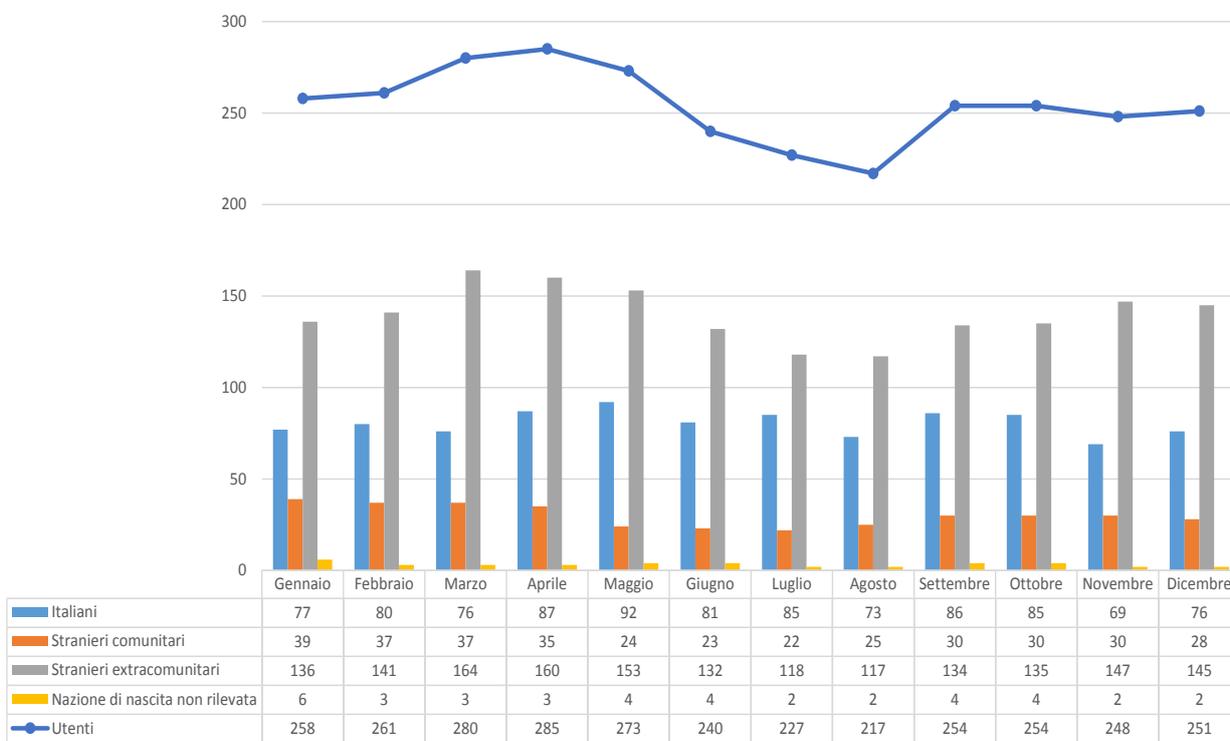
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015



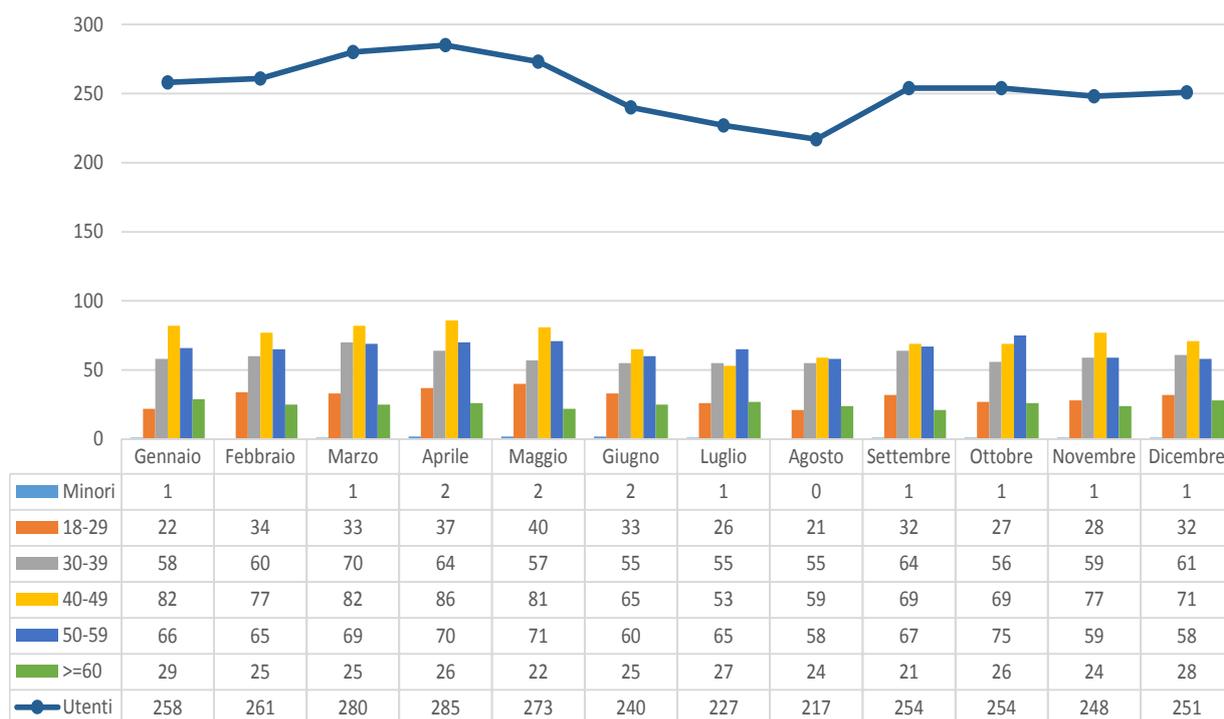
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



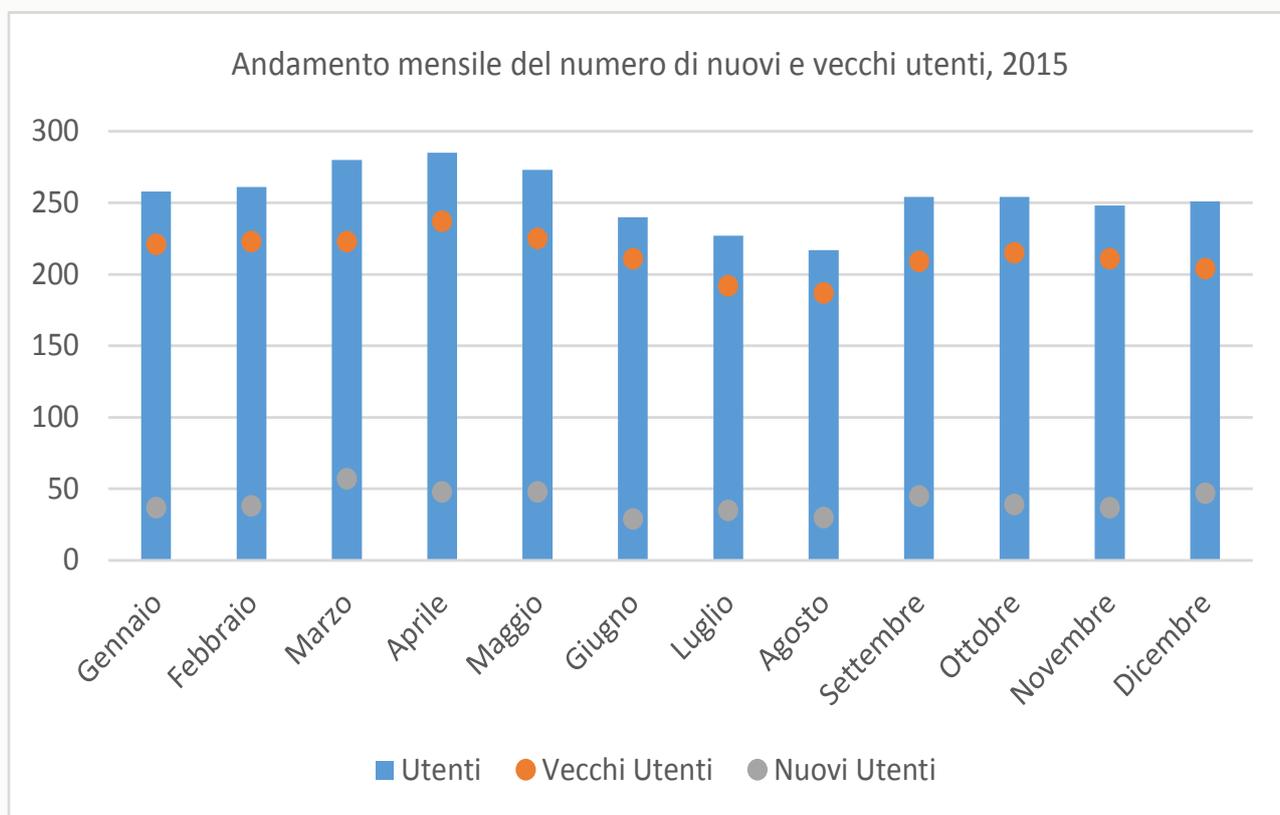
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015

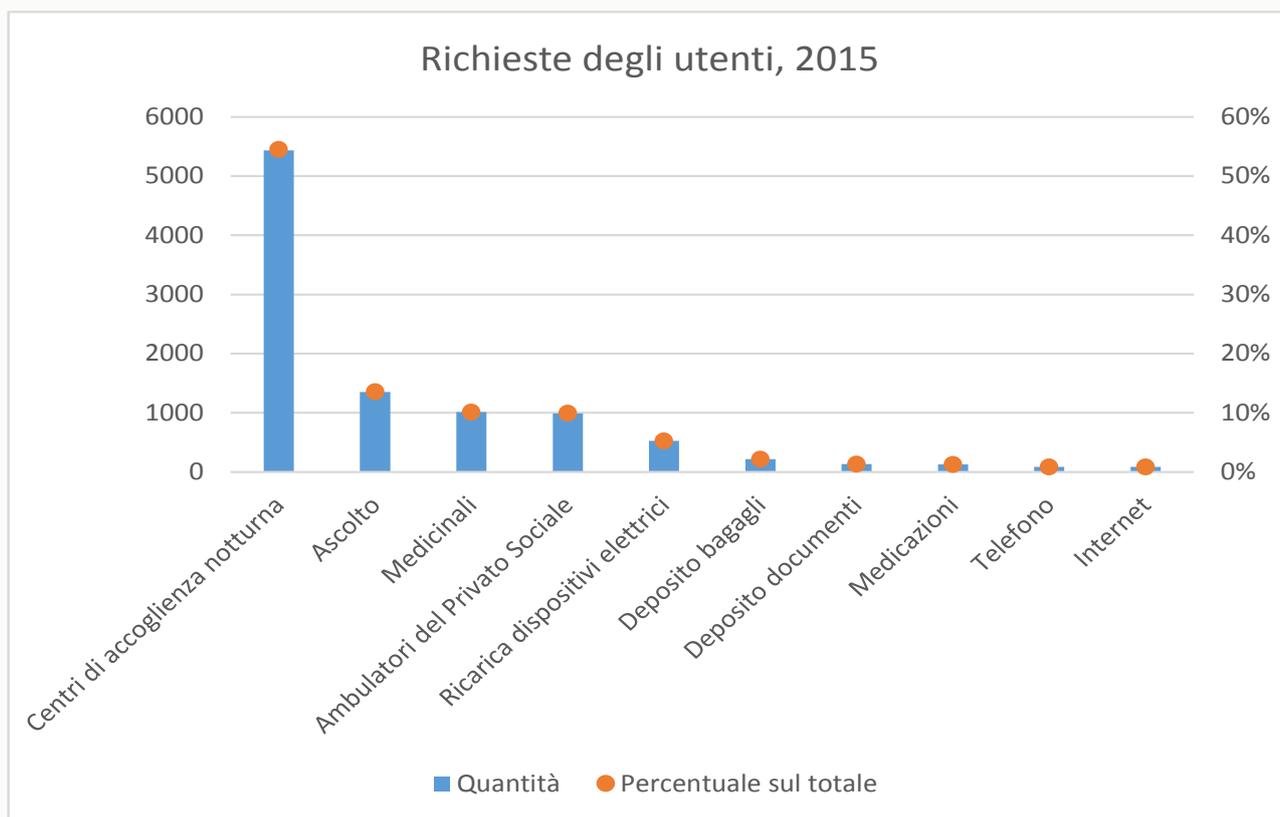


Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

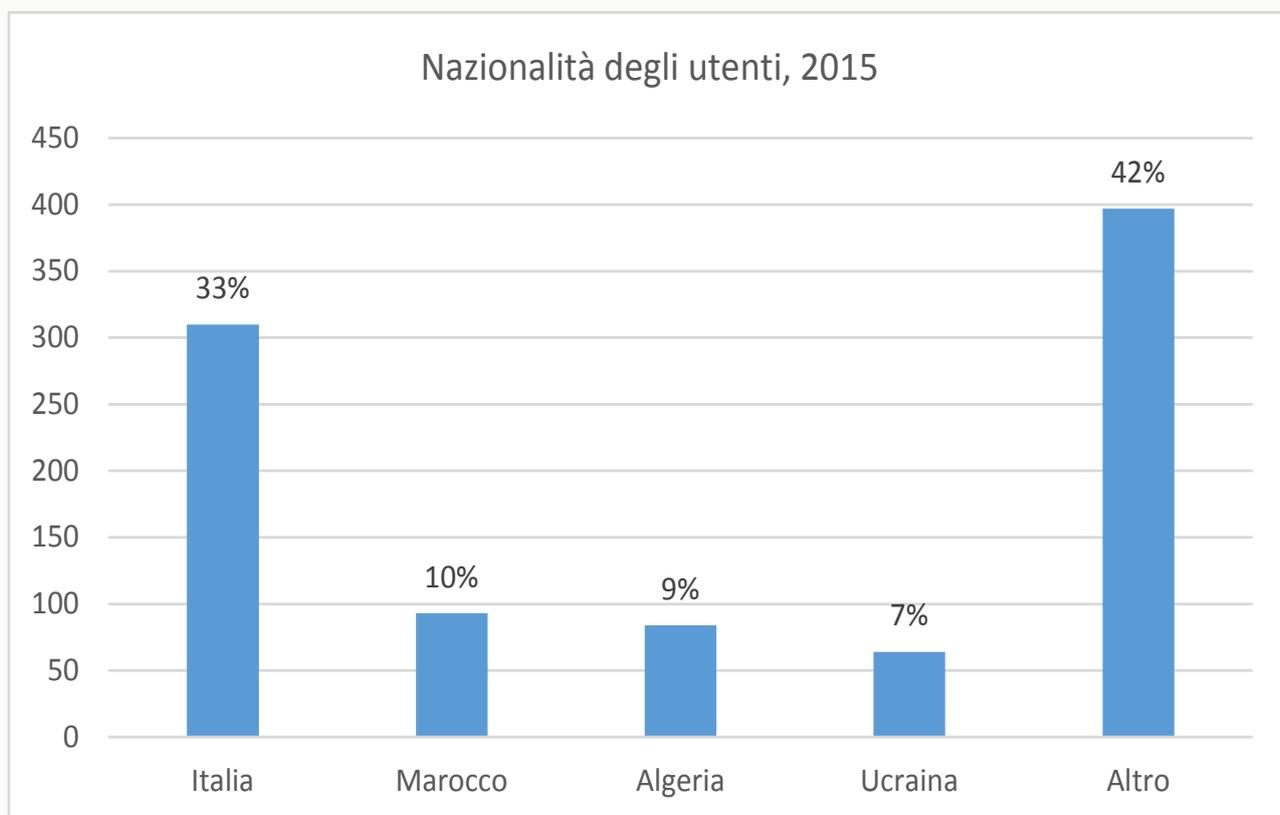
Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre maggiori nazionalità sono: Tunisia, Romania, Bulgaria, Ghana, Polonia, Russia, Gambia, Sri Lanka, India, Mali, Senegal, Nigeria, Pakistan, Costa d'Avorio, Albania, Egitto.



BARI

Francesca Bottalico è da due anni Assessore al Welfare di Bari, dal 2015 trasformata in Città Metropolitana. Maggior centro sudorientale del Paese, Bari ha subito negli ultimi anni una vera e propria rinascita, che non ha però cancellato molte contraddizioni sociali, inasprite da una massiccia presenza migratoria, che mette a dura prova anche l'Help Center, gestito nelle immediate vicinanze della stazione dalla Cooperativa Sociale CAPS.

Assessore Bottalico, a lei come ai suoi colleghi vogliamo domandare anzitutto come l'Help Center si integra nel quadro dei servizi sociali della sua città.

Il servizio offerto dall'Help Center è fondamentale per l'area della povertà estrema, perché nasce su un'intesa e una rete preesistente tra il pubblico e il privato – penso alla ASL, alla Questura, la Prefettura, il 118, il volontariato laico e cattolico – rispetto alla quale il progetto risulta determinante per il coordinamento delle azioni sociali e della presa in carico complessiva.

A breve formalizzeremo con la Cooperativa CAPS, ente gestore del servizio, un protocollo formale e operativo, il cui obiettivo è proprio la messa in comune delle azioni svolte, creando una sorta di osservatorio che consenta un aggiornamento continuo della domanda e dell'offerta, in termini di servizi sociali e volontariato.

Auspicio che questa intesa possa contribuire a costruire un quadro, quanto più vicino alla realtà, sia quantitativo che qualitativo rispetto ad alcuni aspetti relativi alla marginalità estrema, alle distribuzioni nelle varie aree della città, ma anche dare risalto alle storie, ai vissuti alle cause che nel tempo hanno reso multiproblematico il disagio personale. La forte sinergia tra servizi, come l'Help Center e il Pis - Pronto intervento sociale, diventa strategica per la lettura integrata dei casi più gravi.

La rete ONDS, con la piattaforma Anthology, dispone di uno strumento che consente proprio la gestione condivisa della presa in carico e che traduce gli interventi sociali in dati approfonditi, che sono la base di questo Rapporto. Oggi anche i Comuni di Roma e Napoli l'hanno adottato per tutti i servizi sociali dedicati alla marginalità adulta e, nel caso della Capitale, anche per l'Ufficio Immigrazione. Qual è l'importanza di questi nuovi dispositivi per il welfare cittadino?

L'utilizzo di piattaforme informatizzate e delle banche dati in rete diventa una necessità prioritaria: i servizi hanno bisogno di comunicare utilizzando lo stesso linguaggio, evitando così la duplicazione degli interventi e dispersione delle risorse. Un'analisi fondamentale, specialmente per le pubbliche amministrazioni in fase di programmazione. È una questione di crescita qualitativa dell'intera offerta, di equità e distribuzione delle risorse.

Poco fa lei ha citato la ASL tra i nodi della rete dei servizi sociali. Dai dati degli Help Center, in linea con le rilevazioni ISTAT, emerge una sempre maggiore difficoltà per le persone senza dimora, o in stato di marginalità, a godere del diritto alla salute. Come si affronta la questione nella sua città?

Il rapporto con la ASL è complesso: si parte a volte da approcci diversi, con limiti di spesa che rispondono a criteri non sempre in linea con una politica sociosanitaria integrata. La mole di lavoro per entrambe le istituzioni è immensa e, come sempre, l'efficacia di un'azione di rete dipende, più che dalle procedure, dalle persone che sanno portare all'interno dei servizi una cultura collaborativa. Sull'emergenza esiste una buona collaborazione, ma ancora sono da approfondire e regolamentare i casi più complessi, in cui la povertà estrema si incrocia con problemi di dipendenza e alcolismo o disagio psichico.

Critico ad esempio è il caso delle convalenze dopo un ricovero, perché non esistono strutture adeguate ad accogliere persone senza dimora o immigrati che necessitano di cure post ospedaliere. A volte facciamo ricorso alle RSSA (residenze socio sanitarie assistite, ndr), mentre servirebbero soluzioni intermedie più adeguate e a costi minori.

Ci stiamo interrogando sulle possibili alternative, ma spesso mancano le risorse e risultano frammentate e non certe in fase di programmazione. Tanto più che, da regolamento regionale, l'ASL non paga più i ricoveri nelle RSSA, che gravano per intero sul Comune, sottraendo risorse per una programmazione specifica per questo bisogno.

Abbiamo stipulato in questi mesi diverse convenzioni con associazioni di medici volontari e costruito una rete di medici, giovani o in pensione, per elaborare insieme azioni specifiche e campagne di prevenzione, come l'azione nei campi Rom con vaccini e presidi itineranti, il progetto di Odontoiatria Sociale con screening e cure per bambini e famiglie in situazione di forte disagio, ora anche per donne e adulti in situazione estrema di povertà, le visite e la prevenzione alla perdita dell'udito, ecc.

È in corso di stipula anche una nuova convenzione rivolta alla salute di madri sole con bambini.

C'è poi tutto il capitolo migranti, per cui lamentiamo la mancanza di fondi ad hoc, essendo i finanziamenti tutti concentrati sulla prima accoglienza e meno sull'inserimento socio abitativo e seconda accoglienza. Per un certo periodo, la ASL ha finanziato la presenza di mediatori culturali nei consultori, che costituivano, insieme agli assistenti sociali del Comune di Bari, presidi multidisciplinari itineranti nei territori e nelle aree di maggiore disagio. Ora il progetto è scaduto e non è stato rifinanziato.

Da parte nostra, è in fase di avvio il progetto Casa delle Culture, all'interno della quale abbiamo previsto un'area dedicata all'accompagnamento sanitario dei migranti, in convenzione con la ASL: un'azione che si integrerà con altre campagne di prevenzione, ad esempio sul tema dell'HIV, che stiamo svolgendo insieme alle comunità di migranti.

Una faccia particolarmente critica del fenomeno migratorio è la presenza sempre più numerosa, nelle città, di minori stranieri non accompagnati, nei fatti in balia di forme di sfruttamento di ogni genere e spesso segnalati dall'Help Center che li intercetta nell'area della stazione. Che dimensioni ha questo problema a Bari?

A Bari abbiamo in carico 360 minori migranti non accompagnati.

Da un lato, con i posti SPRAR e il progetto sperimentale "Essere Comunità. Rete per l'accoglienza e l'inclusione sociale" - linea "Famiglie che accolgono Famiglie", riusciamo a fare fronte alle situazioni di prima accoglienza.

Per i minori non accompagnati, però, siamo stati costretti lo scorso anno a contrarre un grosso debito fuori bilancio per far fronte all'emergenza.

Tenga conto che nel nostro territorio abbiamo il CIE, il CARA e la Commissione per l'asilo politico: la presenza dei migranti è in notevole aumento e diventano del tutto insufficienti i fondi e le risorse, messe in campo a livello Regionale e Ministeriale per poter immaginare percorsi di reinserimento socio lavorativo e abitativo.

È un passaggio delicato e complesso, e la mancanza di risposte sostenibili e integrate tra politiche e aree, rendono migranti e senza fissa dimora soggetti altamente vulnerabili e facilmente preda di sistemi criminali.

Le linee di indirizzo sulla marginalità sociale del Ministero del Lavoro presentano, secondo la tendenza europea, l'approccio Housing First come strategia da privilegiare nella gestione delle persone senza dimora. A Bari esiste un'emergenza abitativa?

La città è in grossissima difficoltà da questo punto di vista. Nel 2015 abbiamo avuto centinaia di sfratti esecutivi, con un aumento esponenziale di famiglie a reddito zero e in emergenza abitativa, alle quali si aggiungono i neo maggiorenni e le famiglie che terminano il percorso SPRAR.

Stiamo cercando di lavorare con i colleghi degli Assessorati alla Casa, Patrimonio, Urbanistica, per individuare edifici da utilizzare per far fronte a questa emergenza anche valorizzando forme in autocostruzione.

Il Comune possiede degli immobili, ma per la maggior parte sono da ristrutturare.

Si immagini l'Assessorato al Welfare paga 100.000 euro l'anno di affitti passivi per i servizi e le strutture, con risorse tolte agli interventi sociali.

E la città non dispone di risorse per adeguare il patrimonio immobiliare alle necessità dei servizi?

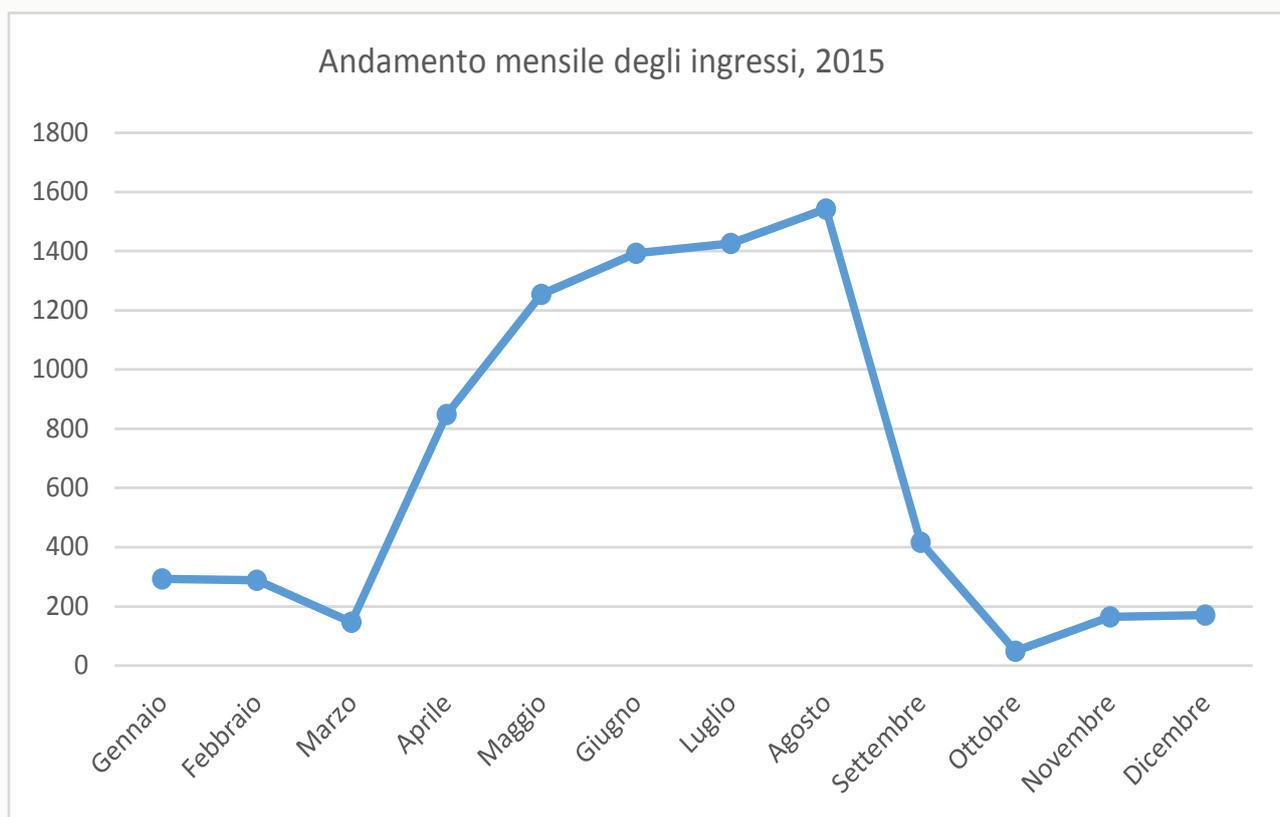
Ci sarebbero i fondi FESR per la ristrutturazione della Regione, ma per accedervi sono necessari i progetti esecutivi, che spesso non si riescono a realizzare in quanto gli Uffici tecnici della Ripartizione dei lavori pubblici sono oberati.

Abbiamo inserito, nel prossimo PON Metro, diverse sperimentazioni come reti di accoglienza diffusa, case appartamento, cohousing.

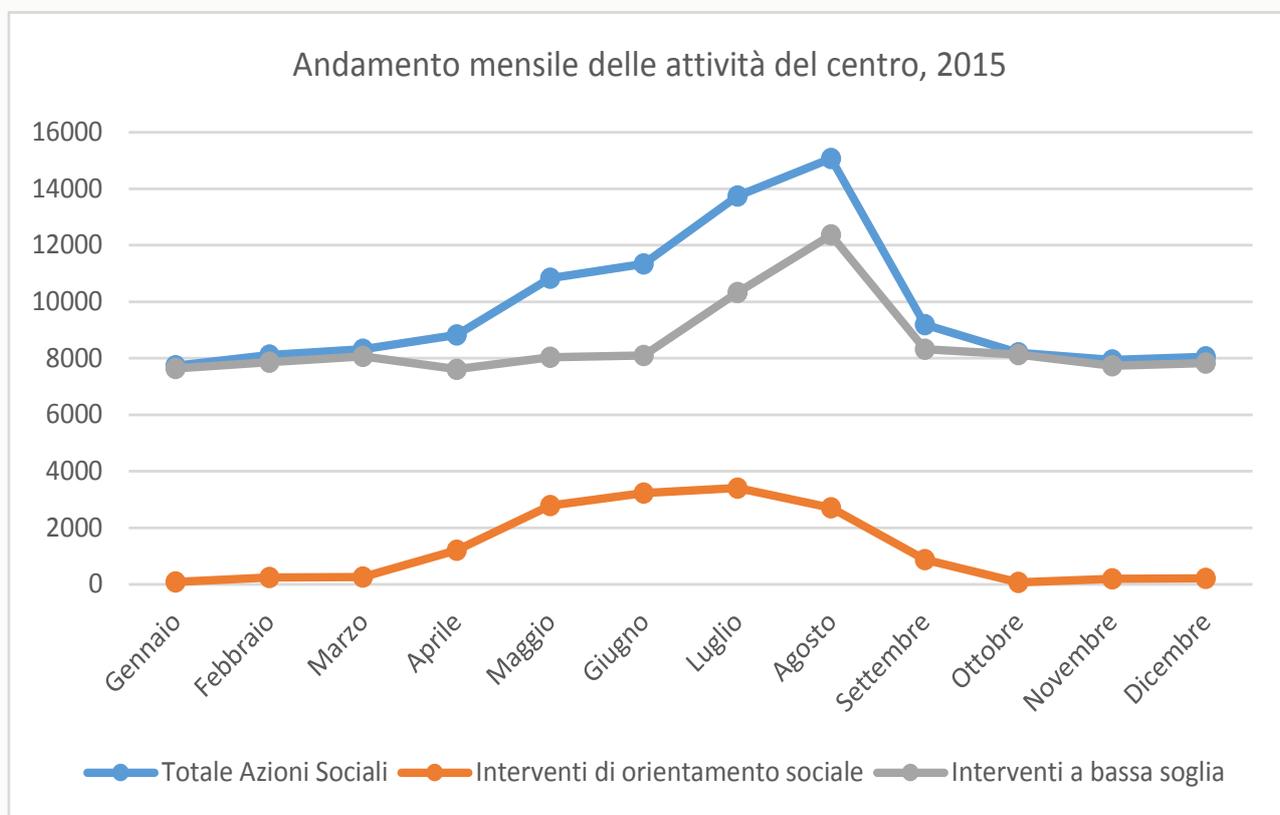
Per ora cerchiamo di far fronte con piccoli progetti: una rete di accoglienza diffusa in piccoli appartamenti che consentono la presa in carico delle famiglie strattate, senza doverne separare i componenti nei vari centri di accoglienza.

Un'altra struttura sanitaria in disuso accoglie ora un progetto di cogestione abitativa tra alcune associazioni e circa 90 migranti, ma questo non basta ad evitare il fenomeno delle occupazioni, che a Bari è piuttosto importante.

Insomma paghiamo il conto della mancanza di politiche veramente integrate e orientate, di una visione e lungimiranza degli interventi, più rivolte all'emergenza che all'inclusione, che tengano conto della complessità e delle conseguenze di povertà e immigrazione, con tutte le loro sfaccettature.

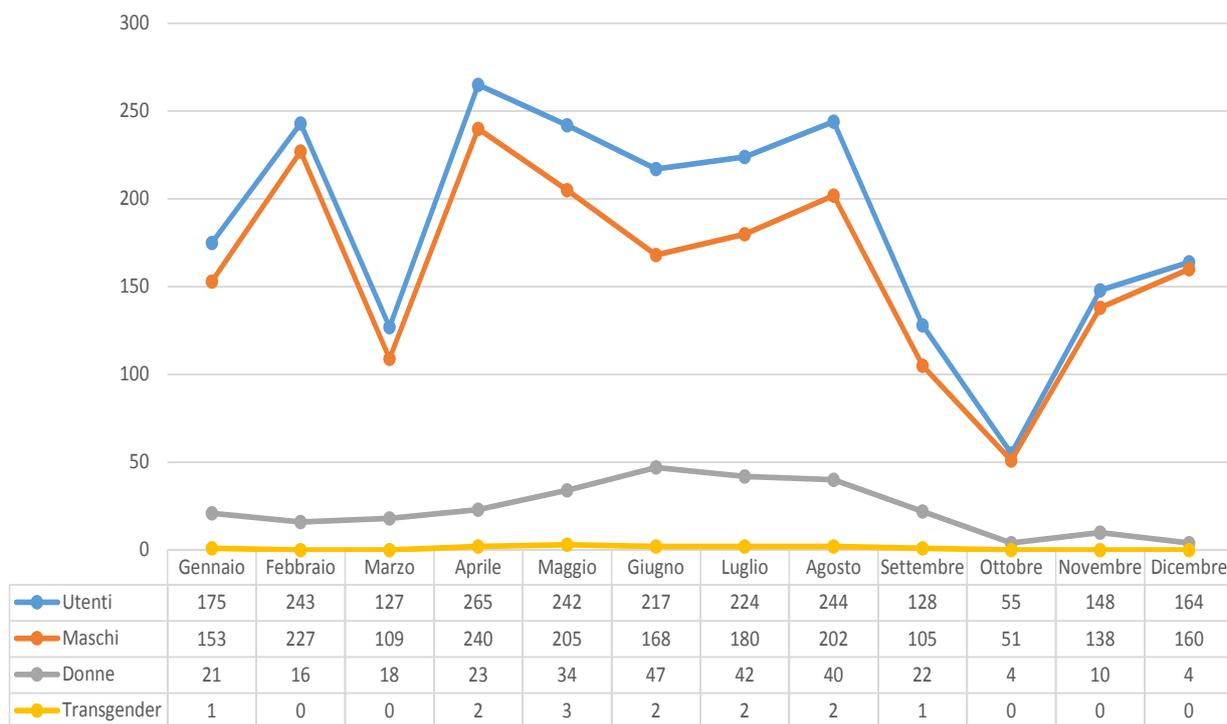


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



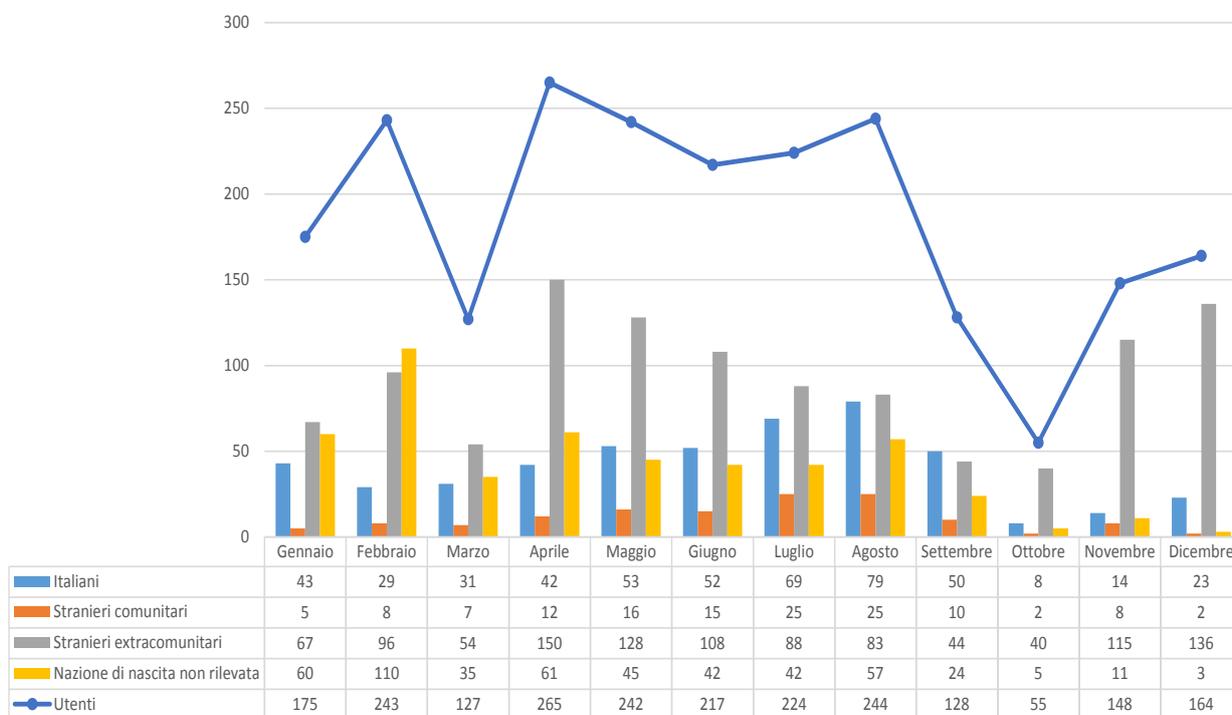
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015

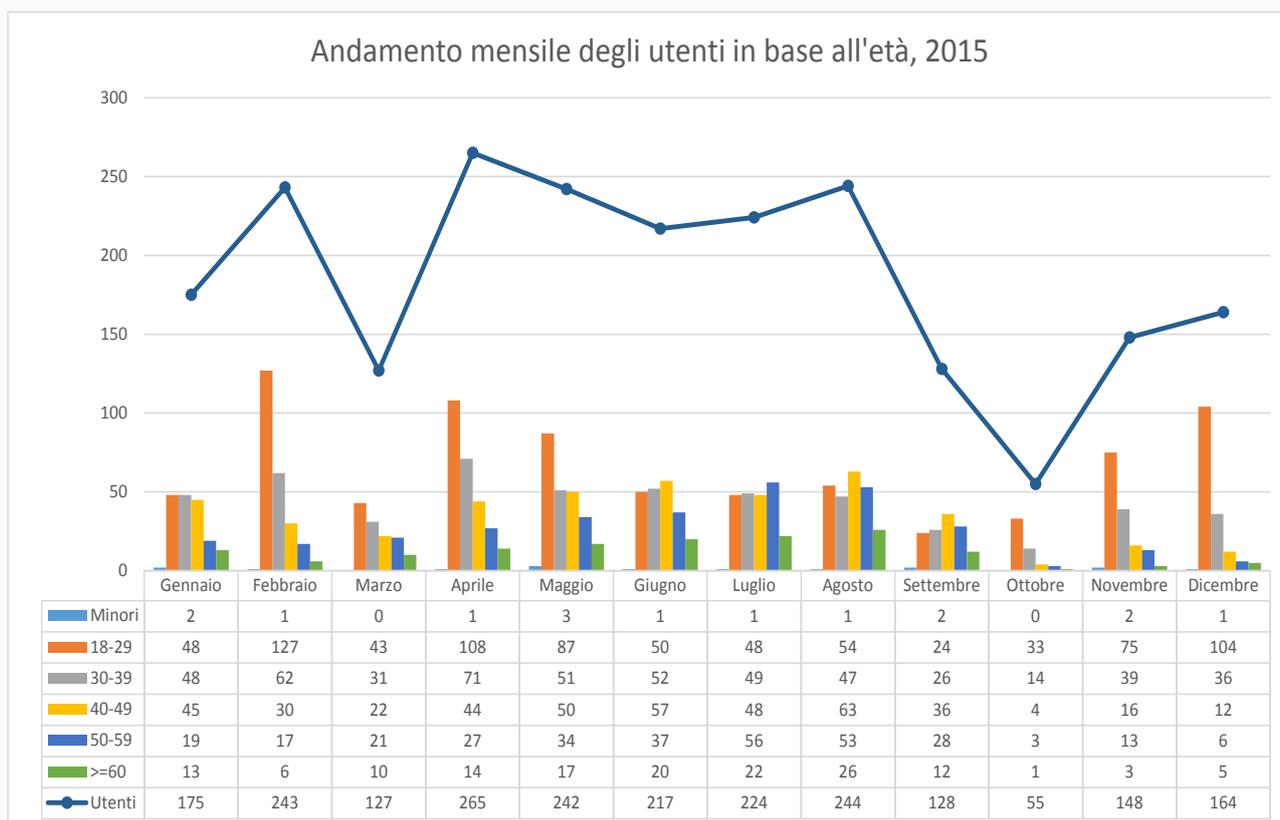


Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

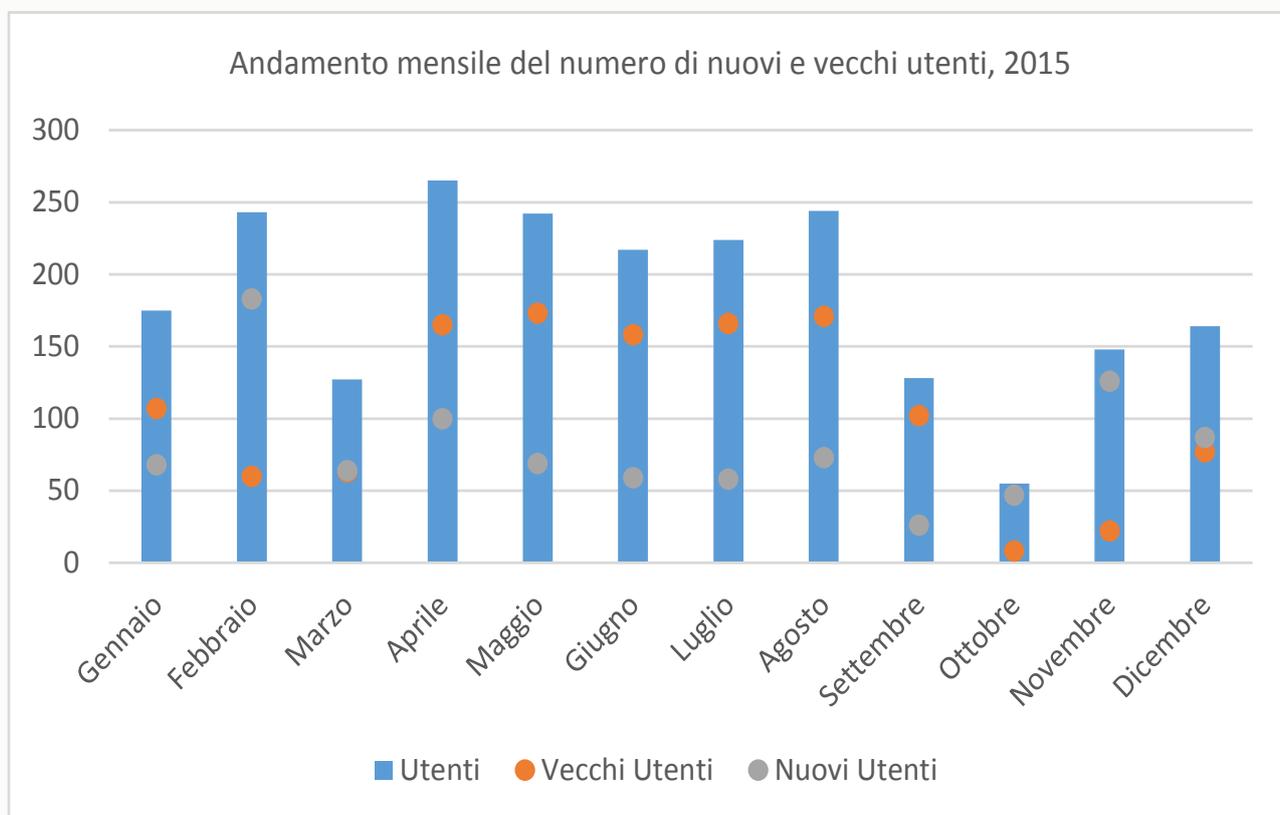
Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



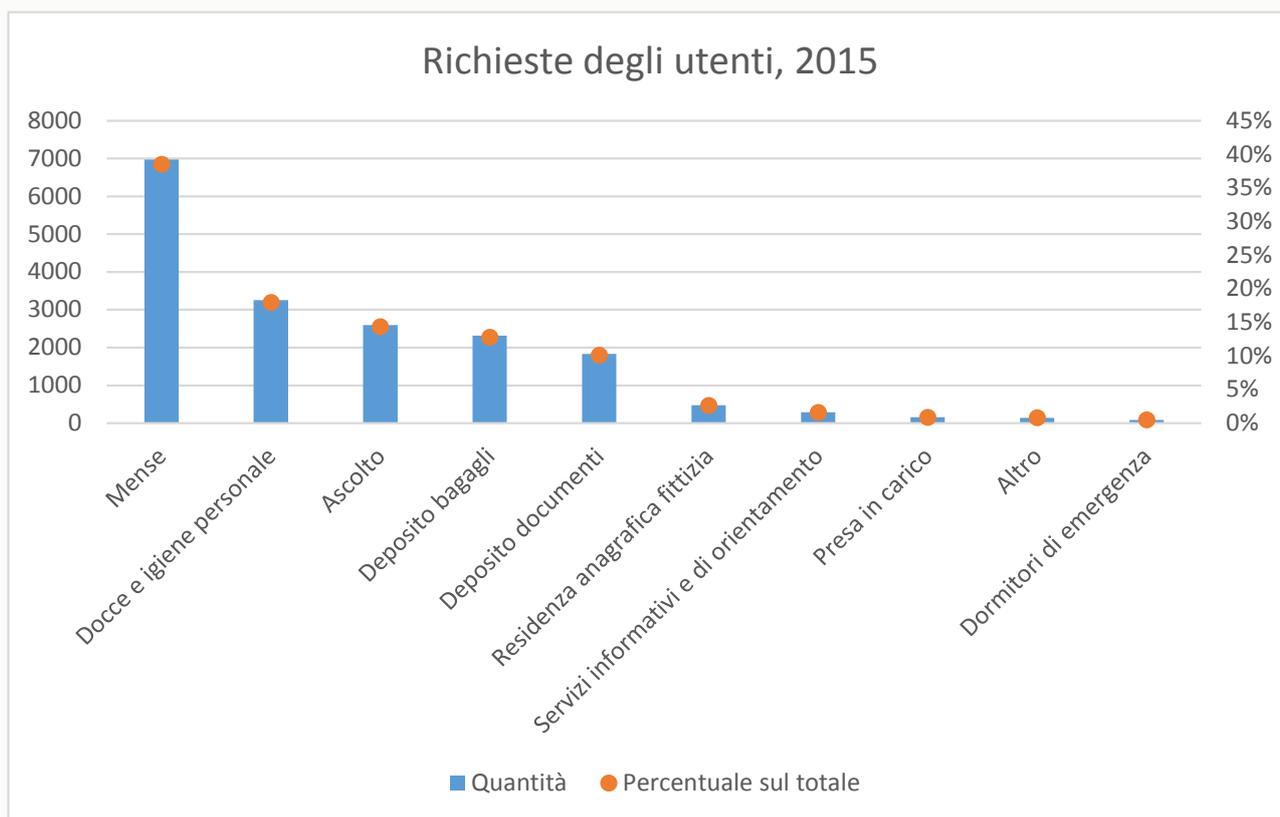
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.



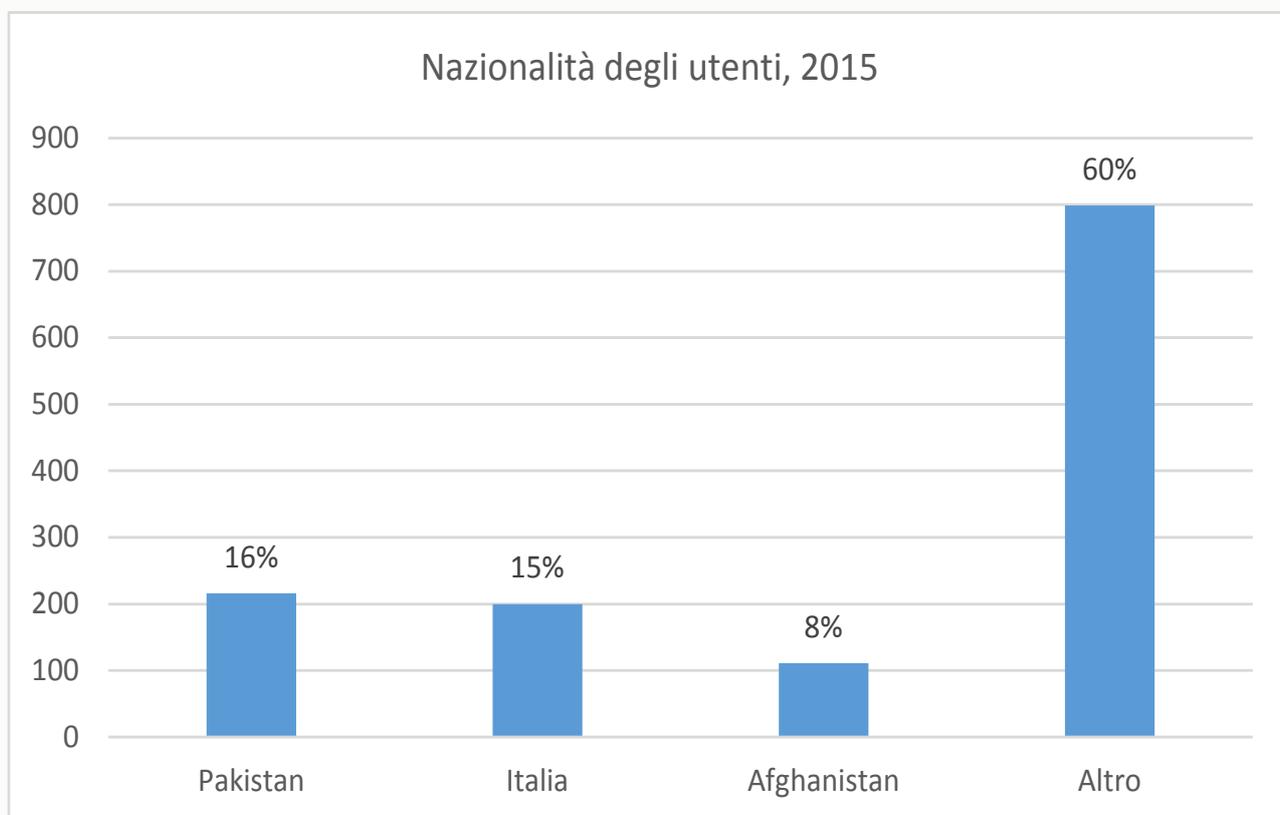
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali nazionalità. Le altre maggiori nazionalità sono: Romania, Somalia, Bangladesh, Georgia, Tunisia, Iraq, Marocco, Eritrea, Algeria, Bulgaria, Iran, Albania, Nigeria, Senegal, Costa d'Avorio, India, Egitto.



MESSINA

Messina, la città dello Stretto, costituisce, con le vicine Catania e Reggio Calabria, la porta di ingresso verso l'Europa per migliaia di migranti, ma deve affrontare anche tutti i problemi endemici di un'isola bellissima, ma difficile. A guidare il welfare in città è Antonina Santisi, Assessore alle politiche sociali dall'agosto 2015, con una lunga esperienza come psicologa sui temi della famiglia e dei giovani.

Assessore, l'Help center della stazione di Messina Centrale sta ampliando i propri servizi per far fronte ai nuovi bisogni della città. Come si integra il centro nella programmazione delle politiche sociali cittadine?

L'Help Center della stazione di Messina Centrale, gestito dalla Cooperativa Sociale Santa Maria della Strada della Caritas Diocesana, si inquadra come una grandissima risorsa per la città, soprattutto in considerazione della situazione finanziaria molto problematica del Comune, che è impossibilitato a fare nuovi investimenti nei servizi sociali. L'Help Center, poi, riesce ad intercettare un'utenza speciale, che spesso sfugge ai servizi del Comune perché è quella meno visibile.

Tra gli utenti dell'Help Center ci sono anche moltissimi migranti. Non è questo il luogo per approfondire il fenomeno migratorio, ma vorremmo conoscere il suo parere su un aspetto particolarmente grave, che sicuramente lei conosce da vicino per la sua esperienza professionale, cioè quello dei minori non accompagnati. Come riuscite ad affrontare il fenomeno?

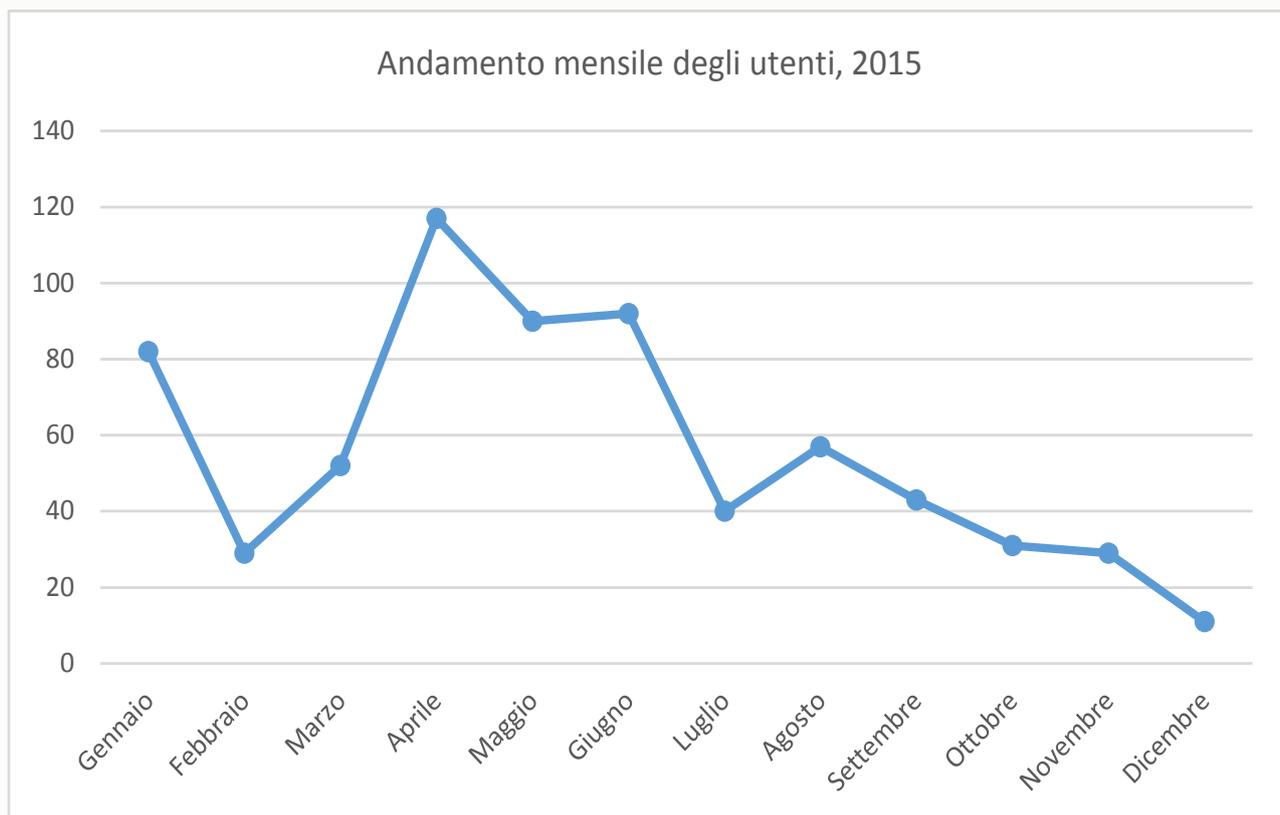
Si tratta di un problema che viviamo non molto, ma moltissimo e che dobbiamo gestire, purtroppo, quasi sempre in emergenza. I luoghi di accoglienza dedicati, che dispongono di 380 posti per minori stranieri non accompagnati, sono già stracolmi e, non essendoci un fisiologico trasferimento verso altri centri governativi, con la frequenza degli sbarchi soprattutto nei mesi estivi siamo costretti a ricorrere a strutture temporanee.

Le difficoltà che si propongono qui in Sicilia hanno un riflesso poi sulle altre città italiane, dove anche nelle stazioni è in aumento il numero di minori non accompagnati. Occorrerebbe a suo parere una gestione più globale del problema?

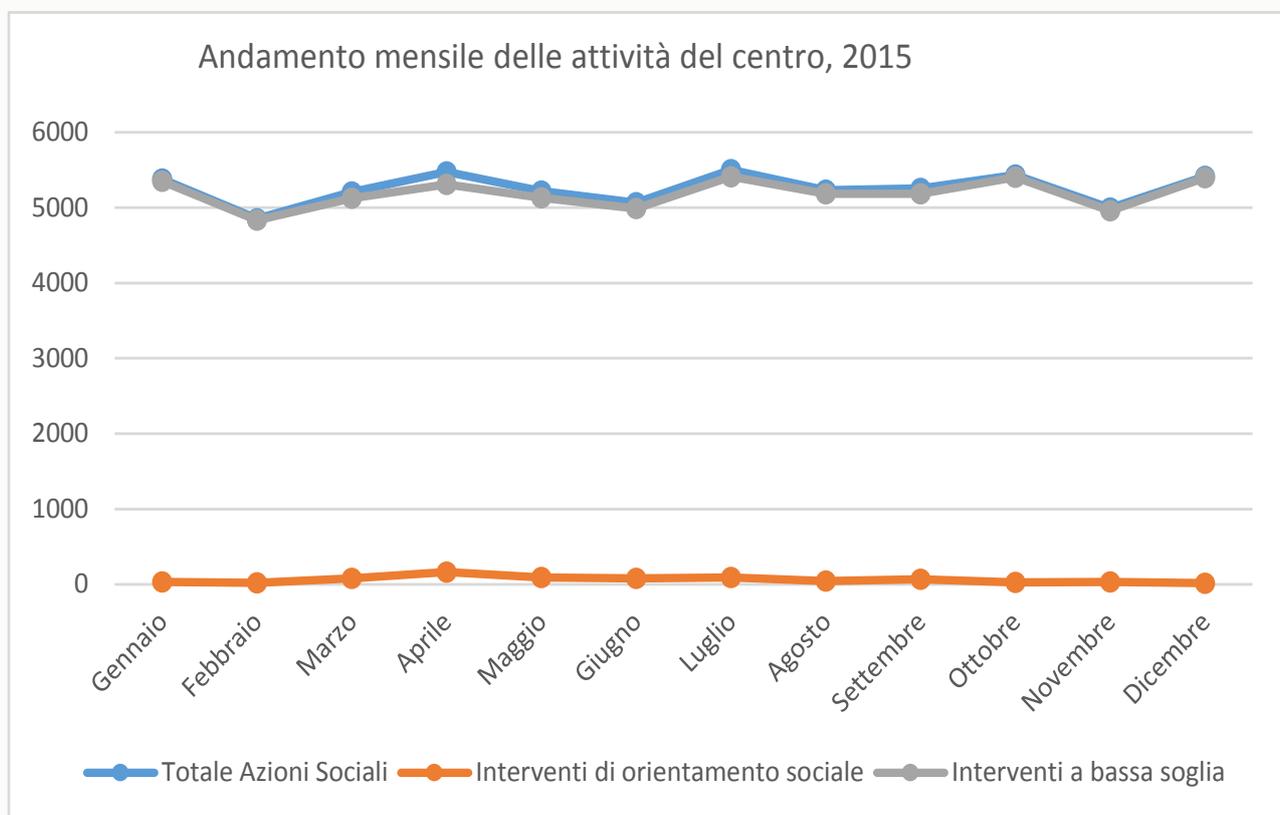
L'aspetto critico che lei cita mostra la mancanza di centri di seconda accoglienza, o se preferisce di una vera accoglienza diffusa, su cui si dovrebbe investire molto a livello di governo centrale. Dovremmo riuscire ad inserire immediatamente i minori in percorsi protetti, di scolarizzazione, di formazione professionale, ma anche di assunzione di consapevolezza della nuova situazione in cui si trovano, garantendo loro quell'accompagnamento necessario a valorizzare la grande motivazione che hanno dentro: di imparare la lingua, di studiare, di costruirsi una nuova vita. Solo così possiamo mettere un freno al fenomeno della dispersione, che provoca danni enormi.

Dagli Help Center delle stazioni sono emersi, in questi ultimi 3 anni, dati allarmanti circa la situazione sanitaria delle persone senza dimora e la difficoltà a garantire loro l'accesso alle cure, l'ospedalizzazione, ma soprattutto aree di convalescenza, per evitare la recrudescenza delle malattie. Messina conosce questo fenomeno?

La questione dell'accesso alle cure è un problema serio anche nella nostra città, tanto che l'Help Center ha attivato un ambulatorio che, in questi ultimi due anni, ha erogato migliaia di prestazioni sanitarie. In generale, posso dire che occorre una maggiore sinergia con le ASL e le Aziende Sanitarie Territoriali, che tenga conto anche del prezioso lavoro svolto dal Terzo Settore in questo ambito. Servirebbe anche una gestione meno burocratizzata della sanità, che con le sue procedure, a volte molto complicate, non facilitano l'accesso dei cittadini più fragili.

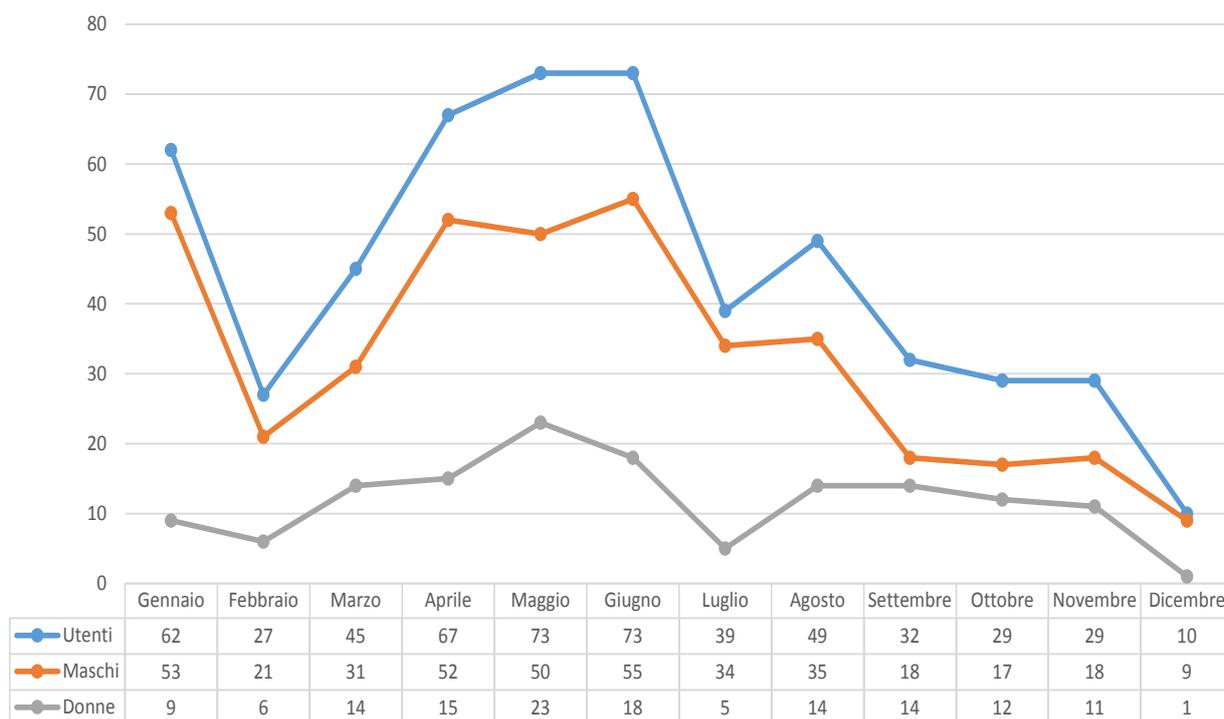


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento.



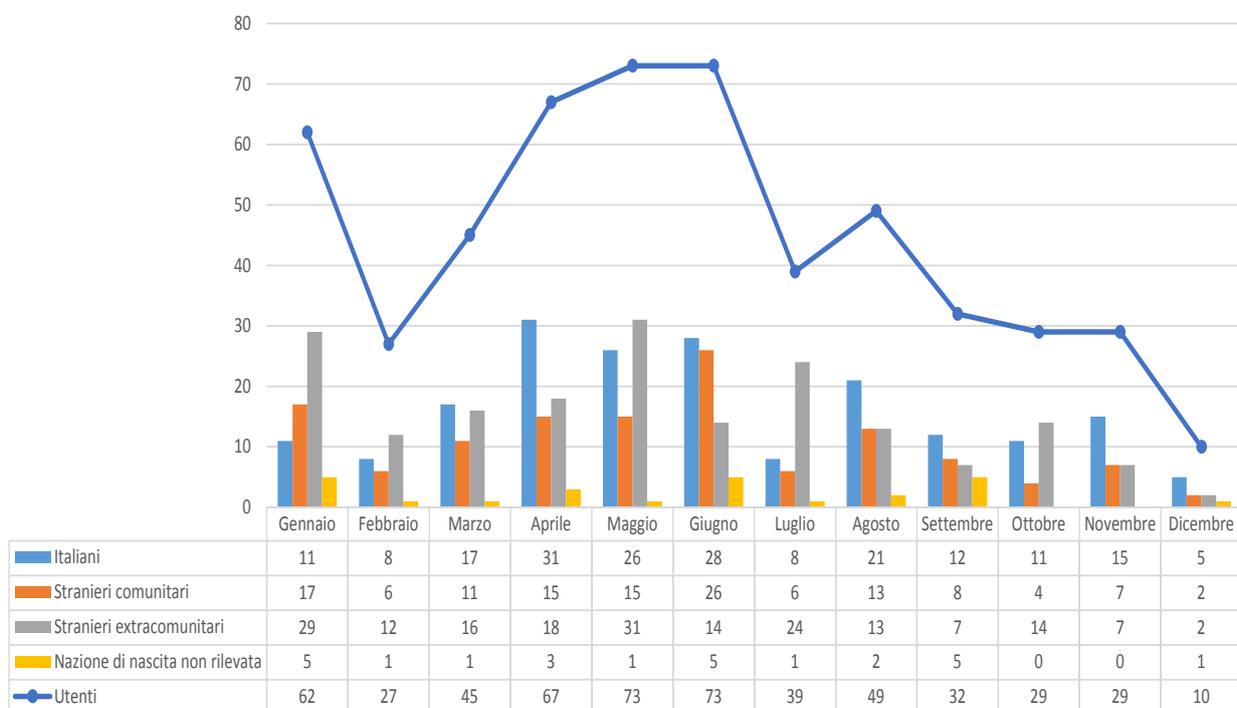
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile del numero di utenti in base al genere, 2015



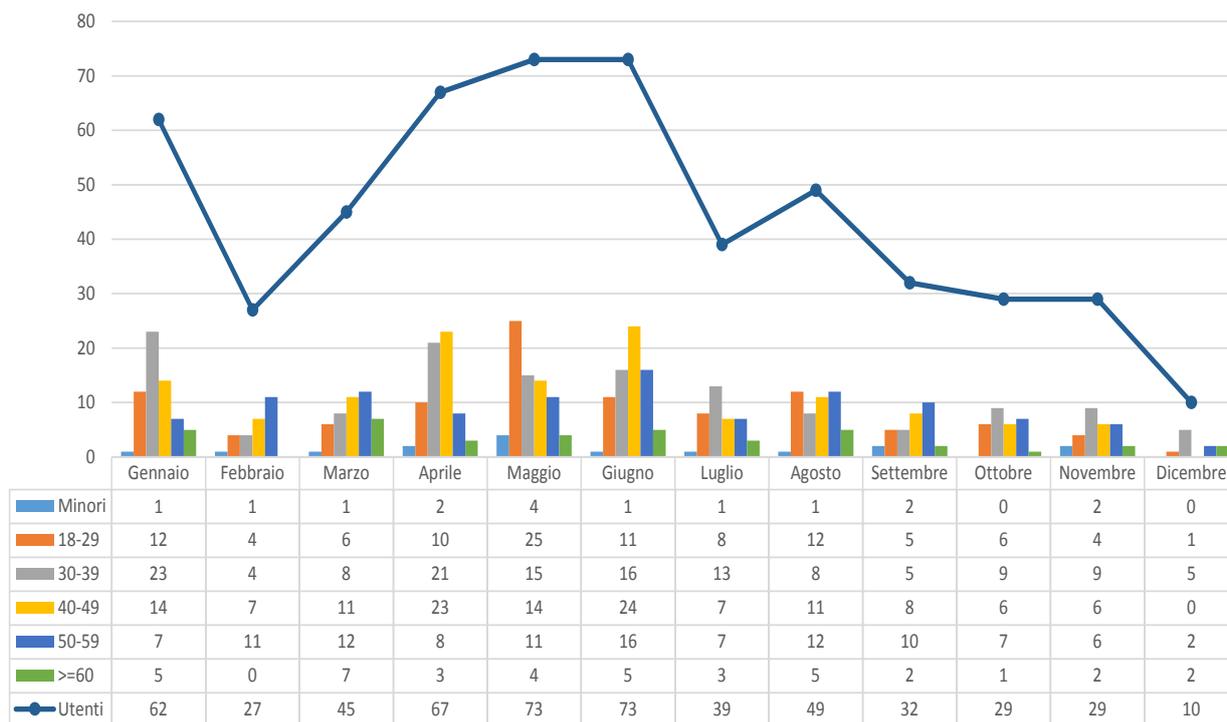
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



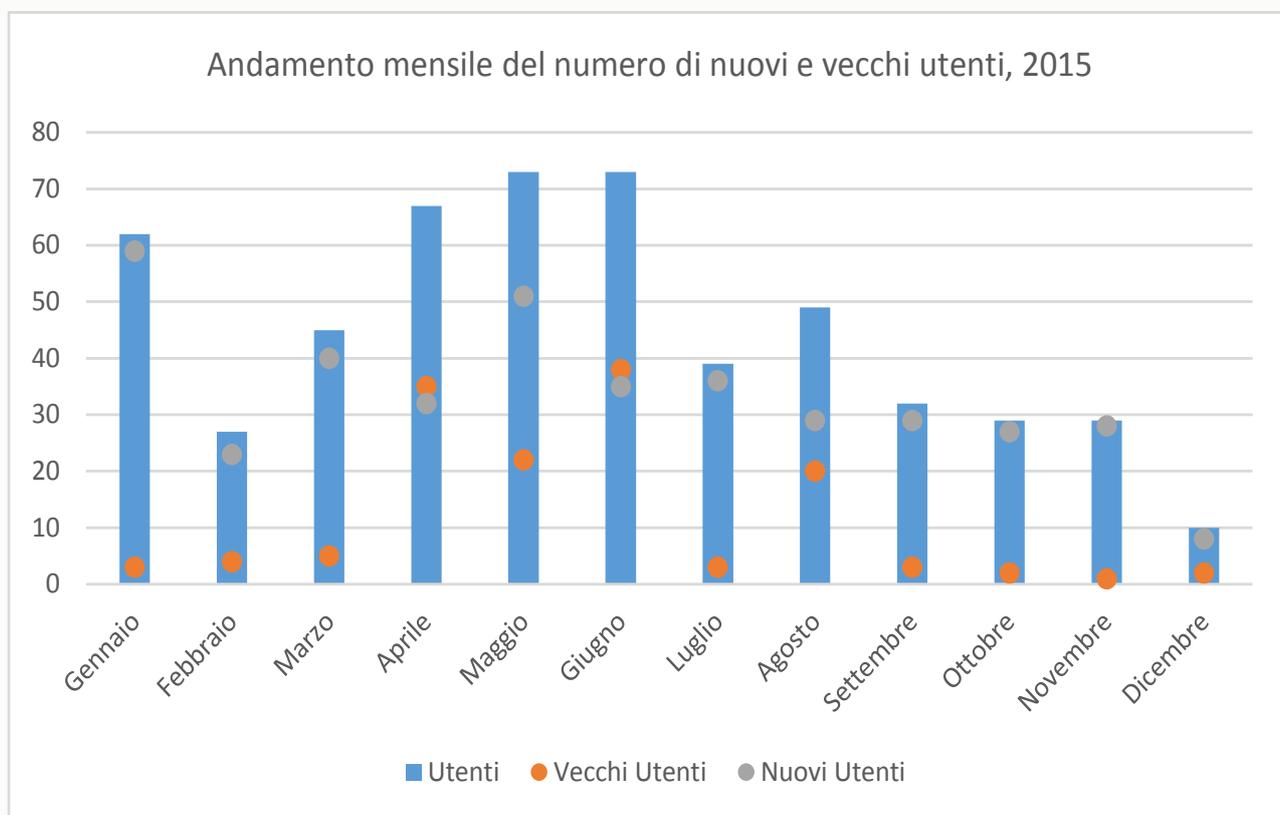
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015

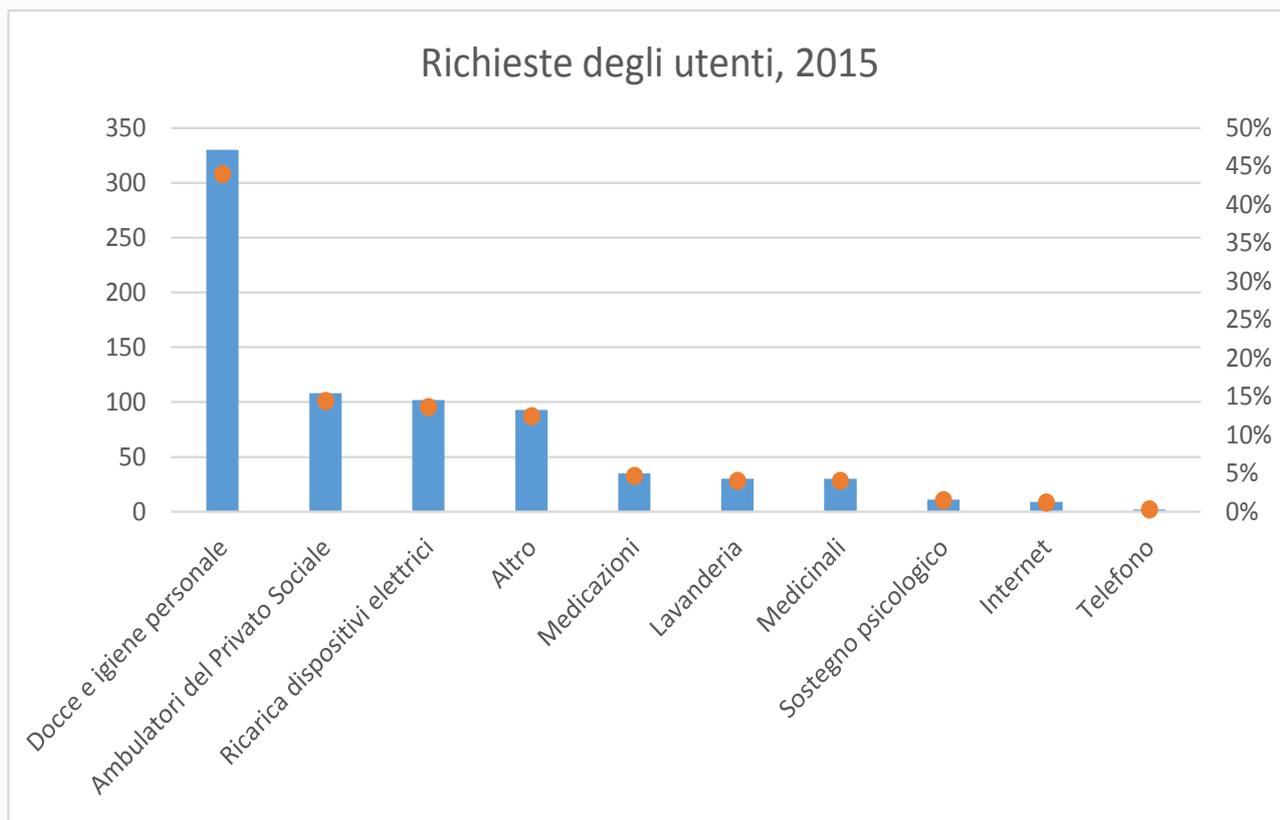


Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese.

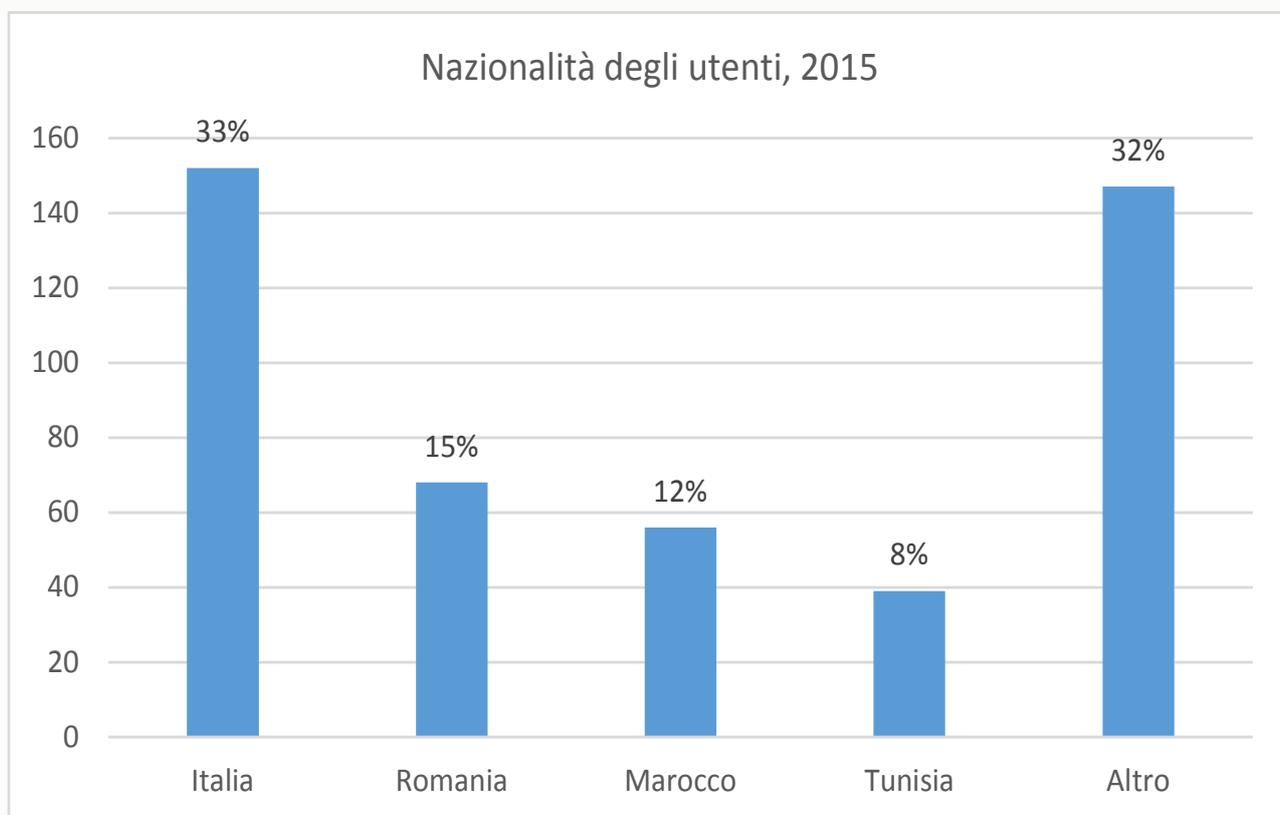
Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti.



Gli istogrammi indicano il numero di richieste per ciascuna categoria (misurato sull'asse di sinistra); i punti arancioni indicano la percentuale di ogni categoria rispetto al totale delle richieste (misurata sull'asse di destra).



Il grafico indica il numero di utenti per ciascuna delle principali. Le altre maggiori nazionalità sono: Polonia, Senegal, Eritrea, Albania, Ungheria, Algeria, Sri Lanka, Bulgaria, Yemen, Repubblica Ceca, Serbia, Francia, Nigeria, Ucraina, Colombia, Sudan.

3



CATANIA

Catania, il capoluogo della Sicilia orientale, convive da anni, come tutte le città portuali dell'isola, con l'arrivo dei migranti che attraversano il Mediterraneo per venire in Europa. Un fenomeno che ha messo a dura prova il sistema di welfare della città, che il Sindaco Enzo Bianco ha affidato, nel dicembre del 2014, ad Angelo Villari, che porta all'Assessorato la sua lunga esperienza nel mondo del lavoro, come ex Segretario Generale della CGIL di Catania.

Assessore Villari, l'Help Center della stazione di Catania Centrale unisce il ruolo tradizionale di sportello di orientamento sociale a quello di centro a bassa soglia. Come si integra nel quadro delle politiche sociali della sua città?

L'Help Center opera all'interno di una rete di solidarietà di volontariato che è fondamentale a Catania per l'assistenza ai poveri e in questi ultimi anni anche ai migranti. Direi non solo che il servizio attivo alla stazione sia integrato, ma addirittura che rappresenti la punta di diamante del sistema, per il ruolo importantissimo che svolge. D'altra parte, la mia è una città la cui forza sta proprio nel suo DNA, che porta i temi dell'accoglienza e della solidarietà come bandiera di civiltà umana e politica.

Sappiamo che la pressione che i flussi migratori esercitano sui dispositivi di accoglienza e assistenza ha messo a dura prova sistema di welfare non solo a Catania, ma in tutta la Sicilia. Un aspetto del fenomeno – i minori non accompagnati – sembra assumere dei contorni particolarmente preoccupanti. Come affrontate questo problema?

Intanto vorrei sottolineare che il forte rapporto tra tutte le Istituzioni - Comune, Prefettura, Procura, Questura, Guardia di Finanza - e le associazioni di volontariato è determinante per garantire una accoglienza adeguata dei migranti. Purtroppo la questione dei minori non accompagnati è il punto dolens del sistema, non perché non si riesca ad intervenire, ma perché ormai occorre una presa di consapevolezza del problema che vada al di là della gestione locale. Come dicevo,

anche in questo campo specifico le Istituzioni lavorano con il volontariato laico e cattolico, dalla Caritas, a Save the Children, alla Croce Rossa, ma è necessario che si comprenda che il fenomeno va affrontato a livello nazionale ed europeo, perché non è possibile eludere un obbligo morale e umano. Le faccio un esempio: in uno degli ultimi sbarchi sono arrivate 700 persone, il 10% delle quali sono minori non accompagnati, devastati nel corpo e nella mente per le fatiche del viaggio. Esistono centri di accoglienza specializzati, ma il sistema è intasato. È necessario, quindi, costruire una rete affinché nel più breve tempo possibile si venga a conoscenza dei posti disponibili, dove inviare questi ragazzi prima che si disperdano. Al di là della questione organizzativa, però, si deve cambiare un atteggiamento non sempre lineare a livello di strategie politiche. Soprattutto rendersi conto che non si può trattare come emergenza un processo che è ormai sistematico.

Dalle più recenti indagini ISTAT, come dagli Help Center delle stazioni sono emersi, in questi ultimi 3 anni, dati allarmanti circa la situazione sanitaria delle persone senza dimora e la difficoltà a garantire loro l'accesso alle cure, l'ospedalizzazione, ma soprattutto aree di convalescenza, per evitare la recrudescenza delle malattie. Come si affronta il problema a Catania? È lecito pensare a nuovi dispositivi che garantiscano l'effettivo esercizio del diritto alla salute anche da parte dei soggetti più marginalizzati?

Per quanto riguarda i migranti, il rapporto tra il Comune e la ASL è molto forte: sembra che lo sforzo enorme che condividiamo produca dei risultati positivi. Relativamente, invece, alle persone povere o senza dimora, bisogna ammettere che a Catania, come d'altra parte in tutto il Mezzogiorno, la difficoltà ad esercitare il diritto alla salute c'è ed è reale. È necessario un impegno maggiore nella direzione di un miglioramento del sistema sanitario e delle possibilità di accesso. È giusto ribadire, comunque, che il rapporto con il sistema sanitario catanese, l'Asp, l'Ospedale Cannizzaro, il Policlinico e, in particolare, l'Ospedale Garibaldi, è forte e garantisce sicurezza sanitaria ai cittadini catanesi e tutela della salute ai migranti.

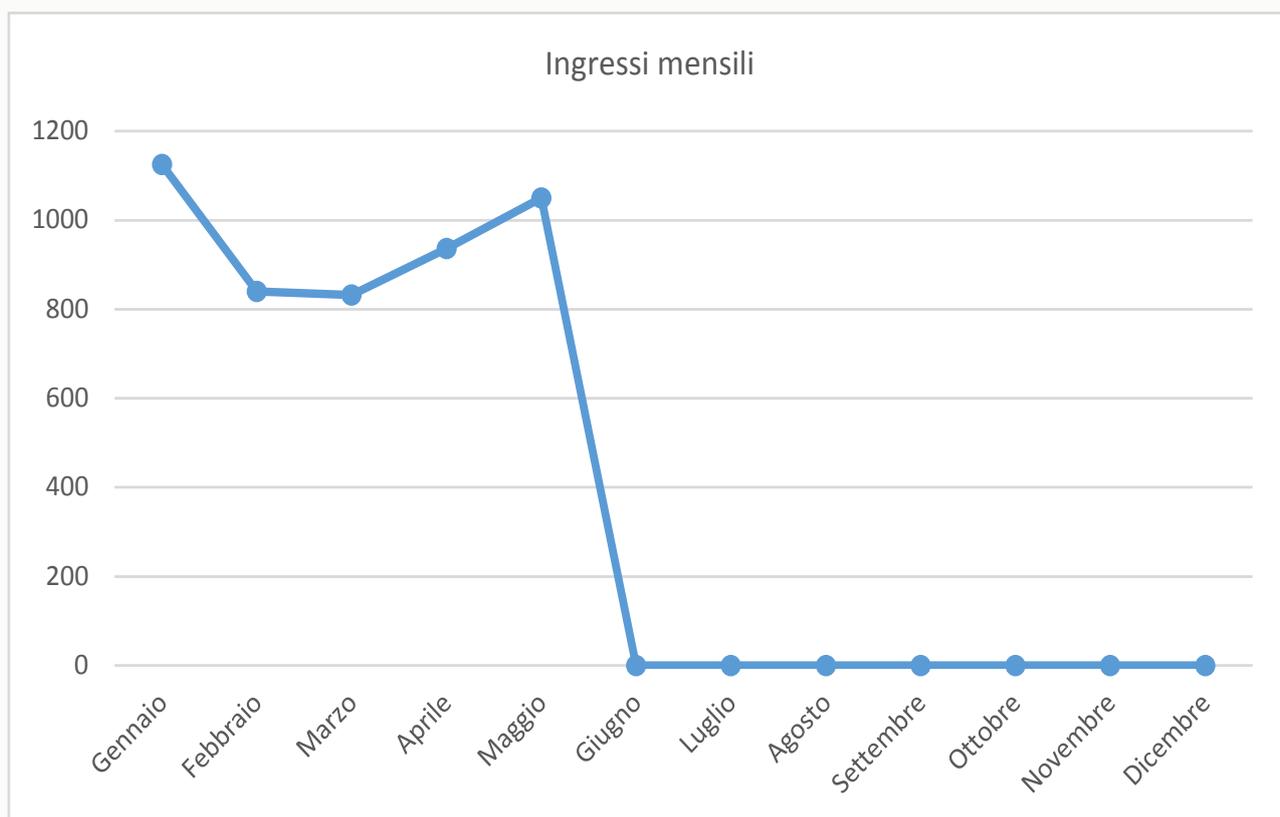
Restiamo sul tema delle persone senza dimora. Le Linee di indirizzo sulla marginalità del Ministero del Lavoro indicano l'approccio Housing First come modello di intervento più efficace per affrontare l'homelessness, anche sulla base dei risultati positivi ottenuti in diversi Paesi europei. Lei condivide questo approccio? Qual è la situazione dell'emergenza abitativa a Catania?

È chiaro che l'approccio Housing First può essere molto efficace ed ha un grande valore anche preventivo, soprattutto quando lo scivolamento nella condizione di povertà assoluta è recente. A Catania, dove l'emergenza abitativa è forte, cerchiamo di sostenere le famiglie con il bonus per l'affitto. Cerchiamo anche di lavorare per il futuro: con il prossimo PON Metro contiamo di realizzare 200 alloggi di emergenza e, per le situazioni più gravi, possiamo ricorrere ai dormitori messi a disposizione insieme alle organizzazioni di volontariato.

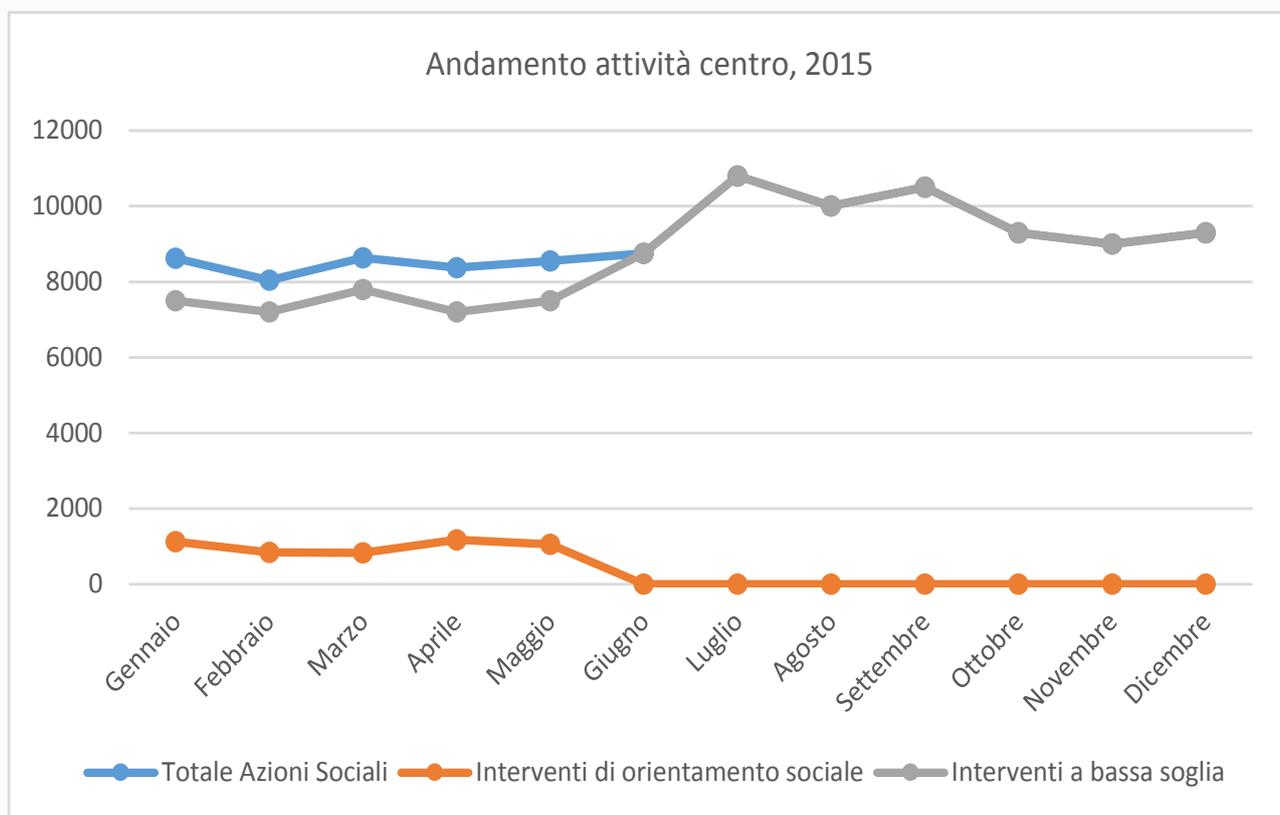
Ma non si tratta di creare dormitori. Si tratta di favorire un rilancio economico globale, che generi posti di lavoro. Parliamoci chiaro: senza il lavoro, non è possibile rispondere al problema radicalmente.

Assessore, un'ultima domanda su un punto che genera molte discussioni sia tra i politici che tra i cittadini: la gestione di flussi migratori così consistenti sottrae al sistema di welfare risorse che dovrebbero servire a contrastare la povertà?

Anzitutto dobbiamo dire che non possiamo trascurare i diritti di nessuno, né degli italiani, né dei migranti che giungono nel nostro Paese. Mettere in campo politiche di inclusione è una questione che riguarda tutti. Il tema vero, però, sono le risorse: oggi si riducono sempre di più gli investimenti per la solidarietà, l'inclusione, la costruzione di processi di integrazione. Questo è un dramma nazionale, che va molto al di là delle situazioni di emergenza che ci troviamo a gestire e che ha a che fare con l'essenza stessa della democrazia. La promozione di strumenti davvero efficaci per fare uscire le persone dalla povertà è qualcosa che riguarda la politica nazionale e, oggi più che mai, quella dell'Unione Europea. Diversamente, non si possono mettere in campo che palliativi, più deboli man mano che si riducono i trasferimenti agli enti locali.

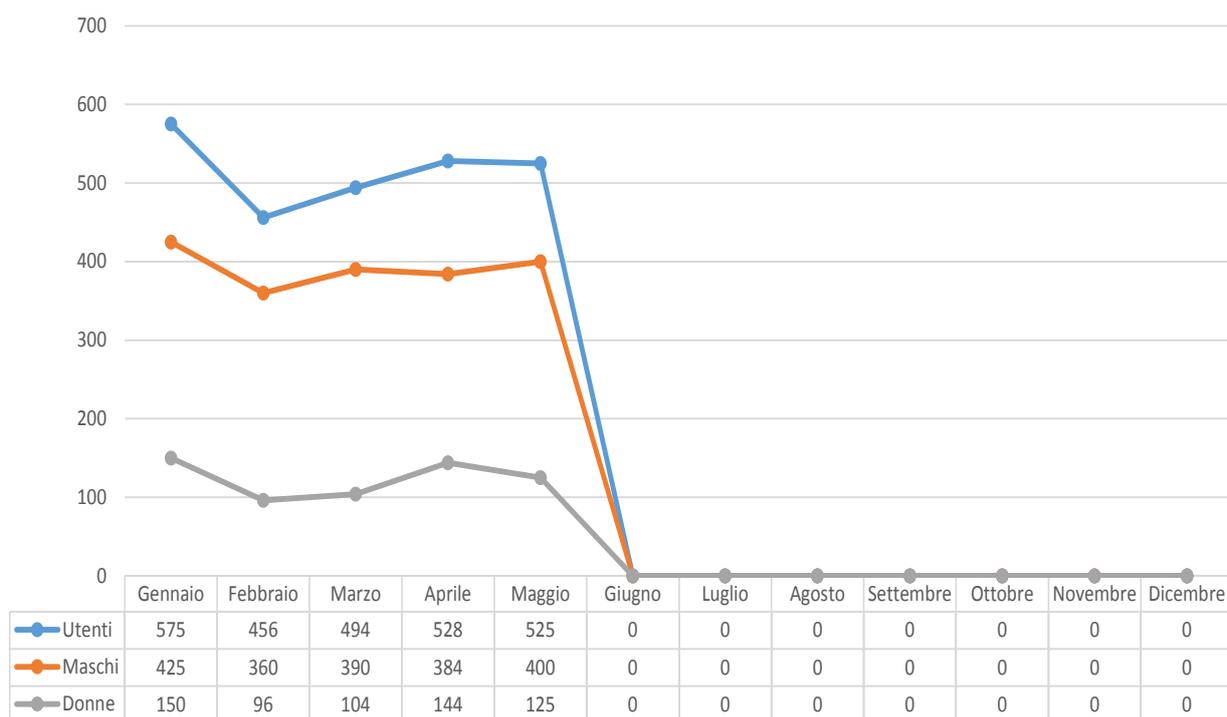


Il grafico riporta il numero di ingressi effettuati per ogni mese e la linea ne descrive l'andamento. Il centro di Catania è stato chiuso da giugno per lavori di ristrutturazione.



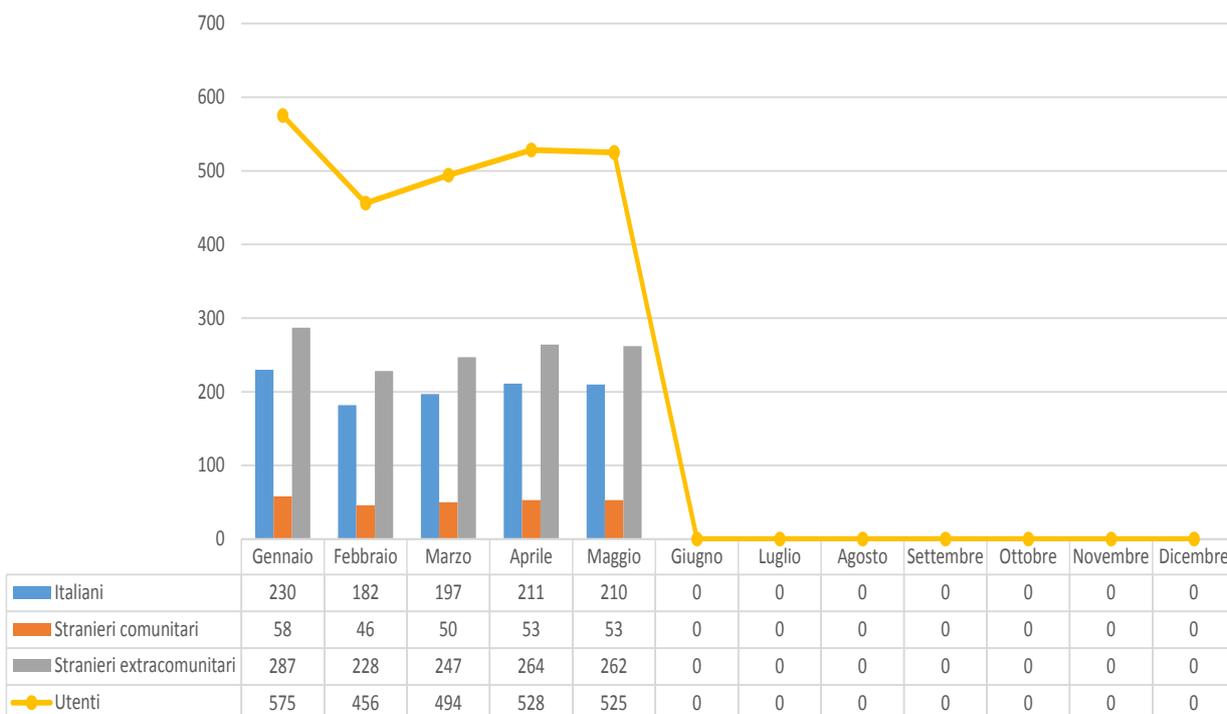
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero degli interventi di orientamento sociale, degli interventi a bassa soglia e della loro somma. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese. Il centro di Catania è stato chiuso da giugno per lavori di ristrutturazione.

Andamento mensile degli utenti in base al genere, 2015



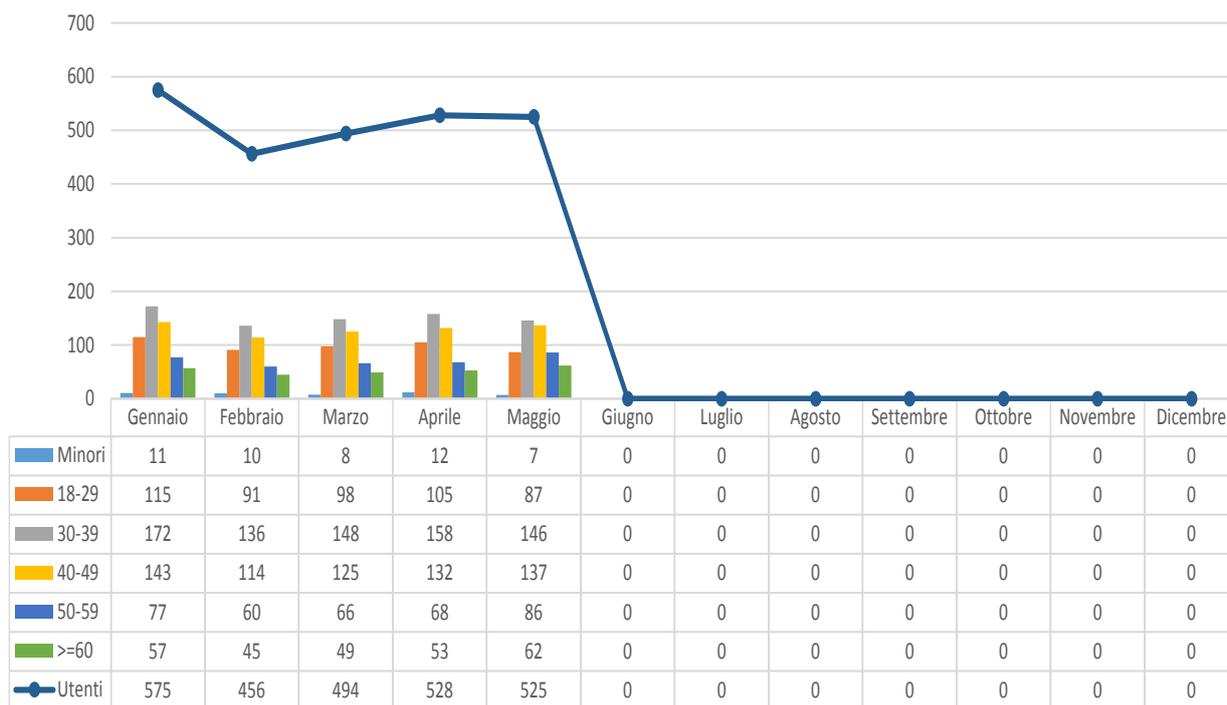
Il grafico rappresenta l'andamento mensile del numero di uomini, di donne, di transgender e di utenti totali. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese. Il centro di Catania è stato chiuso da giugno per lavori di ristrutturazione.

Andamento mensile degli utenti in base alla provenienza, 2015



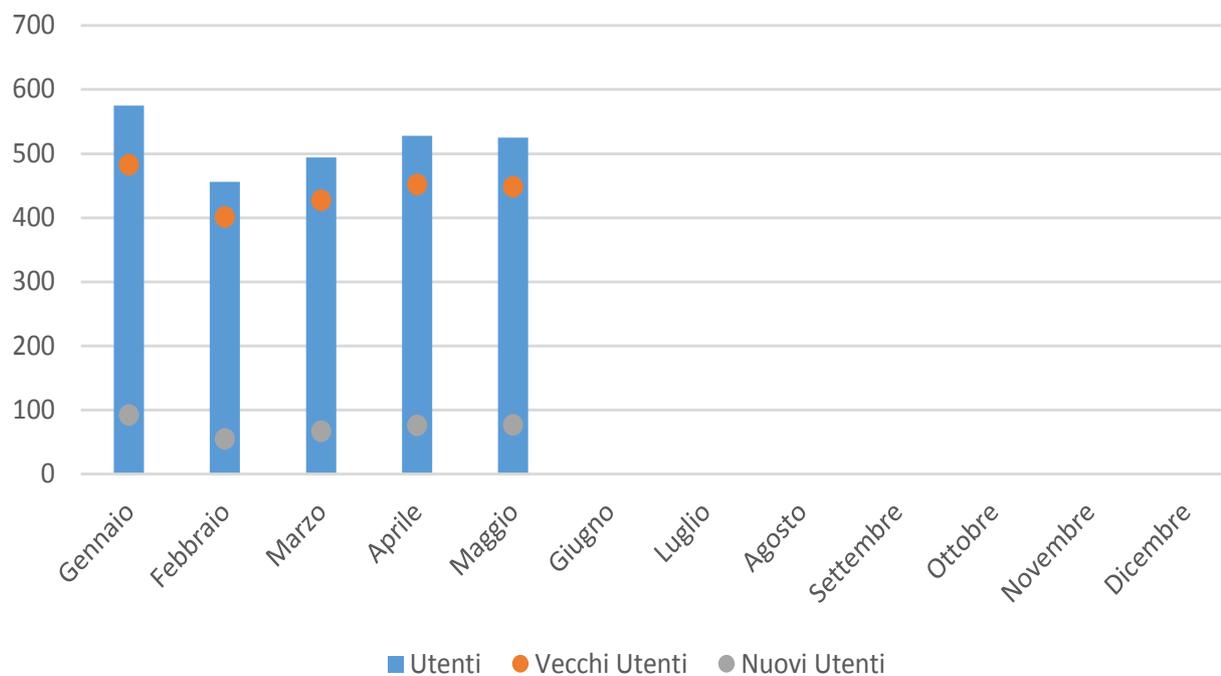
Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per provenienza. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese. Il centro di Catania è stato chiuso da giugno per lavori di ristrutturazione.

Andamento mensile degli utenti in base all'età, 2015



Nel grafico l'andamento mensile degli utenti è indicato dalla linea. Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, la suddivisione degli utenti per età. La tabella riporta il dettaglio dei valori per ciascun mese. Il centro di Catania è stato chiuso da giugno per lavori di ristrutturazione.

Andamento mensile del numero di nuovi e vecchi utenti, 2015



Gli istogrammi rappresentano, per ciascun mese, il numero totale di utenti. Il pallino arancione indica il numero di vecchi utenti, mentre il pallino grigio indica il numero dei nuovi utenti. Il centro di Catania è stato chiuso da giugno per lavori di ristrutturazione.



REGGIO CALABRIA

Reggio Calabria è una città con un passato recente molto difficile. Unica città metropolitana della regione, dove vivono circa 184.000, dopo due anni di commissariamento per infiltrazioni mafiose e un indebitamento importantissimo, dall'ottobre del 2014 è amministrata dalla nuova giunta guidata da Giuseppe Falcomatà, figlio di Italo, famoso sindaco della rinascita degli anni '90. 'Ndrangheta, disoccupazione, immigrazione sono solo alcuni dei pesi che gravano su Reggio, che gode però di una splendida posizione geografica e di un grande potenziale turistico, rappresentato soprattutto dai Bronzi di Riace, capolavoro dell'arte classica.

Giuseppe Marino, avvocato, Assessore a Famiglia, Welfare, Politiche Sociali e Comunitarie, Inclusione e Pari Opportunità, ha inaugurato a marzo 2015 l'Help Center della Stazione di Reggio Calabria Centrale.

3

Assessore, anche a lei vogliamo rivolgere la domanda comune ai suoi colleghi delle altre città in cui è presente un Help Center: come si integra questa struttura nella programmazione dei servizi sociali di Reggio Calabria?

Per comprendere il ruolo dell'Help Center, bisogna fare riferimento ad un contesto più ampio, ovvero al programma che questa Amministrazione ha messo in campo e che prevede dei finanziamenti per la creazione di una rete di centri di prossimità per tutti i cittadini, a prescindere dalla loro condizione sociale. In questa rete sono presenti anche misure specifiche di contrasto contro la povertà estrema. In questo quadro, l'Help Center e l'intera area della stazione di Reggio Calabria Centrale hanno un significato particolare, proprio in termini di concentrazione di persone povere e in condizione di grave marginalità.

Per questo motivo, l'area è oggetto di un ampliamento dei servizi, che comprendono ora, oltre al centro di orientamento in stazione, anche un punto di accoglienza in un appartamento confiscato alla 'ndrangheta: un'ex bisca clandestina dove oggi sono ospitate giovani donne vittime di violenza. Questo centro, Casa Anawim, è frutto di una sinergia tra il Comune, la

Caritas Diocesana e il Tribunale e consente di integrare il lavoro dell'Help Center con un luogo di accoglienza per alcune tra le persone più fragili che sono state intercettate.

Quali altri dispositivi sono presenti a Reggio Calabria per le persone senza dimora?

Abbiamo finalmente attivato l'indirizzo per la residenza fittizia, che abbiamo chiamato Via Filemon, che significa "tenerezza", in omaggio di un bambino che ha raggiunto la nostra città a bordo di una barca di disperati. La residenza fittizia consente alle persone senza dimora di godere di alcuni diritti civili fondamentali, tra l'altro all'accesso alle prestazioni di assistenza sociale e alle prestazioni sanitarie.

Abbiamo poi sostenuto gli Empori della Solidarietà, che sono gestiti dalla Caritas e che consentono alle persone in stato di indigenza di approvvigionarsi gratuitamente dei beni necessari per vivere. Con i fondi europei potremo aprirne altri due, uno a nord e uno a sud della città.

Garanzia del diritto alla salute; centri di prossimità sociale; residenza fittizia e beni confiscati: direi che questi sono i cardini della nostra rete di intervento. Oltretutto, partiranno a breve i bandi del PON Metro, con cui intendiamo sviluppare ulteriormente questi dispositivi.

Lei ha citato la residenza fittizia come strumento per garantire l'accesso al servizio sanitario: proprio questo punto si rivela particolarmente critico, sia dai dati del nostro Osservatorio, che dalle indagini ISTAT. A Reggio Calabria le persone senza dimora accedono facilmente alle cure? Hanno spazi dedicati per la convalescenza?

Il problema del diritto alla salute da noi è molto presente ed è aggravato dalla situazione della ASL provinciale, con decenni di debito e di commissariamento, che rendono l'interlocuzione difficile. Abbiamo però l'ACE, l'Associazione Calabresi di Epatologia, qui a Reggio, che ha un centro di medicina sociale e solidale di eccellenza. L'ACE è molto capace anche di attrarre fondi, che servono a finanziare prestazioni sanitarie erogate a molti poveri. La nostra rete di politiche sociali sa di poter indirizzare verso di loro le persone con bisogni sanitarie, sia italiane che straniere.

Una domanda sullo stato dell'immigrazione, per quanto scontata, è inevitabile. Soprattutto ci interessa la sua visione della questione dei minori non accompagnati, che sta diventando particolarmente critica nelle città in cui siamo presenti con i nostri centri in stazione.

Noi siamo una città di sbarco, con tutte le gravi conseguenze del caso. Abbiamo allestito un centro di primissima accoglienza nell'ex facoltà di Giurisprudenza, dove interveniamo con la Protezione Civile, la Croce Rossa e i nostri magnifici volontari, ma è vero che i minori costituiscono la faccia forse più preoccupante del fenomeno. Dovrebbero essere collocati in strutture protette entro 24 ore, con il supporto di assistenti sociali, educatori e tutto il personale specializzato del caso. Purtroppo, invece, data l'assenza di strutture protette della Regione, li dobbiamo tenere noi. Attualmente ne abbiamo in carico più di 200. Per mitigare la situazione, in un'ottica di accoglienza ed integrazione, abbiamo avuto l'idea di lanciare un progetto di affido familiare, con un contributo a chi scegliere di accogliere un minore che viene dal fondo SPRAR. Dieci famiglie si sono già rese disponibili e ora stiamo eseguendo tutti i controlli del caso, per poter cominciare. Ci piacerebbe che in futuro anche i 97 sindaci dell'area metropolitana seguissero questo esempio: se ciascuno riuscisse a farne accogliere dieci nel proprio comune, quasi mille ragazzi avrebbero una famiglia. In questo modo, oltre all'aiuto, preveniamo il disagio.

Le linee di indirizzo sulla marginalità sociale del Ministero del Lavoro mettono in evidenza, a questo proposito, l'importanza dell'approccio Housing First tanto per risolvere, quanto per prevenire situazioni di disagio sociale. A Reggio Calabria esiste un'emergenza abitativa? Il patrimonio immobiliare del Comune è in grado di farvi fronte?

L'attività repressiva nei confronti della 'ndrangheta in questi ultimissimi anni ha creato un patrimonio ingente di immobili confiscati: parliamo di centinaia di unità. Per questo motivo,

la Giunta ha scelto di non investire in nuova edilizia popolare, ma di valorizzare questi beni, investendo sul loro riutilizzo grazie ai fondi europei. Stiamo anche cercando di beneficiare dei fondi per la morosità incolpevole, che prevede aiuti alle famiglie sfrattate. Abbiamo recentemente annunciato che più di 300 famiglie beneficeranno del contributo regionale previsto dalla legge.

Quanto sono importanti i fondi europei per lo sviluppo delle politiche sociali della città?

Sono fondamentali. Il Sindaco ha fatto una scelta precisa in questo senso, affidando a me, oltre alla delega al welfare, anche quella ai fondi UE. Vede: stiamo incontrando un'enorme difficoltà a tenere aperti i centri comunali con i fondi di bilancio, perché non abbiamo una vera e propria autonomia da questo punto di vista. Nella nostra situazione, il bisogno è talmente grande che non possiamo permetterci di perdere neanche un soldo. Per questo stiamo investendo molto anche a livello di struttura comunale, per essere preparati a rispondere ai bandi.

In questa situazione di ristrettezze economiche, sembra che la sua città sappia mettere in campo un grande patrimonio di impegno volontario, anche all'Help Center.

Devo ammettere di sentirmi davvero fortunato a guidare questo assessorato in una città come Reggio Calabria, perché qui i volontari sono fantastici. Penso soprattutto al coordinamento per gli sbarchi, che gestiamo insieme alla Prefettura: si tratta di un patrimonio del Paese e dell'Europa, che vogliamo che venga riconosciuto e valorizzato. I volontari qui da noi davvero fanno miracoli.

PARTE QUARTA

RESEARCH PAPER

Un'analisi del disagio abitativo attraverso i dati ONDS: fattori individuali e strutturali

Giulia Pagliani
Eleonora Romano



"Homelessness is the most visible manifestation of extreme poverty in developed countries."
(Brendan O'Flaherty, *Homelessness: Economic Perspectives*, 2012)

INTRODUZIONE

Il disagio abitativo (o *homelessness*) è solo una delle manifestazioni della povertà estrema e dell'esclusione sociale. Il carattere spesso sommerso e difficilmente osservabile di tali manifestazioni si traduce nella penuria di dati, sulla base dei quali condurre analisi e, di conseguenza, definire politiche di intervento per rendere più efficaci le risposte dei sistemi di welfare.

In questo contesto, l'attività del Terzo Settore che si occupa di marginalità sociali si rivela preziosa non solo nel fornire soluzioni alternative ed innovative di welfare, ma anche nella raccolta dati. Questo è il caso dell'attività svolta dalla rete degli Help Center ONDS: attraverso la piattaforma Anthology, tale attività ha consentito di costruire un database, peraltro in continua evoluzione, relativo agli individui in condizioni di disagio sociale che si rivolgono ai centri di orientamento presenti nelle stazioni ferroviarie.

Lo scopo di questo studio è contribuire all'analisi del disagio abitativo, utilizzando un dataset originale estratto dalla piattaforma Anthology e relativo agli utenti di alcuni degli Help Center della rete ONDS. In particolare, lo studio si propone di fornire la stima della probabilità di essere in condizioni di disagio abitativo per gli utenti degli Help Center ONDS, considerando non solo l'influenza delle caratteristiche individuali degli utenti, ma anche quella di alcune variabili macroeconomiche rappresentative del contesto locale. Sebbene tali analisi non possano restituire un'informazione esaustiva circa il disagio abitativo a livello di singola città, né tantomeno a livello nazionale, esse possono aiutare a comprendere in che modo orientare gli interventi operativi dei servizi sociali territoriali che si occupano di marginalità ed emergenza sociale.

Il paper si compone di altre quattro sezioni. La seconda sezione fornisce una rassegna della letteratura – con un'attenzione specifica a quella economica – dedicata al tema dell'*homelessness*. La terza sezione presenta il dataset e la strategia empirica utilizzata ai fini dell'analisi dei dati. La quarta sezione contiene i risultati delle statistiche descrittive e delle analisi di regressione. La sezione conclusiva, infine, offre una breve sintesi e la discussione dei risultati principali.

2. Letteratura di riferimento

Verso la fine degli anni '80 la tematica dell'*homelessness* comincia a ricevere attenzione, ma le stime relative alla popolazione degli *homeless* risultano scarse o poco attendibili. Notevoli

sono, infatti, i problemi metodologici connessi con la raccolta di dati censuari o campionari su tale popolazione. I primi studi relativi alla stima della dimensione e della composizione della popolazione degli *homeless* e delle determinanti della condizione di *homeless* (Rossi et al. 1987; Rossi e Wright 1987; Rossi e Wright 1989) vengono condotti negli Stati Uniti, sulla base di metodologie sperimentali di rilevazione della popolazione degli homeless in territorio urbano (*S-Night approach, One-week/multi-week counts*). In particolare, tali studi tentano di applicare metodi di campionamento e modelli propri delle scienze sociali ai fini dell'analisi della popolazione homeless nelle singole città (*urban homeless*), effettuando indagini presso le strutture di accoglienza (*shelter surveys*) e monitoraggi notturni delle aree urbane (*street surveys*). Oltre alle criticità legate alla raccolta dei dati, in essi emerge un problema di natura definitoria: all'interno della popolazione degli homeless si possono distinguere *literal homeless* (coloro che non dispongono di una sistemazione abitativa di alcun tipo) e *precariously housed* (coloro che vivono in sistemazioni abitative inadeguate o che periodicamente non dispongono di alcuna abitazione). Negli studi si dedica particolare attenzione alla prima categoria, la quale, a fronte di una forte eterogeneità demografica, si caratterizza per tre fattori ricorrenti: la condizione di povertà estrema, gli alti livelli di disabilità mentale e/o fisica, l'alto grado di isolamento sociale (legami familiari e affettivi deboli o inesistenti). La popolazione dei *literal homeless* costituisce, però, soltanto un sottogruppo della popolazione dei poveri estremi, che comprende anche coloro che dispongono di una sistemazione temporanea, insicura o inadeguata e coloro che spendono quasi tutto il loro reddito per l'abitazione, ricorrendo ai servizi di mensa e assistenza medica gratuiti. Queste persone possono essere considerate *homeless "part-time"*, ovvero individui che in alcune fasi dell'anno sono homeless perché non riescono a pagare l'affitto e fare affidamento sui legami familiari/amicali.

A partire dagli anni '90, sono state condotte alcune analisi teorico-filosofiche sul fenomeno dell'*homelessness* (Neale 1997; Pleace 1998; Abbarno 2012; Bengtsson, Fitzpatrick e Watts 2012), che è stato inquadrato come uno dei prodotti generati dal processo di esclusione sociale, derivante dall'impossibilità di avere accesso ai servizi di welfare e abitativi. L'esclusione dalla società è intesa sia come esclusione dal mercato, quindi dai benefici delle relazioni economiche, sia come inadeguata partecipazione sociale, ovvero esclusione dai benefici delle relazioni sociali. Rispetto alla prima accezione di esclusione risultano fondamentali gli interventi redistributivi dello Stato volti a fornire risorse di base a coloro che non ne hanno, per consentire la partecipazione alla vita economica della società. Nella seconda accezione, invece, si parla di reintegrazione nel tessuto sociale invece di compensazione economica, secondo una visione della società quale intreccio di relazioni sociali fondate su un ordine morale, che prevede obblighi e diritti reciproci per gli individui. Alcuni autori (Wolk, Dear e Akita 1998) vedono la condizione di *homeless* come lo stadio finale di un processo individuale e sociale complesso. Non si tratterebbe, quindi, di un evento improvviso (almeno nella maggior parte dei casi), ma piuttosto del culmine di un lungo periodo di difficoltà economiche, isolamento e distacco dalla società. L'ingresso e la permanenza nella condizione di *homeless* può peraltro dare luogo ad una cronicizzazione dello scollamento dal tessuto sociale. In particolare, ciò può derivare dall'instaurarsi di una spirale negativa di circostanze che deteriorano il benessere individuale a livello mentale, sociale e fisico, attraverso un effetto cumulativo.

Dalle analisi empiriche condotte a partire dagli anni '90 (Rossi 1990; Wolch et al. 1998; Burt 2001; Lee et al. 2003; Early 2004, 2005; Dowling e Fitzpatrick 2012) è emerso un cambiamento nella composizione demografica della popolazione degli *homeless* e un deterioramento nelle condizioni di vita. L'immagine tipica del senza dimora di mezza età, uomo, con problemi di alcolismo (quella degli anni '50-60) lascia progressivamente spazio a rappresentazioni diverse e più eterogenee. La popolazione dei senza dimora include individui più giovani, meglio istruiti e più poveri rispetto al passato, famiglie, bambini, disoccupati e *working poor*, coloro che sono stati dimessi da cliniche psichiatriche e tossicodipendenti. Inoltre, tale popolazione include una

quota crescente di donne, spesso accompagnate da figli. La nuova popolazione di *homeless* tende a concentrarsi nelle zone urbane, dove è più probabile trovare servizi di accoglienza e distribuzione di beni di prima necessità rispetto ai piccoli centri. Molteplici sono le cause di tale trasformazione ipotizzate negli studi esistenti: l'aumento della disoccupazione e la diminuzione nel numero di opportunità salariali; la gentrificazione¹ e l'aumento del costo delle case di bassa qualità; la dimissione di pazienti malati mentalmente in assenza di un supporto istituzionale per il reinserimento sociale; la diffusione di lavori poco qualificati e a basso salario; la discriminazione razziale, etnica e di classe nel settore abitativo. Più in generale, nello studio delle cause del fenomeno dei senza dimora si possono distinguere due approcci: a) un approccio individualista, che collega la condizione di *homeless* ad una scelta consapevole dell'individuo o a particolari vulnerabilità personali (disabilità, dipendenze, scarsa istruzione, rotture familiari ed episodi di violenza domestica); b) un approccio strutturalista, che considera fattori e condizioni esterni, dai quali deriva l'insufficienza di servizi abitativi. In particolare, questo secondo approccio tiene conto dei fattori macroeconomici che possono contribuire a spiegare sia la quota di *homeless* (a livello aggregato) sia la probabilità di essere *homeless* (a livello individuale). La maggior parte degli studi che adotta questo approccio riguarda gli Stati Uniti e, in particolare, le analisi fornite dagli economisti che hanno studiato il fenomeno della *new homelessness*, cioè quella sviluppatasi a partire dagli anni '80 del secolo scorso (O'Flaherty 2012). I fattori strutturali legati al fenomeno dell'*homelessness* possono essere raggruppati in tre grandi categorie.

1. Le condizioni macroeconomiche

Oltre al tasso di povertà, le condizioni del mercato del lavoro, rappresentate da variabili quali il tasso di disoccupazione locale, il livello delle retribuzioni e la composizione dell'occupazione (*low-vs. high-skilled*) possono assumere rilevanza rispetto al fenomeno dell'*homelessness*. Ad esempio, la polarizzazione del mercato del lavoro² può far crescere la quota di lavoratori scoraggiati, ovvero di disoccupati che, pur essendo in età lavorativa, smettono di cercare lavoro diventando inattivi. Ciò può dar luogo ad un processo di progressivo impoverimento e abbandono del tessuto sociale, soprattutto per i lavoratori poco qualificati (Boeri et al. 2009).

2. Mercato immobiliare locale, politiche per la casa e disuguaglianza di reddito

Il fenomeno dell'*homelessness* può essere strettamente legato alla scarsa offerta di abitazioni a basso costo a fronte di una domanda crescente, ai processi di *gentrificazione*, all'evoluzione dei programmi di edilizia popolare e delle misure di assistenza per la casa. Alcuni studi americani hanno cercato di mostrare l'esistenza di una relazione positiva e significativa tra le politiche di controllo degli affitti e l'*homelessness*, ma l'evidenza ottenuta è contrastante (si veda la rassegna contenuta in O'Flaherty 2012). Altri studi hanno esaminato l'effetto sull'*homelessness* di sussidi per la casa a favore di individui a basso reddito, mettendo in luce la rilevanza del *policy targeting* (assegnazione dei sussidi agli individui più poveri) piuttosto che della quantità di sussidi (Early 1999; Early e Olsen 2002). Alcuni modelli teorici ed empirici (O'Flaherty 1995; O'Flaherty 1996) hanno fornito una rappresentazione delle relazioni tra il mercato immobiliare e l'*homelessness*.

¹ Il termine *gentrificazione* è un adattamento della parola inglese *gentrification* (derivante da *gentry*, ossia la piccola nobiltà inglese e in seguito la borghesia o classe media), che sta ad indicare le trasformazioni urbanistiche e socio-culturali di un'area urbana, tradizionalmente popolare o abitata dalla classe operaia, risultanti dall'acquisto di immobili da parte di popolazione benestante (cambiamento nella composizione sociale e aumento dei prezzi delle abitazioni).

² Dagli anni Novanta, sulla base dell'evidenza empirica relativa soprattutto ai paesi anglosassoni, è stata rilevata una tendenza alla cosiddetta *polarizzazione* del mercato del lavoro, cioè ad un peggioramento al centro della distribuzione delle qualifiche, cui avrebbe corrisposto una riduzione dei salari dei lavoratori con qualifiche medie (meno richieste), un aumento dei salari dei lavoratori ad alta qualifica ed una sostanziale costanza nei livelli dei salari dei lavoratori a bassa qualifica, soprattutto a causa del diffondersi delle tecnologie informatiche, che avrebbero riguardato i *task routinari*, tradizionalmente assegnati ai lavoratori *medium e low-skilled* (si veda Franzini e Raitano [2012]).

In particolare, tali modelli ipotizzano che le abitazioni di nuova costruzione siano caratterizzate da standard di qualità più alti di quelle esistenti e che queste ultime perdano progressivamente di valore. Di conseguenza, i relativi canoni locativi tendono a scendere; tale processo procede fino ad un livello degli affitti talmente basso da non incentivare i proprietari ad effettuare interventi di manutenzione o ristrutturazione, così che quelle abitazioni scompaiono dal mercato o sono convertite per altri usi. Il loro prezzo non sarà nullo per definizione, ma, teoricamente, assumendo preferenze razionali, gli individui poveri si troveranno ad essere indifferenti tra essere *homeless* o pagare un prezzo di mercato per abitazioni prive di qualità. A questa dinamica del mercato immobiliare si affianca quella della distribuzione dei redditi: un aumento della disuguaglianza dei redditi riduce la domanda per abitazioni di qualità intermedia e aumenta quella per le abitazioni di bassa qualità. Di conseguenza, il prezzo di quest'ultime aumenta rispetto al loro effettivo valore. In questo contesto, lo stato di *homeless* potrebbe essere il risultato di una scelta razionale in cui l'individuo massimizza la sua utilità sotto il vincolo del reddito. L'individuo povero dovrebbe scegliere tra il pagamento dell'affitto di una casa di qualità molto bassa, che assorbirebbe gran parte del suo reddito, e il consumo di beni di prima necessità, accessibili solo nel caso in cui gran parte del reddito non sia speso per l'abitazione.

3. Reti di assistenza sociale

Altri fattori di contesto che possono influire sull'entità e l'evoluzione dell'*homelessness* sono i programmi di assistenza pubblica locale, le forme di supporto al reddito e gli schemi di protezione sociale di ultima istanza.

In Italia, l'ISTAT ha condotto finora soltanto due indagini relative ai senza dimora³: attraverso una mappatura delle strutture che fornivano servizi di mensa e accoglienza notturna collocate nei 158 maggiori comuni italiani e apposite tecniche di campionamento, l'ISTAT ha fornito una stima del numero di *homeless* in Italia e ne ha individuato le caratteristiche socio-demografiche di base. Secondo i dati del 2014, la popolazione degli *homeless* in Italia è pari al 2.43 per mille della popolazione residente (50724 persone), di cui l'85.7% è rappresentata da uomini, il 58.2% da stranieri, il 75.8% da persone con meno di 54 anni (l'età media è di 44 anni), il 66% da persone con titolo di studio non superiore alla licenza media. La durata della condizione di disagio abitativo è nel 17.4% dei casi inferiore ai tre mesi, nel 41.1% dei casi superiore ai due anni e nel 21.4% dei casi superiore ai 4 anni. Tra gli *homeless*, la quota di coloro che dichiarano di non aver mai svolto attività lavorative è pari all'8.7%; il 28% dichiara, invece, di lavorare⁴. Per quanto riguarda nello specifico la condizione abitativa, il 6.8% degli *homeless* dichiara di non aver mai avuto una casa, mentre il 65% dichiara di aver vissuto in una casa di proprietà prima di diventare senza dimora. In generale, gli italiani risultano più anziani, meno istruiti e da più tempo in condizioni di disagio abitativo rispetto agli stranieri, ma le differenze si sono ridotte se si confrontano i dati del 2011 con quelli del 2014, a causa dell'aumento dell'età media tra gli stranieri, della crescita, tra loro, di quanti non hanno alcun titolo di studio (dall'11.2% al 13.3%) e della riduzione di coloro con almeno un diploma di scuola media superiore⁵ (dal 43.1% al 39.5%). Infine, le indagini ISTAT confermano l'ipotesi che la condizione di *homeless* sia il risultato di una pluralità di fattori: con riferimento ai dati del 2014, la separazione dal coniuge e/o dai figli (57.8% dei casi) e la perdita di un lavoro stabile (48.4% dei casi) sono gli eventi che più frequentemente si associano al percorso di emarginazione sociale, seguiti da cattive condizioni di salute (disabilità, malattie croniche, dipendenze).

³ Per la pubblicazione dei risultati delle indagini si veda ISTAT (2014) e ISTAT (2015).

⁴ L'accezione di lavoro utilizzata dall'ISTAT è molto ampia e comprende qualunque attività svolta in cambio di una retribuzione o di un compenso monetario, anche se irregolare.

⁵ Al contrario, tra gli italiani, la percentuale dei più istruiti passa da 23,1% a 26,9%.

Al di là delle due recenti indagini ISTAT sui senza dimora, in Italia a partire dai primi anni 2000 sono state condotte indagini prima nella Regione Veneto e poi in alcune città (Milano, Torino, Roma) e realizzati alcuni studi (tra questi si vedano Boeri et al. 2009; Braga e Corno, 2011; Braga 2014; Romano 2015), in cui fondamentale nella raccolta dati è stato il ruolo del Terzo Settore che si occupa di marginalità.

In conclusione di questa rassegna della letteratura, si può osservare che un'evidenza generale che emerge dagli studi esistenti è che, tra i "nuovi" *homeless*, numerosi sono coloro che sarebbero in grado di reintegrarsi nel tessuto sociale una volta trovato un lavoro e, di conseguenza, una casa. Interventi di *policy* adeguati potrebbero quindi favorire il percorso di reinserimento sociale di questi individui. Come argomentato da Boeri⁶, le politiche per la casa adottate in Italia negli ultimi anni sembrano però andare in direzione opposta: a fronte dello sviluppo dei grandi flussi di immigrazione verso il nostro Paese, gli investimenti in edilizia sociale sono stati ridotti. In particolare, la destinazione dei contributi obbligatori originariamente devoluti alla Gescal, il fondo per l'edilizia popolare, è stata modificata a favore del pagamento di pensioni "spesso a persone con meno di cinquant'anni e perfettamente in grado di lavorare". Inoltre, la titolarità dei programmi di edilizia popolare è stata trasferita alle Regioni dal 1998 e, da allora, circa 150 mila alloggi sono stati venduti. Questi interventi hanno causato un assottigliamento preoccupante degli alloggi disponibili, per i quali peraltro il tempo di attesa ai fini dell'assegnazione, una volta maturati i requisiti, sono lunghissimi.

Lo studio del fenomeno dell'*homelessness*, attraverso lo sviluppo di innovative modalità di raccolta e analisi dei dati, appare dunque ancora più rilevante, alla luce della necessità di disegnare politiche sociali mirate, efficaci e coordinate tra loro.

3. Dataset e strategia empirica

Le analisi empiriche di questo studio sono basate su un dataset di microdati cross-section, riferiti al 2015, raccolti attraverso la piattaforma Anthology e relativi agli utenti di un sottogruppo di Help Center della rete ONDS (Bari, Bologna, Firenze, Napoli, Pescara, Roma), selezionato per motivi di completezza e coerenza dei dati. Il campione utilizzato per le analisi è costituito da 2034 individui per i quali si dispone di informazioni circa le caratteristiche individuali di base (età, genere, provenienza, stato civile) e la condizione abitativa. In particolare, le informazioni sulla condizione abitativa sono raccolte nella piattaforma Anthology in accordo con la classificazione ETHOS (*European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*) proposta da FEANTSA (*European Federation of National Organisations working with the Homeless*). Ciascun utente degli Help Center registrato nella piattaforma Anthology, quindi, ricade in una delle cinque seguenti categorie⁷:

- 1) *senza tetto* (indisponibilità di qualunque tipo di riparo);
- 2) *senza casa* (con disponibilità temporanea di un riparo all'interno di un centro di accoglienza);
- 3) *sistemazione insicura* (alta probabilità di non disporre di una sistemazione a causa di possibile sfratto o violenza domestica);
- 4) *sistemazione inadeguata* (disponibilità di una sistemazione in un sito illegale o caratterizzato da estremo sovraffollamento);
- 5) *sistemazione adeguata e sicura*.

⁶ Si veda "Allarme senzatecto «Sempre più giovani, in Italia sono triplicati», di Tito Boeri, *Repubblica* del 23/06/2014.

⁷ Le categorie ETHOS sono quattro; la quinta categoria utilizzata nella piattaforma Anthology serve a classificare gli utenti che dichiarano di non trovarsi in condizioni di disagio abitativo.

A partire da tale classificazione, consideriamo *homeless* in senso stretto le prime due categorie (senza tetto e senza casa), che individuano le situazioni di disagio abitativo più grave.

Il dataset di microdati relativo agli utenti degli Help Center considerati è stato successivamente integrato inserendo delle variabili macroeconomiche. Nel dettaglio, a ciascun utente abbiamo associato i valori di alcuni indicatori relativi alla città in cui l'Help Center a cui l'utente si è rivolto è collocato, affiancando in questo modo informazioni di contesto a quelle individuali. Le variabili macroeconomiche considerate sono le seguenti:

- 1) Tasso di disoccupazione relativo alla popolazione nella fascia di età 15-74 (livello provinciale, anno 2014; fonte: *ISTAT*)
- 2) Tasso di povertà relativa (livello regionale; anno 2014; fonte: *ISTAT*)
- 3) Spesa pro-capite in edilizia pubblica (livello comunale; media 2009-2013; fonte: *Openbilanci*)
- 4) Indice del prezzo degli affitti (prezzo degli affitti [euro/m²] a livello comunale diviso per la media nazionale; media annuale calcolata dai valori mensili 2015; fonte: *immobiliare.it*).

Sulla base del dataset così ottenuto, dopo aver presentato alcune statistiche descrittive del campione, l'obiettivo dell'analisi empirica è di stimare la probabilità che gli utenti degli Help Center della rete ONDS si trovino in condizioni di disagio abitativo, in relazione ad alcuni fattori individuali (caratteristiche personali) e strutturali⁸ (variabili macroeconomiche relative al contesto locale).

A tale fine, abbiamo utilizzato due gruppi di modelli di regressione non lineare, in cui la variabile dipendente è costruita a partire dalla classificazione ETHOS rappresentativa della condizione abitativa dell'utente. Il primo gruppo di modelli è di tipo *logit*: la variabile dipendente è quindi pari a 1, se l'utente dell'Help Center è *homeless* in senso stretto (categorie 1 e 2 della classificazione ETHOS contenuta in Anthology) o pari a 0, se dispone di una sistemazione abitativa, seppure insicura o inadeguata (categorie 3, 4 e 5 della classificazione ETHOS contenuta in Anthology).

Il secondo gruppo di modelli è di tipo *generalized ordered logit* e, in questo caso, la variabile dipendente può assumere tre modalità: *homeless* in senso stretto (categorie 1 e 2 della classificazione ETHOS contenuta in Anthology), sistemazione inadeguata o insicura (categorie 3 e 4 della classificazione ETHOS contenuta in Anthology) e sistemazione adeguata e sicura (categoria 5 della classificazione ETHOS contenuta in Anthology). La scelta di tale strategia empirica dipende dall'obiettivo di mostrare in modo immediato ed efficace (attraverso i modelli *logit*) da cosa dipende la probabilità di trovarsi in condizioni di disagio abitativo grave per gli utenti degli Help Center e di indagare, in un secondo momento, se esiste una differenza in termini di probabilità e rispetto alle caratteristiche degli utenti e ai fattori di contesto macroeconomico tra la condizione di *homeless* in senso stretto e il disagio abitativo di coloro che dispongono di una sistemazione inadeguata o insicura (attraverso i modelli *generalized ordered logit*)⁹.

⁸ Come controllo macroeconomico locale nei modelli di regressione includiamo anche la quota di stranieri residenti a livello comunale, ovvero il numero di stranieri residenti rapportato alla popolazione residente al 1/01/2015 (fonte: *ISTAT*).

⁹ La scelta di modelli *generalized ordered logit* piuttosto che di modelli *ordered logit* è dovuta ai risultati del test di Brant, in base al quale abbiamo verificato che la cosiddetta ipotesi di "parallel lines" (le variabili esplicative utilizzate nel modello non hanno effetti differenziati a seconda degli *outcomes* della variabile dipendente), che deve valere per i modelli *ordered logit*, è violata nel nostro caso. In altri termini, il test di Brant ci suggerisce di utilizzare modelli *generalized ordered logit*, che consentono di rilassare l'ipotesi di *parallel lines*.

4. Risultati

In questa sezione vengono presentate le statistiche che descrivono le caratteristiche individuali degli utenti del nostro campione, le variabili macroeconomiche a livello locale che abbiamo considerato e i risultati delle analisi empiriche.

4.1 Statistiche descrittive

La Tabella 1 riporta la distribuzione delle caratteristiche individuali di base tra gli utenti sul totale del campione e all'interno di ciascuna categoria abitativa (distribuzione marginale di colonna). La maggioranza del campione è costituito da uomini (66.2%) e tra gli *homeless* quasi l'80% è costituito da uomini. Tra coloro che si trovano in una situazione inadeguata o insicura prevalgono invece le donne (54.1%), come anche tra coloro che non hanno problemi abitativi (66.3%). Per quanto riguarda l'età, vediamo che il 74.5% degli individui è compreso nella fascia 30-59 e più del 50% degli *homeless*, in particolare, si trova nella fascia 40-59. Inoltre la metà del campione è costituita da stranieri extracomunitari. Questi ultimi costituiscono il gruppo più numeroso in tutte le categorie abitative, ma prevalgono soltanto nella seconda e nella terza. Infine, il 45% del campione è costituito da celibi, seguiti da coniugati e conviventi. Tra gli *homeless* la metà è costituita da celibi, mentre le altre due categorie sono composte soprattutto da coniugati/conviventi.

Tabella 1. Distribuzione delle caratteristiche individuali di base degli utenti presi come campione in ciascuna categoria abitativa e sul totale

	<i>Homeless</i>	Situazione inadeguata o insicura	Assenza di problemi abitativi	Totale
Help Center				
Bari	1,5	0,7	0	1,1
Bologna	2,4	2,4	2,1	2,4
Firenze	13,0	59,8	92,6	33,8
Napoli	33,6	18,0	0,4	25,7
Pescara	7,4	4,5	0,4	5,8
Roma	42,1	14,7	4,6	31,2
Genere				
uomo	79,6	45,9	33,7	66,2
donna	20,4	54,1	66,3	33,8
Classi di età				
16-29	12,7	15,8	20,2	14,4
30-39	23,8	24,4	28,0	24,5
40-49	28,0	23,9	26,2	26,9
50-59	24,2	22,7	18,4	23,1
60-69	9,6	12,5	6,0	9,7
70-85	1,7	0,7	1,1	1,4
Provenienza				
italiano	33,0	10,9	4,6	24,4
straniero UE	26,6	23,9	15,3	24,5
straniero non UE	40,4	65,3	80,1	51,1
Stato civile				
coniugato/convivente	26,0	40,4	54,6	32,9
divorziato/separato	19,6	17,5	10,3	17,9
celibe	51,4	35,2	27,3	44,7
vedovo	3,0	6,9	7,8	4,5

La Tabella 2 mostra, invece, come ciascuna caratteristica individuale si distribuisca tra le diverse categorie abitative (distribuzione marginale di riga). In tutti gli Help Center gli utenti sono principalmente senza tetto, ad esclusione dell'Help Center di Firenze¹⁰. Tra gli uomini, i senza tetto sono il 78.5%, mentre tra le donne solo il 39.5%. Quella degli *homeless* risulta la categoria più numerosa per tutte le classi di età e la percentuale arriva a circa il 79% tra gli utenti che hanno tra i 70 e gli 85 anni. Per quanto riguarda la provenienza, notiamo che la percentuale di *homeless* risulta essere più alta rispetto alle altre categorie abitative in tutti i casi. Tuttavia, la quota di *homeless* risulta particolarmente alta nel caso degli italiani (88.1%), mentre è decisamente più bassa (51.7%) nel caso degli stranieri extracomunitari. Questa evidenza descrittiva potrebbe essere dovuta al fatto che gli stranieri extracomunitari in condizioni di disagio abitativo grave probabilmente si rivolgono ai canali appositamente predisposti per la loro accoglienza (ad esempio, attraverso l'attività degli uffici immigrazione) e non agli Help Center di stazione. Al contrario, è più plausibile che gli italiani che si rivolgono agli Help Center siano proprio caratterizzati da un disagio abitativo grave o cronico. Infine, per quanto riguarda lo stato civile vediamo che la percentuale di *homeless* è più alta per divorziati e separati e per chi è celibe (71.7% e 75.1% rispettivamente), mentre è più bassa tra i vedovi (44%).

Tabella 2. Distribuzione delle caratteristiche individuali di base per condizione abitativa

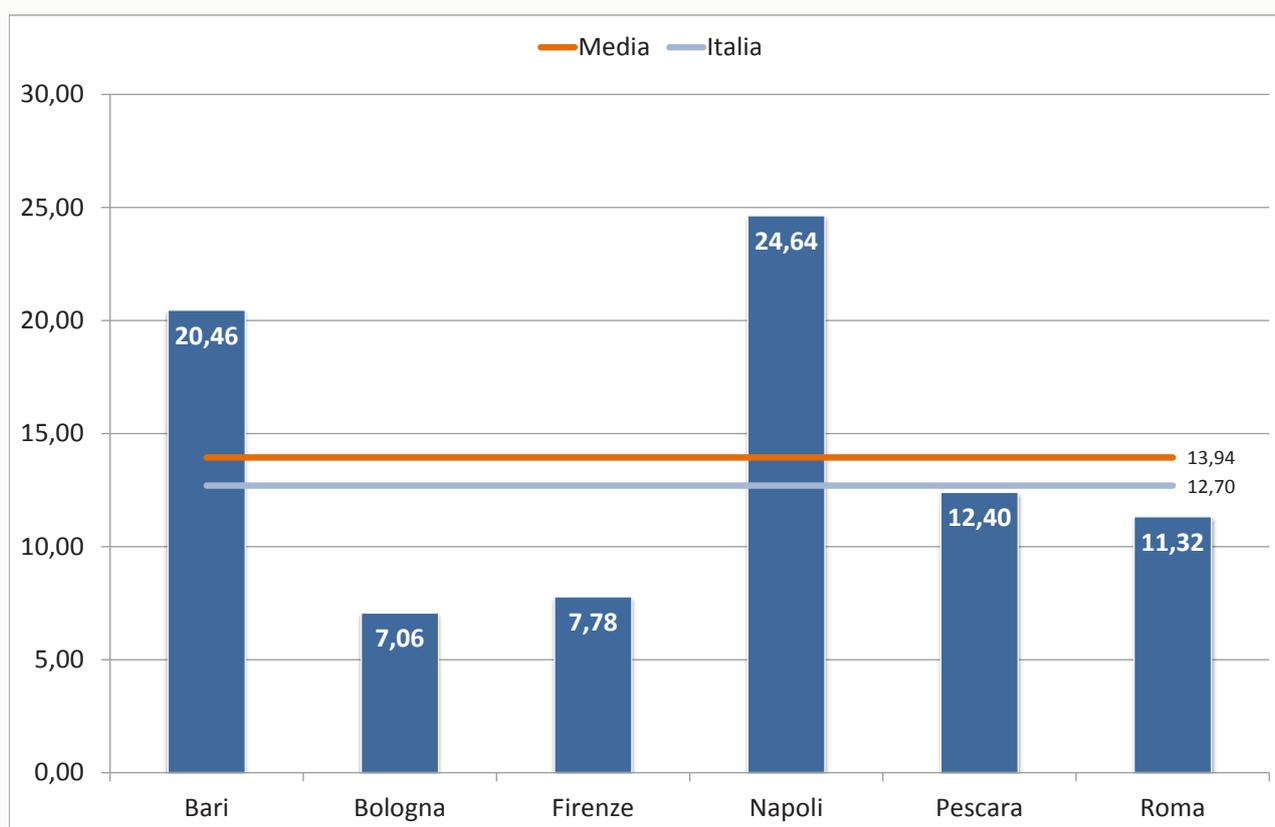
	Homeless	Situazione inadeguata o insicura	Assenza di problemi abitativi
Help Center			
Bari	87,0	13,0	0,0
Bologna	66,7	20,8	12,5
Firenze	25,2	36,8	38,0
Napoli	85,3	14,5	0,2
Pescara	83,1	16,1	0,9
Roma	88,2	9,8	2,1
Genere			
uomo	78,5	14,4	7,1
donna	39,5	33,3	27,2
Classi di età			
16-29	57,7	22,9	19,5
30-39	63,5	20,7	15,9
40-49	68,0	18,5	13,5
50-59	68,5	20,4	11,1
60-69	64,7	26,8	8,6
70-85	78,6	10,7	10,7
Provenienza			
italiano	88,1	9,3	2,6
straniero UE	71,1	20,3	8,6
straniero non UE	51,7	26,6	21,8
Stato civile			
coniugato/convivente	51,5	25,5	23,0
divorziato/separato	71,7	20,3	8,0
celibe	75,1	16,4	8,5
vedovo	44,0	31,9	24,2
Totale	65,3	20,8	13,9

¹⁰ Questo è in linea con la natura del centro, che si occupa principalmente di reinserimento sociale di donne in difficoltà.

Le figure da 1 a 4 riportano la distribuzione delle variabili macroeconomiche considerate per le diverse città in cui sono presenti gli Help Center inseriti nell'analisi¹¹.

La figura 1 riporta il tasso di disoccupazione a livello provinciale relativo alla popolazione nella fascia di età 15-74 per il 2014. Si può notare una forte eterogeneità tra le città: Napoli e Bari hanno un tasso di disoccupazione altamente sopra la media italiana (12.7%), mentre quello di Bologna e Firenze è molto al di sotto della media nazionale. Roma e Pescara presentano invece tassi di disoccupazione più vicini alla media italiana, ma comunque al di sotto di essa.

Figura 1. Tasso di disoccupazione per la fascia di età 15-74 (%), 2014.



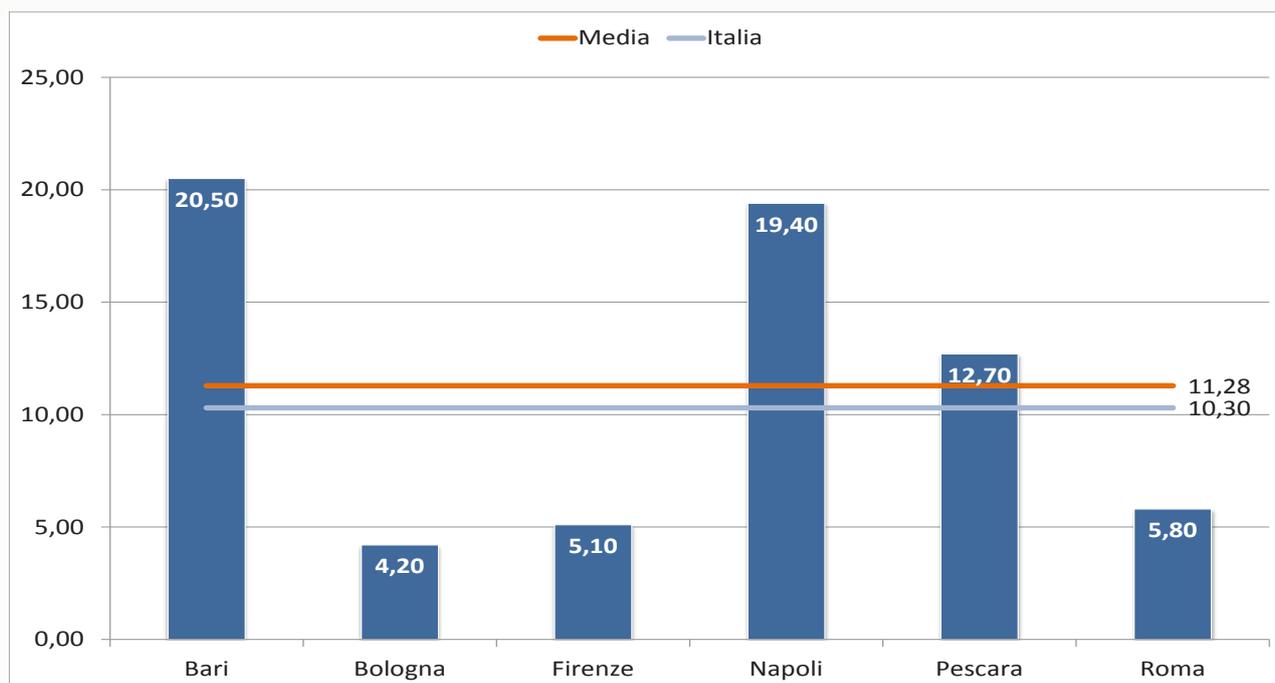
Il tasso di povertà relativa, calcolato a livello regionale per l'anno 2014, ha un andamento molto simile al tasso di disoccupazione (figura 2)¹².

Anche in questo caso, Bari e Napoli presentano dei valori molto più alti della media nazionale, mentre Bologna e Firenze hanno tassi di disoccupazione inferiori rispetto alla media italiana. In questo caso, però, Pescara presenta un tasso di povertà relativa superiore a quello nazionale, mentre per Roma si registra un valore molto inferiore.

¹¹ Come anticipato nella descrizione del dataset contenuta nella sezione 3, le variabili sono a livello regionale o comunale a seconda della disponibilità dei dati.

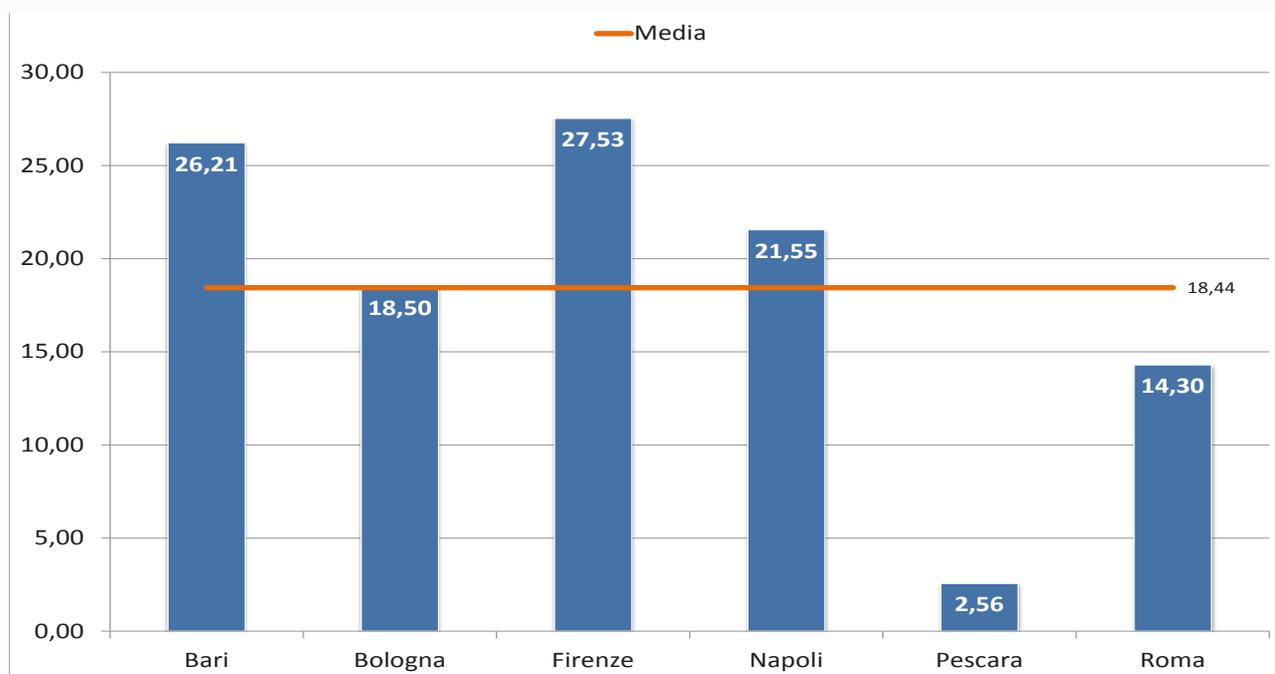
¹² Il tasso di disoccupazione e il tasso di povertà relativa risultano, infatti, essere fortemente correlati. Per questo motivo li usiamo alternativamente nelle analisi di regressione che seguono.

Figura 2. Tasso di povertà relativa(%), 2014.



Nella figura 3 viene presentato il livello di spesa in edilizia pubblica pro-capite media effettuata da ciascun comune nel periodo 2009-2013¹³. Pescara ha il livello di spesa più basso di tutti (2.56%), mentre Firenze ha il livello di spesa più alto (27.53%), seguita da Bari (26.21%) e Napoli (21.55%). La figura 4, infine, riporta la distribuzione dell'indice dei prezzi degli affitti¹⁴. Roma risulta essere la città con l'indice dei prezzi degli affitti più alto, seguita da Firenze, mentre Pescara e Bari risultano avere gli affitti più bassi.

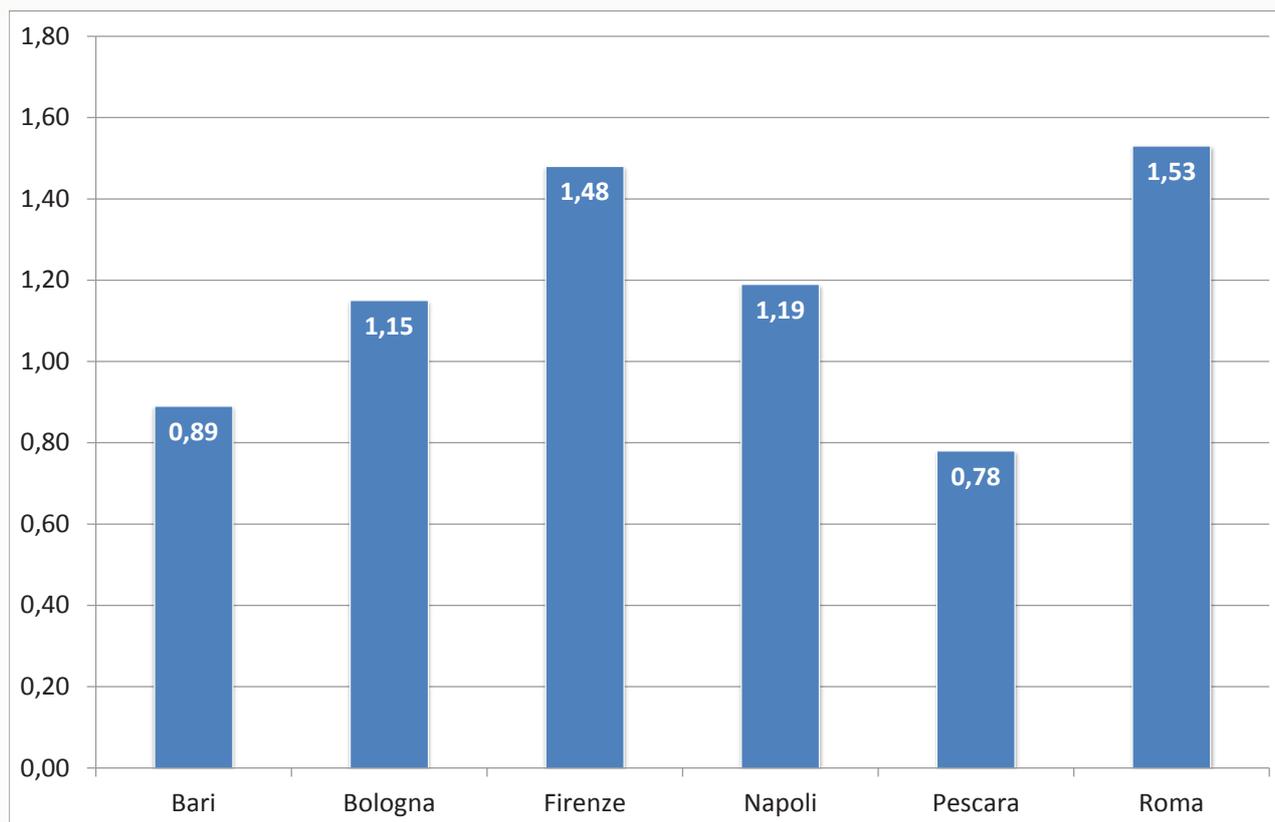
Figura 3. Spesa pro-capite per edilizia pubblica (euro), media 2009-2013.



¹³ Questa voce è la sommatoria della spesa destinata all'edilizia pubblica, sia per il funzionamento degli uffici e l'offerta di agevolazioni economiche ai cittadini in stato di bisogno, che per la manutenzione e costruzione di strutture apposite.

¹⁴ Si veda la sezione 3, per il dettaglio sulla costruzione di tale indice.

Figura 4. Indice del prezzo degli affitti, 2015



4.2 Analisi di regressione

Come anticipato nella sezione 3, attraverso l'analisi di regressione abbiamo stimato la probabilità che gli utenti degli Help Center della rete ONDS si trovino in condizioni di disagio abitativo, date alcune caratteristiche individuali degli utenti e dati alcuni fattori strutturali relativi al contesto macroeconomico locale.

Nella prima parte dell'analisi abbiamo, in particolare, costruito dei modelli logit per la stima della probabilità di essere in condizione di grave disagio abitativo (*homeless*) tra gli utenti degli Help Center. Data la forte correlazione tra il tasso di povertà relativa e il tasso di disoccupazione, sono state stimate due specificazioni dello stesso modello, introducendo alternativamente soltanto una delle due variabili. Inoltre, per testare la robustezza dei risultati, abbiamo introdotto una variabile macroeconomica alla volta, così che per ogni specificazione del modello ci sono quattro sotto-modelli. I modelli da (1) a (4) riportati nella tabella 3 si riferiscono al modello con il tasso di disoccupazione, mentre quelli da (5) a (8) si riferiscono al modello con il tasso di povertà relativa¹⁵.

Dai risultati delle analisi riportati nella tabella 3 emerge innanzitutto che tra gli utenti degli Help Center l'essere donna (rispetto all'essere uomo) si associa ad una minore probabilità di trovarsi nella condizione di *homeless*¹⁶. In secondo luogo, i risultati suggeriscono che è meno probabile

¹⁵ Abbiamo stimato anche modelli senza includere le variabili strutturali e utilizzando invece la variabile relativa all'Help Center cui l'utente si è rivolto come effetto fisso, verificando che i coefficienti stimati per le caratteristiche individuali sono del tutto equivalenti a quelli presentati nel paper. Per brevità non li riportiamo nelle tabelle ma sono disponibili su richiesta.

¹⁶ I risultati in tabella sono espressi in *odds ratio* quindi valori al di sotto (al di sopra) di 1 indicano una probabilità minore (maggiore) rispetto a quella della categoria di riferimento.

che uno straniero extracomunitario che si rivolge ad un Help Center sia un *homeless*, rispetto ad un italiano. Questa evidenza – già anticipata dall'analisi descrittiva - non deve essere interpretata nei termini di un minore disagio abitativo tra gli immigrati in genere; più plausibilmente, esso potrebbe essere dovuto al fatto che gli stranieri extracomunitari si rivolgono agli Help Center di stazione per disagi di natura diversa da quella abitativa, per la quale esistono canali istituzionali specifici.

Con riferimento allo stato civile, esperienze di rotture familiari o assenza di legami (essere celibe o divorziato o separato) aumentano la probabilità di appartenere alla categoria *homeless* rispetto ad un utente coniugato.

Per quanto riguarda le variabili macroeconomiche relative al contesto locale, in primo luogo, un elevato tasso di disoccupazione si associa a una maggiore probabilità che gli utenti che si rivolgono agli Help Center siano *homeless* e lo stesso risultato si associa a un livello dei prezzi degli affitti elevato. In secondo luogo, una maggiore spesa in edilizia pubblica si associa, come prevedibile, a una minore probabilità che gli utenti che si rivolgono ad un Help Center siano *homeless*. I risultati per queste variabili sono confermati anche quando si inserisce il tasso di povertà relativa in alternativa al tasso di disoccupazione e, nello specifico, un incremento della povertà relativa si collega a una maggiore probabilità che gli utenti che si rivolgono all'Help Center siano *homeless*. In tutti i modelli i coefficienti relativi all'età mostrano che la probabilità di essere *homeless* aumenta all'aumentare dell'età (associazione positiva per la variabile "età") e che il segno della relazione possa invertirsi dopo che sia stata raggiunta una "età massima" (associazione negativa per la variabile "età al quadrato"). Tuttavia le due variabili non risultano essere significative.

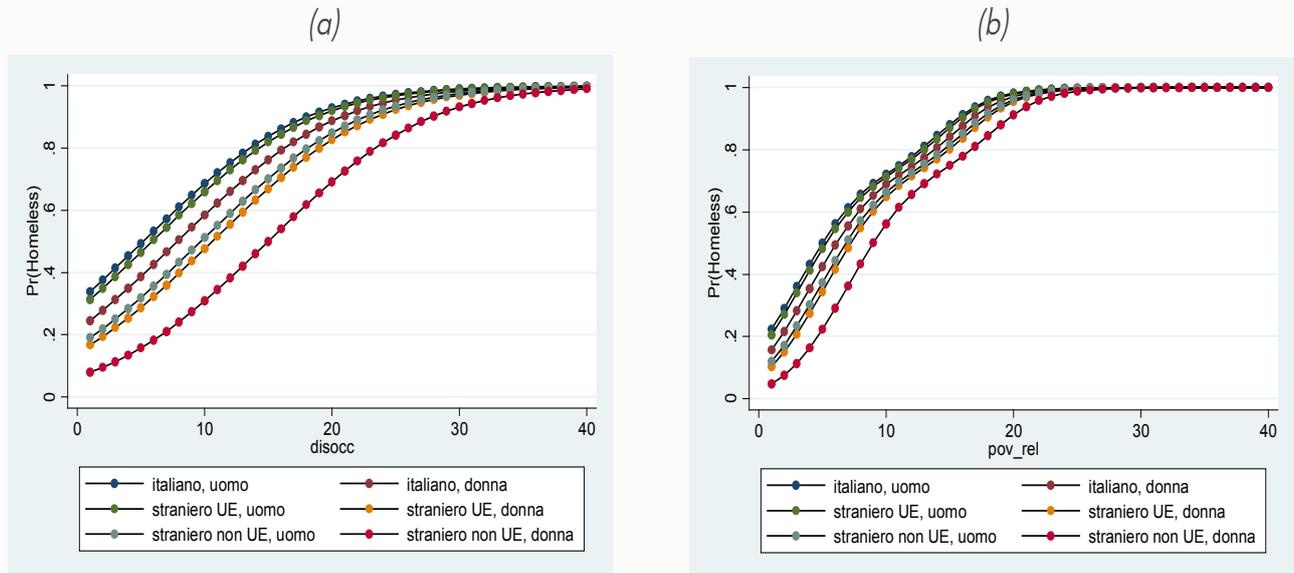
Tabella 3. Probabilità di essere *homeless* per gli utenti degli Help Center ONDS (logit, odds ratios)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Donna	0.252403***	0.364476***	0.362934***	0.372013***	0.225075***	0.351954***	0.353287***	0.367131***
Età	1.048642*	1,030551	1,028431	1,027755	1.056879**	1,034798	1,029876	1,028004
Età al quadrato	0,999646	0,999785	0,99977	0,999773	0,999601	0,999757	0,999762	0,999772
Provenienza (categoria di riferimento: Italiano)								
Straniero UE	0,873722	0,746918	0,749527	0,750957	0,808014	0,713788	0,73866	0,746379
Straniero non UE	0.262424***	0.330524***	0.324976***	0.320578***	0.248703***	0.326774***	0.325818***	0.320192***
Stato civile (categoria di riferimento: coniugato/convivente)								
celibe	1.892117***	1.824402***	1.839405***	1.809049***	1.880410***	1.807710***	1.855650***	1.813794***
divorziato/separato	2.365730***	1.876731***	1.694490***	1.710928***	2.571412***	1.935788***	1.700318***	1.711617***
vedovo	0,780348	0,918189	0,956247	0,953909	0,810077	0,93719	0,964359	0,958549
Controlli a livello comunale								
Tasso di disoccupazione	1.117639***	1.091667***	1.127035***	1.238474***	-	-	-	-
Tasso di povertà relativa	-	-	-	-	1.098718***	1.085834***	1.163680***	1.701905***
Spesa in edilizia popolare	-	0.887717***	0.881581***	0.864140***	-	0.876248***	0.867440***	0.784988***
Indice prezzi affitti	-	-	6.411409***	1,609624	-	-	21.312626***	10.225025***
Osservazioni	2034	2034	2034	2034	2034	2034	2034	2034

La tabella riporta gli *odds ratios* stimati attraverso modelli *logit* sulla "Probabilità di essere *homeless*". La condizione di *homeless* in questo caso corrisponde alle prime due categorie di esclusione abitativa della classificazione ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) sviluppata da FEANTSA (European Federation of National Organisations working with the Homeless) che individua quattro categorie di esclusione abitativa: 1) senza tetto (indisponibilità di qualunque tipo di riparo); 2) senza casa (con disponibilità temporanea di un riparo all'interno di un centro di accoglienza); 3) sistemazione insicura (alta probabilità di non disporre di una sistemazione a causa di possibile sfratto o violenza domestica), 4) sistemazione inadeguata (disponibilità di una sistemazione in un sito illegale o caratterizzato da estremo sovraffollamento). Il modello (8) include anche la quota di stranieri residenti al 1/01/2015 a livello comunale come controllo. I livelli di significatività sono * p<0,10, ** p<0,05, *** p<0,01. Fonte: elaborazioni su dati Anthology 2015.

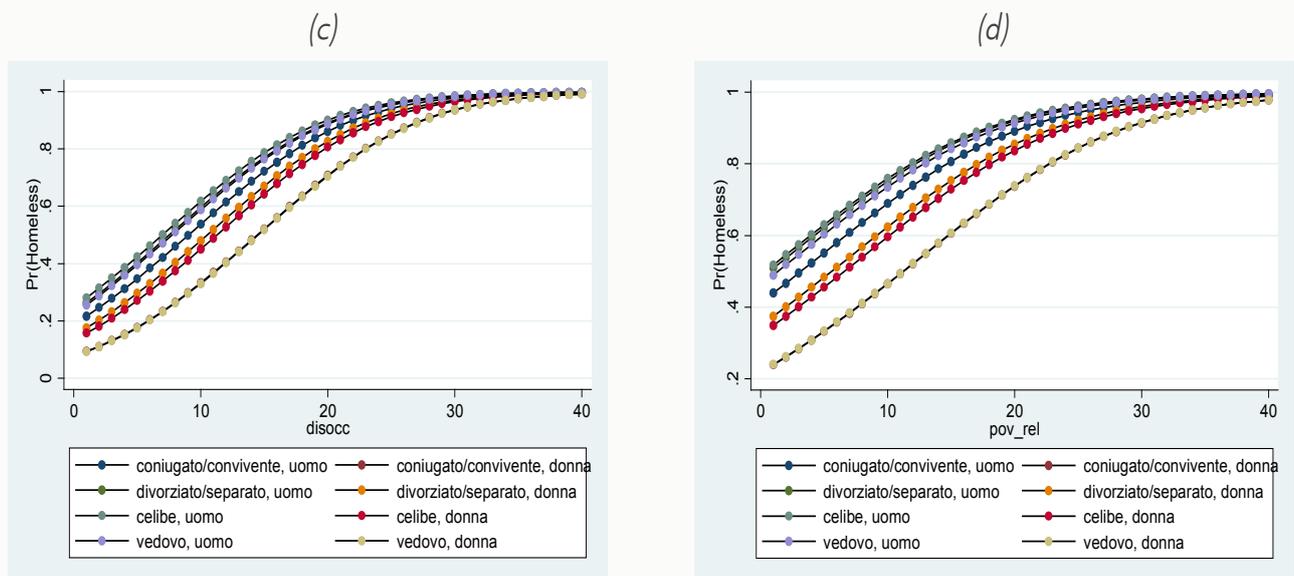
A partire da queste stime, abbiamo calcolato le probabilità predette di essere *homeless* per gli utenti degli Help Center, costruendo degli individui tipo in base al genere e alla provenienza, in relazione ad un cambio esogeno del tasso di disoccupazione e del tasso di povertà relativa (Figura 5, (a) e (b) rispettivamente). Come si può notare, per valori particolarmente elevati sia del tasso di disoccupazione che del tasso di povertà relativa (intorno al 30% e al 20% rispettivamente) la probabilità è uguale a prescindere dalle caratteristiche individuali considerate. Prima di queste soglie, invece, i profili di probabilità dei diversi individui tipo sono distinti: la probabilità che l'utente di un Help Center sia *homeless* è più alta per gli uomini italiani, seguiti dagli uomini stranieri provenienti all'Unione Europea, dalle donne italiane, dagli uomini extracomunitari, dalle donne straniere comunitarie e, infine, dalle donne straniere extracomunitarie.

Figura 5. Probabilità di essere homeless per gli utenti degli Help Center ONDS in base a genere e provenienza, in relazione al tasso di disoccupazione (a) e al tasso di povertà relativa (b)



Abbiamo poi costruito degli altri individui tipo, in base al genere e allo stato civile, e ne abbiamo confrontato i profili di probabilità, sempre in relazione ai livelli del tasso di disoccupazione e del tasso di povertà relativa (Figura 6, (c) e (d)). In questo caso osserviamo che la probabilità di essere homeless è più alta per gli uomini celibi, divorziati o separati e vedovi. Essa è più bassa, invece, per gli uomini coniugati. Inoltre, i profili di probabilità delle donne, a prescindere dallo stato civile, sono in generale più bassi rispetto a quelli degli uomini; esiste poi una differenziazione all'interno del gruppo delle donne, con una probabilità di essere homeless più alta per le donne divorziate/separate e per quelle nubili.

Figura 6. Probabilità di essere homeless in base a genere e stato civile, in relazione al tasso di disoccupazione (c) e al tasso di povertà relativa (d)



Nella seconda parte dell'analisi, la variabile dipendente è stata ricodificata aggiungendo un livello di specificazione maggiore rispetto alla prima parte dell'analisi e distinguendo tra coloro che sono senza casa o senza tetto, coloro che hanno una sistemazione insicura o inadeguata e coloro che hanno una sistemazione adeguata e sicura. Per effettuare questa analisi abbiamo quindi utilizzato dei modelli *generalized ordered logit* (presentati nella sezione 3). In questo caso i coefficienti mostrati nelle colonne (a) della tabella 4 possono essere interpretati come quelli di un modello logit in cui la variabile dipendente è ricodificata come una variabile binaria le cui le categorie sono "chi è senza tetto e senza casa" vs. "chi ha una casa anche se in situazione inadeguata e insicura"¹⁷. I coefficienti delle colonne (b), invece, possono essere interpretati come quelli di un modello logit in cui la variabile dipendente è ricodificata come una variabile binaria, le cui categorie sono "chi ha problemi di disagio abitativo" (senza casa, senza tetto, sistemazione inadeguata o insicura) vs. "chi non ne ha"¹⁸.

I risultati di questa analisi mostrano che la probabilità di avere problemi abitativi è minore per gli utenti donne rispetto agli utenti uomini; in particolare, la maggiore differenza tra uomini e donne sta nel fatto che è più improbabile che le donne si trovino in una situazione di disagio abitativo grave (ovvero che siano *homeless* in senso stretto)¹⁹. Un tasso di disoccupazione più alto si associa ad una minore probabilità che chi si rivolge ad un Help Center abbia una sistemazione sicura ed adeguata; inoltre, esso aumenta la probabilità che l'utente sia nella situazione più grave di disagio abitativo, ovvero *homeless*²⁰. Nel caso del modello con il tasso di povertà relativa valgono considerazioni analoghe.

Sulla base dei modelli *generalized ordered logit*, la figura 7 mostra le probabilità predette per gli utenti degli Help Center di ricadere in una delle tre categorie abitative della variabile dipendente, in relazione alla caratteristica individuale considerata di volta in volta, a parità di tutte le altre variabili inserite nei modelli. Nello specifico, i risultati suggeriscono che a parità di tutte le altre caratteristiche individuali (e delle variabili macroeconomiche inserite nei modelli), la probabilità per un utente dell'Help Center uomo di ricadere nella categoria *homeless* è del 71%, mentre per un utente donna è pari del 55.5%. Analogamente, la probabilità di essere *homeless* per un utente dell'Help Center italiano è del 74.6%, per un utente straniero dell'Unione Europea è del 71.1% e per un utente straniero extracomunitario è pari al 59.3%. Come già ricordato, questo risultato è molto probabilmente spiegato da un *bias* nella selezione del campione, legato al fatto che gli stranieri extracomunitari con problemi di grave disagio abitativo non si rivolgono agli Help Center di stazione, ma direttamente ai canali predisposti per la loro accoglienza. Infine, con riferimento allo stato civile, la probabilità di essere *homeless* per un utente celibe è del 68.6%, per un divorziato/separato è del 69.9%, mentre per un coniugato ed un vedovo è più bassa (rispettivamente 60% e 58.3%).

¹⁷ In altri termini, i modelli riportati nelle colonne (a) equivalgono ai modelli logit precedentemente presentati.

¹⁸ In questo caso, coefficienti positivi segnalano che valori più alti delle variabili esplicative si associano a valori più alti della variabile dipendente e viceversa.

¹⁹ Questo è il significato di un coefficiente positivo ma decrescente al crescere del valore soglia della variabile dipendente.

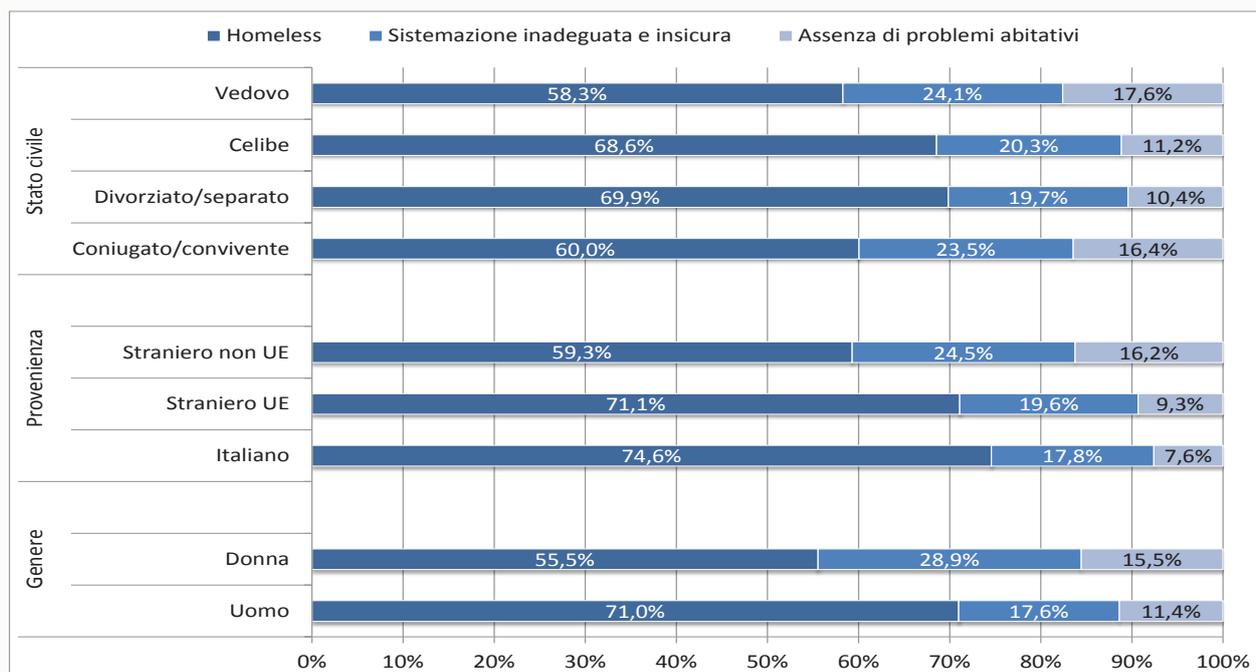
²⁰ Questo è il significato di un coefficiente negativo e crescente in valore assoluto al crescere del valore soglia della variabile dipendente.

Tabella 4. Probabilità di avere problemi di disagio abitativo per gli utenti degli Help Center ONDS (generalized ordered logit)

	(9)		(10)	
	(a)	(b)	(a)	(b)
Donna	1.012897***	0.436537***	1.010799***	0.493654***
Età	-0,025596	-0,025596	-0,026259	-0,026259
Età al quadrato	0,00013	0,00013	0,000137	0,000137
Provenienza (categoria di riferimento: Italiano)				
Straniero UE	0,257649	0,257649	0,264544	0,264544
Straniero non UE	1.065249***	1.065249***	1.072649***	1.072649***
Stato civile (categoria di riferimento: coniugato/convivente)				
celibe	-0.697621***	-0.697621***	-0.704909***	-0.704909***
divorziato/separato	-0.629532***	-0.629532***	-0.632508***	-0.632508***
vedovo	0,083212	0,083212	0,078798	0,078798
Controlli a livello comunale				
Tasso di disoccupazione	-0.209510***	-0.390415***		
Spesa in edilizia popolare	0.145102***	0.145102***	0.245519***	0.245519***
Indice prezzi affitti	-0,425866	-0,425866	-2.258777***	-2.258777***
Tasso di povertà relativa			-0.537844***	-0.759786***
<i>Osservazioni</i>		2034	2034	

La tabella riporta i coefficienti stimati attraverso modelli *generalized ordered logit* su una variabile dipendente categorica multimodale ordinata secondo tre categorie: 1) *homeless* (senza tetto e senza casa); 2) sistemazione abitativa inadeguata o insicura; 3) sistemazione abitativa adeguata e sicura. La prima (seconda) categoria della variabile corrisponde alle categorie 1 e 2 (3 e 4) della classificazione ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) sviluppata da FEANTSA (European Federation of National Organisations working with the Homeless) che individua quattro categorie di esclusione abitativa: 1) senza tetto (indisponibilità di qualunque tipo di riparo); 2) senza casa (con disponibilità temporanea di un riparo all'interno di un centro di accoglienza); 3) sistemazione insicura (alta probabilità di non disporre di una sistemazione a causa di possibile sfratto o violenza domestica), 4) sistemazione inadeguata (disponibilità di una sistemazione in un sito illegale o caratterizzato da estremo sovraffollamento). I modelli includono anche la quota di stranieri residenti al 1/01/2015 a livello comunale come controllo. I livelli di significatività sono * $p < 0,10$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,01$. Fonte: elaborazioni su dati Anthology 2015.

Figura 7. Probabilità di avere problemi di disagio abitativo per gli utenti degli Help Center ONDS



5. Conclusioni

L'obiettivo di questo studio era quello di contribuire all'analisi del disagio abitativo, una delle principali manifestazioni della povertà estrema, attraverso un dataset originale di microdati cross-section, riferiti al 2015, raccolti attraverso la piattaforma Anthology e relativi agli utenti di alcuni Help Center della rete ONDS (Bari, Bologna, Firenze, Napoli, Pescara, Roma). In particolare, abbiamo esplorato in che modo alcune caratteristiche individuali degli utenti e alcuni fattori macroeconomici/strutturali relativi al contesto locale si associano alla condizione abitativa degli utenti, definendo *homeless* in senso stretto coloro che sono "senza tetto" (indisponibilità di qualunque tipo di riparo) e "senza casa" (con disponibilità temporanea di un riparo all'interno di un centro di accoglienza) e distinguendo tali individui da coloro che dispongono di una situazione abitativa, seppure inadeguata e insicura.

In linea con la letteratura, gli *homeless* del nostro campione risultano essere prevalentemente uomini, di età tra i 40-49 e non sposati. Oltre a confermare l'esistenza di una associazione negativa tra l'essere donna e la probabilità di avere problemi di disagio abitativo, le analisi di regressione che abbiamo condotto hanno messo in luce che la maggiore differenza tra uomini e donne che si rivolgono agli Help Center sta nel fatto che è più improbabile che le donne si trovino in una situazione di disagio abitativo grave (ovvero che siano *homeless* in senso stretto). In particolare, se per un utente uomo la probabilità di essere *homeless* in senso stretto è pari al 71%, per una donna tale probabilità è pari al 55.5%. Coerentemente con gli studi precedenti, le analisi presentate hanno mostrato anche che esperienze di rotture familiari o assenza di legami aumentano la probabilità di trovarsi in condizioni di disagio abitativo grave: la probabilità di essere *homeless* in senso stretto è infatti più alta per i celibi (68.6%) e per i divorziati/separati (69.9%) rispetto ai coniugati (60%) e ai vedovi (58.3%). Inoltre, con riferimento alla provenienza degli utenti, è emerso che per gli italiani che si rivolgono agli Help Center è più alta la probabilità di ricadere nella categoria di *homeless* in senso stretto (74.6%) rispetto agli stranieri extracomunitari (59.3%): tale evidenza appare plausibile considerando che esistono canali diversi dagli Help Center appositamente predisposti per l'accoglienza degli stranieri in condizioni di disagio abitativo e ipotizzando la maggiore cronicità della situazione di disagio abitativo per gli italiani che fanno ricorso al circuito degli Help Center.

Per quanto riguarda le variabili macroeconomiche, le analisi mostrano una correlazione positiva tra tasso di disoccupazione, tasso di povertà relativa, indice dei prezzi degli affitti e la probabilità di essere *homeless*. Una correlazione negativa è invece riscontrata tra la spesa per edilizia popolare e la condizione di *homeless*.

Sebbene le analisi proposte in questo studio siano riferite solo agli utenti degli Help Center della rete ONDS e non possano essere attualmente estese a un contesto più ampio a causa della mancanza di rappresentatività del campione, esse possono contribuire a promuovere la ricerca sul fenomeno della *homelessness*, finora trascurato dalla letteratura economica. Lo studio di tale fenomeno richiede, infatti, lo sviluppo di modalità di raccolta e analisi dei dati innovative, che consentano di ricostruire un quadro – seppure parziale – delle situazioni di disagio sociale estremo, come quelle registrate negli Help Center di stazione della rete ONDS. Sperimentazioni di questo tipo si rivelano quanto mai importanti, se consideriamo che il perfezionamento dei metodi di ricerca ed analisi in tale ambito rappresenta un presupposto fondamentale per la definizione di politiche sociali che possano rendere più efficaci le risposte dei sistemi di welfare alle manifestazioni estreme della povertà.

Riferimenti bibliografici

- Abbarno, G. J. M. (2012), Homelessness, In: *Encyclopedia of Applied Ethics (Second Edition)*, 2, 600-605.
- Bengtsson, B., Fitzpatrick, S., Watts, B. (2012), Rights, Citizenship, and Shelter, In: *International Encyclopedia of Housing and Home*, 148-157, Oxford: Elsevier.
- Boeri T., Braga M., Corno L. (2009), L'economia invisibile dei senza casa, in Gnocchi R. (a cura di), *Homelessness e dialogo interdisciplinare. Analisi a confronto tra modelli diversi*, Carocci, Roma.
- Braga, M. (2014), At the Margins. *Homelessness and Social Exclusion in an International Perspective*, presentazione alla XVI Conferenza Europea della Fondazione Rodolfo De Benedetti "Casa e mercato del lavoro", 27 giugno 2014.
- Burt, M.R. (2001), *What Will It Take To End Homelessness?*, Washington, DC: Urban Institute.
- Dowling, R; Fitzpatrick, S. (2012), Home and homelessness, In: *International Encyclopedia of Housing and Home*, 20-22, Oxford: Elsevier.
- Early, D. (1999), A Microeconomic Analysis of Homelessness: An Empirical Investigation Using Choice-Based Sampling, *Journal of Housing Economics*, 8, 312-327.
- Early, D. (2004), The Determinants of Homelessness and the Targeting of Housing Assistance, *Journal of Urban Economics*, 55, 195-214.
- Early, D. (2005), An Empirical Investigation of the Determinants of Street Homelessness, *Journal of Housing Economics*, 14, 27-47.
- Early, D., Olsen, E. (2002), Subsidized Housing, Emergency Shelters, and Homelessness: An Empirical Investigation Using Data from the 1990 Census, *Advances in Economic Analysis and Policy* 2.
- Franzini M., Raitano M. (2012), Non solo capitale umano: la disuguaglianza salariale e il funzionamento del mercato del lavoro, *Meridiana n. 71-72, Società Disuguale*.
- Lee, B.A., Price-Spratlen, T., Kanan, James W. (2003), Determinants of Homelessness in Metropolitan Areas, *Journal Of Urban Affairs*, 25 (3), 335-355.
- Neale, J. (1997), Homelessness and theory reconsidered, *Housing Studies*, 12 (1), 47-61.
- O'Flaherty, B. (1995), An Economic Theory of Homelessness and Housing, *Journal of Housing Economics*, 4 (1), 13-49.
- O'Flaherty, B. (1996), *Making Room: The Economics of Homelessness*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- O'Flaherty, B. (2012), Homelessness: Economic perspectives, In: *International Encyclopedia of Housing and Home*, 2, 37-41, Oxford: Elsevier.
- Pleace, N. (1998), Single Homelessness as Social Exclusion: The Unique and the Extreme, *Social Policy & Administration*, 32 (1), 46-59.
- Rossi, P. H., (1990), The Old Homeless and the New Homelessness in Historical Perspective, *American Psychologist*, 45 (8), 954-959.
- Rossi, P. H., Wright, J. D. (1987), The Determinants of Homelessness, *Health Affairs*, 6, 19-32.

Rossi, P. H., Wright, J. D. (1989), The Urban Homeless: A Portrait of Urban Dislocation, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 501, 132-142.

Rossi, P.H., Wright, J.D., Fisher, G.A., Willis, G. (1987), The Urban Homeless: Estimating Composition and Size, *Science*, 235(4794), 1336-1341.

Wolch, J., Dear, M., Akita, A. (1988), Explaining Homelessness, *Journal of the American Planning Association*, 54(4), 443-4

finito di stampare nel mese di luglio 2016
GRAFICANAPPA
Via A. Gramsci, 19 - 81031 Aversa (CE)



ONDS.IT

