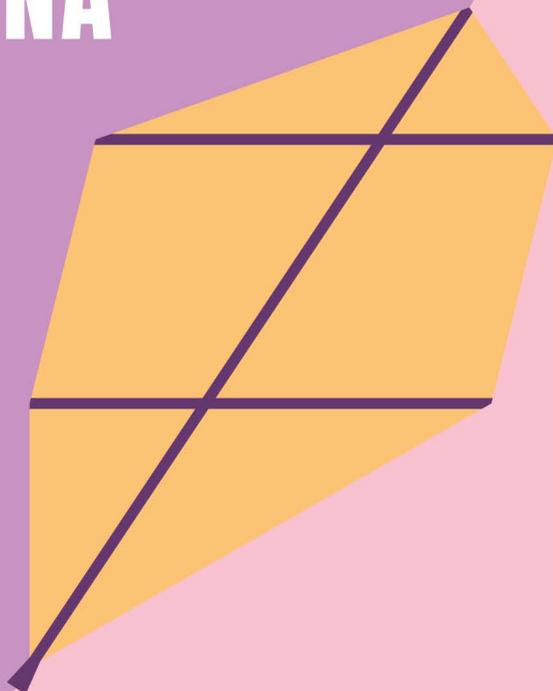


# LE POVERTÀ E L'INCLUSIONE SOCIALE IN TOSCANA

SESTO  
RAPPORTO  
2022



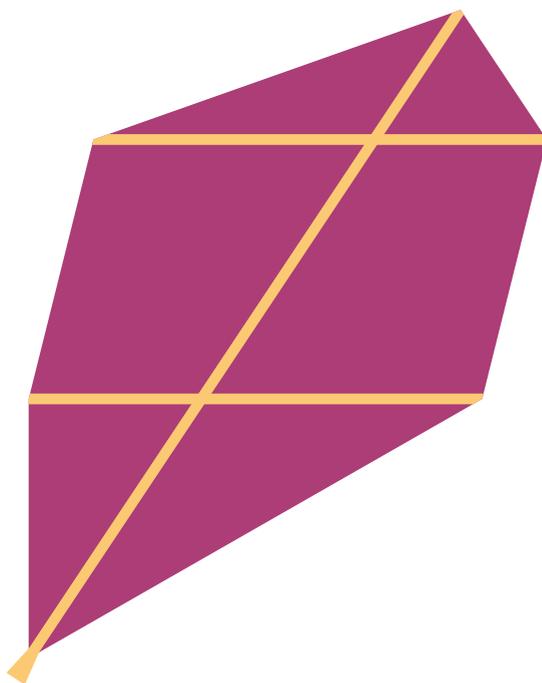
Regione Toscana





# LE POVERTÀ E L'INCLUSIONE SOCIALE IN TOSCANA

**SESTO  
RAPPORTO**  
2022



Regione Toscana



## Le povertà e l'inclusione sociale in Toscana – Sesto rapporto – anno 2022

Regione Toscana

Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale

Settore Welfare e Innovazione sociale

Osservatorio Sociale Regionale

Responsabile dell'Osservatorio Sociale regionale è Alessandro Salvi (Regione Toscana – dirigente Settore Welfare e Innovazione sociale)

### Attribuzioni:

Il presente rapporto è stato curato da Cristina Corezzi (Regione Toscana – coordinatrice del gruppo di lavoro Esclusione sociale e povertà dell'Osservatorio Sociale regionale) e Massimiliano Faraoni (Simurg Ricerche per conto di Federsanità ANCI Toscana).

La redazione del rapporto è il frutto di un lavoro collettivo al quale hanno partecipato:

Silvia Brunori, Bianca Maria Cigolotti, Cristina Corezzi, Marco La Mastra, Angela Vignozzi (Regione Toscana)

Andrea De Conno, Andrea Failli, Tommaso

Frangioni, Giulia Mascagni, Marzio Mori,

Federica Santillo (ANCI Toscana - Federsanità ANCI Toscana)

Elena Andreoni, Chiara Davoli, Riccardo

Franchini, Andrea Valzania (Università di

Siena - Laboratorio sulle Disuguaglianze del Dipartimento di Scienze sociali, politiche e cognitive)

Maria Luisa Maitino, Letizia Ravagli, Nicola Sciclone (IRPET)

Roberto Ricciotti, Marco Zelano (Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza – Regione Toscana e Istituto degli Innocenti)

Francesco Paletti (Caritas Toscana)

Andrea Bilotti (referente di Banca Mondiale nell'ambito dell'Accordo di partenariato con il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali a sostegno dell'attuazione dei PaIS-RdC)

Barbara Biagini, Maria Teresi (Azienda USL Toscana Centro)

Massimiliano Faraoni (Simurg Ricerche per conto di Federsanità ANCI Toscana)

Progetto grafico di Andrea Meloni

Per il download della pubblicazione digitale e per approfondimenti si veda:

[www.regione.toscana.it/](http://www.regione.toscana.it/)

[osservatoriosocialeregionale/attivita/esclusione-sociale-e-poverta](http://osservatoriosocialeregionale/attivita/esclusione-sociale-e-poverta)

Catalogazione nella pubblicazione (CIP) a cura della Biblioteca della Toscana Pietro Leopoldo del Consiglio regionale della Toscana

Le povertà e l'inclusione sociale in Toscana : sesto rapporto: anno 2022 / Regione Toscana, Direzione sanità, welfare e coesione sociale, Settore Welfare e innovazione sociale, Osservatorio sociale regionale; a cura di Cristina Corezzi e Massimiliano Faraoni; presentazione di Serena Spinelli; introduzione di Cristina Corezzi; redazione di Silvia Brunori ... [et al.] ; progetto grafico di Andrea Meloni. - Firenze: Regione Toscana, 2022

1. Toscana <Regione> : Direzione sanità, welfare e coesione sociale: Settore welfare e innovazione sociale 2. Toscana <Regione> : OSR 3. Corezzi, Cristina 4. Faraoni, Massimiliano 5. Spinelli, Serena 6. Brunori, Silvia 6. Meloni, Andrea

362.509455

Povertà - Toscana - Indagini statistiche

ISBN 9788894721225

2022 Federsanità ANCI Toscana

### Distribuzione gratuita

*In collaborazione con:*



Questo è un PDF interattivo. Usa l'icona presente in ogni pagina per andare all'Indice e da lì muoverti agilmente tra i contenuti del Rapporto.



# INDICE

<b>Prefazione</b>	<b>9</b>
<b>Presentazione</b>	<b>11</b>
<b>Introduzione</b>	<b>13</b>
<b>SEZIONE I – I NUMERI DELLA POVERTÀ E LE MISURE DI CONTRASTO</b>	<b>19</b>
<b>1. Condizioni economiche e povertà: il quadro nazionale e regionale aggiornato</b>	<b>21</b>
1.1. La ripresa economica e occupazionale post pandemia	21
1.2. La tenuta dei redditi e gli effetti sulla povertà	23
1.3. I nuovi rischi della crisi energetica e dell'inflazione	26
<b>2. La povertà in Toscana secondo l'indagine sulle condizioni economiche e gli stili di vita delle famiglie toscane</b>	<b>31</b>
2.1. La percezione dei toscani sulla propria situazione economica e le aspettative per il futuro	31
2.2. La distribuzione del reddito e la povertà relativa	35
2.3. Una lettura multidimensionale della povertà	39
2.3.1. Un'analisi per tipologia di famiglia	40
2.3.2. Un'analisi per Zona distretto	42
2.3.3. Un indice sintetico della povertà multidimensionale	46
2.4. Le reti sociali di sostegno	49
<b>3. Il ruolo del Reddito di Cittadinanza nel contrasto alla povertà</b>	<b>51</b>
3.1. Il ricorso al RdC e le caratteristiche dei beneficiari per Zona	51
3.2. Una prima analisi dei percorsi di inclusione sociale attuati a livello Zonale	56
3.2.1. Le <i>performance</i> medie regionali	57
3.2.2. Le differenze tra zone socio-sanitarie	58
3.2.3. Quali le determinanti delle <i>performance</i> ?	61
3.3. Le ipotesi di riforma del RdC e l'intervento della legge di bilancio	64





<b>Focus 1 I principali contenuti dell'atto di programmazione regionale per gli interventi e i servizi di contrasto alla povertà 2021-2023</b>	<b>65</b>
La programmazione nazionale	65
La programmazione regionale	66
I contenuti dell'atto di programmazione di Regione Toscana	67
<b>Focus 2 La Fiera dei PUC: racconti di utilità collettiva</b>	<b>72</b>
<b>Focus 3 Le caratteristiche dei LEPS Pronto intervento sociale nel Piano povertà: confronto con il Servizio di Emergenza Urgenza Sociale regionale</b>	<b>75</b>
Il Pronto intervento sociale e i fondi per la sua attuazione	75
Le caratteristiche del Pronto Intervento sociale nel Piano Nazionale povertà	76
<b>SEZIONE II - INCLUSIONE ED ESCLUSIONE NEI TERRITORI</b>	<b>89</b>
<b>4. Il percorso di ricerca sulle <i>Équipe</i> multidisciplinari e sui Centri famiglia</b>	<b>91</b>
4.1. Le <i>équipe</i> multidisciplinari	92
4.1.1. Presenza dell' <i>équipe</i>	92
4.1.2. Composizione dell' <i>équipe</i>	96
4.1.3. Modalità di funzionamento	96
4.1.4. Criticità	97
4.1.5. Punti di forza	97
4.2. I Centri per le famiglie	97
4.2.1. I Centri per le famiglie: definizioni	98
4.2.2. Alcuni dati sui Centri per le famiglie	99
4.2.3. Il modello condiviso di Centro per le famiglie	102
4.2.4. I Centri per le famiglie in Toscana	104
<b>5. La povertà di bambine, bambini e adolescenti attraverso i dati delle prese in carico dei servizi sociali territoriali</b>	<b>107</b>
5.1. Il percorso di ricerca	107
5.2. Le principali evidenze	109
<b>6. Madri da duemila giorni: povertà, lavoro e conciliazione dei tempi</b>	<b>117</b>
6.1. Introduzione	117
6.2. Disegno di ricerca e metodologia	118
6.3. La condizione lavorativa tra formazione, conciliazione dei tempi e disuguaglianze di genere	121
6.3.1. Livello di istruzione e capitale culturale	121
6.3.2. Lavoro precario e lavoro povero	123
6.3.3. Le carriere interrotte	126
6.3.4. La conciliazione dei tempi di vita	128





6.3.5.	L'inserimento o il reinserimento nel mercato del lavoro	129
6.4.	Le dinamiche intergenerazionali di impoverimento	131
6.5.	Le misure di contrasto	134
6.6.	Brevi note finali	138
<b>Focus 4</b>	<b>La Comunità di Pratica per l'inclusione sociale in Toscana tra produzione di conoscenza <i>bottom up</i> e costruzione di <i>policies</i> regionali</b>	<b>139</b>
	Il progetto	139
	Il modello organizzativo	140
	Il percorso di integrazione intersettoriale	141
<b>Focus 5</b>	<b>Il progetto <i>Reticulate: One Stop Shop</i> come sperimentazione in atto</b>	<b>145</b>
	Sintesi delle azioni di progetto	145
	Il Partenariato <i>Reticulate</i>	145
	Gli obiettivi specifici	146
	La strategia operativa	148
<b>7.</b>	<b>Curare e curarsi nella marginalità. I risultati dell'Indagine su senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana</b>	<b>151</b>
7.1.	La scelta del tema e gli obiettivi della ricerca	151
7.2.	Il disegno della ricerca: luoghi, tempi e strumenti	153
7.3.	I risultati	155
7.3.1.	Il quadro nazionale, regionale e locale: numeri e misure	156
7.3.2.	La percezione del fenomeno nel territorio: specificità e risorse	159
7.4.	Per tirare le fila: buone pratiche, aree critiche e possibili linee di intervento	173
7.4.1.	<i>Best practices</i> e aree critiche	174
7.4.2.	Quattro possibili linee di intervento	178
<b>Focus 6</b>	<b>Sperimentazione di migliori pratiche sugli accessi ripetuti in Pronto Soccorso nella Zona distretto Empolese-Valdarno-Valdelsa</b>	<b>180</b>
<b>Focus 7</b>	<b>La risposta all'emergenza abitativa: un approfondimento su Lucca e Pistoia</b>	<b>187</b>
<b>8.</b>	<b>Fragilità diverse alla stessa tavola</b>	<b>191</b>
	<b>Le mense come strumento di contrasto alla povertà alimentare</b>	
8.1.	La povertà alimentare come <i>proxy</i> dei processi d'impoverimento territoriali	191
8.2.	Le mense come strumento di contrasto alla povertà alimentare. L'indagine	192
8.3.	Alle mense vissuti di marginalità grave e spesso prolungata	194
8.4.	Il concetto di <i>pasto adeguato</i> nella percezione degli ospiti delle mense Caritas	197
8.5.	Le mense, nodo centrale della rete di aiuto alimentare per la marginalità grave	199
8.6.	Il servizio delle mense Caritas dalla prospettiva degli ospiti	204
8.7.	Mense Caritas, il rischio isolamento e le prospettive di lavoro per il futuro	209



<b>Principali evidenze del Rapporto</b>	<b>211</b>
<b>Appendice</b>	<b>215</b>
Il questionario dell'indagine sulla Povertà alimentare in Toscana 2022	217
<b>Attribuzioni</b>	<b>221</b>
<b>Riferimenti bibliografici</b>	<b>223</b>



# SESTO RAPPORTO LE POVERTÀ E L'INCLUSIONE SOCIALE IN TOSCANA 2022





# PREFAZIONE

Questa sesta edizione del rapporto, la terza da quando si è iniziato a porre maggiormente l'attenzione – fin dal titolo – agli interventi e alle progettualità che cercano di promuovere e favorire l'inclusione sociale in una prospettiva di lotta alle disuguaglianze, si colloca tra due momenti complessi: la faticosa uscita dalle criticità innescate dalla pandemia da Covid-19, che fanno sentire i loro effetti di più lungo termine, e le nuove difficoltà provocate dalla guerra in Ucraina e dalla crisi energetica.

Seguendo il solco tracciato dai precedenti rapporti, anche in questo 2022 il volume continua a proporre sguardi diversi sulle situazioni di disagio, anche quello estremo, attraverso indagini ad hoc che danno visibilità a coloro che di norma ne hanno poca: i beneficiari delle misure di supporto, le persone che vivono nella marginalità.

Accanto ai dati numerici sulla povertà, il rapporto si arricchisce sempre più di analisi territoriali (sappiamo bene che le realtà della Toscana non sono tutte uguali), con approfondimenti e focus specifici, per evidenziare punti critici ma anche buone pratiche che possano essere adottate in luoghi diversi da dove sono state pensate e attuate.

Quello che i dati ci riportano sembra delineare una situazione in bilico tra le spinte a risollevarsi (PIL, occupazione e reddito disponibile sono quasi tornati ai livelli pre-pandemici) e nuovi problemi, soprattutto per chi già vive in situazioni precarie (l'inflazione infatti rischia di erodere il potere d'acquisto delle famiglie più povere).

I minori, le madri con figli piccoli, i senza dimora sono anche quest'anno stati individuati come focus di alcuni degli approfondimenti della seconda parte del rapporto.

Un quadro di grande complessità ma anche di grandi opportunità, che è necessario saper mettere a sistema cercando sempre più di lavorare in modo intersettoriale, superando con la collaborazione reciproca e linee guida comuni gli inevitabili steccati di linguaggi e modalità d'azione differenti.

Sempre con la consapevolezza che conoscere è il primo presupposto per pensare politiche adeguate e agire di conseguenza.

Per questo voglio esprimere il mio ringraziamento nei confronti di tutte le persone che ci hanno messo a disposizione questo rapporto.

**Eugenio Giani**

Presidente della Regione Toscana



# PRESENTAZIONE

La povertà ha da sempre molte e diverse facce ma le crisi che si sono susseguite e sovrapposte in questi ultimi anni ne hanno certamente acuito la complessità, rendendo evidente che non è più possibile tenere distinte e separate le varie tipologie di povertà (economica, educativa, alimentare...) perché i vari aspetti si intrecciano tra loro.

L'attenzione è da porre non sul solo supporto economico ma sul reingresso delle persone nella comunità, attraverso risposte volte a ridare dignità ed autonomia ai percorsi di vita.

Per favorire lo sviluppo delle nostre comunità è dunque necessario dare risposte integrate ai bisogni complessivi delle persone, con un approccio multidisciplinare. Dobbiamo rilanciare universalità e centralità del sistema pubblico per eliminare le disuguaglianze.

Essere in grado di prendere in carico la complessità in ogni fase della vita è la vera sfida che abbiamo di fronte, dobbiamo dare risposte integrate dal punto di vista sociale e sanitario, con percorsi e non solo con prestazioni. La pandemia e adesso le conseguenze economiche della guerra ci pongono davanti a situazioni complesse che il sistema deve essere in grado di intercettare. Occorre investire sul grande patrimonio di risorse professionali e umane di cui la Toscana è ricca: il territorio è il luogo della collaborazione tra enti locali, aziende sanitarie e terzo settore. Dobbiamo essere capaci di attivare e mettere in rete tutte le risorse disponibili, per un salto di qualità dei livelli essenziali delle prestazioni sociali. Cura e protezione sociale non sono infatti separabili: per prendersi cura davvero delle persone, mettendone al centro i diritti, devono stare e avanzare insieme.



In tal senso, questo sesto rapporto regionale rappresenta come al solito uno strumento prezioso per il quadro conoscitivo che riesce a fornire e allo stesso tempo vuole mettere in luce e approfondire i processi e i percorsi di inclusione sociale in atto.

*“Il povero è una protesta continua contro le nostre ingiustizie”* - scriveva Don Primo Mazzolari. Parole sempre attuali che devono ricordarci la necessità di riportare i temi della povertà e delle disuguaglianze socio economiche al centro dell’agenda politica del Paese e di ribadire che la povertà non può mai essere considerata una colpa, né tantomeno rappresentare una condanna, ma una responsabilità collettiva le cui cause vanno eliminate alla radice.

### Serena Spinelli

Assessora Politiche sociali, edilizia  
residenziale pubblica e cooperazione  
internazionale della Regione Toscana



# INTRODUZIONE

Che la povertà non fosse solo un fenomeno economico ormai è noto da tempo. Meno diffusa è forse la consapevolezza che le trasformazioni sociali impattano sulle cosiddette “carriere di povertà”, soprattutto se questi cambiamenti erodono i legami sociali.

Indebolimento delle reti parentali e comunitarie, frammentazione dei legami di appartenenza (vicinanza fisica non sempre è sinonimo di vicinanza sociale), digitalizzazione della socialità sono solo alcuni dei fenomeni che contribuiscono ad aumentare le fragilità delle persone.

Le risorse di tipo comunitario sono distribuite in modo disuguale e variano in base al livello di istruzione ed al background culturale: le persone più isolate sono quasi sempre quelle che hanno un livello socio-economico basso.

In questo quadro, come già ricordato nella presentazione, il ruolo del terzo settore è cruciale se questo è ben coordinato con il servizio pubblico e se è capace di muoversi sul territorio in modo non stigmatizzante nei confronti delle persone che beneficiano dei servizi. Fondamentale è quindi il lavoro di comunità e la forte interazione tra settori ed operatori diversi.

Quello che faticosamente ma con perseveranza si sta cercando di costruire – grazie anche ad istituzioni come il Tavolo regionale della rete per la protezione e l’inclusione sociale con le sue articolazioni tecniche ed operative ed al lavoro di comunità di pratica come quella attivata dal 2020 da Regione Toscana con ANCI Toscana ed IRS – è una sorta di “infrastruttura della condivisione” in cui la cura della persona nella sua accezione globale è una capacità sociale e una pratica collettiva da sviluppare e mantenere.

L'edizione 2022 del rapporto sulle povertà e sull'inclusione sociale, oltre al quadro di contesto dei dati numerici e delle misure di contrasto alla povertà, vuole evidenziare alcuni di quei percorsi virtuosi di integrazione che anche se ancora ai primi passi, rappresentano la strada maestra da seguire per mettere in campo interventi sempre più incisivi.

Il rapporto si divide in due parti:

1. I numeri della povertà e le misure di contrasto
2. Inclusione ed esclusione nei territori

La prima parte riporta il quadro nazionale e regionale sulle condizioni di povertà e propone poi una lettura multidimensionale della povertà basata su un'indagine *ad hoc* sulla vulnerabilità delle persone.

Segue poi l'aggiornamento della situazione rispetto alle misure di contrasto ed in particolare del Reddito di cittadinanza ed una prima analisi dei percorsi di inclusione sociale attuati a livello Zonale tramite dati risultanti dalla banca dati ministeriale per la Gestione dei Patti per l'inclusione sociale e dal Sistema Informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS).

La sezione contiene inoltre tre *focus* relativi ai principali contenuti dell'atto di programmazione regionale per gli interventi ed i servizi di contrasto alla povertà 2021-2023 approvato da Regione Toscana a maggio 2022 con un approfondimento specifico sui Progetti utili alla collettività (PUC) e sul livello essenziale delle prestazioni sociali costituito dal Pronto Intervento sociale in confronto con le caratteristiche del Servizio di Emergenza Urgenza Sociale regionale.

La seconda parte raccoglie una serie di contributi relativi ai vari aspetti della povertà e dell'inclusione sociale, a partire da quelli che coinvolgono famiglie e minori: *équipe* multidisciplinari, centri famiglie e un approfondimento sulle povertà di bambine, bambini e adolescenti attraverso i dati delle prese in carico dei servizi sociali territoriali.

Vi è poi un capitolo dedicato al lavoro, in particolare sui temi di mobilità sociale, *working poor*, *empowerment*, reti di intervento, reinserimento nel mercato del lavoro tramite l'analisi di interviste in profondità ad utenti con percorsi attivi di reinserimento nel mercato del lavoro, madri di minori 0-6 anni e dirigenti e/o operatori dei Centri per l'impiego.

Seguono i risultati di una *survey* dedicata alla grave marginalità, condotta con interviste ai senza dimora e al personale sanitario dei reparti di Pronto Soccorso e testimoni privilegiati coinvolti in attività di prevenzione e cura in particolare dedicate alla grave marginalità. Duplice *focus* di ricerca: 1. sulle esperienze e percezioni dei senza dimora in merito alle possibilità di accesso



alle cure e alle dinamiche respingenti; 2. sulle esperienze e percezioni del personale sanitario (pubblico/ospedaliero e volontario/privato sociale) rispetto alle problematiche che il servizio affronta nell'approcciarsi alle persone senza dimora.

Nello stesso filone si colloca il tema scelto quest'anno per l'approfondimento sulla povertà alimentare che si concentra in particolare sulle mense che si rivolgono alla marginalità estrema, con una ricognizione quantitativa a livello regionale ed un *focus* qualitativo presso mense e centri operativi che erogano i buoni.

La sezione contiene inoltre quattro *focus* di approfondimento:

- Il lavoro della Comunità di pratica per l'inclusione sociale in Toscana, in particolare per quanto riguarda l'integrazione tra operatori di diversi settori (sociale, lavoro, sanità)
- Progetto *Reticulate*, che vede la Regione Toscana *partner* con ANCI di un progetto europeo per lo sviluppo di *one stop shop* integrati sociale/lavoro
- Sperimentazione nella Sds Empolese Valdarno Valdelsa di pratiche sugli accessi ripetuti in Pronto Soccorso nel percorso che va dall'attivazione del Servizio Emergenza Urgenza Sociale alla presa in carico del Servizio Sociale Territoriale
- Emergenza abitativa, con un approfondimento su Lucca e Pistoia rispetto ai percorsi e agli interventi messi in atto

Come di consueto quindi molti argomenti diversi che costituiscono un mosaico di punti di vista, attività, interventi e che insieme cercano di ricondurre all'unitarietà delle persone verso le quali sono rivolti e per le quali devono rappresentare un supporto e un'opportunità di cambiamento.

**Cristina Corezzi**

Coordinatrice del Gruppo di lavoro  
"Esclusione sociale e Povertà"  
Osservatorio Sociale Regionale





È nella crisi che sorgono l'inventiva,  
le scoperte e le grandi strategie.

**Albert Einstein**





# SEZIONE 1

# I NUMERI

# DELLA POVERTÀ

# E LE MISURE

# DI CONTRASTO





# 1. CONDIZIONI ECONOMICHE E POVERTÀ: IL QUADRO NAZIONALE E REGIONALE AGGIORNATO

## 1.1. La ripresa economica e occupazionale post pandemia

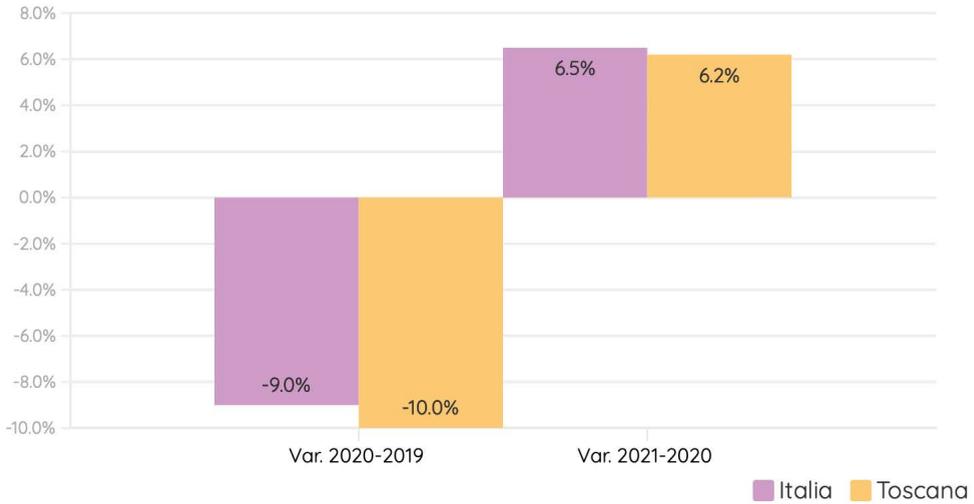
La pandemia da Covid-19 ha rappresentato per l'economia del paese uno *shock* senza precedenti, con una caduta del PIL del 9% a livello nazionale e del 10% in Toscana (Figura 1a). Insieme all'allentamento delle restrizioni e al successo della campagna vaccinale, il 2021 ha però fatto registrare un netto rimbalzo del Prodotto Interno Lordo, +6,5% in Italia e +6,2% in Toscana, sebbene non sufficiente a tornare ai livelli pre-pandemia.

Dinamiche simili si sono registrate per l'occupazione, con poche differenze tra Toscana e resto d'Italia (Figura 1b). Nella nostra regione il tasso di occupazione tra i 15 e i 64 anni, diminuito di 1,5 punti tra il 2019 e il 2020, è risalito di un punto tra il 2020 e il 2021.

**PIL, OCCUPAZIONE E  
REDDITO DISPONIBILE  
SONO QUASI TORNATI  
AI LIVELLI PRE  
PANDEMICI**

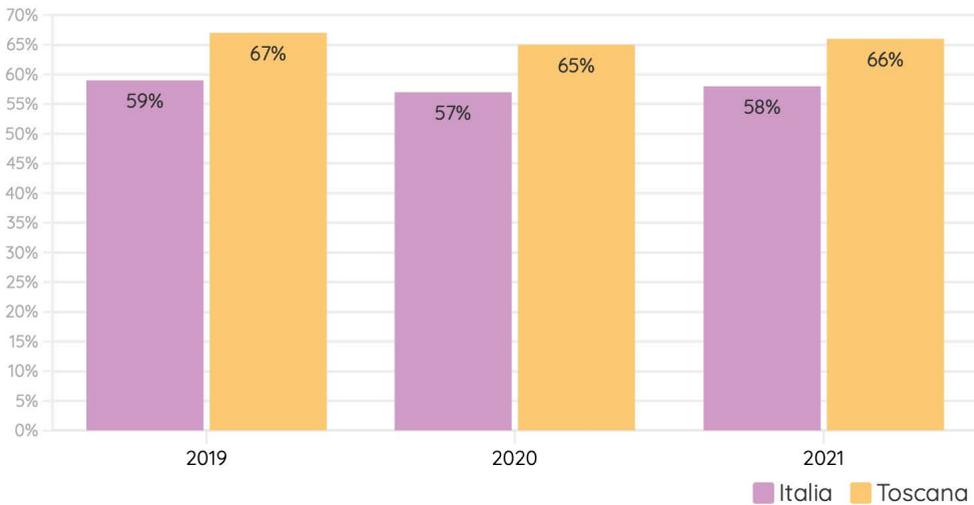


FIGURA 1A: VARIAZIONE DEL PIL A PREZZI COSTANTI. ANNI 2019-2020-2021 - ITALIA E TOSCANA



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT - Contabilità nazionale e Rilevazione sulle forze di lavoro- e stime IRPET

FIGURA 1B: E TASSO DI OCCUPAZIONE 15-64 - ANNI 2019-2020-2021. ITALIA E TOSCANA



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT - Contabilità nazionale e Rilevazione sulle forze di lavoro- e stime IRPET



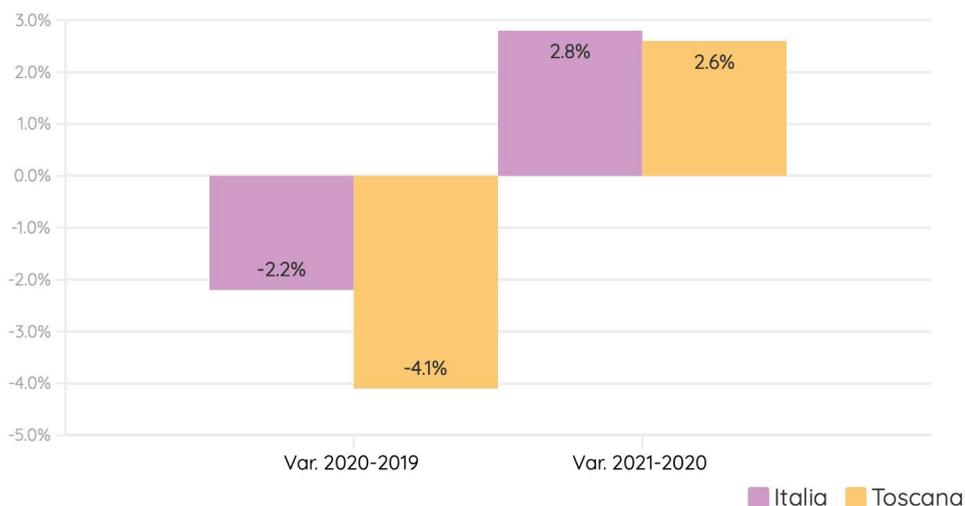


## 1.2. La tenuta dei redditi e gli effetti sulla povertà

**L'INFLAZIONE  
RISCHIA DI  
ERODERE IL POTERE  
D'ACQUISTO DELLE  
FAMIGLIE PIÙ  
POVERE**

Dopo la caduta nell'anno della pandemia, pari al 4,1% in Toscana, il reddito disponibile delle famiglie è tornato a crescere nel 2021 (+2,6%) (Figura 2a). Secondo le simulazioni condotte con il modello MicroReg, grazie alle politiche adottate dal governo, come il rafforzamento degli ammortizzatori sociali, e al Reddito di cittadinanza, la povertà assoluta è cresciuta di pochi decimi di punto percentuale durante la pandemia, passando in Toscana dal 4% al 5,2%. Nel 2021, con la ripresa economica e occupazionale, è diminuita al 5,1% (Figura 2b).

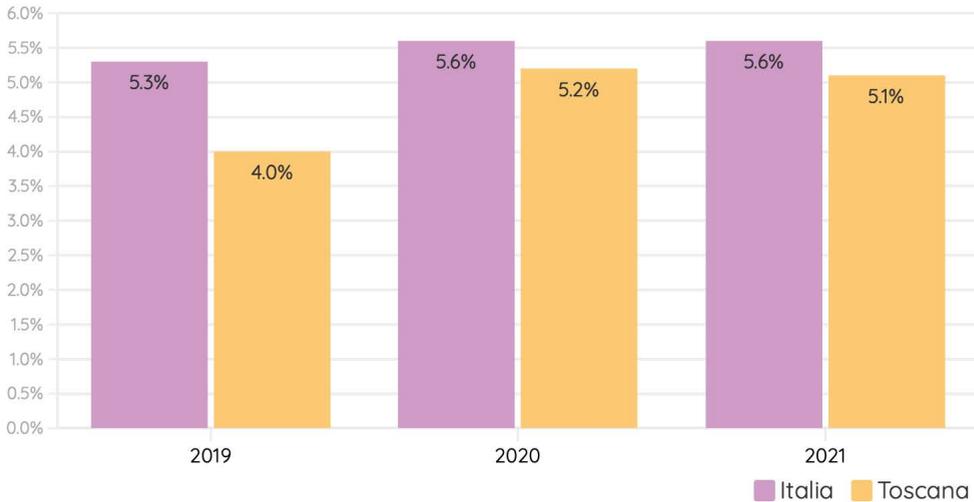
FIGURA 2A: VARIAZIONE DEL REDDITO DISPONIBILE FAMILIARE A PREZZI COSTANTI - ANNI 2019-2020-2021 - ITALIA E TOSCANA



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT - Contabilità nazionale e da MicroReg-IRPET



FIGURA 2B: INCIDENZA DI FAMIGLIE IN POVERTÀ ASSOLUTA - ANNI 2019-2020-2021 - ITALIA E TOSCANA



Fonte: elaborazioni su dati ISTAT - Contabilità nazionale e da MicroReg-IRPET

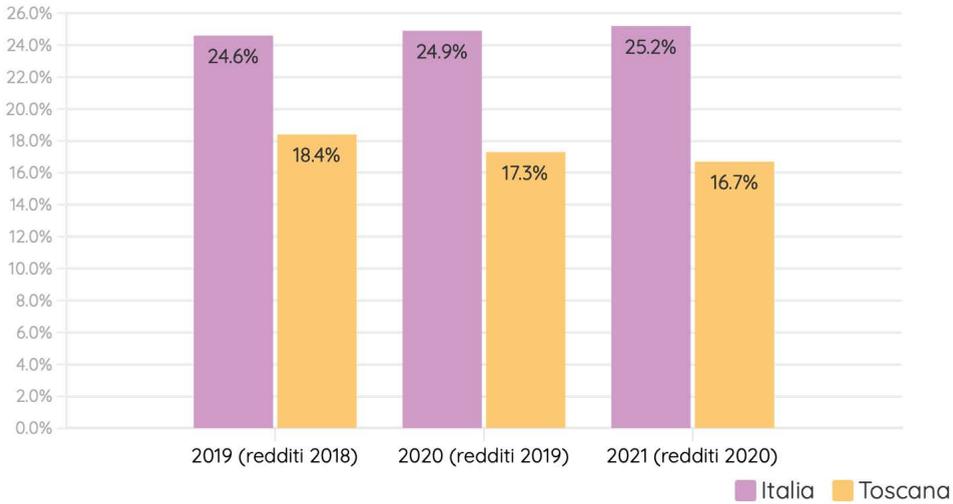
I primi dati disponibili dall'indagine sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie dell'ISTAT sui redditi del 2020 confermano questo quadro. La quota di persone con reddito disponibile familiare inferiore al 60% della mediana del reddito è rimasta praticamente stabile nel triennio 2018-2020 in Italia ed è leggermente diminuita in Toscana (Figura 3b).

Un leggero incremento si è registrato, a livello nazionale, nella quota di persone a rischio di povertà e esclusione sociale, l'indicatore europeo che sintetizza tre diverse misure di povertà, quella relativa, la quota di persone che vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro, la percentuale di individui in grave deprivazione materiale (Figura 3a).



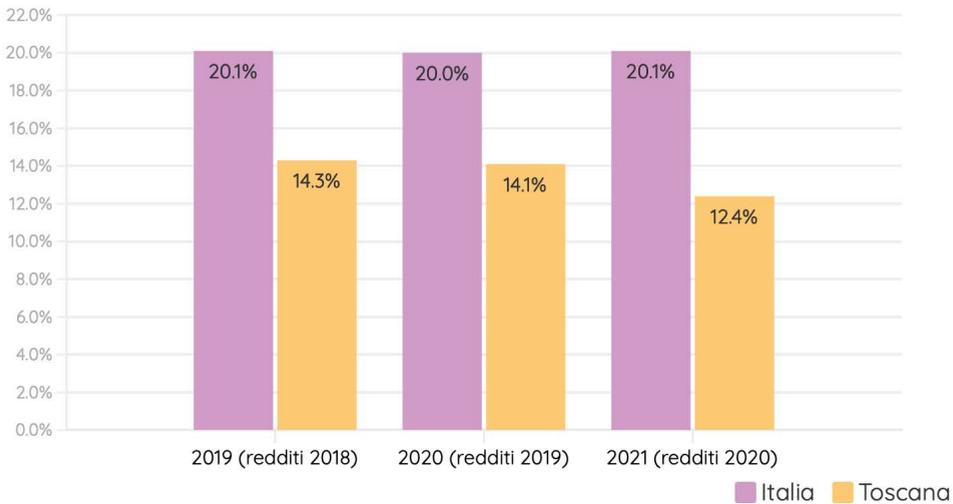


FIGURA 3A: INCIDENZA DI PERSONE IN POVERTÀ ED ESCLUSIONE SOCIALE - ANNI 2018-2019-2020 - ITALIA E TOSCANA



Fonte: elaborazioni su dati Eu-Silc - Eurostat

FIGURA 3B: INCIDENZA DI PERSONE IN POVERTÀ RELATIVA (B) - ANNI 2018-2019-2020 - ITALIA E TOSCANA



Fonte: elaborazioni su dati Eu-Silc - Eurostat

## 1.3. I nuovi rischi della crisi energetica e dell'inflazione

Il sistema economico ha, dunque, reagito velocemente alla crisi pandemica e i redditi delle famiglie hanno tenuto. Tra la fine del 2021 e l'inizio del 2022, tuttavia, un nuovo *shock*, l'inflazione, ha messo a rischio il potere d'acquisto delle famiglie, soprattutto se a basso reddito. L'accelerazione dei prezzi è scaturita dalla rapida ripresa delle attività economiche post pandemia e dalla crescita del prezzo delle materie prime energetiche ed è stata successivamente esacerbata dall'invasione russa in Ucraina.

Dopo anni di bassa inflazione o addirittura di decelerazione dei prezzi, l'indice dei prezzi al consumo per l'intera collettività è aumentato in media dell'8,2% tra il 2022 e il 2021. La variazione è stata più elevata per le spese per "abitazione, acqua, elettricità, gas e altri combustibili" (+35,1%), per i beni alimentari (+9,1%), per i trasporti (+9,7%) e per i servizi ricettivi e della ristorazione (+6,2%).

Per contrastare gli effetti dell'inflazione, il governo è intervenuto prontamente sia calmierando direttamente i prezzi e le tariffe sia *ex post* con misure a sostegno dei redditi delle famiglie<sup>1</sup>.

Tra gli interventi su prezzi e tariffe rientrano i) la riduzione dell'accisa sui carburanti (benzina, gasolio ed altri) ii) la diminuzione o l'annullamento dei c.d. oneri generali di sistema, una componente delle tariffe di elettricità e gas e iii) la riduzione dell'IVA sul gas per usi civili e industriali.

A sostegno dei redditi delle famiglie sono state finanziate tre principali misure: i) l'erogazione di un *bonus* di 200 euro per lavoratori, pensionati, percettori di sussidi di disoccupazione e di Reddito di cittadinanza con reddito annuo al di sotto di 35mila euro, rifinanziato successivamente ma con importo di 150 euro e limitato a coloro che hanno un reddito inferiore a 20mila euro; ii) la rideterminazione dell'importo e l'allargamento della platea dei beneficiari dei c.d. *bonus* sociali a rimborso della spesa per elettricità e gas a favore delle famiglie con ISEE basso, iii) un esonero parziale dal pagamento dei contributi sociali per i lavoratori dipendenti e un anticipo della rivalutazione delle pensioni all'inflazione.

Attraverso il modello di microsimulazione MicroReg, basato sull'indagine

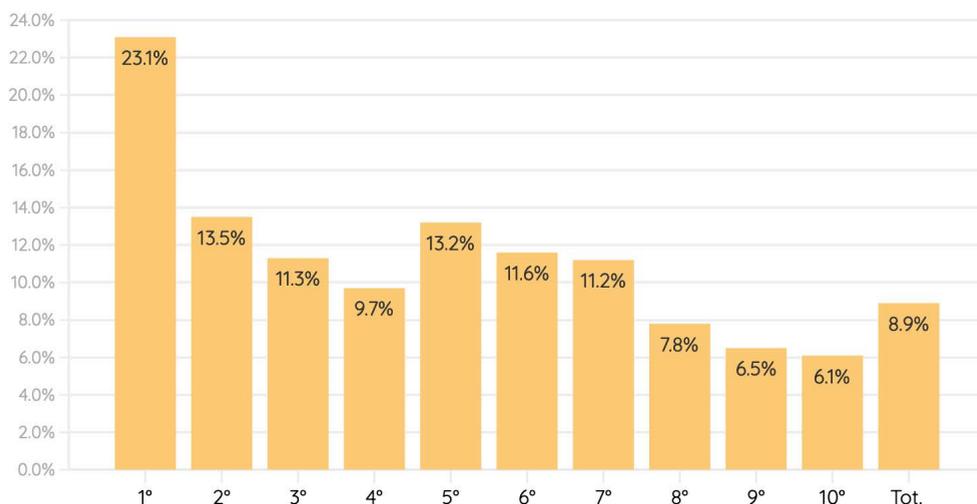
<sup>1</sup> Come per la pandemia, anche per la crisi energetica e l'inflazione il governo è intervenuto con una serie di decreti legge d'urgenza. Il primo ad essere stato emanato è il DL 130/2021 c.d. "taglia bollette". Successivamente, il governo ha emanato i c.d. decreti "Aiuti" (DL 50/22 e seguenti). Data l'incertezza sulla dinamica dei prezzi, i decreti hanno di volta in volta finanziato misure temporanee che sono state prorogate negli interventi legislativi successivi.



Eu-Silc dell'ISTAT, integrata con l'indagine sui consumi delle famiglie, è possibile quantificare di quanto sarebbe aumentata la spesa delle famiglie nel 2022 se non vi fossero stati gli interventi governativi e quanto questi abbiano consentito di compensare gli incrementi dei prezzi.

Secondo le nostre simulazioni, in assenza delle misure governative dal lato dei prezzi, la spesa delle famiglie toscane sarebbe aumentata di 3.480 euro nel 2022, corrispondente ad un aumento del 9,7% rispetto al 2021. La variazione della spesa avrebbe inciso sul reddito familiare in media dell'8,9% e molto di più nei primi decili della distribuzione del reddito (del 23,1% nel primo e del 13,5% nel secondo) (Figura 4).

FIGURA 4: INCIDENZA DELL'AUMENTO DI SPESA TRA IL 2022 E IL 2021 SUL REDDITO DISPONIBILE FAMILIARE IN ASSENZA DEGLI INTERVENTI PUBBLICI. 1°-10° DECILE - TOSCANA



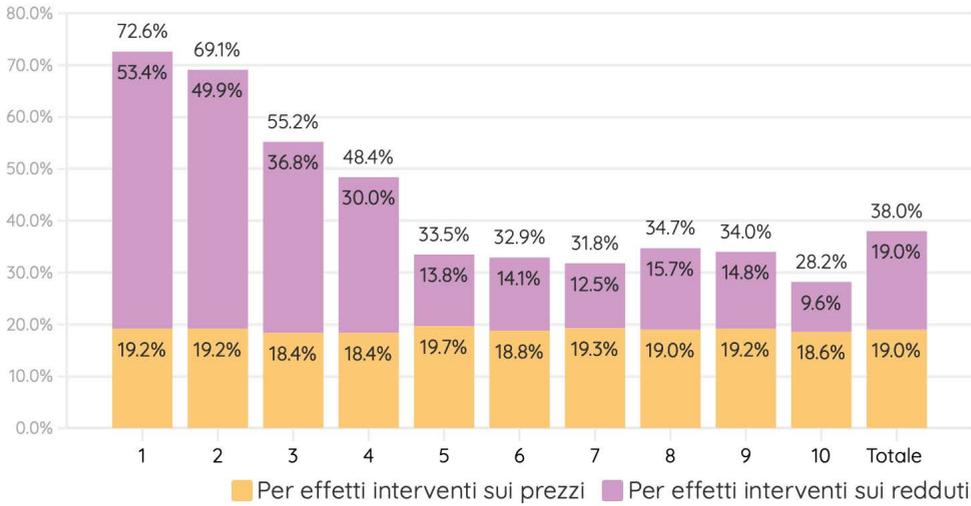
Fonte: elaborazioni da modello di microsimulazione MicroReg-IRPET

**GLI INTERVENTI GOVERNATIVI COMPENSANO IL 38% DELL'AUMENTO DI SPESA DOVUTO ALL'INFLAZIONE, IL 73% NEL PRIMO DECILE DI REDDITO**

Complessivamente, gli interventi messi in campo dal governo, hanno permesso alle famiglie di compensare in media il 38% dell'aumento di spesa dovuto all'inflazione, il 73% per le famiglie del primo decile, il 28% per quelle dell'ultimo (Figura 5). Le misure ad integrazione del reddito, in particolare i *bonus* da 200 e 150 euro e la rideterminazione dei *bonus* sociali, *targettizzate* sulle fasce di popolazione a più basso reddito, sono state più efficaci degli interventi sui prezzi nel ridurre il peso dell'inflazione per le fasce più povere della popolazione.

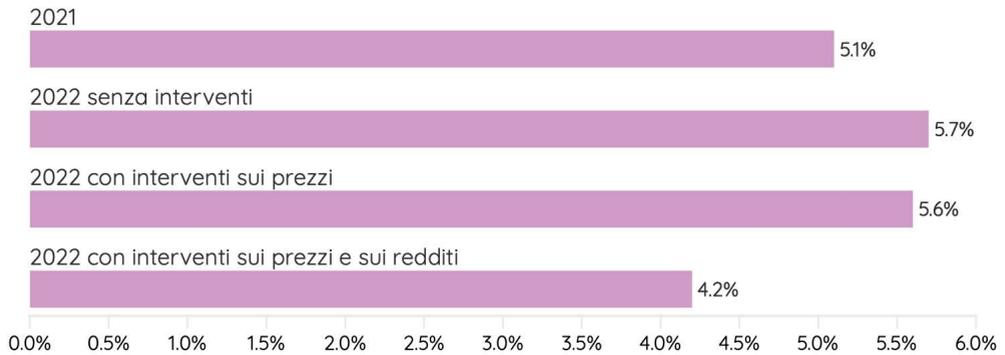


FIGURA 5A: QUOTA DELL'AUMENTO DI SPESA TRA IL 2022 E IL 2021 RECUPERATA GRAZIE AGLI INTERVENTI PUBBLICI - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da modello di microsimulazione MicroReg-IRPET

FIGURA 5B: INCIDENZA DI FAMIGLIE IN POVERTÀ ASSOLUTA - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da modello di microsimulazione MicroReg-IRPET





Secondo le simulazioni che è possibile effettuare con il modello MicroReg, in assenza degli interventi, in Toscana l'incidenza di nuclei in povertà assoluta sarebbe passata dal 5,1% al 5,8%. Gli interventi sui prezzi hanno permesso di limitare di un decimo di punto l'aumento. Grazie al complesso delle misure, comprensive di quelle ad integrazione del reddito, e con un mercato del lavoro in miglioramento, nel 2022 l'incidenza della povertà assoluta risulta in leggera riduzione in Toscana.





## **2. LA POVERTÀ IN TOSCANA SECONDO L'INDAGINE SULLE CONDIZIONI ECONOMICHE E GLI STILI DI VITA DELLE FAMIGLIE TOSCANE**

Nel 2022, per il secondo anno consecutivo, l'IRPET ha svolto un'indagine campionaria sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie toscane, in collaborazione con l'Università degli Studi di Siena. L'indagine, svolta in modalità telefonica e *online* (CATI e CAWI), ha coinvolto un campione di 3.017 famiglie stratificato per classe di età del rispondente, cittadinanza, Zona produttiva e Zona distretto. Le interviste, effettuate nel mese di ottobre del 2022, consentono di restituire un quadro aggiornato ad oggi delle condizioni economiche delle famiglie toscane, con dettaglio a livello sub-regionale.

### **2.1. La percezione dei toscani sulla propria situazione economica e le aspettative per il futuro**

Come emerso nel capitolo precedente, grazie agli interventi pubblici e alla ripresa del mercato del lavoro, nonostante la pandemia e l'inflazione, i redditi delle famiglie toscane hanno tenuto e il fenomeno della povertà è rimasto sotto controllo. Nelle risposte che le famiglie toscane hanno dato alle interviste che sono state loro sottoposte ad ottobre 2022 sembra emergere, tuttavia, una crescente vulnerabilità e stanchezza delle famiglie rispetto a quanto segnalavano un anno fa.

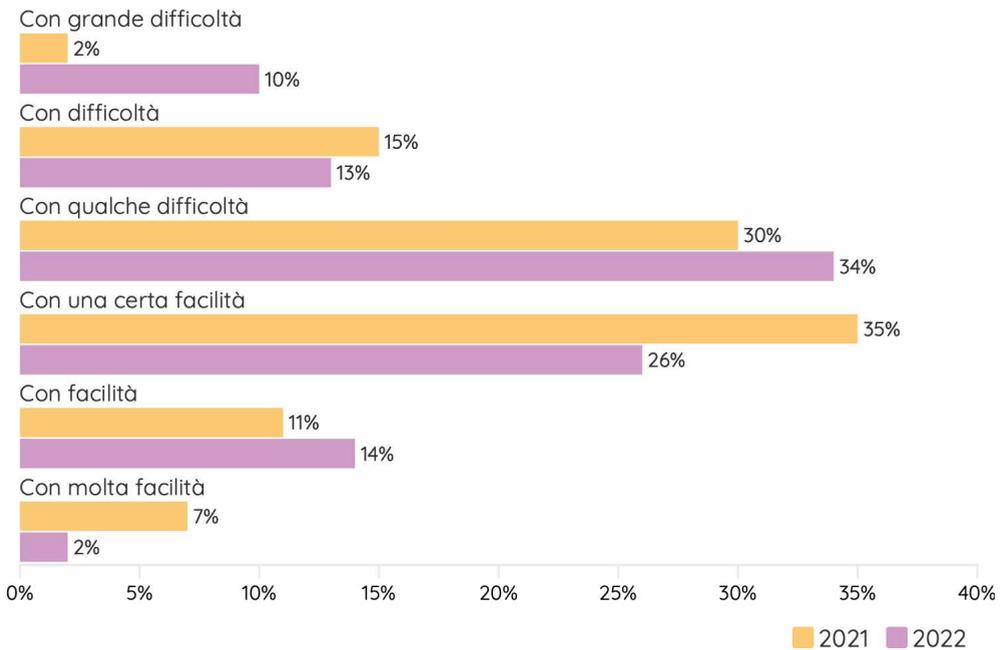
Le famiglie toscane dichiarano oggi di avere maggiori difficoltà a sostenere, con il proprio reddito, le spese mensili familiari rispetto a quanto facevano nel



2021. Un anno fa solo il 2% arrivava con grande difficoltà alla fine del mese (Figura 6a). Nel 2022 il 10% delle famiglie si trova in questa situazione. Sono cresciute anche le famiglie che arrivano con qualche difficoltà a fine mese, dal 30% al 34%, e, all'opposto, sono diminuite le famiglie che lo fanno con una certa facilità (dal 35% al 26%). Nel 2021 il 12% dei toscani descriveva la propria situazione economica come "povera", nel 2022 il 14% (Figura 6b).

**IL 10% DELLE  
FAMIGLIE TOSCANE  
ARRIVA CON GRANDE  
DIFFICOLTÀ ALLA FINE  
DEL MESE**

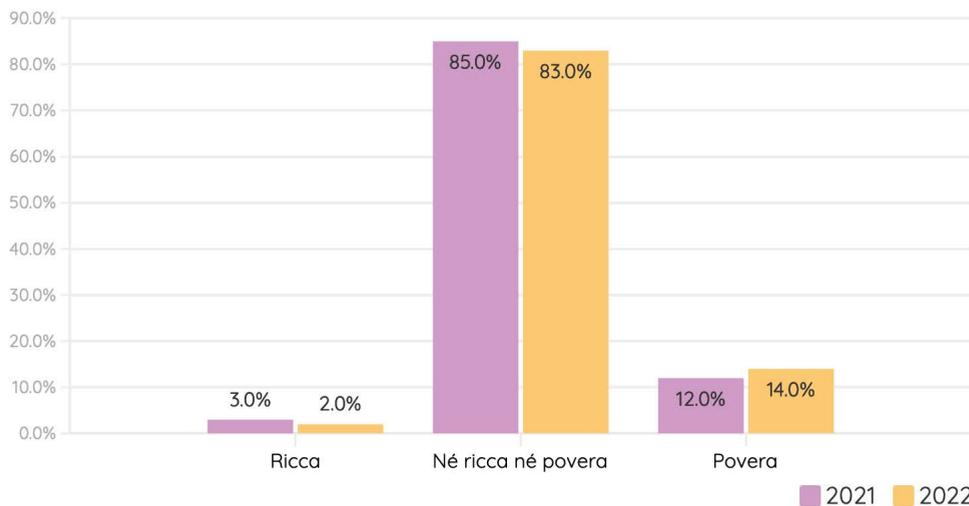
FIGURA 6A: DIFFICOLTÀ/FACILITÀ AD ARRIVARE A FINE MESE - ANNI 2021 E 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022



FIGURA 6B: PERCEZIONE DELLA PROPRIA SITUAZIONE ECONOMICA - ANNI 2021 E 2022 - TOSCANA



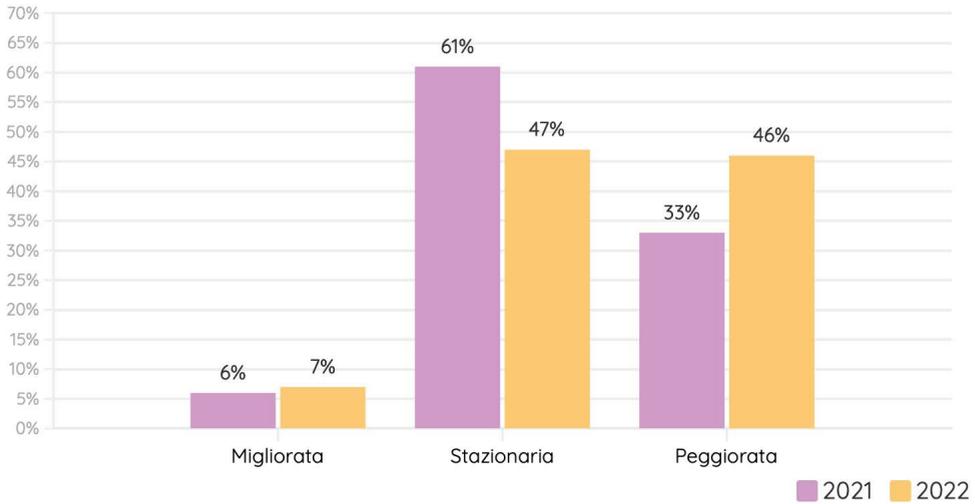
Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022

**IL 14% DEI TOSCANI  
DESCRIVE LA  
PROPRIA SITUAZIONE  
ECONOMICA COME  
"POVERA"**

Cresce, inoltre, la percezione circa un cambiamento in negativo della propria situazione economica. Il 46% delle famiglie ritiene che il proprio quadro economico familiare sia peggiorato rispetto al 2021. Nel 2021, nel confrontarsi con un anno pre-pandemia, il 2019, molti di più erano i toscani che vedevano la propria situazione economica stazionaria mentre il 33% segnalava un peggioramento (Figura 7a).

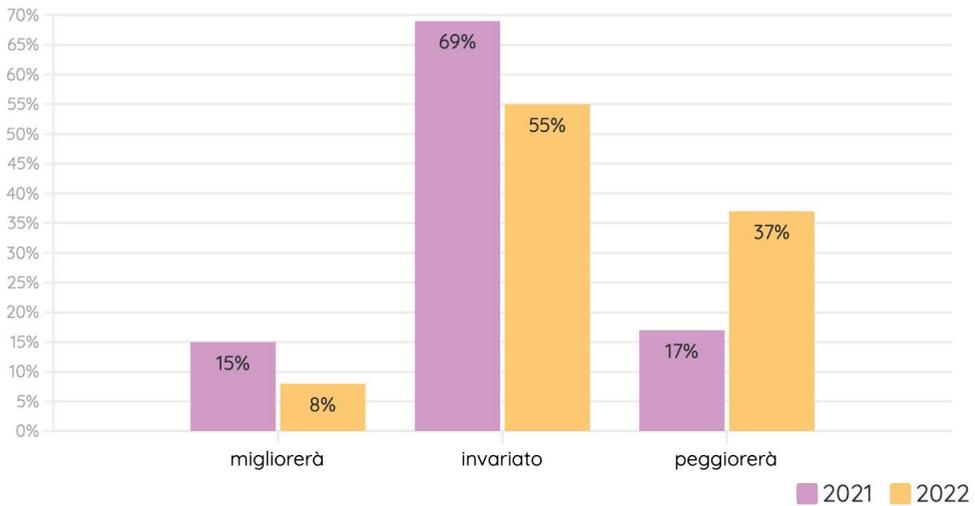


FIGURA 7A: CAMBIAMENTO DELLA SITUAZIONE ECONOMICA RISPETTO AL PASSATO (A) - ANNI 2021 E 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022

FIGURA 7B: ASPETTATIVE PER IL FUTURO (B) - ANNI 2021 E 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022





Più pessimismo emerge nel 2022, anche guardando al futuro, rispetto a quanto accadeva nel 2021. Oggi il 37% dei toscani, più di uno su tre, pensa che in futuro subirà un peggioramento della propria situazione economica familiare. La pensava così un anno fa, dopo un anno e mezzo di pandemia, solo il 17% delle famiglie.

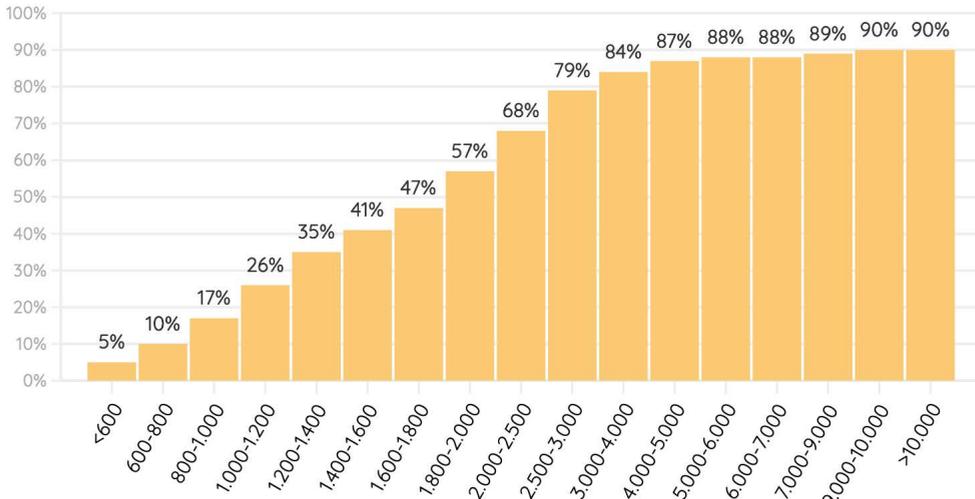
## 2.2. La distribuzione del reddito e la povertà relativa

L'indagine consente di analizzare la distribuzione del reddito delle famiglie toscane e del fenomeno della povertà relativa con dettaglio sub-regionale, sopperendo ad uno dei limiti dell'indagine sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie dell'ISTAT, Eu-Silc, vale a dire la non rappresentatività per piccole aree.

In Toscana, l'8% delle famiglie dichiara che il proprio reddito netto mensile è inferiore a 600 euro al mese, il 10% a meno di 800 euro (Figura 8a). Il 25% delle famiglie guadagna meno di 1.200 euro al mese, la metà meno di 2.000 euro (Figura 8b). Il 10% delle famiglie toscane ha un reddito netto mensile familiare superiore a 4.000 euro, il 25% maggiore di 3.000 euro. Il reddito medio mensile del 10% delle famiglie più ricche è quattro volte quello del 10% delle famiglie più povere.

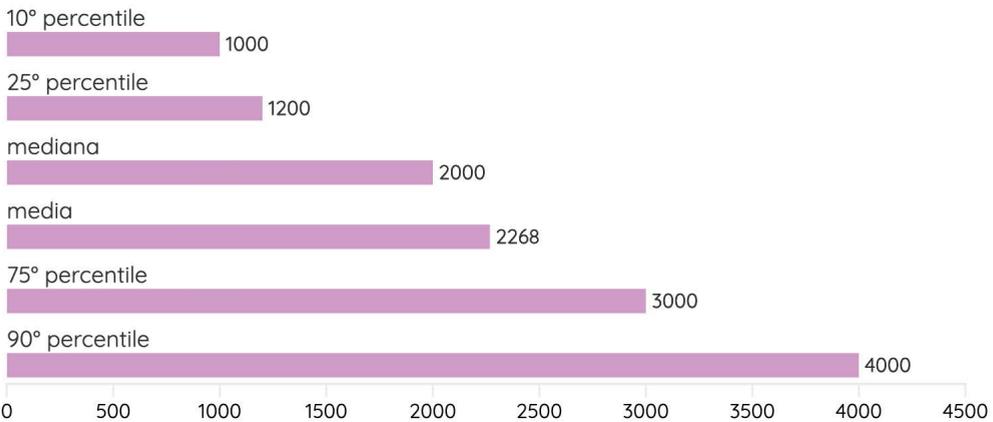


FIGURA 8A: DISTRIBUZIONE DEL REDDITO NETTO MENSILE DELLE FAMIGLIE (€) - CUMULATA - ANNO 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022

FIGURA 8B: DISTRIBUZIONE DEL REDDITO NETTO MENSILE DELLE FAMIGLIE - PERCENTILI - ANNO 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022

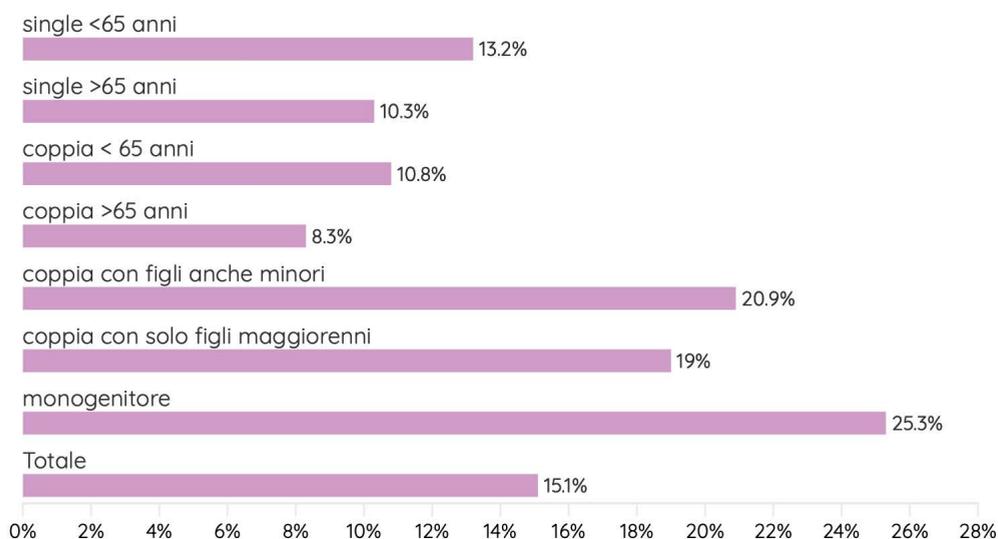




**LA POVERTÀ RELATIVA COLPISCE IL 15,1% DELLE FAMIGLIE TOSCANE ED È MAGGIORE NELLE FAMIGLIE CON FIGLI, SOPRATTUTTO SE CON UN SOLO GENITORE (25,3%)**

La povertà relativa, misurata confrontando il reddito netto mensile familiare<sup>1</sup>, reso equivalente attraverso la scala di Carbonaro, con il 60% della mediana, è pari al 15,1% delle famiglie (Figura 9). Diventa 10 punti percentuali superiore nelle famiglie con figli con un solo genitore ed è più alta della media nelle famiglie con figli minori (20,9%) o solo maggiorenni (19%). La povertà colpisce meno per le famiglie composte da una coppia di anziani (8,3%) mentre tra i *single* è più elevata quando la persona ha meno di 65 anni (13,2%).

FIGURA 9: INCIDENZA DI FAMIGLIE IN POVERTÀ RELATIVA PER TIPOLOGIA DI FAMIGLIA - ANNO 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022

Nell'analisi per Zona distretto emergono differenze rilevanti (Tabella 1). Le prime due Zone con povertà relativa maggiore sono la Valle del Serchio (24%) e le Apuane (22%), entrambe nel nord della Regione, tipicamente caratterizzato da condizioni economiche più arretrate della media regionale. Una maggiore intensità del fenomeno si ha, inoltre, nella Zona della Bassa Val di Cecina-Val di Cornia, di cui fanno parte Comuni come quello di Piombino, San Vincenzo e Suvereto, interessati da crisi industriali complesse. Tra le Zone a livelli di povertà più elevati della media regionale, si segnalano, infine, quella Pistoiese e quella Pratese e alcune aree rurali o interne più a sud della Regione, come l'Amiata Grossetana, le Colline Metallifere e l'Albegna.

<sup>1</sup> Nel reddito non sono inclusi i fitti imputati relativi al possesso della casa di abitazione.

TABELLA 1: INCIDENZA DI FAMIGLIE IN POVERTÀ RELATIVA PER ZONA DISTRETTO\* - ANNO 2022  
- TOSCANA

ZONA DISTRETTO	
Alta Val d'Elsa-Alta Val di Cecina-Val d'Era	8%
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana-Colline dell'Albegna	19%
Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese-Val di Chiana Aretina	12%
Apuane	22%
Aretina-Casentino-Val Tiberina-Valdarno	11%
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	21%
Livornese-Elba	13%
Empolese-Valdarno Inferiore-Val di Nievole	17%
Fiorentina Nord-Ovest	13%
Fiorentina Sud-Est-Mugello	18%
Firenze	10%
Lunigiana	17%
Piana di Lucca	16%
Pisana	14%
Pistoiese	20%
Pratese	20%
Senese	10%
Valle del Serchio	24%
Versilia	18%

\*Per motivi di rappresentatività campionarie alcune Zone distretto sono state aggregate

Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2022

La povertà relativa colpisce, invece, meno di quanto accade nel resto della Regione nelle Zone di Firenze e del senese, a maggior presenza di attività terziarie, ed in una Zona della Toscana centrale collocata tra le due aree urbane e a forte specializzazione agricola e manifatturiera, cioè l'Alta Val d'Elsa, l'Alta Val di Cecina e la Val d'Era.



## 2.3. Una lettura multidimensionale della povertà

Nello studio del fenomeno della povertà limitarsi all'analisi della sola dimensione reddituale non consente di cogliere i molteplici e ulteriori aspetti in cui una famiglia o una persona può trovarsi in difficoltà nella propria vita. Per questo motivo, da tempo, la letteratura economica si è occupata di esaminare le varie dimensioni in cui una famiglia può trovarsi in difficoltà o in condizione di privazione e di come sintetizzarle in un unico indicatore<sup>2</sup>. La lettura multidimensionale del fenomeno della povertà consente al *policy maker* una programmazione efficace di un insieme ampio di politiche, che va oltre alla sola integrazione del reddito, ma risponde alle molteplici difficoltà che le famiglie incontrano nel proprio percorso di vita.

Nell'indagine che l'IRPET ha svolto sulle famiglie toscane è stata inserita una batteria di dodici domande che indaga molte delle dimensioni che sono, tradizionalmente, considerate nella costruzione di indicatori di privazione multidimensionali<sup>3</sup>. Possiamo suddividere gli indicatori considerati in quattro grandi gruppi: i) quelli relativi alle *difficoltà nell'accesso ai beni essenziali*, come il riscaldamento della casa, la carne o il pesce almeno una volta ogni due giorni, il trasporto e l'abbigliamento e le altre necessità delle famiglie con bambini, ii) gli indicatori di *problemi nel pagamento* della compartecipazione a importanti beni meritori come la *sanità* e l'*istruzione*, iii) gli indicatori di *vulnerabilità finanziaria*, come la difficoltà nel sostenere spese impreviste e l'essersi trovati in arretrato nel pagamento di prestiti e mutui, iv) gli indicatori di *esclusione dai servizi ricreativi e culturali*, misurati attraverso l'impossibilità di permettersi una settimana di vacanza e di andare a cinema, teatro o ristorante.

---

<sup>2</sup> Forte impulso allo sviluppo di analisi multidimensionali della povertà è stato dato dagli studi di Sen degli anni '90 sulle cosiddette *capabilities*. Nell'approccio di Sen il reddito è solo uno strumento e il benessere degli individui non proviene dal possesso di beni ma da ciò che essi riescono a fare con i beni che possiedono, date le loro caratteristiche personali e quelle del contesto esterno. Tra le *capabilities* "primarie" rientrano la capacità di nutrirsi o di dotarsi di un'abitazione.

<sup>3</sup> Si veda il successivo Box 1.



## BOX 1: INDICATORI DI DEPRIVAZIONE MULTIDIMENSIONALI

**DIFFICOLTÀ AD ACCEDERE A BENI ESSENZIALI**

Non può permettersi di mangiare carne o pesce o equivalente vegetariano almeno una volta ogni due giorni

Non può permettersi di riscaldare adeguatamente l'abitazione in cui vive

Ha difficoltà a pagare le spese per trasporti come treni, autobus, carburante e altre spese per automobile o moto

Ha difficoltà a fronteggiare spese per i bambini (abbigliamento, giocattoli, alimenti per l'infanzia)

**PROBLEMI NEL COMPARTECIPARE AL PAGAMENTO DEI BENI MERITORI**

Ha difficoltà a pagare spese relative alla salute (farmaci, visite mediche, dentista)

Ha difficoltà a pagare le spese per la scuola, come libri scolastici, tasse scolastiche o universitarie

**VULNERABILITÀ FINANZIARIA**

È in arretrato con il rimborso di prestiti

Non può far fronte, con risorse proprie, a spese impreviste di un ammontare approssimativo di 5000 euro

Non può far fronte, con risorse proprie, a spese impreviste di un ammontare approssimativo di 2000 euro

Non può far fronte, con risorse proprie, a spese impreviste di un ammontare approssimativo di 800 euro

**ESCLUSIONE DAI SERVIZI RICREATIVI E CULTURALI**

Non può permettersi una settimana di vacanza all'anno lontano da casa

Non può permettersi di andare a cinema/teatro/ristorante almeno una volta al mese

**2.3.1. Un'analisi per tipologia di famiglia**

La Tabella 2 mostra l'incidenza di famiglie in difficoltà nelle varie dimensioni considerate distinguendole per età del capofamiglia e presenza di figli.

*Difficoltà nell'accesso ai beni essenziali.* Ben il 16% delle famiglie toscane dichiara di avere difficoltà a mangiare carne o pesce almeno una volta ogni due giorni, il 21% non può permettersi di riscaldare adeguatamente la propria casa, il 18% fa fatica con il pagamento delle spese di trasporto. Il 3% delle famiglie ha difficoltà ad acquistare i beni necessari ai bambini.

La difficoltà nell'acquistare carne e pesce è più bassa rispetto alla media tra le coppie *over* 65 (14%) e tra quelle con figli maggiorenni (12%). I problemi nel riscaldare la casa riguardano più spesso i *single*, sia *under-65* (23%) che anziani (24%), e le famiglie con un solo genitore (26%). L'accesso ai servizi di trasporto è più difficoltoso per i *single* con meno di 65 anni (24%), per le coppie con figli minori (22%) e per quelle mono-genitore (26%). Tra le famiglie con figli, sono più quelle in cui ci sono minori a soffrire il problema di non potersi permettere le spese per i bambini (7%) rispetto a quelle con figli maggiorenni.

**IL 16%  
DELLE FAMIGLIE  
HA DIFFICOLTÀ  
A MANGIARE CARNE  
O PESCE IN MODO  
REGOLARE.  
IL 21% NON PUÒ  
PERMETTERSI DI  
RISCALDARE  
ADEGUATAMENTE LA  
PROPRIA CASA**





*Problemi nel pagamento dei beni meritori come la sanità e l'istruzione.* In media in Toscana il 24% delle famiglie dichiara di avere problemi nel pagamento delle spese relative alla salute, come farmaci e visite mediche non coperte dal servizio sanitario nazionale. Una maggiore difficoltà rispetto alla media emerge per i *single* con meno di 65 anni (28%) e, soprattutto, per le famiglie mono-genitore (35%). Le difficoltà nel pagare le spese per la scuola colpiscono di più in presenza di figli minori, come già riscontrato per le spese per bambini<sup>4</sup>.

*Vulnerabilità finanziaria.* Le coppie con figli minori più frequentemente si trovano in arretrato con il pagamento dei prestiti (7% contro una media toscana del 3%). In media nella Regione, il 47% delle famiglie ha difficoltà a far fronte con risorse proprie a spese impreviste di 5.000 euro, il 25% ha problemi anche se la spesa è di 2.000 euro e il 14% non può sostenere 800 euro di spesa non preventivata. Le famiglie più impreparate ad affrontare eventuali spese aggiuntive rispetto all'ordinario sono quelle *single*, se composte da persone con meno di 65 anni, quelle monogenitoriali e le coppie che hanno anche figli minori.

*Esclusione dai servizi ricreativi e culturali.* Il 32% dei toscani non può permettersi una settimana di vacanza all'anno lontano da casa, il 28% non ha la possibilità di andare a cinema/teatro/ristorante almeno una volta al mese. L'esclusione dai servizi ricreativi e culturali riguarda più diffusamente i *single* anziani e le famiglie con figli ed un solo genitore.

---

<sup>4</sup> La domanda relativa alla difficoltà a sostenere le spese per i bambini e quella su chi ha problemi nel pagare le spese scolastiche è stata sottoposta esclusivamente alle famiglie con figli.



TABELLA 2: INDICATORI MULTIDIMENSIONALI DELLA POVERTÀ PER TIPOLOGIA DI FAMIGLIA - ANNO 2022 - TOSCANA

	TOTALE FAMILIE	SINGLE <65 ANNI	SINGLE >65 ANNI	COPPIA <65 ANNI	COPPIA >65 ANNI	COPPIA CON FIGLI ANCHE MINORI	COPPIA CON FIGLI MAGGIOR-RENNI	MONO GENITORE
<b>Difficoltà ad accedere a beni essenziali</b>								
Carne o pesce	16%	18%	18%	18%	14%	18%	12%	18%
Riscaldare casa	21%	23%	24%	21%	16%	19%	17%	26%
Trasporti	18%	24%	16%	16%	10%	22%	16%	24%
Spese per i bambini	3%	2%	0%	1%	0%	7%	3%	4%
<b>Problemi nel pagamento Di beni meritori</b>								
Salute	24%	28%	21%	24%	24%	25%	21%	35%
Istruzione	3%	2%	0%	0%	0%	6%	4%	3%
<b>Vulnerabilità finanziaria</b>								
Rimborso di prestiti	4%	4%	2%	4%	2%	7%	4%	4%
Spese impreviste 5.000€	47%	55%	44%	48%	32%	55%	42%	59%
Spese impreviste 2.000€	25%	18%	15%	12%	5%	17%	9%	19%
Spese impreviste 800€	14%	33%	24%	25%	12%	30%	19%	32%
<b>Esclusione da servizi Ricreativi e culturali</b>								
Vacanze	32%	36%	39%	25%	30%	25%	28%	42%
Cinema/teatro/ristorante	28%	21%	33%	27%	28%	27%	24%	35%

Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2022

## 2.3.2. Un'analisi per Zona distretto

Nell'analisi per Zona socio sanitaria è interessante in primo luogo capire quanto i diversi indicatori multidimensionali di povertà che abbiamo considerato siano correlati con la povertà relativa, misurata nello spazio di redditi. L'approccio multidimensionale è adottato, infatti, perché si suppone che la sola dimensione monetaria non sia sufficiente per misurare il benessere delle famiglie.

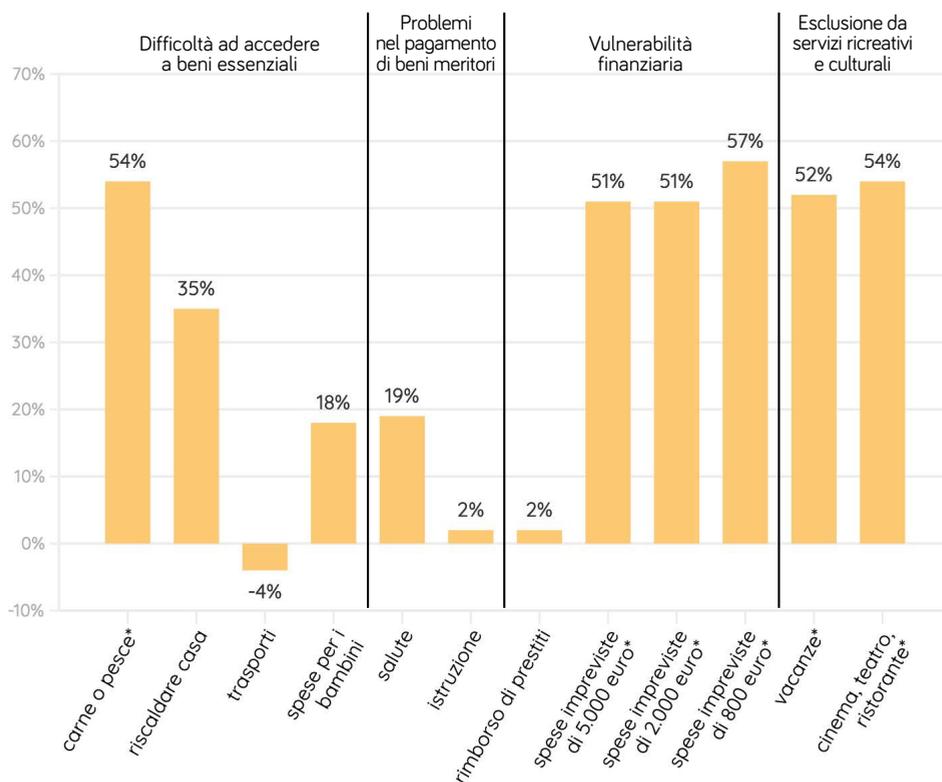
La correlazione tra l'incidenza di famiglie in difficoltà nei diversi indicatori e la povertà relativa per Zona distretto conferma questa ipotesi (Figura 10).





Per molti degli indicatori è positiva e statisticamente diversa da zero. Alcune dimensioni non hanno, tuttavia, alcun legame con la povertà relativa, come quelle che misurano la difficoltà nel sostenere le spese per i trasporti, per i bambini, per la scuola e per la salute. Anche l'indicatore relativo all'incidenza di famiglie in arretrato con il rimborso di prestiti risulta poco correlato con la povertà monetaria.

FIGURA 10: CORRELAZIONE TRA GLI INDICATORI MULTIDIMENSIONALI E LA POVERTÀ RELATIVA PER ZONA DISTRETTO - ANNO 2022 - TOSCANA



\*Correlazione statisticamente diversa da zero al 5%

Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2021 e 2022

Nel sostenere le spese di trasporto le maggiori difficoltà emergono nella Zona dell'“Alta Val d'Elsa-Alta Val di Cecina-Val d'Era”, in quella dell'“Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese-Val di Chiana Aretina” e nella Lunigiana (Tabelle 3A e 3B). Più difficoltà nell'“accedere ai beni necessari per i bambini e nel sostenere i costi della scuola si hanno nelle Zone della “Fio-



rentina Nord-Ovest” e della “Fiorentina Sud-Est-Mugello”, in cui le famiglie con figli minori tendono ad essere maggiormente presenti rispetto alla media toscana. Una popolazione mediamente più anziana potrebbe, invece, spiegare le difficoltà più elevate nel sostenere le spese per la salute che si riscontrano nella Zona dell’“Amiata Senese e Val d’Orcia-Valdichiana Senese-Val di Chiana Aretina” e nella Lunigiana. Una maggiore incidenza di famiglie in arretrato con il rimborso di prestiti si registra, infine, nella Zona senese, pratese e nella Piana di Lucca.

TABELLA 3A: INDICATORI MULTIDIMENSIONALI DI POVERTÀ PER ZONA DISTRETTO - ANNO 2022 - TOSCANA

ZONA	DIFFICOLTÀ AD ACCEDERE A BENI ESSENZIALI				PROBLEMI NEL PAGAMENTO DI BENI MERITORI	
	Carne o pesce	Riscaldare casa	Trasporti	Spese per i bambini	Salute	Istruzione
Alta Val d'Elsa-Alta Val di Cecina-Val d'Era	12%	13%	24%	2%	28%	2%
Amiata Grossetana-Colline Metallifere Grossetana-Colline dell'Albegna	16%	19%	17%	4%	29%	3%
Amiata Senese e Val d'Orcia Valdichiana Senese-Val di Chiana Aretina	14%	22%	25%	2%	35%	1%
Apuane	25%	29%	23%	4%	27%	4%
Aretina-Casentino-Val Tiberina-Valdarno	9%	17%	17%	1%	17%	2%
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	20%	22%	20%	4%	24%	1%
Livornese-Elba	15%	21%	12%	2%	18%	2%
Empolese-Valdarno Inferiore-Val di Nievole	22%	25%	21%	4%	25%	3%
Fiorentina Nord-Ovest	22%	19%	16%	6%	19%	7%
Fiorentina Sud-Est-Mugello	15%	17%	15%	6%	29%	5%
Firenze	11%	18%	19%	1%	23%	1%
Lunigiana	22%	16%	25%	2%	30%	2%
Piana di Lucca	23%	33%	17%	1%	24%	1%
Pisana	16%	21%	18%	1%	25%	1%
Pistoiese	17%	23%	18%	2%	26%	0%
Pratese	13%	22%	19%	2%	27%	3%
Senese	16%	20%	14%	3%	20%	4%
Valle del Serchio	19%	17%	14%	1%	23%	2%
Versilia	24%	24%	17%	2%	22%	2%
<b>Totale Toscana</b>	<b>16%</b>	<b>21%</b>	<b>18%</b>	<b>3%</b>	<b>24%</b>	<b>3%</b>

Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2022





TABELLA 3B: INDICATORI MULTIDIMENSIONALI DI POVERTÀ PER ZONA DISTRETTO - ANNO 2022 - TOSCANA

ZONA	VULNERABILITÀ FINANZIARIA				ESCLUSIONE DA SERVIZI RICREATIVI E CULTURALI	
	Arretrati di prestiti	Spese di 5.000 €	Spese di 2.000 €	Spese di 800 €	Vacanze	Cinema, teatro, ristorante
Alta Val d'Elsa-Alta Val di Cecina-Val d'Era	4%	50%	25%	12%	42%	29%
Amiata Grossetana-Colline Metallifere Grossetana-Colline dell'Albegna	3%	49%	23%	12%	38%	33%
Amiata Senese e Val d'Orcia Valdichiana Senese-Val di Chiana Aretina	4%	45%	21%	11%	37%	30%
Apuane	6%	52%	30%	22%	49%	26%
Aretina-Casentino-Val Tiberina-Valdarno	3%	39%	17%	7%	23%	22%
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	3%	48%	33%	27%	47%	45%
Livornese-Elba	2%	45%	25%	13%	37%	29%
Empolese-Valdarno Inferiore-Val di Nievole	4%	54%	31%	18%	28%	33%
Fiorentina Nord-Ovest	6%	46%	24%	12%	13%	20%
Fiorentina Sud-Est-Mugello	3%	43%	18%	10%	25%	25%
Firenze	3%	43%	20%	11%	20%	19%
Lunigiana	2%	47%	25%	11%	46%	38%
Piana di Lucca	8%	57%	30%	16%	40%	28%
Pisana	4%	47%	26%	13%	32%	27%
Pistoiese	2%	51%	30%	16%	36%	35%
Pratese	7%	53%	31%	14%	35%	29%
Senese	6%	44%	22%	9%	23%	26%
Valle del Serchio	3%	51%	23%	11%	41%	31%
Versilia	6%	45%	26%	17%	38%	31%
<b>Totale Toscana</b>	<b>4%</b>	<b>47%</b>	<b>25%</b>	<b>14%</b>	<b>32%</b>	<b>28%</b>

Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2022

### 2.3.3. Un indice sintetico della povertà multidimensionale

Gli studi che si occupano di analizzare la natura multidimensionale della povertà pongono particolare attenzione a come sintetizzare in un unico indicatore le diverse dimensioni considerate. L'identificazione dei poveri si basa generalmente sul c.d. *counting approach* (Atkinson, 2003). I poveri possono essere alternativamente individuati come coloro che non raggiungono una soglia minima in tutte le dimensioni considerate oppure come coloro che non la raggiungono in almeno una dimensione o in più di una.

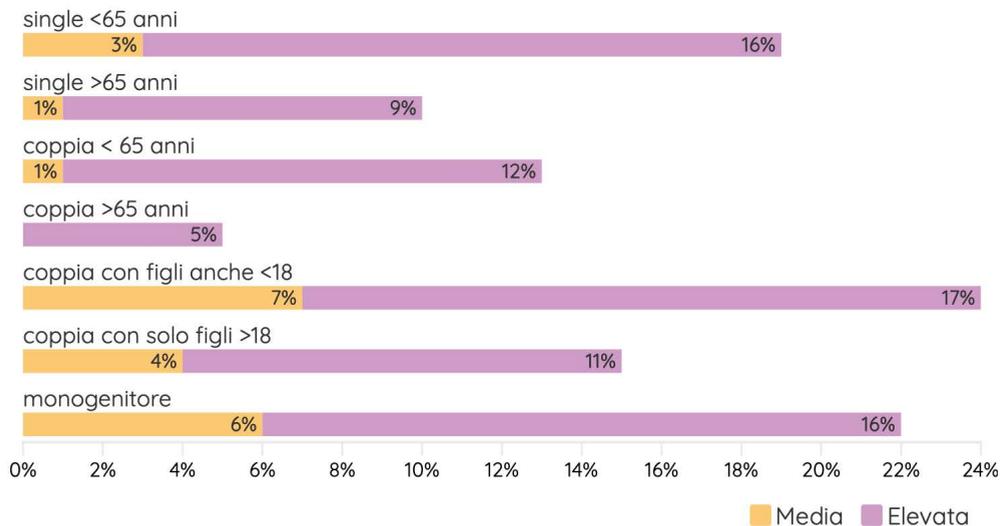
Nella nostra analisi costruiamo un indice sintetico multidimensionale contando per ciascuna famiglia tutti gli indicatori in cui presenta difficoltà e pesando ciascuna difficoltà con l'inverso della frequenza osservata nel totale delle famiglie [1]. In questo modo, l'indicatore sintetico attribuisce un peso maggiore a quelle dimensioni in cui più raramente le famiglie hanno difficoltà ed uno minore alle dimensioni che presentano difficoltà più diffuse nella popolazione. Una volta aggregate le diverse dimensioni in un unico indice, consideriamo in deprivazione alta quelle famiglie con un valore superiore a 0,4 e in deprivazione media quelle con un valore compreso tra 0,2 e 0,4.

$$IPM = \sum_{k=1}^K \frac{1_k}{f_k} \text{ dove } k = 1, \dots, 12 \text{ items}$$

L'indicatore di povertà sintetico multidimensionale così calcolato mostra un livello di deprivazione particolarmente accentuato per le famiglie con figli, soprattutto minori e se con un solo genitore presente. La deprivazione è elevata anche per le famiglie *single* in cui il capofamiglia ha meno di 65 anni (Figura 11).



FIGURA 11: QUOTA DI FAMIGLIE IN DEPRIVAZIONE MEDIA E ELEVATA SECONDO L'IPM PER TIPOLOGIA DI FAMIGLIA - ANNO 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2022

Tra le Zone, la deprivazione risulta più grave nella Bassa Val di Cecina-Val di Cornia, nella Piana di Lucca e nelle Apuane. All'opposto minore deprivazione si riscontra nelle Zone "Aretina-Casentino-Val Tiberina-Valdarno" e in quella di Firenze (Tabella 4).



TABELLA 4: QUOTA DI FAMIGLIE IN DEPRIVAZIONE MEDIA E ELEVATA SECONDO L'IPM PER ZONA DISTRETTO\* - ANNO 2022 - TOSCANA

ZONE DISTRETTO	DEPRIVAZIONE	
	ELEVATA	MEDIA
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	3%	18%
Piana di Lucca	4%	15%
Apuane	6%	10%
Versilia	4%	11%
Fiorentina Sud-Est-Mugello	4%	10%
Empolese-Valdarno Inferiore-Val di Nievole	3%	10%
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana-Colline dell'Albegna	5%	9%
Fiorentina Nord-Ovest	8%	5%
Pratese	3%	10%
Alta Val d'Elsa-Alta Val di Cecina-Val d'Era	2%	11%
Valle del Serchio	1%	11%
Lunigiana	2%	10%
Pistoiese	2%	9%
Senese	6%	4%
Livornese-Elba	4%	6%
Pisana	1%	9%
Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese-Val di Chiana Aretina	2%	8%
Firenze	1%	6%
Aretina-Casentino-Val Tiberina-Valdarno	2%	5%

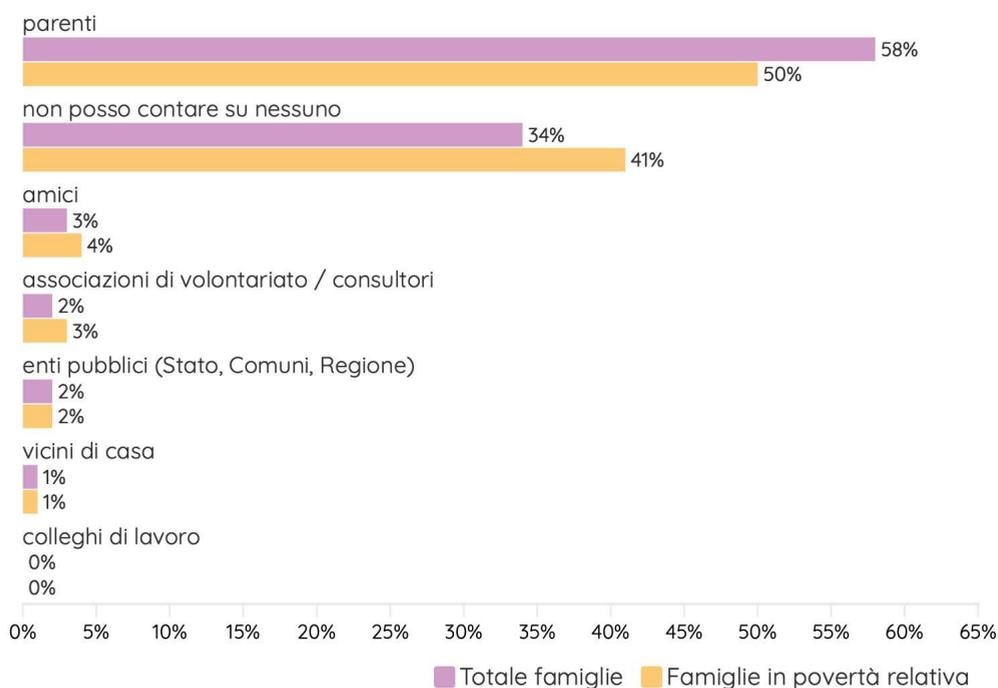
\*Per motivi di rappresentatività campionarie alcune Zone distretto sono state aggregate  
Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2022



## 2.4. Le reti sociali di sostegno

Una dimensione che è spesso trascurata nelle analisi sulla povertà è la possibilità di poter contare su una rete sociale di sostegno in caso di necessità, economiche e non. L'indagine ha esaminato questo aspetto scoprendo che, in caso di bisogno, il 58% dei toscani può contare sui propri parenti mentre il 34% non ha nessuno a cui chiedere supporto (Figura 12). Residuale è il ruolo assunto da amici, colleghi di lavoro, associazioni di volontariato ma anche da parte dello Stato e degli altri enti pubblici territoriali.

FIGURA 12: RICORSO ALLE RETI DI SOSTEGNO PER IL TOTALE DELLE FAMIGLIE E PER LE FAMIGLIE POVERE - ANNO 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da indagine IRPET-UniSi 2022

Le famiglie in povertà relativa più delle altre non possono contare sull'aiuto di nessuno (41%), meno spesso si affidano ai parenti (50%) e di più alle associazioni di volontariato (3%).





# 3. IL RUOLO DEL REDDITO DI CITTADINANZA NEL CONTRASTO ALLA POVERTÀ

## 3.1. Il ricorso al Reddito di cittadinanza e le caratteristiche dei beneficiari per Zona

Nel 2021 i nuclei beneficiari di Reddito di cittadinanza in Toscana sono pari a 53.438, in leggera diminuzione rispetto al 2020 (Tabella 5). Nel primo anno di introduzione della misura, il 2019, erano 41.422. L'importo medio mensile ricevuto dalle famiglie beneficiarie è pari a 458 euro al mese.

TABELLA 5: BENEFICIARI DI REDDITO DI CITTADINANZA E IMPORTO MEDIO MENSILE EROGATO - ANNI 2019-2020-2021 - TOSCANA

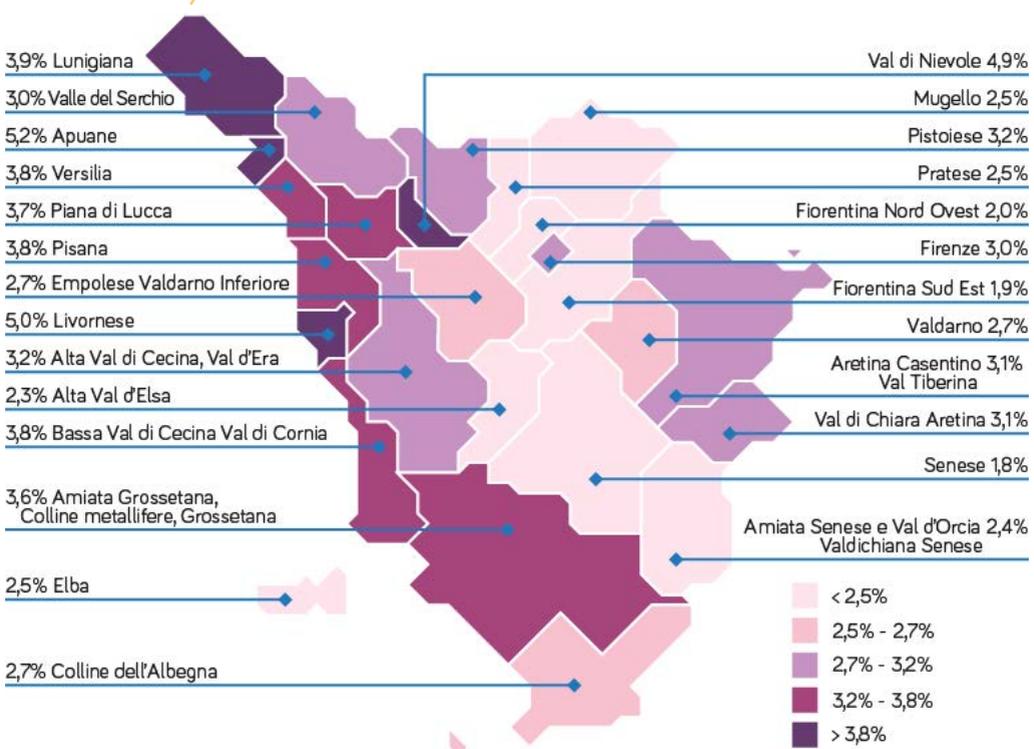
	N° NUCLEI	N° PERSONE	IMPORTO MEDIO MENSILE (EURO)
2021	53.438	108.565	458
2020	55.396	119.836	450
2019	41.422	91.705	422

Fonte: elaborazioni su dati INPS

L'incidenza di nuclei beneficiari di Reddito di cittadinanza sul totale delle famiglie, in media pari al 3%, è più elevata nelle Zone delle Apuane, del Livornese e della Val di Nievole, dove arriva al 5% (Figura 13). È, invece, più contenuta nelle Zone Fiorentina Nord-Ovest e Fiorentina Sud-Est.



FIGURA 13: INCIDENZA DI NUCLEI BENEFICIARI DI REDDITO DI CITTADINANZA SUL TOTALE DELLE FAMIGLIE PER ZONA DISTRETTO - ANNO 2021- TOSCANA



Fonte: elaborazioni su dati INPS e ISTAT

Nel 2021, il 59% dei nuclei familiari ha al suo interno componenti indirizzati ai Centri per l'impiego (Cpi) per la stipula del Patto per il Lavoro. Il 26% dei nuclei è destinato ai servizi sociali dei Comuni per la sottoscrizione del Patto per l'inclusione sociale. Per il 15% non è stata richiesta alcuna forma di condizionalità. La ripartizione dei nuclei tra i diversi percorsi di condizionalità mostra alcune differenze tra le Zone distretto che si riflettono, poi, nelle caratteristiche, familiari e individuali, dei beneficiari.

In alcune Zone il percorso di reinserimento lavorativo è più frequente rispetto alla media regionale, ad esempio nell' Alta Val d'Elsa (68%), nella Alta Val di Cecina-Val d'Era (69%), nella Val di Chiana Aretina (67%), nel Valdarno (64%). In altre Zone, più spesso i nuclei vengono indirizzati ai servizi sociali dei Comuni, come nelle Apuane (29%) e nella Lunigiana (29%) o dove sono presenti capoluoghi di provincia, come nella Pisana (28%), nella Pratese

**NEL 2021 I NUCLEI BENEFICIARI DI REDDITO DI CITTADINANZA IN TOSCANA SONO PARI A 53.438**





(33%) e in quella di Firenze (30%). Infine, nelle Zone dell'Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese, in quella delle Colline dell'Albegna e all'Elba è più probabile la presenza di nuclei esonerati da percorsi di condizionalità (rispettivamente 19%, 21% e 20% rispetto alla media regionale del 15%).

La diversa ripartizione dei nuclei per percorso di condizionalità tende a riflettersi nelle caratteristiche familiari e individuali. Nelle Zone in cui è maggiore la presenza di nuclei che non devono svolgere alcun percorso, tipicamente quelli composti da anziani, è maggiore la quota di famiglie in proprietà e, per effetto della più elevata componente patrimoniale, l'ISEE tende ad essere più alto. In queste stesse Zone, è superiore alla media regionale anche la presenza di componenti in condizione di disabilità e non autosufficienza, associata generalmente alla maggiore età anagrafica.

Laddove è più frequente il percorso da svolgersi presso i Cpi, che viene attivato in presenza di componenti del nucleo familiare più facilmente attivabili, le condizioni lavorative individuali sono, generalmente, migliori di quanto si osserva nella media regionale. Nelle Zone dell'Alta Val d'Elsa, nella Val di Chiana Aretina e nel Valdarno l'incidenza di componenti in stato di disoccupazione è inferiore alla media regionale (il 34%, il 29%, il 33% rispettivamente contro il 37%). In queste Zone, minore rispetto al valore medio toscano è anche il numero di giorni passati dall'ultimo lavoro cessato e la quota di componenti in età da lavoro per i quali non è mai stato registrato alcun rapporto di lavoro nei dati delle Comunicazioni Obbligatorie. Nelle Zone della Regione in cui i nuclei sono indirizzati più spesso ai percorsi di inclusione sociale, come nelle Apuane e nella Lunigiana, emerge una maggior distanza dal mercato del lavoro. Qui l'incidenza di componenti disoccupati arriva al 41%, il numero di giorni dall'ultimo rapporto di lavoro rispettivamente a 941 e 1.044 a fronte di una media regionale di 860 giorni.

Dove il bisogno è soprattutto lavorativo tendono ad essere maggiormente presenti le famiglie con minori. In media in Toscana sono il 28% mentre arrivano al 36% nella Val di Chiana Aretina e al 32% nel Valdarno e nell'Alta Val di Cecina-Val d'Era. Meno legata alla ripartizione dei percorsi è, invece, la quota di nuclei familiari in cui è presente un solo genitore, in media, in Toscana, pari al 3%.



TABELLA 6: CARATTERISTICHE FAMILIARI E INDIVIDUALI DEI BENEFICIARI DI REDDITO DI CITTADINANZA PER ZONA DISTRETTO - ANNO 2021- TOSCANA

ZONA DISTRETTO	CONDIZIONALITÀ			CONDIZIONI ECONOMICHE E ABITATIVE	
	Cpi	Comuni	Nessuna condizionalità	ISEE medio (euro)	Quota di nuclei in proprietà
Alta Val d'Elsa	68%	17%	16%	2,366	35%
Alta Val di Cecina-Val d'Era	69%	17%	14%	2,440	43%
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	59%	25%	16%	2,489	45%
Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese	59%	21%	19%	2,921	43%
Apuane	57%	29%	14%	2,393	53%
Aretina-Casentino-Val Tiberina	65%	21%	15%	2,416	36%
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	62%	23%	15%	2,425	41%
Colline dell'Albegna	53%	26%	21%	2,926	54%
Elba	62%	19%	20%	2,640	52%
Empolese-Valdarno Inferiore	63%	23%	15%	2,431	41%
Fiorentina Nord-Ovest	59%	23%	18%	2,423	44%
Fiorentina Sud-Est	55%	26%	18%	2,414	44%
Firenze	53%	30%	16%	2,274	46%
Livornese	57%	28%	15%	2,626	43%
Lunigiana	57%	29%	14%	2,518	51%
Mugello	61%	22%	17%	2,671	41%
Piana di Lucca	60%	28%	12%	2,311	42%
Pisana	59%	28%	12%	2,116	45%
Pistoiese	61%	23%	16%	2,511	46%
Pratese	52%	33%	15%	2,540	48%
Senese	61%	24%	15%	2,485	36%
Val di Chiana Aretina	67%	20%	12%	2,395	35%
Val di Nievole	59%	27%	14%	2,246	42%
Valdarno	64%	22%	14%	2,526	40%
Valle del Serchio	60%	25%	15%	2,765	52%
Versilia	58%	25%	16%	2,544	52%
<b>Totale</b>	<b>59%</b>	<b>26%</b>	<b>15%</b>	<b>2,433</b>	<b>45%</b>





ZONA DISTRETTO	CARATTERISTICHE FAMILIARI			CARATTERISTICHE INDIVIDUALI		
	Quota nuclei con presenza di minori	Quota nuclei monogenitore	Quota nuclei con presenza di disabili	Quota di componenti disoccupati	N° medio di giorni da ultimo rapporto di lavoro cessato*	Quota di componenti con nessun rapporto di lavoro nelle Comunicazioni Obbligatorie*
Alta Val d'Elsa	28%	2%	20%	34%	675	12%
Alta Val di Cecina-Val d'Era	32%	4%	17%	35%	866	19%
Amiata Gross.-Colline Metallifere-Grossetana	30%	3%	17%	38%	712	14%
Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese	29%	3%	23%	35%	768	16%
Apuane	26%	4%	19%	41%	941	22%
Aretina-Casentino-Val Tiberina	30%	3%	18%	32%	864	16%
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	29%	3%	18%	35%	655	11%
Colline dell'Albegna	20%	2%	21%	40%	818	16%
Elba	26%	4%	22%	36%	654	13%
Empolese-Valdarno Inferiore	32%	3%	16%	35%	856	18%
Fiorentina Nord-Ovest	28%	3%	16%	35%	876	18%
Fiorentina Sud-Est	29%	3%	13%	35%	793	15%
Firenze	25%	3%	14%	36%	799	17%
Livornese	25%	4%	16%	41%	1,008	21%
Lunigiana	27%	2%	20%	38%	1,144	34%
Mugello	26%	2%	19%	38%	943	16%
Piana di Lucca	34%	4%	15%	36%	876	21%
Pisana	27%	4%	16%	36%	861	19%
Pistoiese	28%	3%	20%	37%	1,061	24%
Pratese	31%	4%	13%	36%	896	20%
Senese	27%	1%	16%	31%	721	14%
Val di Chiana Aretina	36%	3%	15%	29%	724	17%
Val di Nievole	30%	3%	16%	37%	939	20%
Valdarno	32%	2%	17%	33%	770	16%
Valle del Serchio	28%	2%	19%	34%	1,011	28%
Versilia	25%	3%	21%	40%	970	21%
<b>Totale</b>	<b>28%</b>	<b>3%</b>	<b>17%</b>	<b>37%</b>	<b>860</b>	<b>19%</b>

\*Il dato è riferito ai beneficiari in età da lavoro inviati ai Cpi del 2019 e del 2020  
Fonte: elaborazioni su dati INPS e Sistema Informativo Lavoro Regione Toscana

## 3.2. Una prima analisi dei percorsi di inclusione sociale attuati a livello Zonale

Nel dibattito politico e scientifico che ha fatto seguito all'introduzione del Reddito di cittadinanza molta attenzione è stata data al problema dei possibili effetti disincentivanti sull'offerta di lavoro che un sussidio al reddito di durata praticamente indeterminata avrebbe potuto generare. Per questo motivo, un attento monitoraggio ed alcune prime analisi di valutazione sono stati effettuati sui beneficiari soggetti al Patto per il lavoro per verificare, numeri alla mano, che il Reddito di cittadinanza non scoraggi il lavoro e anzi possa offrire opportunità occupazionali<sup>1</sup>. Meno indagato è stato il percorso di inclusione sociale cui sono stati sottoposti i beneficiari di Reddito di cittadinanza indirizzati ai Comuni per la stipula del Patto per l'inclusione sociale. Alla data attuale non sono state rese pubbliche analisi di monitoraggio né tanto meno sono stati indagati gli esiti dei percorsi attivati presso i Comuni in termini di fuoriuscita dalla condizione di povertà ed esclusione sociale, anche se è in corso la valutazione controfattuale della misura, così come previsto per norma, sulla base del Piano di ricerca già approvato dal Comitato scientifico. Nello specifico, l'obiettivo della valutazione è quello di identificare l'effetto addizionale dei percorsi di inclusione attiva sul benessere dei beneficiari, in aggiunta al beneficio economico. Il Ministero è attualmente impegnato anche nella valutazione di processo della presa in carico (PaS) per evidenziare le fragilità e i colli di bottiglia che rallentano, o impediscono, una corretta presa in carico dei beneficiari RdC.

Ricordiamo che il percorso per l'inclusione sociale (PaS) prevede che il nucleo indirizzato ai Comuni venga dapprima sottoposto ad un'analisi preliminare da parte degli operatori sociali. Successivamente, in base alla presenza di bisogni complessi, lavorativi o specialistici, il nucleo può essere destinato alternativamente a quattro diversi esiti.

- I) Se nell'analisi preliminare emerge un bisogno solo lavorativo i componenti del nucleo vengono re-indirizzati ai Centri per l'Impiego (esito A).
- II) Se il bisogno non è complesso ma non riguarda solo la sfera lavorativa il nucleo è indirizzato alla stipula del c.d. Patto per l'inclusione semplificato (esito B).
- III) In caso di bisogni complessi viene attivata l'*équipe* multidisciplinare e il nucleo è tenuto alla stipula del c.d. Patto per l'inclusione complesso (esito C).

<sup>1</sup> Si veda ad esempio ANPAL (2021), Caritas (2021) e Maitino et al. (2022).



IV) Nei casi in cui si rilevi la presenza di un bisogno specialistico (es. salute mentale, dipendenza) i componenti del nucleo vengono inviati ai servizi atti a prendere in carico gli specifici bisogni (esito D).

Per semplificare e supportare il lavoro degli assistenti sociali nell'attuazione dei percorsi di inclusione il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali ha creato un'apposita piattaforma denominata GePI (Gestione Patti per l'Inclusione sociale) che consente di registrare tutti i passi seguiti nella presa in carico dei beneficiari di Reddito di cittadinanza, dall'analisi preliminare alla stipula del Patto. La piattaforma GePI costituisce, dunque, un importante fonte di informazione per il monitoraggio delle *performance* dei territori nella presa in carico dei beneficiari di Reddito di cittadinanza anche se persistono purtroppo difficoltà nell'utilizzo della piattaforma da parte dei servizi sociali. In questo paragrafo, grazie ai dati resi disponibili da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali a Regione Toscana, è fornita una prima analisi dei percorsi di inclusione sociale attivati dagli enti locali del territorio regionale.

### 3.2.1. Le *performance* medie regionali

**SOLO IL 42%  
DEI NUCLEI DESTINATI  
AL PERCORSO DI  
INCLUSIONE SOCIALE  
È STATO PRESO IN  
CARICO DA PARTE  
DEI COMUNI**

A fine ottobre 2022 risultano 12.978 i nuclei caricati sulla piattaforma GePI ai fini dell'attivazione e della gestione dei Patti per l'inclusione sociale, il 36,9% del totale dei nuclei familiari beneficiari di Reddito di cittadinanza in Toscana.

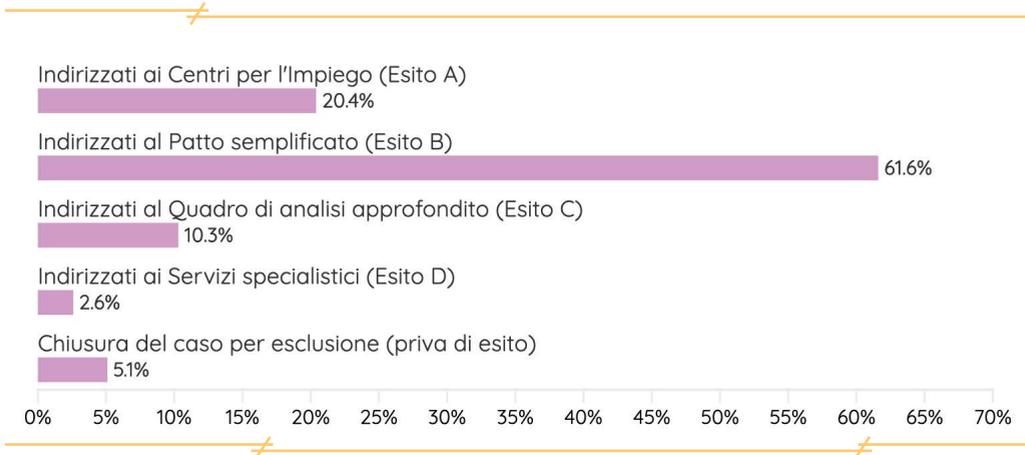
In media nella Regione, solo per il 42% dei nuclei caricati nella piattaforma è stata avviata la presa in carico da parte dei Comuni, meno di uno su due. Emerge, dunque, una *performance* piuttosto limitata da parte dei Comuni nel prendere in carico i beneficiari di Reddito di cittadinanza. Una volta avviata la presa in carico, tuttavia, si registra una elevata capacità da parte degli assistenti sociali di portare avanti il percorso. Per l'83% dei nuclei presi in carico è stata svolta e completata l'analisi preliminare.

**PER L'83%  
DEI NUCLEI PRESI  
IN CARICO È STATA  
COMPLETATA  
L'ANALISI  
PRELIMINARE  
E IL 60% DI ESSI  
HA EFFETTIVAMENTE  
FIRMATO IL PATTO  
PER L'INCLUSIONE  
SOCIALE ALLA FINE  
DEL PERCORSO**

La maggioranza dei nuclei, il 62%, dopo l'analisi preliminare è stata indirizzata alla stipula del Patto per l'inclusione semplificato (Figura 14). Il 20% è stato re-indirizzato ai Centri per l'Impiego mentre per il 10% dei nuclei è stata attivata l'*équipe* multidisciplinare poiché è stato rilevato un bisogno complesso. Per una minima parte dei nuclei beneficiari, il 3%, l'analisi preliminare ha fatto emergere bisogni specialistici. Il 60% dei nuclei che sono stati indirizzati al Patto semplificato o a quello complesso ha effettivamente firmato un Patto alla fine del percorso.



FIGURA 14: COMPOSIZIONE % DEI NUCLEI BENEFICIARI DI RDC CON ANALISI PRELIMINARE COMPLETATA PER TIPO DI ESITO - DATO AGGIORNATO AD OTTOBRE 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da dati GePI-Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

### 3.2.2. Le differenze tra zone socio-sanitarie

Le *performance* di presa in carico dei beneficiari di Reddito di cittadinanza sono piuttosto eterogenee a livello di Zona distretto. Le analizziamo considerando tre indicatori:

Indicatore 1: la quota di nuclei caricati sulla piattaforma GePI avviata alla presa in carico;

Indicatore 2: la quota di nuclei presi in carico per i quali è stata completata l'analisi preliminare;

Indicatore 3: la quota di nuclei indirizzati alla stipula di un Patto per l'Inclusione, semplificato o complesso, che sono arrivati effettivamente alla firma.

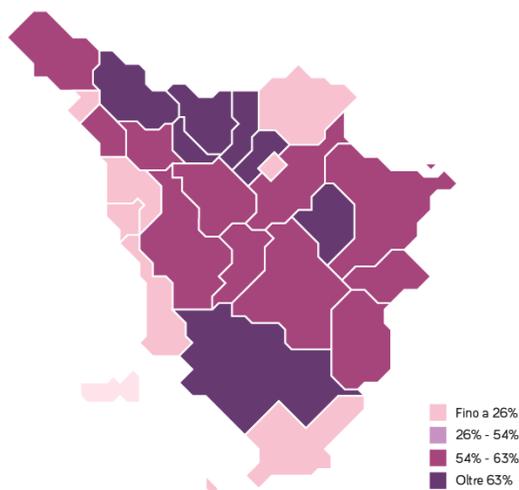
Il primo indicatore, che fa riferimento al momento dell'assegnazione del caso e della convocazione del beneficiario per l'Analisi Preliminare, restituisce risultati molto differenziati per Zona. La presa in carico passa dal coinvolgere un minimo dell'11% dei nuclei caricati sulla piattaforma GePI ad un massimo dell'83%. La metà delle Zone ha preso in carico meno del 54% dei nuclei caricati. Il 25% delle Zone ne ha presi in carico più del 63%.

Nell'indicatore di completamento dell'analisi preliminare dei nuclei presi in carico si registrano differenze più contenute tra le Zone della Regione. La Zona con il valore più basso ha completato l'analisi preliminare per il 53% dei nuclei presi in carico, quella con il valore più alto è arrivata al 96%.



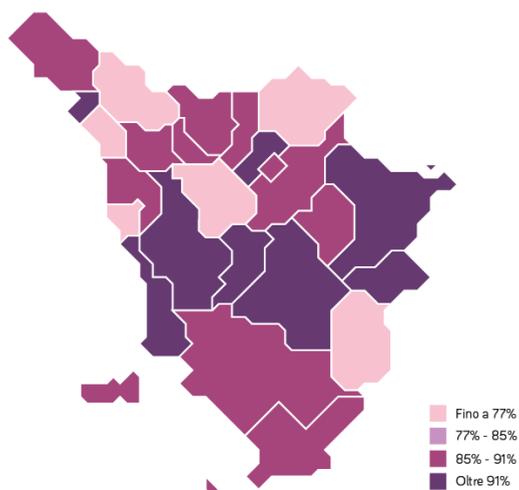


FIGURA 15A: INDICATORE 1 DI PERFORMANCE PER ZONA DISTRETTO - DATO AGGIORNATO AD OTTOBRE 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da dati GePI-Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

FIGURA 15B: INDICATORE 2 DI PERFORMANCE PER ZONA DISTRETTO - DATO AGGIORNATO AD OTTOBRE 2022 - TOSCANA

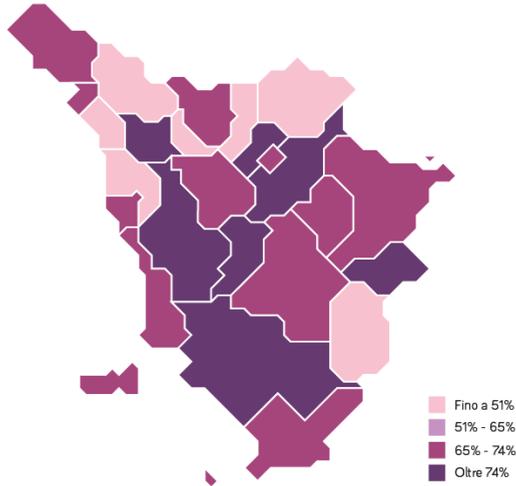


Fonte: elaborazioni da dati GePI-Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali





FIGURA 15C: INDICATORE 3 DI PERFORMANCE PER ZONA DISTRETTO - DATO AGGIORNATO AD OTTOBRE 2022 - TOSCANA



Fonte: elaborazioni da dati GePI-Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

La quota di nuclei per i quali tutto il percorso si è concluso<sup>2</sup> e si è arrivati alla firma del Patto per l'inclusione fa registrare differenze piuttosto marcate a livello territoriale. In una Zona, praticamente nessun Patto è stato firmato. Mentre la più performante arriva al 90% di Patti effettivamente sottoscritti.

I tre indicatori considerati sono parzialmente correlati tra loro. Il legame tra la quota di nuclei presi in carico e quelli con analisi preliminare completata è positivo ma non statisticamente diverso da zero. Emerge, invece, una correlazione statisticamente significativa positiva, di 0,7, in una scala che va da 0 ad 1, tra l'indicatore relativo alla quota di nuclei con analisi preliminare completata e la quota di nuclei con patto firmato. In sintesi, nelle Zone con elevata presa in carico non necessariamente è più elevata la quota di nuclei con analisi preliminare conclusa. Nelle Zone in cui più spesso si porta a conclusione l'analisi preliminare si riesce più facilmente a completare il percorso fino alla firma del Patto.

<sup>2</sup> Si tratta della valutazione via Analisi preliminare e Quadro di Analisi quando si trasformano i bisogni del nucleo in obiettivi e risultati di inclusione sociale.





### 3.2.3. Quali le determinanti delle *performance*?

Uno dei principali determinanti delle limitate *performance* di avvio e conclusione dei percorsi di inclusione sociale dovrebbe essere la dotazione di personale da parte degli enti locali. Negli ultimi anni, a seguito dell'introduzione del Reddito di cittadinanza, molto si è investito per il rafforzamento del sistema dei servizi da realizzarsi, in primis attraverso il reclutamento di personale per servizio sociale professionale. Rilevanti, rimangono, tuttavia ancora oggi le differenze nella dotazione del personale e nell'organizzazione del servizio a livello territoriale<sup>3</sup>.

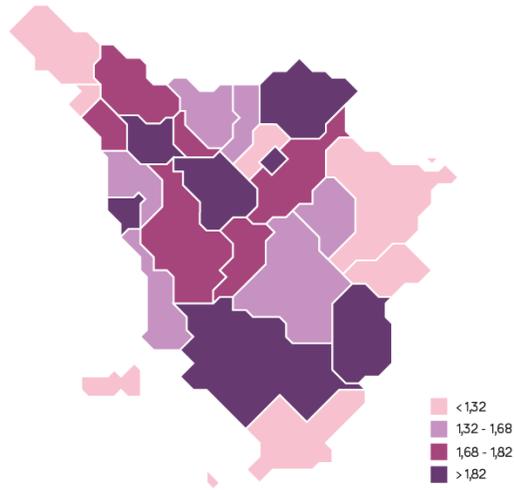
Il Sistema Informativo dell'offerta dei servizi sociali (Sioss), che fornisce dati aggiornati al 31.12.2021 sulla dotazione di personale delle Zone della Regione, fa emergere un quadro ancora molto eterogeneo. Nel 2021 sono 1.306 gli assistenti sociali impiegati nella Regione, 1,4 ogni 4mila abitanti. Il dato per Zona mostra un minimo di 0,6 assistenti sociali per 4mila abitanti ed un massimo di 2,2. In media in Toscana, il 5% del monte ore complessivo a disposizione degli assistenti sociali è destinato al segretariato sociale, il 23% al servizio sociale professionale. Ma anche su come il tempo di lavoro è ripartito tra le varie attività le differenze territoriali sono rilevanti.

---

<sup>3</sup> Per completezza si sottolinea che il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 ricorda come già il Piano nazionale per la lotta alla povertà 2018-2021 aveva previsto, oltre alla quantificazione di un obiettivo di servizio di un assistente sociale ogni 5.000 abitanti, la possibilità di assumere direttamente assistenti sociali a tempo determinato, a valere sulle risorse del PON Inclusione o della quota servizi del Fondo povertà. Nel 2020 il legislatore con la Legge di bilancio per il 2021 ha confermato e rafforzato tale impostazione formalizzando il livello essenziale di 1:5.000, introducendo un ulteriore obiettivo di servizio "sfidante" di 1:4.000 e traducendo la necessità di rafforzare la titolarità pubblica del servizio sociale professionale nella previsione di risorse incentivanti esclusivamente destinate all'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali nei servizi sociali pubblici.

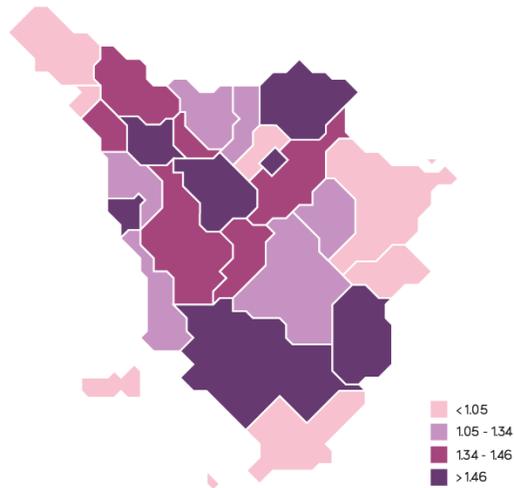


FIGURA 16A: N° DI ASSISTENTI SOCIALI OGNI 5MILA ABITANTI PER ZONA DISTRETTO -TOSCANA



Fonte: elaborazioni da dati Sioss

FIGURA 16B: N° DI ASSISTENTI SOCIALI OGNI 4MILA ABITANTI PER ZONA DISTRETTO -TOSCANA

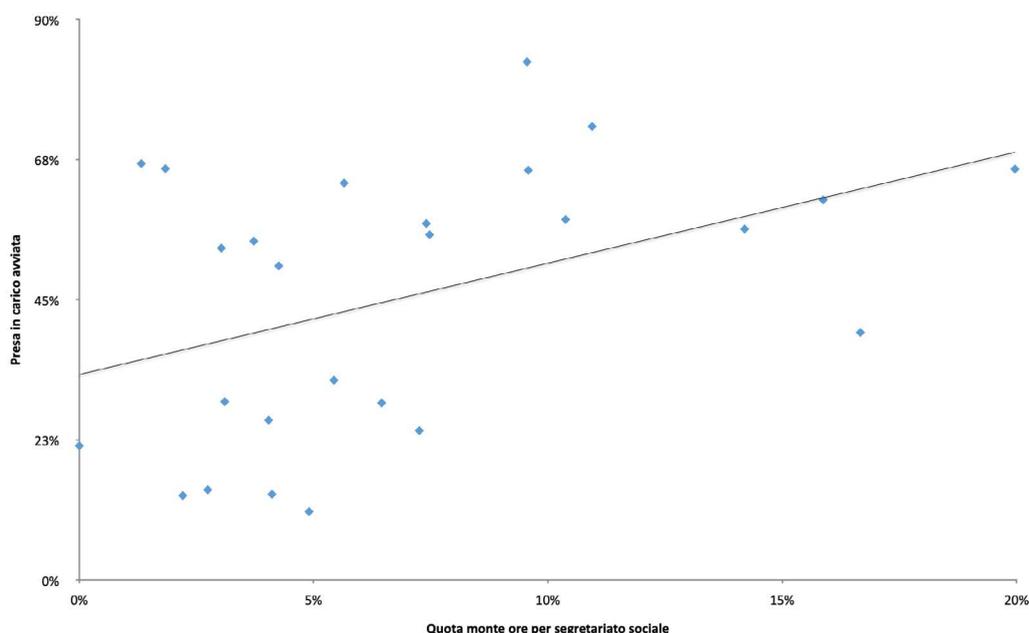


Fonte: elaborazioni da dati Sioss



Per capire se queste differenze possano spiegare le *performance* di presa in carico dei beneficiari di Reddito di cittadinanza abbiamo stimato la correlazione dell'indicatore che misura la quota di nuclei caricati su GePI avviati alla presa in carico rispetto alla numerosità di assistenti sociali in rapporto alla popolazione, al tempo dedicato alle differenti attività svolte e ad altre caratteristiche del personale impiegato (quota di donne, di minori di 35 anni, di personale direttivo/quadro, di dipendenti a tempo determinato e di personale esternalizzato), disponibili nella banca dati Sioss.

FIGURA 17: CORRELAZIONE DELLA QUOTA DI NUCLEI CARICATI SU GEPI PRESI IN CARICO RISPETTO A VARIABILI SULLA DOTAZIONE DI PERSONALE -TOSCANA



Fonte: elaborazioni da dati GePI-Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Sioss

Dall'analisi di correlazione emerge in generale un legame molto basso tra la dotazione del personale e le *performance* di presa in carico nelle Zone. Si rileva solo una correlazione positiva e statisticamente rilevante tra la quota di presa in carico dei beneficiari di Reddito di cittadinanza e la quota del monte orario settimanale degli assistenti sociali dedicata al segretario sociale (Figura 16). Nessuna correlazione statisticamente diversa da zero emerge tra l'indicatore di *performance* e la numerosità degli assistenti sociali in rapporto alla popolazione né rispetto alle diverse caratteristiche del personale impiegato.





### 3.3. Le ipotesi di riforma del Reddito di cittadinanza e l'intervento della legge di bilancio

Il nuovo governo è intervenuto sul Reddito di cittadinanza, pochi mesi dopo il suo insediamento, con la legge di bilancio per il 2023. Secondo le dichiarazioni del governo, il Reddito di cittadinanza è uno strumento da riformare perché rappresenta una forma di assistenzialismo verso persone in grado di lavorare. A regime, lo strumento dovrebbe essere, dunque, abolito per gli "occupabili". Nelle more di una riforma organica delle misure di sostegno alla povertà e di inclusione attiva da attuarsi a partire dal 2024, la legge di bilancio prevede per il 2023 alcune disposizioni transitorie che limitano il numero di mensilità usufruibili per chi è in grado di lavorare, continuando a tutelare chi invece non può farlo.

Nello specifico, è previsto che la misura sia riconosciuta nel numero massimo di 7 mensilità per i nuclei in cui non vi siano persone con disabilità, minori o over 60. I componenti tenuti al percorso di inclusione lavorativa devono, inoltre, essere inseriti in un corso di formazione e/o riqualificazione professionale per sei mesi con obbligo di frequenza, pena la decadenza dal beneficio. Ai fini di incentivare la partecipazione al mercato del lavoro, nel caso di contratti di lavoro stagionale o intermittente il maggior reddito da lavoro percepito non concorre alla determinazione del beneficio, entro il limite massimo di 3.000 euro. Infine, è prevista la decadenza dal beneficio nel caso non sia accettata la prima offerta di lavoro congrua proposta.

Secondo le simulazioni condotte avvalendosi dei dati delle Dichiarazioni Sostitutive Uniche dell'INPS, in Toscana, su un totale di 53mila nuclei beneficiari di Reddito di cittadinanza, sarebbero interessati dal taglio del numero di mensilità circa 14mila famiglie, il 26%. Il numero di mensilità tagliate sarebbe mediamente di 4 mesi e porterebbe ad una decurtazione di 1.929 euro in media per nucleo beneficiario. I nuclei sottoposti al taglio hanno un valore dell'ISEE basso, inferiore alla mediana, più spesso dei nuclei non soggetti alla decurtazione (59% contro 47%).

**IN TOSCANA  
SAREBBERO  
INTERESSATI DAL  
TAGLIO DEL NUMERO  
DI MENSILITÀ  
PREVISTO DALLA  
LEGGE DI BILANCIO  
14MILA FAMIGLIE, IL  
26% DEL TOTALE**



## Focus 1

# I principali contenuti dell'atto di programmazione regionale per gli interventi ed i servizi di contrasto alla povertà 2021-2023

### LA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

Colmando un vuoto durato numerosi anni, il 28 luglio 2021 la Rete della protezione e dell'inclusione sociale - presieduta dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali - ha approvato il nuovo Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali<sup>4</sup> che contiene al suo interno il Piano sociale nazionale 2021-2023<sup>5</sup> e il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023<sup>6</sup>. Il Piano è pensato dunque in maniera modulare componendosi di una cornice generale e di diversi Piani settoriali triennali, che potranno essere oggetto di aggiornamenti annuali, secondo una logica a scorrimento.

Nello specifico, il Piano sociale nazionale individua le priorità collegate al Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) e alla sua programmazione, distinguendo tra azioni di sistema più ampie e interventi rivolti alle persone di minore età.

In maniera analoga, anche il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà individua le azioni e gli interventi prioritari nell'ambito della lotta alla povertà, nell'ottica della progressiva definizione di livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) da garantire su tutto il territorio nazionale in ambito sociale ed esplicitandone obiettivi e caratteristiche nelle relative schede tecniche.

Il Piano costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti alla Quota servizi del Fondo Povertà, individuando, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del Reddito di cittadinanza (RdC) come livello essenziale delle prestazioni sociali.

Nell'ambito del Piano sono altresì definite le priorità per l'utilizzo delle risorse del Fondo Povertà dedicate agli interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora.

**INDIVIDUA AZIONI  
E INTERVENTI  
PRIORITARI NELLA  
LOTTA ALLA POVERTÀ,  
PER LA DEFINIZIONE  
DI LIVELLI ESSENZIALI  
DELLE PRESTAZIONI  
(LEPS)**

<sup>4</sup> [www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf](http://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf)

<sup>5</sup> Approvato con Decreto interministeriale del 22/10/2021 che ripartisce anche il Fondo Nazionale politiche sociali 2021-2023.

<sup>6</sup> Approvato con Decreto interministeriale del 30/12/2021 che ripartisce anche il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale 2021-2023.

## LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Sulla base del Piano povertà 2021-2023, le Regioni e le Province autonome devono adottare un atto di programmazione regionale dei servizi necessari per l'attuazione del RdC come livello essenziale delle prestazioni e degli interventi individuati dal Piano, compresi quelli in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora.

In particolare l'atto regionale deve avere i seguenti contenuti:

- il quadro di contesto
- le modalità di attuazione del Piano per i servizi di contrasto alla Povertà
- le risorse finanziarie (dedicate al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ed agli interventi e servizi per la povertà estrema)
- la descrizione degli interventi e dei servizi programmati.

Le risorse previste dal Piano nazionale vengono integrate con risorse regionali, ovvero afferenti a fondi nazionali o comunitari, inclusi i fondi relativi al Pon Inclusion e integrato con le risorse finanziarie dell'iniziativa React EU<sup>7</sup> e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)<sup>8</sup>.

Le somme di Quota Servizi sono dedicate al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 4, comma 13, del decreto-legge n. 4 del 2019:

- segretariato sociale
- servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale
- tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione
- sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare
- assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità
- sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare
- servizio di mediazione culturale
- servizio di pronto intervento sociale

<sup>7</sup> [www.politichecoesione.governo.it/it/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-tematiche/strategia-per-il-contrasto-all-emergenza-covid-19-con-le-politiche-di-coesione/react-eu](http://www.politichecoesione.governo.it/it/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-tematiche/strategia-per-il-contrasto-all-emergenza-covid-19-con-le-politiche-di-coesione/react-eu)

<sup>8</sup> PNRR inclusion e coesione sociale [www.governo.it/it/approfondimento/inclusione-sociale/16706](http://www.governo.it/it/approfondimento/inclusione-sociale/16706)



Le somme di Quota senza dimora sono destinate al finanziamento di interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora, di cui una parte specifica viene riservata a *Housing first*, servizi di posta e residenza virtuale, Pronto Intervento sociale.

L'atto deve essere predisposto sentiti i Comuni, in forma singola o associata, ovvero le Anci regionali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di contrasto alla povertà.

Il percorso di approvazione dell'atto di Regione Toscana ha previsto l'elaborazione ed integrazione del testo all'interno della Cabina di regia tecnica del Tavolo regionale della Rete per la protezione e per l'inclusione sociale (art. 6 all. A DGR 917/2021).

La bozza è stata poi discussa e condivisa nella seduta del 28/04/22 del Tavolo regionale (composto dagli Assessori regionali a sociale, sanità, lavoro, formazione, istruzione e politiche abitative, un rappresentante di ANCI e i rappresentanti di tutti gli Ambiti territoriali toscani), allargata alla consultazione delle parti sociali e degli organismi rappresentativi del Terzo settore (art. 4 all. A DGR 917/2021) come previsto dalla normativa nazionale.

Il Piano regionale è stato approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 557 del 16/05/2022 e trasmesso al Ministero delle Politiche Sociali.

A seguito della riunione della Commissione istituita al fine di valutare la coerenza dei Piani regionali con le previsioni del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, tenutasi il 10/06/22, il Ministero il 5/07/22 ha comunicato che il Piano della Regione Toscana è stato ritenuto coerente con quanto richiesto dall'atto di programmazione nazionale.

#### I CONTENUTI DELL'ATTO DI PROGRAMMAZIONE DI REGIONE TOSCANA

La prima parte del Piano riguarda il quadro di contesto che riporta la normativa regionale inerente il contrasto alla povertà, gli elementi caratterizzanti della situazione nei territori (elaborati a partire dai dati e dalle analisi contenuti nei rapporti sulle povertà e l'inclusione sociale curati dall'Osservatorio Sociale ed integrati con altri elementi), le modalità di confronto e consultazione attuate per la redazione e la condivisione del piano e le specifiche sull'organizzazione del sistema degli Ambiti territoriali.

- L.R. 41/2005 e ss. mm. "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" - erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali
- L.R. 40/2005 e ss.mm. "Disciplina del servizio sanitario regionale" - politiche per le persone a rischio di esclusione sociale

- L.R. 32/2009 “Interventi per combattere la povertà ed il disagio sociale attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari”
- L.R. 2/2019 “Disposizioni in materia di edilizia residenziale pubblica (ERP)” - criteri per l’utilizzo degli alloggi a favore di nuclei familiari non assegnatari che si trovino in particolari condizioni di disagio economico
- D.G.R. 838 del 25/06/2019 “Approvazione della sperimentazione del Servizio regionale per le emergenze e le urgenze sociali - SEUS regionale”
- D.G.R. n. 620 del 18/05/20 “Disposizioni per la realizzazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all’inclusione sociale, all’autonomia delle persone ed alla riabilitazione” - rivolti a persone prese in carico dai servizi sociali o dai servizi sanitari territoriali
- D.G.R. 917 del 06/09/21 “Approvazione funzioni ed organizzazione del Tavolo regionale della Rete della protezione e dell’inclusione sociale”

L’attuazione del Piano si articola attraverso vari livelli e con diverse modalità:

- Tavolo Regionale della Rete per la protezione e l’inclusione sociale e Cabina di regia tecnica: definizione e sviluppo di programmi, protocolli e altri strumenti operativi, formazione, supporto tecnico agli ambiti, monitoraggio dell’attuazione delle misure
- Tavoli zionali della rete: co-programmazione e co-progettazione, definizione indirizzi operativi e proposte di lavoro in materia di inclusione sociale
- Tavolo tecnico dedicato alla co-programmazione delle politiche per la tutela dei diritti dei minori e la promozione della genitorialità (in corso di costituzione)
- Agenzie sociali per la casa (di cui alla L.R. 13/2015) nell’ambito delle politiche integrate per l’accesso alla casa
- Uffici di Piano (di cui alla DGR n.269/2019) per il supporto alla programmazione zonale
- Comunità di pratica per l’inclusione sociale (vedi il Focus n. 4 del presente rapporto) per l’integrazione e la condivisione di metodi e strumenti tra operatori dei servizi sociali e di altri servizi (minori, CPI, socio-sanitari...)



- Punti di accesso unitari al sistema dei servizi – oltre ai PUA, in Toscana è in corso di sperimentazione il progetto *Reticulate* (vedi Focus n. 5 del presente rapporto) sull'integrazione lavoro/sociale
- Reti con Terzo Settore: gli Enti del Terzo Settore sono presenti sia nelle *équipe* multidisciplinari sia come co-progettatori ed attuatori delle azioni poste in essere dai territori

Le risorse previste nel piano regionale per il triennio 2021-2023 sono primariamente quelle assegnate alla Toscana dal Fondo povertà:

- Quota servizi, da ripartire fra tutti gli Ambiti toscani:
  - 2021 € 26.433.000
  - 2022 € 23.899.577
  - 2023 € 18.423.000
- Quota senza dimora: € 775.600 per ogni annualità, da ripartire fra gli Ambiti dei Comuni capoluogo (Firenze esclusa poiché ha una riserva specifica come città metropolitana) più Versilia ed Empolese Valdarno.

A tali somme si affiancano e si integrano quelle provenienti da altre fonti, che concorrono alle medesime finalità:

- parte del FNPS (stimati ca. 9Mln per ogni annualità)
- alcuni interventi del PNRR Missione 5 Sottocomponente 2 (Avviso 1/2022 40,730Mln) e Missione 5 Componente 1 GOL (parte di 16,727Mln)
- Avviso pubblico 1/2021 PrInS - Progetti di intervento sociale (senza dimora) 4,72Mln
- Avviso 4/2016 (rifiutato nel 2022) per il contrasto alla grave emarginazione adulta 1,277Mln
- Avviso Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili (Fondo Sociale Europeo FSE) 13,918Mln
- Avviso Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate (Fondo per lo Sviluppo e la Coesione FSC) 11,248Mln
- Fondo per le politiche della famiglia 2,337Mln

**LE RISORSE  
2021-2023:  
68,8 MILIONI €  
PER SERVIZI  
E 2,3 MILIONI €  
PER SENZA DIMORA**



- Altre risorse regionali (Fondo Regionale Assistenza Sociale FRAS, Servizio Emergenza Urgenza Sociale SEUS e progetti specifici delle Zone) tot. 3,419Mln

I principali servizi ed interventi previsti nel piano regionale sono in sintesi i seguenti:

- LEPS Servizio Sociale Professionale: avvicinamento per tutte le zone toscane dell'obiettivo di servizio 1/6.500 abitanti e al LEPS 1/5000 abitanti
- LEPS Reddito di cittadinanza:
  - stabilizzazione dei case manager
  - aumento della percentuale dei beneficiari presi in carico e dei Patti per l'Inclusione stipulati
  - redazione di linee guida regionali integrate condivise con gli Ambiti tra Servizio Sociale, Centri per l'Impiego, Servizi per le dipendenze, salute mentale, consultori
  - formalizzazione *équipe* multidimensionali nel 70% delle zone
- Sostegno alla genitorialità:
  - attivazione di un percorso quando si presenta una situazione di bisogno complesso;
  - rapporto strutturato tra le *équipe* del Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (PIPPPI) e l'*équipe* RdC
- LEPS Pronto Intervento sociale: allargamento progressivo di SEUS (vedi *focus* n. 3) a tutti i territori
- LEPS Segretariato sociale e informazione: potenziamento informazione ai cittadini e reti locali di ascolto
- Progetti Utili alla Collettività (PUC) (vedi *focus* n. 2):
  - aumento della diffusione dei PUC al 70% delle Zone Toscane
  - confronto tra Zone e tra Comuni nell'attivazione dei PUC
  - maggiori relazioni tra Servizio Sociale e Centri per l'impiego nella gestione dei PUC



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

Il Piano riporta anche la ripartizione per ciascun Ambito delle risorse riservate alle priorità stabilite dalla normativa nazionale. Nello specifico:

- Su Quota Servizi – risorse dedicate al LEPS Pronto Intervento Sociale
- Su Quota Senza dimora – risorse dedicate a LEPS Pronto Intervento Sociale, *Housing first* e Servizi di posta e residenza virtuale

Come già detto, i servizi e gli interventi potranno essere attuati anche attraverso l'utilizzo delle risorse del PNRR (in particolare quelle della Misura 5 sottocomponente 1<sup>9</sup> e sottocomponente 2<sup>10</sup>) e le risorse dell'Avviso pubblico 1/2021 PrInS - Progetti Intervento Sociale riservato agli Ambiti territoriali per servizi dedicati alle persone senza dimora e in marginalità estrema per pronto intervento sociale, accesso alla residenza anagrafica e servizi di Fermo Posta, Centri servizi per il contrasto alla povertà e servizi di *Housing First*.

<sup>9</sup> Investimento 1.1 "Politiche attive del lavoro e formazione" - Programma Nazionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori (GOL).

<sup>10</sup> Sub investimento 1.1.1 "Interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e supportare le famiglie e i bambini in condizione di vulnerabilità"; Sub investimento 1.1.4 "Interventi per rafforzare i servizi sociali e prevenzione burn out"; Sub investimento 1.3.1 "*Housing first*"; sub investimento 1.3.2 "Stazioni di posta/Centri servizi di contrasto alla povertà".

## Focus 2

### La Fiera dei PUC: racconti di utilità collettiva

I Progetti Utili alla Collettività (PUC) sono uno strumento previsto dal Reddito di Cittadinanza nell'ambito dei Patti per l'Inclusione sociale e nei Patti per il lavoro sottoscritti dai beneficiari. A cui sono tenuti coloro che non hanno obblighi e impegni formativi o lavorativi e che non hanno impegni di cura (persone anziane o bambini e bambine). Le persone disabili non sono obbligate, ma possono volontariamente aderire ad un PUC. I PUC sono interamente finanziati da fondi nazionali (quota servizi) ed europei (PON Avviso 1) sia per la parte di tutoraggio, possibile anche attraverso un ente del terzo settore, sia per quanto riguarda la formazione alla sicurezza, la visita medica, l'utilizzo di Dispositivi di Protezione Individuale, il vitto e l'alloggio eventuali strumenti ritenuti utili per l'espletamento del progetto.

Dai dati rilevati dalla piattaforma ministeriale GePi in Toscana al 31.10.2022 risultano essere stati promossi 471 PUC in 21 Zone Distretto su 28<sup>11</sup>. A fronte di 2.351 posti progettati per i percettori del Reddito di Cittadinanza, risultano 389 le persone effettivamente coinvolte. L'area di intervento prevalente è quella sociale, che offre anche la maggior parte dei posti disponibili (39% del totale), seguita dalla tutela dei beni comuni, che offre oltre il 22% dei posti. La terza area d'intervento è quella culturale (19% dei posti), la quarta è l'area ambientale, con quasi il 17% dei posti. Sono infine presenti PUC anche nell'area della formazione con il 3% dei posti e nessuno in quella artistica<sup>12</sup>.

Per questo tra gli obiettivi previsti dal piano povertà regionale (vedi Focus n. 1) ne sono riportati alcuni specifici, relativi ai PUC:

- aumento della diffusione dei PUC al 70% delle Zone Toscane
- confronto tra Zone e tra Comuni nell'attivazione dei PUC
- maggiori relazioni tra Servizio Sociale e Centri per l'impiego nella gestione dei PUC.

La Fiera dei PUC è un'iniziativa organizzata da Regione Toscana in collaborazione con ANCI Toscana, volta proprio a promuovere l'attività svolta dagli Ambiti e dai Comuni nell'attivazione e gestione dei PUC e ad aumentarne

<sup>11</sup> Alta Val d'Elsa, Alta Val di Cecina - Val d'Era, Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana, Bassa Val di Cecina - Val di Cornia, Casentino, Colline dell'Albegna, Elba, Empolese - Valdarno Inferiore, Fiorentina Nord Ovest, Fiorentina Sud Est, Livornese, Lunigiana, Piana di Lucca, Pisana, Pistoiese, Senese, Valdichiana Aretina, Valdinievole, Valdarno, Valle dei Serchio, Valtiberina, Versilia.

<sup>12</sup> Banca Mondiale, elaborazione dati PUC piattaforma GePi.



l'attivazione in tutti i territori. Questo evento – che si è tenuto per la prima volta *online* dal 13 al 23 luglio 2021 - intende, oltre ad offrire ai territori l'opportunità di raccontare le esperienze maturate nell'applicazione della misura, contribuire alla diffusione di buone pratiche e sensibilizzare rispetto alla possibilità di coinvolgere, includere e far crescere professionalmente i beneficiari del Reddito di Cittadinanza nell'ambito dei rispettivi Comuni di residenza.

Dal 28 novembre al 7 dicembre 2022 si è tenuta la seconda edizione della Fiera dei PUC, sempre come iniziativa *online* dedicata ai Progetti Utili alla Collettività. Le principali novità della seconda edizione della Fiera dei PUC sono rappresentate da un maggiore coinvolgimento del settore lavoro e dalla presenza attiva di esperienze provenienti da altre regioni italiane, resa possibile anche grazie all'importante riconoscimento che la Fiera ha ottenuto a livello nazionale, con la sua presentazione come buona pratica da parte di Banca Mondiale al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Come per la prima edizione, con la Fiera dei PUC si è inteso contribuire alla costruzione di politiche e di percorsi di inclusione, socializzazione e cittadinanza, fornendo alle reti del Terzo Settore un'occasione utile per interagire con i servizi pubblici e offrendo alle comunità locali l'opportunità di ritrovare elementi di prossimità volti a rafforzare il sistema dei servizi sociali e sanitari.

Si è trattato quindi di un'azione apertamente ispirata all'idea che i PUC possano (e in una certa misura, debbano) essere terreno di sperimentazione sociale, utile a tutti i soggetti e agli enti coinvolti nella sua realizzazione. Una misura oggi al centro della discussione politica, ma alla quale va riconosciuto l'indubbio merito di aver promosso numerosi interventi a favore della collettività.

A questa seconda edizione hanno partecipato 9 delle 28 Zone Distretto della Toscana, ossia: Alta Val d'Elsa, Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana, Fiorentina Nord Ovest, Fiorentina Sud Est, Livornese, Pisana, Pistoiese, Valdarno e Valdinievole. Nel corso della Fiera ognuna di esse ha avuto modo di illustrare i propri progetti sia attraverso l'invio di materiale multimediale di vario tipo (documenti, video e audio, con testimonianze di rappresentanti delle istituzioni, di operatori dei servizi e di persone beneficiarie delle attività previste dai progetti), che direttamente nel corso di una serie di eventi *live online*, durante i quali è stato possibile approfondire le tematiche trattate, stimolando la partecipazione e il confronto.

La Fiera dei PUC ha visto l'interazione di 40 ambiti territoriali e la partecipazione agli eventi *online* di studiosi, amministratori pubblici e operatori amministrativi e professionali<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Nello specifico hanno partecipato, in qualità di relatori, rappresentanti di Anpal Servizi, della



Tutto il ricco materiale prodotto per la Fiera è consultabile sulla piattaforma dedicata ([www.fierapuctoscana.it/progetti-toscana](http://www.fierapuctoscana.it/progetti-toscana)) che a oggi ha fatto registrare oltre 2.500 visite e circa 8.000 visualizzazioni, con una media di 9 pagine consultate per visitatore, a cui si aggiungono le 500 visualizzazioni sul canale YouTube e le 200.000 visualizzazioni sui *social network*.



### Focus 3

## Le caratteristiche del LEPS Pronto intervento sociale nel Piano povertà: confronto con il Servizio di Emergenza Urgenza Sociale regionale

#### IL PRONTO INTERVENTO SOCIALE ED I FONDI PER LA SUA ATTUAZIONE

La “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” all’art. 22 comma 2 definisce gli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale.

Al comma 4, in relazione a quanto indicato al comma 2, si stabilisce che le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, debbano prevedere per ogni ambito territoriale l'erogazione di alcune prestazioni: in questo elenco alla lettera b) troviamo il “servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari”.

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) è un fondo destinato alle Regioni per lo sviluppo della rete integrata di interventi e servizi sociali. Vengono finanziati interventi rivolti a minori e famiglie, anziani autosufficienti, disabili e anziani non autosufficienti, persone in stato di povertà, adulti con disagio mentale e dipendenze in diverse aree tra cui quella relativa alle Misure per il sostegno e l'inclusione sociale in cui è presente anche la voce “Pronto Intervento Sociale e interventi per le povertà estreme”.

Nel 2020 – ultima annualità rendicontata – gli Ambiti hanno speso per Pronto intervento sociale e interventi per le povertà estreme € 306.892,91 pari al 1,2% del totale complessivo del Fondo per il 2020 (€ 25.471.635,59). Nel 2019 questa voce era pari al 3,68% del totale.

Per il periodo 2021-2023, alla Toscana sono attribuiti complessivamente € 25.741.242,72 per ognuno dei tre anni.

Il decreto “Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà” (Dlgs 147/2017, come modificato con l'introduzione del Reddito di Cittadinanza nel 2019) all’art. 7 stabilisce che una quota del Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale sia attribuita agli Ambiti territoriali delle Regioni per il finanziamento dei servizi per l'accesso afferenti il sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui alla legge n. 328/2000, tra cui il pronto intervento sociale.



Gli specifici rafforzamenti finanziabili, a valere sulla quota del Fondo Povertà attribuita agli Ambiti territoriali di ogni Regione e nei limiti della medesima, sono definiti nell'atto di programmazione regionale per gli interventi e i servizi di contrasto alla povertà, sulla base delle indicazioni programmatiche contenute nel Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà (vedi Focus n. 1).

Il Piano povertà 2021-2023 individua le azioni e gli interventi prioritari nell'ambito della lotta alla povertà, nell'ottica della progressiva definizione di livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale in ambito sociale, tra cui – in via prioritaria - il pronto intervento sociale.

Una quota delle risorse del Fondo povertà sia della parte Quota Servizi (per la Toscana, € 890.000,00 nel 2021) sia della Quota Senza dimora (per la Toscana € 193.900,00 nel 2021) è destinata al finanziamento del servizio di Pronto intervento sociale secondo le indicazioni espresse dal Piano nazionale nella scheda tecnica 3.7.1.

Altre risorse per il finanziamento del Pronto Intervento sociale potranno arrivare agli Ambiti dall'Avviso pubblico 1/2021 PrInS - Progetti di intervento sociale a valere sul PON Inclusioni FSE 2014-2020, risorse React-EU Inclusioni: questo prevede infatti tra gli interventi finanziabili il Pronto intervento sociale a favore delle persone senza dimora o in situazione di povertà estrema o marginalità (per un totale € 4.972.000,00 per la Toscana, insieme a servizi di residenza anagrafica, fermo posta, rafforzamento servizi sociali).

#### LE CARATTERISTICHE DEL PRONTO INTERVENTO SOCIALE NEL PIANO NAZIONALE POVERTÀ

Il Pronto Intervento Sociale come livello essenziale delle prestazioni sociali è stato delineato nella scheda tecnica contenuta nel Piano nazionale per gli interventi ed i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023.

Il servizio si attiva in caso di emergenze ed urgenze sociali, circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato.

Gli obiettivi del PIS e quindi anche di SEUS sono:

1. garantire una risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza per quello che concerne problematiche a rilevanza sociale anche durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, 24h/24 e 365 all'anno
2. realizzare una prima lettura del bisogno rilevato nella situazione di emergenza ed attivare gli interventi indifferibili ed urgenti

**IN TOSCANA IL SEUS,  
PRESENTE IN 14 ZONE,  
VIENE ATTIVATO  
TRAMITE NUMERO  
VERDE UNICO E  
HA UNA CENTRALE  
OPERATIVA ATTIVA  
24H/24 365 GG/  
ANNO**





3. inviare/segnalare ai servizi competenti per l'eventuale presa in carico
4. promuovere una logica preventiva svolgendo un'azione di impulso alla costruzione e lettura attenta e partecipata di mappe di vulnerabilità sociale di un determinato territorio, nonché alla raccolta di dati sul bisogno sociale anche in funzione di azioni di analisi organizzativa dei servizi e delle risorse
5. promuovere protocolli con le FF.OO., il servizio sanitario e il privato sociale per garantire da parte del territorio strumenti di analisi per il riconoscimento delle situazioni di emergenza, risorse e servizi per garantire gli interventi (ad esempio la pronta accoglienza di minori e minori stranieri non accompagnati è condizionata alle convenzioni con strutture di questo tipo nel territorio).

Gli interventi di emergenza urgenza del servizio pronto intervento sociale, e quindi anche quelli di SEUS, vengono assicurati 24h/24 per 365 giorni l'anno.

La scheda tecnica del Piano Nazionale, in relazione alle caratteristiche territoriali e di organizzazione dei servizi, prevede che il PIS possa essere organizzato secondo due modalità realizzative:

- a. come uno specifico servizio attivato negli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali. In tal caso il pronto intervento sociale viene assicurato direttamente dai servizi territoriali negli orari di apertura
- b. come intervento specialistico sempre attivo.

Il SEUS di Regione Toscana ha realizzato il PIS nella seconda modalità, ovvero come servizio specifico e dedicato sempre attivo.

Il pronto intervento sociale, e anche SEUS, si rapportano con gli altri servizi territoriali ai fini della presa in carico, laddove necessaria, operando in maniera integrata in particolare con:

- servizi sociali
- servizi sanitari (ospedali, CSM, SERT)
- forze dell'ordine
- Enti del Terzo settore (strutture di accoglienza, ecc.)
- Centri antiviolenza

Il Servizio di pronto intervento sociale di norma svolge la propria funzione rispetto ad una pluralità di soggetti (minori, vittime di violenza, vittime di tratta, persone non autosufficienti, adulti in difficoltà, ecc.). Nell'ambito di questi,

deve sempre essere garantita, con modalità organizzative definite a livello territoriale, la risposta in emergenza anche ai seguenti bisogni:

- situazioni di grave povertà/povertà estrema che costituiscano grave rischio per la tutela e l'incolumità psico-fisica della persona;
- situazioni di abbandono o grave emarginazione con rischio per l'incolumità della persona e/o di grave rischio per la salute socio-relazionale, in assenza di reti familiari e sociali.

Il SEUS copre interamente tutti questi *target*.

In relazione ai bisogni ed alle caratteristiche territoriali il servizio potrà essere ad accesso pubblico (numero verde, mail, ecc.) oppure attivabile dai servizi pubblici e privati sulla base di accordi e modalità operative individuati a livello territoriale (in Toscana il SEUS, come servizio di secondo livello, viene attivato tramite numero verde unico regionale, dedicato e gratuito, attraverso segnalazioni di soggetti pubblici e/o altri soggetti/agenzie di un territorio che si trovino di fronte ad una situazione di emergenza urgenza sociale).

È prevista in ogni caso la costituzione di una Centrale operativa del servizio dedicata e specifica per il pronto intervento sociale, attiva 24h/24 365 gg/anno (in Toscana è stata costituita un'unica Centrale Operativa del servizio dedicato e specifico per l'emergenza urgenza sociale che svolge funzioni di coordinamento e gestione degli interventi e che rappresenta il punto di coordinamento e di indirizzo professionale-operativo di servizio sociale, indirizzando il lavoro delle Unità Territoriali costituite a livello di ciascuna zona-distretto).

La Centrale Operativa del PIS interviene gestendo telefonicamente la situazione di urgenza preoccupandosi di attivare una valutazione professionale immediata, che in relazione all'organizzazione del Servizio, può essere svolta dall'Assistente Sociale reperibile che si reca presso il luogo in cui si è verificata l'emergenza oppure altre figure individuate.

Tale nucleo professionale svolge un'istruttoria tecnica qualificata e, ove necessario, provvede all'immediata protezione della persona in stato di bisogno (anche attraverso la fornitura di beni di prima necessità e l'inserimento per periodi brevi in posti di accoglienza dedicati, in attesa dell'accesso ai servizi), redigendo un documento di sintesi dell'intervento effettuato da inviare ai servizi competenti.

Il servizio di Pronto Intervento Sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari deve essere garantito in ogni territorio. Gli specifici interventi in emergenza attivabili a favore delle persone senza dimora o in situazione



di grave marginalità devono essere disponibili almeno nei comuni con più di 50.000 abitanti (e nei capoluoghi di provincia).

Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale della Toscana (modellizzato dall'allegato A alla DGR 838 del 25/06/2019) quindi corrisponde già alle caratteristiche previste a livello nazionale.

Attualmente è attivo in sperimentazione interna o effettiva in 14 Ambiti toscani (Empolese-Valdarno inferiore, Valdinievole, Fiorentina nord ovest, Fiorentina sud est, Pistoiese, Pratese, Mugello, Senese, Bassa Val di Cecina Val di Cornia, Amiata Val d'Orcia Valdichiana Senese, Amiata grossetana Colline metallifere Grossetana, Alta Val di Cecina Valdera, Alta Val d'Elsa, Colline dell'Albegna) ed è in estensione alla Zona Livornese e Pisana nel 2023.

A luglio 2022 è stata attivata una piattaforma di Comunità di pratica *online* per lo scambio di esperienze e documenti per agevolare la risoluzione di problemi e la circolazione di informazioni tra gli Ambiti e anche con altri PIS italiani.

L'obiettivo è giungere progressivamente all'inclusione di tutti i territori toscani, cercando nel frattempo di preparare il loro ingresso con seminari conoscitivi (il primo si è tenuto il 13 gennaio 2022), eventi (il 5 maggio 2022 si è tenuto a Firenze un convegno per avviare una Rete nazionale di PIS e che ha visto la partecipazione anche dei referenti tecnici e politici dei servizi di Pronto Intervento Sociale di Venezia, Bologna, Cremona, Perugia, Roma, Napoli e Bari) e partecipazione degli operatori degli Ambiti ancora non sperimentanti ai moduli formativi introduttivi dei corsi dedicati agli Ambiti già presenti nel sistema.

#### I DATI DELL'ATTIVITÀ SEUS IN AMBITO POVERTÀ

La ASL Toscana Centro ogni anno alimenta un apposito database con i dati forniti dal soggetto gestore della Centrale Operativa che raccoglie le schede di segnalazione e intervento.

Si tratta di elaborazioni di base, in quanto è ancora in corso la predisposizione di un apposito software per la raccolta sistematica delle informazioni, ma costituiscono una fonte utile a capire gli scenari in cui il servizio opera e delineare possibili punti di miglioramento.

I dati disponibili riguardano gli anni 2018/2021 ma solo per gli ultimi due anni si dispone di informazioni più dettagliate, dovute ad un miglioramento delle schede utilizzate per la rilevazione.

Il SEUS prevede un ingresso graduale degli Ambiti nel sistema, per cui i dati del periodo 2018-2021 vanno considerati anche in relazione al crescente numero di Ambiti progressivamente presenti (6 Ambiti nel 2018 e 2019, 9

ambiti nel 2020-2021). Nel 2020 ha influito ovviamente anche la situazione di pandemia e *lockdown* che ha ridotto gli interventi.

Nell'esposizione che segue, la dizione "Preso in carico povertà" viene utilizzata per indicare le schede intervento in cui è evidenziata tra le problematiche almeno una delle seguenti voci (dato che è possibile inserire scelte multiple, in molti casi risultano evidenziate 2 o più voci):

- Gravi episodi di disfunzionamento sociale (agiti eccessivi, comportamenti di disturbo, tentativi di suicidio, gravi problematiche psichiche e comportamentali)
- Trascuratezza grave, personale e ambientale
- Abbandono
- Emergenza abitativa
- Assenza di mezzi di sostentamento

Come si vede dalle successive Tabelle 7A e 7B, tra il 2020 e il 2021 le segnalazioni totali di emergenza/urgenza alla Centrale Operativa PIS del SEUS sono aumentate del 58,4%: questo è certamente dovuto all'effetto della pandemia che ha ridotto nel 2020 le attività dei servizi sociali, ma anche perché nel 2021 le Zone hanno consolidato il servizio nei territori, soprattutto quelle che nel 2020 erano appena entrate in SEUS (Bassa Val di Cecina Val di Cornia, Mugello e Senese).

In termini assoluti, l'area da cui proviene la maggior parte delle segnalazioni è l'Empolese Valdarno Valdelsa in entrambi gli anni, ma nel 2021 la Bassa Val di Cecina Val di Cornia ha quasi raggiunto l'Empolese. Anche analizzando il numero di interventi di SEUS nel 2021 per ogni 10.000 residenti, le prime tre zone sono rispettivamente la Bassa Val di Cecina Val di Cornia (14,4 casi per ogni 10.000 residenti), l'Empolese Valdarno Valdelsa (9,3) e la Valdinievole (9,0).

L'aumento dei casi di povertà tra il 2020 ed il 2021 arriva a +65,1% ma questo soprattutto per l'aumento generale degli interventi SEUS e delle prese in carico relative alle persone senza dimora e dei minori stranieri non accompagnati (MSNA). Infatti nella suddivisione tra le Zone si nota che nella maggior parte dei territori il peso delle casistiche relative alla povertà sul totale degli interventi SEUS è diminuito tra il 2020 e il 2021 (tranne che nelle zone Pratese - in cui si passa da 24% a 35,5% - e Bassa val di Cecina Val di Cornia - da 33,3% a 37,9%): gli effetti della pandemia nel 2020 hanno infatti inciso molto sull'aumento delle problematiche prese qui in esame, effetti che nel 2021 con il progressivo allentamento di *lockdown* e chiusure ne hanno ridotto il peso.



**IL 40% DEI CASI PRESI IN CARICO RIGUARDA PROBLEMATICHE DI POVERTÀ (IL TARGET PRINCIPALE MSNA E PERSONE SENZA DIMORA), IN GRAN PARTE PER PERSONE DI NAZIONALITÀ STRANIERA**

In generale, si rileva che il 40% circa dei casi presi in carico tramite le segnalazioni pervenute alla Centrale Operativa PIS del SEUS riguarda problematiche inerenti la povertà (38,7% nel 2020 e 40,3% nel 2021) mentre ovviamente sono quasi la totalità dei casi relativi a MSNA e persone senza dimora.

Per quanto riguarda MSNA e senza dimora, nel 2021 si è analizzato anche il dettaglio delle zone in cui si è manifestata l'emergenza.

Per i minori, le zone Senese, Pratese e Pistoiese insieme assommano a un totale di 76 casi su 88 totali, prevalenza che rispecchia anche le percentuali rispetto al totale delle segnalazioni pervenute alla Centrale Operativa PIS del SEUS (Senese 36,5% Pratese 15,1% e Pistoiese 12,7%).

In valori assoluti, i numeri maggiori di casi di persone senza dimora si hanno nell'Empolese Valdarno Valdelsa (30 su un totale di 118) e in Bassa Val di Cecina Val di Cornia (23 su 118), mentre rispetto al totale delle schede SEUS quelle inerenti senza dimora sono per il 18% in Mugello e per l'11% nella zona Pratese, seguiti da Empolese Valdarno Valdelsa (10,9%) e Bassa Val di Cecina Val di Cornia (9,3%).

Nel 2021 le prese in carico con almeno una problematica inerente la povertà risultano essere 530 sulle 1315 totali (in 162 casi era coinvolto un minore) e 66 quelle con almeno 2 problematiche inerenti la povertà (con 6 casi di minori coinvolti).



TABELLA 7A: PRESA IN CARICO "POVERTÀ" PER ZONA DI RESIDENZA - 2020 - (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

ZONA DI RESIDENZA	PRESA IN CARICO "POVERTÀ"	TOTALE SCHEDE SEUS	% PRESA IN CARICO "POVERTÀ" (TOTALE) SU TOTALE SCHEDE	POPOLAZIONE RESIDENTE	PRESA IN CARICO "POVERTÀ" X OGNI 10000 RESIDENTI	TOTALE SCHEDE SEUS X OGNI 10000 RESIDENTI
Empolese Valdarno Valdelsa	80	239	33,5%	240.488	3,3	9,9
Fiorentina nord ovest	21	75	28,0%	207.649	1,0	3,6
Fiorentina sud est	19	49	38,8%	183.719	1,0	2,7
Mugello*	5	9	55,6%	63.239	0,8	1,4
Pistoiese	27	74	36,5%	172.602	1,6	4,3
Pratese	23	96	24,0%	257.073	0,9	3,7
Senese*	4	14	28,6%	125.781	0,3	1,1
Valdinievole	20	69	29,0%	119.095	1,7	5,8
Bassa Val di Cecina Val di Cornia*	5	15	33,3%	136.522	0,4	1,1
Fuori zona**	28	75	37,3%			
Sconosciuta	20	31	64,5%			
Minori stranieri non accompagnati	41	50	82,0%			
Persone Senza dimora	28	34	82,4%			
<b>Totale</b>	<b>321</b>	<b>830</b>	<b>38,7%</b>			

\*Sperimentazione SEUS avviata nel 2020

\*\*Aree al di fuori di quelle in sperimentazione SEUS





TABELLA 7B: PRESA IN CARICO "POVERTÀ" PER ZONA DI RESIDENZA - 2021 - (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

ZONA DI RESIDENZA	PRESA IN CARICO "POVERTÀ"	TOTALE SCHEDE SEUS	% PRESA IN CARICO "POVERTÀ" (TOTALE) SU TOTALE SCHEDE	POPOLAZIONE RESIDENTE	PRESA IN CARICO "POVERTÀ" X OGNI 10000 RESIDENTI	TOTALE SCHEDE SEUS X OGNI 10000 RESIDENTI
Empolese Valdarno Valdelsa	60	224	26,8%	240.886	2,5	9,3
Fiorentina nord ovest	26	90	28,9%	210.278	1,2	4,3
Fiorentina sud est	12	72	16,7%	182.454	0,7	3,9
Mugello*	19	45	42,2%	63.207	3,0	7,1
Pistoiese	27	97	27,8%	171.442	1,6	5,7
Pratese	43	121	35,5%	265.269	1,6	4,6
Senese*	10	42	23,8%	125.545	0,8	3,3
Valdinievole	21	107	19,6%	118.803	1,8	9,0
Bassa Val di Cecina Val di Cornia*	74	195	37,9%	135.517	5,5	14,4
Fuori zona**	39	102	38,2%			
Sconosciuta	10	14	71,4%			
Minori stranieri non accompagnati	84	88	95,5%			
Persone Senza dimora	105	118	89,0%			
<b>Totale</b>	<b>530</b>	<b>1315</b>	<b>40,3%</b>			

\*Sperimentazione SEUS avviata nel 2020

\*\*Aree al di fuori di quelle in sperimentazione SEUS

Passando alle caratteristiche delle persone prese in carico, la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 18-64 anni (rispettivamente 59,8% nel 2020 e 54,7% nel 2021 sul totale degli interventi relativi all'area povertà). Tra il 2020 e il 2021 sono però in lieve aumento i casi nelle fasce dei più giovani e dei più anziani (0-17 anni + 5,3%, over 65 +3,1%).

Considerando il totale degli interventi per le casistiche inerenti la povertà, la prevalenza per nazionalità dei beneficiari è variata nel tempo: nel 2020 infatti si rileva un sostanziale equilibrio con una leggera prevalenza degli stranieri (44,9% italiani 49,2% stranieri), mentre nel 2021 si ha una netta maggioranza di italiani (52,3% contro 43,6%).



Se però si considerano le percentuali sul totale delle segnalazioni pervenute alla Centrale Operativa PIS del SEUS (che come numero generale totale riguardano più italiani che stranieri) la maggioranza degli interventi per le casistiche inerenti la povertà ha riguardato persone di nazionalità straniera in entrambi gli anni, rispettivamente il 51,8% nel 2020 e il 48,9% nel 2021 (Tabella 8).

Anche per quanto riguarda nel dettaglio le persone senza dimora, nel 2021 si tratta in prevalenza di stranieri (58,4% delle schede relative a senza dimora) e in generale il 14,6% delle segnalazioni pervenute alla Centrale Operativa PIS del SEUS relative a persone di nazionalità straniera riguardano senza dimora.

Per i MSNA, le nazionalità prevalenti nel 2021 sono l'albanese (48,9%) e la pakistana (22,7%).

TABELLA 8: PRESA IN CARICO "POVERTÀ" PER NAZIONALITÀ - 2020-2021 (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

NAZIONALITÀ	2020			2021		
	PRESA IN CARICO "POVERTÀ"	TOTALE SCHEDE SEUS	% PRESA IN CARICO "POVERTÀ" (TOTALE) SU TOTALE SCHEDE	PRESA IN CARICO "POVERTÀ"	TOTALE SCHEDE SEUS	% PRESA IN CARICO "POVERTÀ" (TOTALE) SU TOTALE SCHEDE
Italiana	144	421	34,2%	277	715	38,7%
Straniera	158	305	51,8%	231	472	48,9%
Non rilevata	19	104	18,3%	22	128	17,2%
<b>Totale</b>	<b>321</b>	<b>830</b>	<b>38,7%</b>	<b>530</b>	<b>1315</b>	<b>40,3%</b>

Per quanto riguarda le problematiche specifiche rilevate, quella principale è l'emergenza abitativa sia per gli italiani che gli stranieri (sul totale degli interventi SEUS, 22,5% nel 2020 e 19,4% nel 2021) seguita da gravi episodi di disfunzionamento sociale (6,5% nel 2020 e 8,8% nel 2021 ed in aumento tra gli italiani) e abbandono (6,3% nel 2020 e 7,1% nel 2021): quest'ultima casistica è più presente tra gli stranieri in entrambi gli anni. L'assenza di mezzi di sostentamento ha riguardato solo circa il 4% dei casi in entrambi gli anni.

Tra i luoghi dove si è manifestata l'emergenza, dopo i presidi ospedalieri (che risultano prevalenti sia nel 2020 che nel 2021 rispettivamente con il 24% e il 38,3%) sono maggiormente presenti caserme e stazioni delle Forze dell'Ordine (15,6% nel 2020 e 20,2% nel 2021), l'abitazione privata (17,8%





nel 2020 e 15,3% nel 2021) e strada/luogo pubblico (17,8% nel 2020 e 13,2% nel 2021). Nel 2021 quindi si rileva un aumento soprattutto dei casi rilevati negli ospedali e anche - in misura minore - nelle caserme, mentre diminuiscono quelli in casa o per strada.

Anche per le persone senza dimora la prevalenza delle emergenze si manifesta in pronto soccorso/ospedale (nel 2021 il 44,9% dei casi), seguita ovviamente dalla strada (nel 2021 il 25,4% dei casi).

Si ricorda che la segnalazione al SEUS non avviene direttamente da parte delle persone in difficoltà, ma da parte dei soggetti segnalanti (il numero verde non è ad accesso diretto dei cittadini) per cui è più probabile che il luogo dell'emergenza rilevato sia l'ospedale se c'è stato un problema sanitario oppure la caserma se la persona è stata soccorsa dalle forze dell'ordine.

Per quanto riguarda i soggetti segnalanti (Tabella 9), nella maggior parte dei casi appartengono al servizio sociale territoriale (42,7% sul totale nel 2020, 24,7% nel 2021) o alla rete di emergenza urgenza-pronto soccorso e 118 (21,5% sul totale nel 2020, 36,2% nel 2021); come si vede dai dati, però, mentre nel 2020 il valore più elevato è quello relativo ai servizi sociali, nel 2021 il testimone passa alla rete emergenza urgenza: questo è quasi certamente dovuto al fatto che nel 2020 pronto soccorso e 118 erano impegnati con gli effetti sanitari della pandemia. Questo anche per quanto riguarda le segnalazioni da parte delle forze dell'ordine, passate dal 15% del 2020 al 23% nel 2021.

Durante la pandemia i servizi sociali sono sempre stati operativi - pur con le modifiche nell'attività e le cautele dettate dall'emergenza sanitaria - e sono entrati in contatto con una parte di utenza che solitamente non viene intercettata.

Il servizio sociale territoriale, comunque, compare in maniera consistente in quanto SEUS è sempre attivo, anche durante gli orari di apertura dei servizi, per cui quando l'operatore/assistente sociale ravvisa una situazione di emergenza urgenza richiede in ogni caso l'intervento di SEUS, inoltre in fase di ingresso degli ambiti nella sperimentazione SEUS, il servizio sociale professionale è il primo della Rete dei segnalanti abilitato all'utilizzo del Numero Verde della Centrale Operativa PIS.

Per quanto riguarda la nazionalità delle persone prese in carico, nel 2020 non ci sono differenze sostanziali anche se per gli stranieri risulta più frequente rispetto agli italiani la segnalazione da parte delle forze dell'ordine. Nel 2021 invece per gli italiani risulta nettamente prevalente la segnalazione da parte della rete di emergenza urgenza-pronto soccorso e 118.

TABELLA 9A: PRESA IN CARICO "POVERTÀ" PER SOGGETTI SEGNALANTI E NAZIONALITÀ - 2020  
(VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

ENTE DI APPARTENENZA DELLA PERSONA SEGNALANTE	NAZ. ITALIANA	NAZ. STRANIERA	NON RILEVATA	PRESA IN CARICO "POVERTÀ" (TOTALE)"	%
Rete emergenza urgenza (pronto soccorso e 118)	35	28	6	69	21,5%
Altra struttura sanitaria (ospedaliera o medicina di base)	9	10	1	20	6,2%
Forze dell'ordine	19	29	0	48	15,0%
Polizia municipale	12	6	3	21	6,5%
Servizio sociale territoriale	60	69	8	137	42,7%
Comune (amministratori e uffici)	4	9	0	13	4,0%
Centri anti violenza	0	2	1	3	0,9%
Altro (privato, associazioni)	5	4	0	9	2,8%
Non rilevata	0	0	1	1	0,3%
<b>Totale</b>	<b>144</b>	<b>157</b>	<b>20</b>	<b>321</b>	<b>100,0%</b>

TABELLA 9B: PRESA IN CARICO "POVERTÀ" PER SOGGETTI SEGNALANTI E NAZIONALITÀ - 2021  
(VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

ENTE DI APPARTENENZA DELLA PERSONA SEGNALANTE	NAZ. ITALIANA	NAZ. STRANIERA	NON RILEVATA	PRESA IN CARICO "POVERTÀ" (TOTALE)"	%
Rete emergenza urgenza (pronto soccorso e 118)	141	49	2	192	36,2%
Altra struttura sanitaria (ospedaliera o medicina di base)	11	7	0	18	3,4%
Forze dell'ordine	34	82	6	122	23,0%
Polizia municipale	14	25	1	40	7,5%
Servizio sociale territoriale	62	56	13	131	24,7%
Comune (amministratori e uffici)	7	6	0	13	2,5%
Centri anti violenza	0	2	0	2	0,4%
Altro (privato, associazioni)	7	4	0	11	2,1%
Non rilevata	0	0	1	1	0,2%
<b>Totale</b>	<b>276</b>	<b>231</b>	<b>23</b>	<b>530</b>	<b>100,0%</b>





Nella Tabella 10 sono riportati gli interventi attivati da SEUS: sia nel 2020 che nel 2021 si tratta prevalentemente di inserimenti in struttura, ma si può notare un notevole aumento (dal 16,2% del 2020 al 36,8% del 2021) dovuto al maggior numero di interventi effettuati nel 2021.

Aumento notevole per la seconda tipologia prevalente di intervento - trattenimenti in pronto soccorso o ospedale - che è passata dal 9,7% del 2020 al 23,4% del 2021 non solo per l'aumento generale dei casi trattati da SEUS ma certamente anche per i problemi legati all'emergenza sanitaria che nel 2020 ha tenuto basso il ricorso a questo tipo di interventi. Nel 2021 c'è stato anche un generale aumento delle persone coinvolte in questo tipo di interventi per la presa in carico povertà. Per quanto riguarda i criteri che hanno determinato la necessità di accoglienza o protezione, sia nel 2020 che nel 2021 si tratta in prevalenza di situazioni di mancanza di una rete familiare o sociale, in misura minore di casi di persone impossibilitate temporaneamente a rientrare al proprio domicilio.

Per le persone senza dimora, tra gli interventi maggiormente attivati dopo l'inserimento in struttura e il trattenimento in pronto soccorso o ospedale c'è anche il trasporto sociale (nel 2021 il 14,4% dei casi).



TABELLA 10: INTERVENTI EFFETTUATI E PERSONE COINVOLTE PER LA PRESA IN CARICO "POVERTÀ" - 2020-2021 (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

INTERVENTI EFFETTUATI (SCELTA MULTIPLA)	2020			2021		
	N. INTERVENTI	N. INTERVENTI / PRESE IN CARICO "POVERTÀ"	PERSONE COINVOLTE	N. INTERVENTI	N. INTERVENTI / PRESE IN CARICO "POVERTÀ"	PERSONE COINVOLTE
Assistenza domiciliare	7	2,2%	9	19	3,6%	21
Ass.Dom.Educativa	2	0,6%	2	5	0,9%	7
Servizio assistenza dom. Tutelare	9	2,8%	9	14	2,6%	16
Buoni spesa/pacco spesa	3	0,9%	5	18	3,4%	23
Attivazione associazioni	-	-	-	4	-	7
Inserimenti in centri di ospitalità	7	2,2%	7	19	3,6%	19
Inserimenti in famiglie per l'emergenza	1	0,3%	2	1	0,2%	1
Inserimenti in struttura	52	16,2%	75	195	36,8%	256
Trattenimento in ps o ospedale	31	9,7%	35	124	23,4%	130
Trasporto sociale	11	3,4%	15	65	12,3%	81
Sostegno domiciliare di ass. Volont.	-	-	-	6	-	6
Ins. Presso familiari-conoscenti	25	7,8%	38	35	6,6%	44
Monitoraggio unità terr. Emerg. Soc.	12	3,7%	12	65	12,3%	72
<b>Totali</b>	<b>321</b>			<b>530</b>		



---

# SEZIONE 2

# INCLUSIONE ED ESCLUSIONE NEI TERRITORI





## 4. IL PERCORSO DI RICERCA SULLE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARI E SUI CENTRI FAMIGLIA

In ambito sociale, un forte impulso ad una metodologia d'intervento basata sul lavoro multiprofessionale è stata sicuramente data, a partire dal 2011, dal Programma nazionale P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova e (all'epoca) le dieci Città Riservatarie ex L.285/1997.

Ed è primariamente dall'esperienza P.I.P.P.I. e dal Tavolo istituzionale in esso costituito che derivano gli indirizzi delle Linee guida nazionali per "l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità" pubblicate nel 2017 dal Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali.

Tra gli elementi di innovazione viene individuato anche il lavoro di *équipe*. Secondo gli indirizzi nazionali, ogni percorso d'intervento deve essere realizzato da un'*équipe* multiprofessionale (EM) che, ponendo al centro del proprio intervento la risposta ai bisogni dei bambini come interesse prioritario, garantisce qualità, continuità e appropriatezza dei processi di accompagnamento, nella realizzazione delle azioni previste e nell'utilizzo degli strumenti.

Parallelamente, la metodologia di lavoro in *équipe* si è diffusa anche in altri settori di intervento. Con il Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 che ha approvato il Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) l'*équipe* multidisciplinare è stata inquadrata in un percorso strutturato.

Dal 1° gennaio 2018 il SIA è stato sostituito dal Reddito di inclusione (REI), come previsto dal Decreto legislativo 15 settembre 2017 n. 147, e successivamente dal Reddito di Cittadinanza (RdC): nell'impianto della misura, l'EM è stata mantenuta, prevedendone però la costituzione solo nel caso in cui



in fase di analisi preliminare emerge la necessità di sviluppare un quadro di analisi approfondito.

Come si è visto (Focus n. 1) la formalizzazione delle *équipes* multidimensionali almeno nel 70% delle zone è uno dei punti previsti nel piano regionale di contrasto alla povertà.

Per questo è interessante indagare la situazione nei territori rispetto alle prime *équipes*, quelle per i minori, che hanno aperto la strada a quelle dedicate alla povertà e all'inclusione.

## 4.1. Le équipes multidisciplinari

Regione Toscana, in collaborazione con il Centro Regionale di documentazione infanzia e adolescenza, ha realizzato, tra maggio e novembre 2022, un'attività di monitoraggio sulla diffusione e il consolidamento delle équipes multidisciplinari nei percorsi di presa in carico nell'area minori e famiglie nelle zone-distretto/Società della Salute (SDS) toscane.

Il primo esito positivo della rilevazione sta nella sua completezza, ossia tutte le 28 zone/SDS hanno partecipato al monitoraggio. È stata compilata una scheda per ogni zona, con la sola eccezione della zona distretto Versilia per la quale hanno risposto 4 Comuni: Massarosa, Camaiore, Stazzema e Viareggio, alzando a 31 i questionari che sono stati oggetto di analisi.

Più in particolare sono state rilevate informazioni sui seguenti temi:

### 4.1.1. Presenza dell'équipe

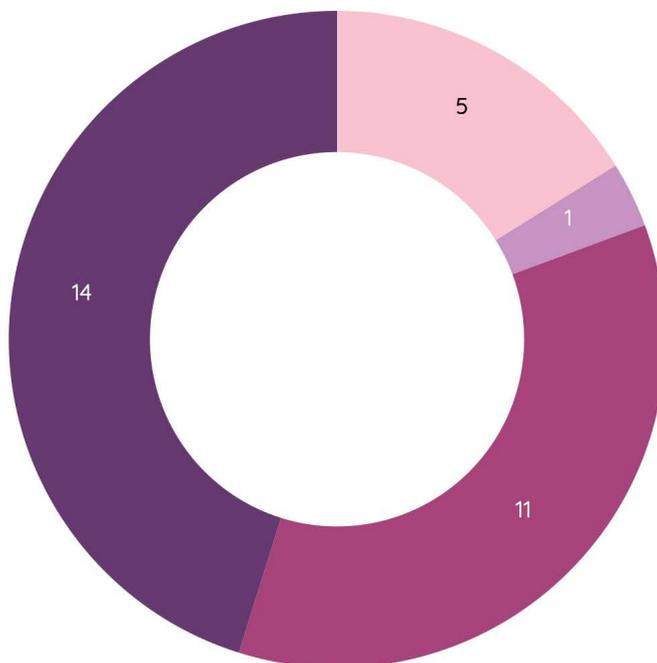
Su 31 schede compilate, 14 riportano la presenza di équipes strutturata nell'organizzazione del servizio, con personale dedicato e funzioni definite; in 5 l'équipe è formalizzata come gruppo di lavoro, ma priva di struttura organizzativa; in 7 è presente, ma non formalizzata. Una scheda segnala l'assenza di una équipe.

**IN TOSCANA  
LE ÉQUIPE  
MULTIDISCIPLINARI  
SONO PRESENTI IN  
27 ZONE-DISTRETTO/  
SDS SU 28 TOTALI,  
QUASI TUTTE CON  
PERSONALE DEDICATO  
E FUNZIONI DEFINITE**





FIGURA 18: SCHEDE COMPILATE SECONDO IL TIPO ORGANIZZAZIONE DELL'ÉQUIPE



- formalizzata come gruppo di lavoro, ma priva di struttura organizzativa
- non presente
- presente, ma non formalizzata
- strutturata nell'organizzazione del servizio, personale dedicato, funzioni definite

Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Osservando la distribuzione delle risposte per Area Vasta e Zona-distretto/SdS, riportata nelle Tabelle 11A e 11B, emerge che:

- nell'Area Vasta Centro le équipe sono tutte strutturate nell'organizzazione del servizio, con personale dedicato e funzioni definite, ad eccezione dell' SDS Empolese-Valdarno-Valdelsa e Fiorentina Sud-Est che dichiarano la presenza dell'équipe, sebbene non sia formalizzata;
- nell'Area Vasta Nord Ovest le équipe sono presenti ma non formalizzate in 5 zone/SdS: Apuane, Piana di Lucca, Pisana, Bassa Val di Cecina-Val di Cornia e Versilia; in 2 zone/SdS sono formalizzate ma senza struttura organizzativa (Alta Val di Cecina-Val d'Era e Valle del Serchio); per Elba e Lunigiana le équipe sono





strutturate dal punto di vista organizzativo e con personale dedicato. Assente nella zona Livornese;

- nell'Area vasta Sud-Est l'équipe è strutturata in 6 zone/SdS: Amiata Senese-Val d'Orcia-Valdichiana senese, Aretina, Casentino, Colline dell'Albegna, Senese e Valtiberina; è formalizzata come gruppo di lavoro ma senza struttura organizzativa in Alta Val d'Elsa, Valdarno, Valdichiana Aretina; è presente ma non formalizzata nell'Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana.

TABELLA 11A: DISTRIBUZIONE DELLE ÉQUIPE PER AREA VASTA E ZONA DISTRETTO/SDS E PER TIPO DI ORGANIZZAZIONE

AREA VASTA	ZONA DISTRETTO	STRUTTURATA NELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO*	FORMALIZZATA COME GRUPPO DI LAVORO, MA PRIVA DI STRUTTURA ORGANIZZATIVA	PRESENTE, MA NON FORMALIZZATA	NON PRESENTE
Centro	Empolese Valdarno Valdelsa			X	
	Fiorentina Nord-Ovest	X			
	Fiorentina Sud-Est			X	
	Firenze	X			
	Mugello	X			
	Pistoiese	X			
	Pratese	X			
	Val di Nievole	X			
Nord Ovest	Alta Val di Cecina - Val d'Era		X		
	Apuane			X	
	Elba	X			
	Livornese				X
	Lunigiana	X			
	Piana di Lucca			X	
	Pisana			X	
	Valle del Serchio		X		
	Bassa Val di Cecina-Val di Cornia			X	
Versilia			X		

\*Con personale dedicato e funzioni definite

Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza





TABELLA 11B: DISTRIBUZIONE DELLE ÉQUIPE PER AREA VASTA E ZONA DISTRETTO/SDS E PER TIPO DI ORGANIZZAZIONE

AREA VASTA	ZONA DISTRETTO	STRUTTURATA NELL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO*	FORMALIZZATA COME GRUPPO DI LAVORO, MA PRIVA DI STRUTTURA ORGANIZZATIVA	PRESENTE, MA NON FORMALIZZATA	NON PRESENTE
Sud Est	Alta Val d'Elsa		X		
	Amiata Grossetana Colline Metallifere - Grossetana			X	
	Amiata senese e Val d'Orcia Valdichiana senese	X			
	Aretina	X			
	Casentino	X			
	Colline dell'Albegna	X			
	Senese	X			
	Valdarno		X		
	Valdichiana Aretina		X		
	Valtiberina	X			

\*Con personale dedicato e funzioni definite

Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Per quel che riguarda la numerosità delle équipe attive sul territorio si registra che:

- per 4 zone/SdS il dato è variabile: Alta Val d'Elsa, Fiorentina Nord-Ovest, Firenze, Piana di Lucca
- per 9 ne è presente una: Aretina, Amiata senese-Val d'Orcia-Valdichiana senese, Casentino, Colline dell'Albegna, Elba, Lunigiana, Pisana, Pratese, Valdichiana Aretina e Valtiberina;
- per 3 sono due: Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana, Valdarno e Valle del Serchio;
- sono più di due per 11 zone/SdS: Alta Val di Cecina-Val d'Era, Apuane, Empolese-Valdarno-Valdelsa, Fiorentina Sud-Est, Mugello, Pistoiese, Senese, Val di Nievole, Bassa Val di Cecina-Val di Cornia e Versilia.





## 4.1.2. Composizione dell'équipe

Rispetto alle figure professionali, è opportuno distinguere quelle che sono presenti nell'équipe di base e in quella allargata.

### ÉQUIPE BASE

Oltre all'assistente sociale, che è "sempre" presente per tutte le schede compilate, lo psicologo è l'altro professionista che vi partecipa in modo pressoché strutturato (risulta partecipare sempre o spesso per 23 schede sulle 30 in cui è presente un'équipe), così come l'educatore professionale, per il quale vi sono tuttavia 2 zone che lo prevedono "raramente" o "mai" (1 zona).

Più differenziata è la partecipazione di bambini/e e ragazzi/e che solo in 4 zone è "sempre" o "spesso" presente, mentre nelle altre aree la loro presenza è meno frequente ed addirittura assente per 11 schede.

La presenza di uno o entrambi i genitori è frequente "sempre" o "spesso" per meno della metà delle schede (12), ma da segnalare che per 9 viene indicata la non partecipazione di entrambe le figure genitoriali.

### ÉQUIPE ALLARGATA

Il neuropsichiatra è tra le figure professionali più presenti, partecipando "sempre" in 3 zone e "spesso" in altre 7. Anche la presenza dell'educatore dei servizi educativi 0-3 anni o l'insegnante della scuola è ricorrente, e risulta segnalata come "spesso" in 10 aree ("sempre" solo in una), mentre non è "mai" presente in 2 zone distretto/SDS.

Il mediatore linguistico ed il mediatore familiare sono strutturati (sempre presenti) solo in 2 casi: nelle altre aree la presenza dei due professionisti è variabile e poco ricorrente.

Tra le altre figure professionali si segnala l'alto numero di schede per le quali non sono "mai" presenti l'animatore (18), il rappresentante dei Centri per l'impiego (17) ed il mediatore familiare (16).

Riguardo alla tipologia di rapporto contrattuale delle figure sanitarie che partecipano alle équipe, i neuropsichiatri sono sempre dipendenti dell'azienda sanitaria, il cui costo viene coperto interamente dai fondi aziendali. Anche gli psicologi sono dipendenti dell'azienda sanitaria, ma in 9 aree il costo viene coperto con i fondi famiglia.

## 4.1.3. Modalità di funzionamento

In relazione alla *frequenza* con cui si riunisce l'équipe, per la maggior parte delle zone distretto/SDS la convocazione è mensile. In 8 casi non viene seguito un calendario predefinito ma l'équipe viene convocata all'occorrenza.

**NELL'ÉQUIPE DI BASE  
È SEMPRE PRESENTE  
L'ASSISTENTE  
SOCIALE  
E LO PSICOLOGO  
VI PARTECIPA IN  
MODO PRESSOCHE  
STRUTTURATO**





Sono solo 2 zone dichiarano una frequenza giornaliera di convocazione dell'équipe.

Il ricorso alla *valutazione multidisciplinare* per la definizione del progetto individualizzato nell'ambito dei minori e della famiglia avviene "sempre" in 13 casi su 31.

È stato inoltre chiesto di indicare la *dislocazione* delle équipe attive. Le risposte evidenziano modalità organizzative diversificate; in alcuni casi molto ramificate sul territorio e in altre più centralizzate.

#### **4.1.4. Criticità**

Nella maggior parte dei casi vengono riconosciute delle criticità per garantire la copertura territoriale su tutto il territorio della zona-distretto/SDS. Incrociando queste risposte con quelle relative alla dislocazione delle équipe, emerge che anche in presenza di più sedi zonali, questo non garantisce l'assenza di criticità nella copertura territoriale (Fiorentina Sud-Est, Val di Nievole, Alta Val di Cecina Val d'Era e Bassa Val di Cecina-Val di Cornia), e, com'era prevedibile, la copertura territoriale risulta difficoltosa quando è centralizzata (Pisana e Valdichiana Aretina) e soprattutto quando l'ampiezza del territorio è significativa come nell'Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana.

#### **4.1.5. Punti di forza**

Rispetto agli elementi che rappresentano i punti di forza per il funzionamento delle équipe, le parole che ricorrono con maggiore frequenza sono: condivisione, confronto e multiprofessionalità/multidisciplinarietà. Tale risultato sembra dimostrare una solida consapevolezza da parte dei rispondenti in merito al valore ed al vantaggio del lavorare in équipe multiprofessionale.

## **4.2. I Centri per le famiglie**

Nel piano povertà regionale (vedi Focus n. 1) tra le azioni connesse all'attuazione del LEPS Segretariato sociale per agevolare la fruizione dei servizi sociali e di quelli dei servizi per l'impiego da parte della popolazione in condizioni di maggiore vulnerabilità per l'area minori e famiglie è prevista la realizzazione in ogni Zona Distretto/Società della Salute di almeno un polo di riferimento ovvero Centro per le famiglie.

I Centri per le Famiglie nascono come proposta di prossimità per le famiglie con l'obiettivo di avviare un presidio permanente di riferimento e come luogo di prevenzione e cura delle fragilità familiari.

In Italia cominciano a svilupparsi alla fine degli anni Ottanta, introducendo una formula inedita nel panorama nazionale e ispirata da alcune esperienze europee.

Lo sviluppo e la messa in rete dei Centri per le Famiglie, negli ultimi anni, sta trovando una crescente attenzione da parte del governo centrale e delle amministrazioni regionali e locali e nasce dall'input dato, tra gli altri, dal "Piano Nazionale della Famiglia" del 2012, primo quadro organico di settore a livello italiano e linea guida dell'azione operativa del DiPoFam, che intende orientare politiche e azioni di natura sussidiaria e di *empowerment* per la famiglia, coinvolgendo le reti e le associazioni nella progettazione, gestione e verifica dei diversi interventi, superando la logica tradizionale di servizi pubblici assistenziali e sostituivi. Attraverso il Piano Nazionale per la Famiglia viene esplicitamente evidenziata l'importanza di favorire la diffusione dei Centri per le Famiglie su tutto il territorio nazionale, la riorganizzazione di quelli già esistenti quali nodi propulsori della rete dei servizi integrati a sostegno delle famiglie fragili. Il Piano inserisce l'attività dei Centri per le Famiglie nel quadro più ampio delle attività ad integrazione sociosanitaria da svolgere in sinergia con i Consultori familiari. Secondo gli indirizzi del Piano, le attività del consultorio familiare possono trovare un naturale complemento nel Centro per le famiglie, accostando alle funzioni prevalentemente sociosanitarie quelle connotate da un approccio prevalentemente socioeducativo e di *counselling*. Questo approccio intersettoriale ha lo scopo di intercettare in maniera diffusa i bisogni espressi dalle famiglie, offrendo una risposta flessibile ed articolata tesa a superare la logica ambulatoriale e assistenziale, a vantaggio di una logica sussidiaria e di *empowerment* basata su interventi di rete. Questo intento si accompagna a quello di realizzare una sussidiarietà attraverso lo stretto rapporto tra le istituzioni e le reti dell'associazionismo familiare, che ne è sempre stato elemento fondante.

Il Piano (e il suo strumento finanziario, il Fondo per le politiche della famiglia) ha quindi rappresentato una spinta importante per il potenziamento della rete territoriale dei centri per la famiglia, indirizzando i territori ad utilizzare le risorse stanziare per il loro sviluppo. Questa direttiva risponde anche all'obiettivo di "promuovere la diffusione e il consolidamento di Centri per la famiglia sul territorio nazionale a supporto delle famiglie multiproblematiche", indicato tra le priorità di investimento cofinanziate dal Fondo sociale europeo dal "Programma Operativo Nazionale Inclusione" per il quinquennio 2014-2020 (PON Inclusione 2014-2020, obiettivo specifico 9.1, "Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale").

#### **4.2.1. I Centri per le famiglie: definizioni**

Volendo dare delle definizioni condivise a livello nazionale può essere utile ricordare come viene definito il Centro per la famiglia, attraverso due documenti: il Nomenclatore degli interventi e servizi sociali e quanto viene dichiarato nel Piano Nazionale della Famiglia del 2012. Nel primo caso si



dichiara che il Centro per la famiglia è un servizio a sostegno dello scambio di esperienze tra famiglie con figli. Esso si configura come un contenitore ed un catalizzatore d'opportunità e di risorse della comunità, per l'assistenza "tra e alle famiglie". Il personale impegnato nel Centro ha solo un ruolo di regia, con il compito di coordinare e coadiuvare le attività, che sono svolte con il protagonismo attivo delle famiglie: nel Centro, possono essere organizzate attività di mediazione familiare e di sostegno alla genitorialità.

Nel Piano Famiglia del 2012 si parla invece di centri propulsori di una rete di servizi, di interventi, di soggetti ed azioni integrate (sociali, sanitarie, educative, etc.) che si muovono nel variegato e complesso campo delle politiche dei servizi alla famiglia e del lavoro di cura. Il Centro va inteso come luogo fisico aperto sul territorio e al territorio, in modo da essere realmente in grado di intercettare i diversi bisogni, con particolare attenzione alle famiglie con bambini piccoli e a tutte le famiglie con rilevanti lavori di cura da fronteggiare, offrendo una risposta flessibile ed articolata che eviti rischi derivanti da una eccessiva standardizzazione degli interventi.

Nel 2022, il nuovo Piano nazionale per la famiglia, frutto di un articolato ed ampio processo partecipativo, ha raccolto i contributi e le indicazioni emersi nell'ambito della IV Conferenza Nazionale sulla Famiglia. Nello specifico, in esito ai lavori della citata Conferenza è emersa la necessità di guidare i Centri verso un modello in grado di rispondere ai bisogni della persona soprattutto in termini relazionali, supportando l'individuo nel contesto delle relazioni familiari, sociali e lavorative, in una logica sussidiaria e di *empowerment* che faciliti lo sviluppo delle risorse personali e di rete. Inoltre, ispirandosi ad una prospettiva di più ampia inclusività, è stata suggerita la nuova denominazione di Centri per "le famiglie", quale positiva evoluzione della precedente dicitura.

## 4.2.2. Alcuni dati sui Centri per le famiglie

Nel 2015 il Dipartimento per le politiche della famiglia decise di avviare una prima mappatura nazionale dei Centri per le Famiglie diffusi sul territorio al fine di monitorarne lo stato di attuazione complessivo e avere un quadro conoscitivo, per singola Regione, riguardo il variegato ventaglio di servizi offerti alle famiglie italiane.

Dalla mappatura realizzata era emerso che i bisogni evidenziati dai centri per le famiglie sono di natura socio-consultoriale, educativa e relazionale. Infatti l'analisi dei dati conferma che i fruitori dei servizi erogati sono genitori con figli minori e adolescenti, che prevalentemente si rivolgono ai Centri per le famiglie per ricevere informazioni e orientamenti relativi alla consulenza legale, al sostegno allo studio, al mutuo aiuto, alle banche del tempo, alle opportunità ludiche e altre necessità difficilmente standardizzabili.



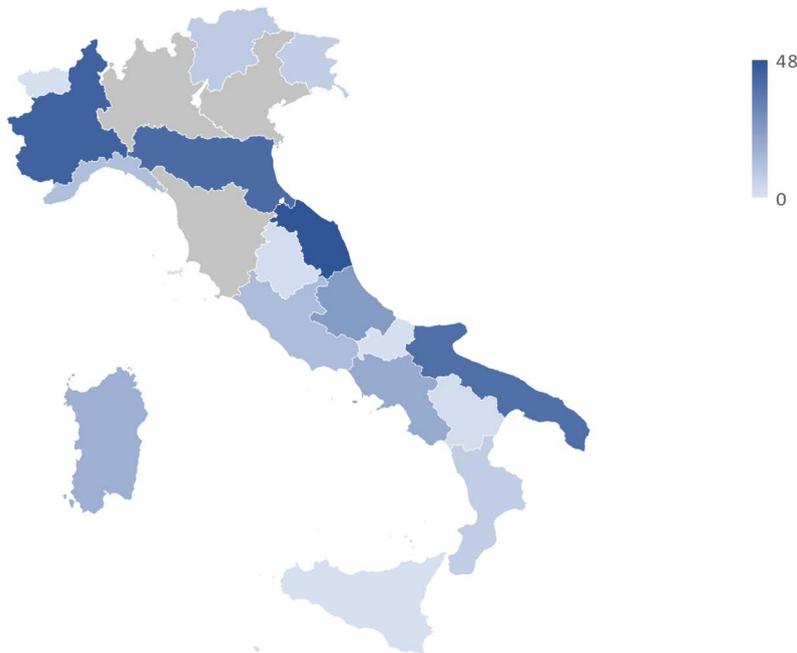
In continuità con l'attività di monitoraggio svolta nel 2015, a partire dall'annualità 2019 il Dipartimento per le politiche delle famiglie, nell'ambito del PON Inclusione - Linea di Intervento 1, dal titolo "Sviluppo e consolidamento dei Centri per la famiglia", ha realizzato una dettagliata mappatura regionale delle politiche e dei servizi dedicati alle famiglie – con un *focus* sui Centri per le famiglie – che è stata oggetto di un capillare intervento di monitoraggio, aggiornamento ed integrazione nel corso del 2020.

Il risultato di tale attività di indagine ha portato alla realizzazione di 21 dossier regionali, da cui si rileva che circa la metà delle regioni italiane prevede una normativa regionale sui Centri per le famiglie. Tra le 11 regioni prive di tale normativa (e comprendendo tra queste anche le province autonome di Trento e Bolzano) in alcuni casi è stata comunque avviata una sperimentazione dei Centri per le famiglie. Complessivamente la loro numerosità ammonta a 284 (di cui 60 sperimentazioni). A questi si devono tuttavia aggiungere ulteriori servizi (come ad esempio quelli erogati dalle reti dei Consultori), con caratteristiche simili a quelli riconducibili ai Centri per le famiglie, attivati in regioni in cui non è stata rilevata una normativa e neanche una sperimentazione (Lombardia, Toscana e Veneto).

**MONITORAGGIO 2020  
DEL DIPARTIMENTO  
PER LE POLITICHE  
DELLA FAMIGLIA:**

**LA METÀ DELLE  
REGIONI ITALIANE  
HA UNA NORMATIVA  
REGIONALE SUI  
CENTRI PER LE  
FAMIGLIE,  
LA CUI NUMEROSITÀ  
TOTALE AMMONTA  
A 284**

FIGURA 19: NUMERO CENTRI PER LA FAMIGLIA. ANNO 2020





In corrispondenza di quasi tutte le 18 regioni/province autonome che indicano l'esistenza di Centri per le famiglie attivi, al loro interno vengono realizzate attività di sensibilizzazione, informazione, orientamento. Sono largamente diffuse anche le attività di incontro e confronto. Oltre a questi, i principali servizi che vengono erogati riguardano i "gruppi di ascolto e di mutuo/auto-aiuto", le "consulenze specialistiche" (legali, pedagogiche, psicologiche e pediatriche) e la "mediazione familiare".

Gli utenti dei Centri per le famiglie sono ovviamente rappresentati dai genitori, dalle coppie, dai minori. Spesso anche i genitori singoli sono compresi nell'utenza potenziale, mentre alcuni Centri hanno deciso di rivolgersi anche a *target* più specifici, come "migranti", "anziani" e "persone a rischio discriminazione".

Rispetto alle figure professionali, tutte le regioni dichiarano la presenza di un "coordinatore" e di un addetto "amministrativo". Sono inoltre previste ulteriori figure, prevalentemente: "psicologi", "assistenti sociali" ed "educatori professionali", a cui seguono "pedagogisti", "mediatori familiari", "legali" e "altre" figure (psicoterapeuti, operatori teatrali, psicomotricisti, nutrizionisti, ostetriche, esperti di puerperio, animatori psico-educativi, conduttori di gruppi, sessuologi, pediatri) che conferiscono all'équipe una connotazione multidisciplinare.

Per quanto riguarda le sedi dei Centri per le famiglie, questi sono collocati generalmente in zone urbane, servite dal trasporto pubblico e dotate di parcheggi. La struttura che ospita il Centro talvolta risulta condivisa con altri servizi, come ad esempio consultori e nidi d'infanzia, così da favorire l'accesso alle famiglie con figli piccoli. Sempre al fine di facilitare l'accesso ai genitori, le strutture, oltre a garantire l'abbattimento di barriere architettoniche, possono prevedere specifiche aree d'attesa per bambini. Inoltre, l'organizzazione degli spazi prevede quasi sempre un'area dedicata all'accoglienza, uno sportello di prima accoglienza informativa ed orientamento, uno spazio dedicato ai colloqui con le famiglie.

In termini organizzativi, i Centri operano in stretta collaborazione con le Aziende sanitarie locali, Consultori, Servizi sociali comunali, scuole e servizi educativi; associazionismo delle famiglie; organismi di terzo settore. Ulteriori collaborazioni possono essere stabilite con Forze dell'Ordine, Tribunali, Centri Nascita, Reparti Ospedalieri di Pediatria.

Infine, considerando le possibili e plurime fonti di finanziamento, in più della metà delle regioni viene fatto ricorso a quelle nazionali (e tra queste soprattutto il Fondo politiche per la famiglia) e regionali; una quota minoritaria (pari a 5 regioni) finanzia i Centri con risorse comunali e comunitarie; seguono 2 regioni in cui i Centri si avvalgono (anche) di finanziamenti privati (tramite fondazioni, consorzi o associazioni familiari).

### 4.2.3. Il modello condiviso di Centro per le Famiglie

Grazie al finanziamento del Programma Operativo Nazionale Inclusione 2014-2020 è stato promosso ed attuato dal Dipartimento per le politiche della famiglia il Progetto “Supporto per lo sviluppo dei Centri per la famiglia e il coordinamento di interventi in materia di servizi di protezione e inclusione sociale per nuclei familiari multiproblematici e/o persone particolarmente svantaggiate”. Si tratta di un’iniziativa di accompagnamento allo sviluppo dei Centri per le famiglie, che ha un respiro nazionale e che ha raggiunto dei risultati importanti sul fronte del miglioramento dei servizi per le famiglie, con il coinvolgimento attivo delle Regioni e delle Province autonome italiane.

In particolare, nell’ambito di suddetto Progetto, si inserisce il “modello di Centro” che si propone di promuovere la diffusione di standard nazionali a favore dell’inclusione e dell’integrazione sociale delle famiglie per ridurre l’eterogeneità territoriale.

Il modello è stato definito dal Dipartimento, in virtù del suo ruolo istituzionale, per l’elaborazione e il coordinamento delle politiche nazionali, regionali e locali della famiglia e deriva dalle finalità generali del Progetto, che tra le altre prevede l’obiettivo di favorire “... una standardizzazione e diffusione delle migliori esperienze, costituite anche da progetti pilota, rivolti ai nuclei familiari multiproblematici, con la definizione di modelli e strumenti in grado di facilitare l’accesso ai servizi socio-educativi e socio-assistenziali, ovvero alla messa in rete dei centri territoriali per la famiglia”. Ai fini della definizione del modello nazionale di riferimento per i Centri, è stato possibile trarre spunti significativi dalle principali esperienze regionali esaminate, ovvero quelle che si caratterizzano per innovazione, maturità e capillarità territoriale.

Il modello definisce innanzi tutto gli obiettivi generali dei Centri per le famiglie, che sono individuati nel:

- promuovere la genitorialità e il ruolo sociale, educativo e di cura delle famiglie;
- sostenere e accompagnare il benessere delle relazioni familiari di fronte ai piccoli e grandi passaggi critici ed evolutivi della vita, con un’attenzione particolare alla gestione della conflittualità familiare;
- sostenere e rafforzare il ruolo e le competenze educative dei genitori e di coloro che accompagnano il processo di crescita e di autonomia dei minori;
- favorire e promuovere un maggiore protagonismo delle famiglie e delle associazioni (ad esempio tramite la creazione di reti sociali sul territorio e la cittadinanza attiva).

**NEL 2022 IL  
DIPARTIMENTO  
PER LE POLITICHE  
DELLA FAMIGLIA HA  
DEFINITO UN  
“MODELLO DI CENTRO  
PER FAMIGLIE”**



Vengono inoltre definite le caratteristiche e i requisiti essenziali dei Centri, con riferimento agli aspetti gestionali ed organizzativi, alle informazioni sui bisogni dell'utenza, agli strumenti di coordinamento, di monitoraggio e valutazione, all'integrazione dei servizi.

I contenuti del modello di Centro rappresentano pertanto uno strumento per diffondere ulteriormente, nei diversi contesti territoriali, la presenza di Centri rivolti alle famiglie, fornendo indicazioni dettagliate ed operative per il loro funzionamento. Al contempo, il modello di Centro permette di definire sia degli standard nazionali di riferimento in merito ai servizi offerti, sia delle linee omogenee di orientamento per la formazione degli operatori.

I servizi offerti dai Centri si distinguono in:

- Servizi di base, che devono essere assicurati da tutti i Centri per garantire omogeneità ed eguali condizioni di accesso per le famiglie, e sono riconducibili alle aree dell'informazione, del sostegno alla genitorialità e dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie;
- Servizi integrativi, volti a rispondere a esigenze peculiari di ciascun contesto territoriale, caratterizzandosi quindi per una modulazione flessibile, da far emergere anche dal confronto con le famiglie e con le associazioni e i servizi territoriali.

Per quanto concerne la formazione degli operatori, è previsto che le definizioni degli indirizzi generali, a cura delle Regioni/Province Autonome, debbano tenere conto delle seguenti raccomandazioni:

- strutturare e fornire i percorsi di formazione degli operatori a più livelli (regionale, territoriale/comunale e a livello di singolo Centro);
- pianificare giornate di aggiornamento professionale per tutta l'*équipe* degli operatori dei Centri che riguardino sia gli aspetti gestionali sia professionali;
- dedicare particolare attenzione alle competenze di ascolto e accoglienza dell'utenza, di orientamento e di rilevazione delle situazioni di maggiore vulnerabilità nei minori e negli adulti;
- orientare la formazione anche sulle competenze trasversali necessarie a permettere agli operatori dei Centri di intercettare in modo più agevole i segnali di vulnerabilità dell'utenza per meglio orientare ad opportuni servizi dedicati.



#### 4.2.4. I Centri per le famiglie in Toscana

In Toscana non sono normati dei Centri per le famiglie assimilabili alla definizione prevista dal Piano nazionale per la famiglia del 2012 quali “nodi propulsori di una rete di servizi, di interventi, di soggetti ed azioni integrate (sociali, sanitarie, educative, ecc.) in grado di sostenere le famiglie, ed in particolare quelle “multiproblematiche”. Tuttavia, la Regione ha attivato un efficiente sistema integrato di servizi dedicati alle famiglie formato dai Centri Adozioni, dai Centri Affidi e dalla Rete dei Consulitori che svolgono, tra le altre, funzioni di supporto alla genitorialità, di accompagnamento per le famiglie fragili e vulnerabili, di promozione del benessere e della salute delle donne, dei figli e dei nuclei familiari.

Più in particolare in Toscana si contano 34 Consulitori, 29 Centri Affidi e 4 Centri adozioni. Questi ultimi sono stati istituiti a livello di area vasta, assicurando la presenza di almeno un centro nelle 3 macro ripartizioni territoriali (Area vasta Centro, Nord-Ovest e Sud-Est). Per quanto riguarda le Zone distretto/SdS, quasi tutte vedono la presenza di almeno un Consultorio e un Centro Affidi, con l’eccezione della Valle del Serchio e dell’Amiata senese e Val d’Orcia-Valdichiana senese, dove non esistono Centri Affidi. Nell’area vasta Nord-Ovest si contano 3 zone (Alta Val di Cecina-Val d’Era, Bassa Val di Cecina-Val di Cornia e Livornese) in cui è presente più di un Consultorio, mentre la Zona con la numerosità massima (pari a 3) è l’Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana. Rispetto ai Centri Affidi, ne esiste più di uno solamente nell’Empolese-Valdarno-Valdelsa, nell’Alta Val di Cecina-Val d’Era e nella Bassa Val di Cecina-Val di Cornia.

La Regione Toscana, con delibera di Giunta n.876/2022, ha emanato specifici indirizzi alle Zone distretto/SdS per lo sviluppo di progettualità a valere sul Fondo per le politiche della famiglia (annualità 2021), indicando tra gli obiettivi la “realizzazione in ogni Zona distretto/SdS di almeno un polo di riferimento ovvero Centro per le famiglie, anche con più articolazioni, per la risposta ai bisogni e alle istanze delle famiglie”. Nella sopracitata delibera viene inoltre specificato che all’interno dei Centri potranno trovare sede i servizi dei Centri Adozione e dei Centri Affidi, il servizio di mediazione familiare, gli spazi dedicati ai gruppi di parola per famiglie e adolescenti, le équipes integrate.

Nonostante la mancanza di una normativa sui Centri per le famiglie, e in vista dell’implementazione degli obiettivi indicati dalla Giunta regionale, anche in Toscana sono in corso progettazioni orientate a strutturare questa tipologia di servizio. A tal proposito si evidenzia l’esperienza pratese, dove dal mese di settembre 2022 è operativo un Centro per le famiglie.

**NEL 2022  
LA REGIONE TOSCANA  
HA EMANATO GLI  
INDIRIZZI PER LA  
REALIZZAZIONE IN  
OGNI ZONA  
DISTRETTO/SDS DI  
ALMENO UN CENTRO  
PER LE FAMIGLIE**



Ulteriori esperienze diffuse sul territorio regionale sono state intercettate mediante l'indagine sui Centri per le famiglie, a cura del Centro regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza (CRIA), avviata a settembre 2022. Tale indagine, focalizzandosi sulla rilevazione dei servizi per le famiglie attivi sul territorio regionale, ha come finalità quella di acquisire le informazioni necessarie per poter supportare il processo di definizione di una normativa regionale sui Centri per le famiglie, in armonia con le pratiche in essere, promosse nelle diverse Zone/ Distretti Società della Salute. L'indagine infatti, per ciascuno dei 28 ambiti territoriali della Toscana, prevede la compilazione di un questionario volto a rilevare, in corrispondenza di una batteria di attività/servizi riconducibili ai Centri per le famiglie (informazione, orientamento, sostegno alla genitorialità, mediazione familiare, ecc.), il luogo di erogazione dell'attività/servizio (Consultori, Punti famiglia, Sportelli dedicati, Centro Affidi, Centro Adozioni, Altro luogo) ed i potenziali destinatari.





## 5. LA POVERTÀ DI BAMBINE, BAMBINI E ADOLESCENTI ATTRAVERSO I DATI DELLE PRESE IN CARICO DEI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI

### 5.1. Il percorso di ricerca

Più volte nelle passate edizioni del rapporto sulle povertà in Toscana parlando di bambine/i e adolescenti è stato rimarcato come il binomio minori e povertà sia estremamente complesso e che per studiarlo non è opportuno limitarsi ai soli indicatori economici classici di reddito e consumo – vedi anche le linee del IV e del V Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva – ma è invece necessaria una lettura di tipo multidimensionale. È stato anche messo in evidenza come i criteri di misurazione ad oggi conosciuti come ad esempio quelli che interessano la povertà educativa, pur poggiando su elementi condivisi, siano oggetto di continuo dibattito e aggiornamento tra gli studiosi.

Il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (CRIA) ha introdotto negli anni, grazie alla sistematica raccolta di dati e indicatori, alcune forme alternative di misurazione della povertà. Attraverso interviste dirette ad un numero consistente di preadolescenti e adolescenti sono stati definiti indicatori per quella che lo stesso CRIA ha definito “povertà relazionale” e indicatori sul “benessere culturale e ricreativo” – vedi per entrambi i casi “Le povertà in Toscana. Terzo rapporto, 2019”. Nella stessa edizione del rapporto è stato anche introdotto l'indicatore di “percezione della povertà economica”. Misura, questa, originale nello scenario informativo regionale e nazionale.



Nel 2021 è stato avviato il percorso per l'individuazione e la misurazione della povertà educativa in Toscana – vedi “La povertà e l'inclusione sociale. Quinto rapporto, 2021” – che risulti spendibile anche e soprattutto a livello territoriale (ASL e Zone distretto) e in particolar modo non dipendente da dati e indicatori derivati da ricerche di enti terzi come ad esempio lo è l'IPE (Indice di povertà educativa) nei confronti di ISTAT.

Il CRIA negli ultimi anni ha cercato di andare incontro ad un movimento internazionale dove “nuove piste di lavoro si sono aperte estendendo la visuale alla deprivazione materiale e giungendo a integrare il più tradizionale concetto di povertà con quello di esclusione sociale che individua i soggetti privi di opportunità declinabili nelle espressioni «non poter accedere a», «non far parte di», «essere ai margini di», e coniugando il tutto nell'attenzione promossa anche a livello comunitario a un approccio pienamente olistico che guardi al benessere e alla qualità delle condizioni di vita dei più giovani cittadini in crescita<sup>1</sup>.

“Esclusione sociale da una parte – intesa quale mancanza di opportunità sociali e impossibilità di godere di benefici, servizi e relazioni cui comunemente le persone hanno accesso – e benessere individuale dall'altra – inteso come opportunità di coltivare l'insieme delle capacità individuali che vanno al di là dei risultati e delle realizzazioni cui ciascun soggetto raggiunge (Sen, 1993) – sono approcci particolarmente interessanti se applicati ai bambini/e e ai ragazzi/e, e basati entrambi sul principio di partecipazione che rappresenta uno dei pilastri promossi dalla Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 1989”<sup>2</sup>.

Il CRIA attraverso le attività di monitoraggio realizzate con i territori e i sistemi informativi che interessano molte tipologie di servizio rivolte alla minore età e non ultime attraverso la realizzazione di indagini campionarie *ad hoc* che negli ultimi anni hanno coinvolto complessivamente più di 50mila 11-17enni è riuscito a mettere a disposizione un grande numero di dati e di indicatori che, anche se in maniera indiretta in quanto non riescono a dare una misura sintetica di deprivazione sociale o materiale, restituiscono attraverso le opinioni dei diretti interessati e/o la quantificazione del lavoro svolto dai servizi sociali territoriali elementi di valutazione del rischio di vulnerabilità dei minori e delle loro famiglie.

<sup>1</sup> Cfr. European Commission. Social Protection Committee, Advisory report to the European Commission on Tackling and preventing child poverty, promoting childwell being, Brussels, 27th of June 2012; European Commission, Recommendation Investing in children: breaking the cycle of disadvantage, Brussels, 20.2.2013 C(2013) 778 final [http://ec.europa.eu/justice/fundamentalrights/files/c\\_2013\\_778\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/fundamentalrights/files/c_2013_778_en.pdf); IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, cit.

<sup>2</sup> Cfr. Povertà ed esclusione sociale di bambini e ragazzi: un percorso di lettura e filmografico. [www.minoritoscana.it/sites/default/files/suppl\\_RB\\_4\\_2015.pdf](http://www.minoritoscana.it/sites/default/files/suppl_RB_4_2015.pdf)



Oggetto di questo approfondimento sono proprio i sopra citati interventi per la promozione e la tutela dei diritti di bambine/i e ragazze/i realizzate dai servizi sociali territoriali nel triennio 2019-2021. Dai dati a disposizione a quasi tre anni dall'inizio dell'emergenza da Covid-19 è possibile far emergere e rendere evidenti i rischi e le fragilità che hanno interessato in questo drammatico periodo bambini/e, adolescenti e famiglie non solo in ambito sanitario, ma anche in materia di deprivazione e instabilità socio-economica e non ultima dell'aumentata esposizione al rischio di devianza e di violenza.

Dati e indicatori rappresentano dunque il tentativo di dare corpo all'insieme degli interventi e delle misure attivati dai servizi sociali e sociosanitari a sostegno di quelle famiglie con figli in minore età che si trovano a vivere situazioni di difficoltà relazionali, psicologiche, lavorative ed abitative, al fine di prevenire forme più gravi di maltrattamento e di conseguente possibile allontanamento. Queste ultime e più estreme situazioni sono documentate dalla coppia di indicatori dell'affidamento ad altra famiglia e del collocamento in struttura residenziale, esemplari del rischio concreto di marginalità e povertà cui sono esposti i bambini/e ed i ragazzi/e allontanati dalla famiglia di origine (minori fuori dalla famiglia).

## 5.2. Le principali evidenze

Le maggiori evidenze che emergono dai dati 2021 riguardano naturalmente l'elemento di rottura che la Pandemia ha portato nelle serie storiche dei dati. Nella quasi totalità degli interventi monitorati il 2020 rappresenta una linea di demarcazione netta a fronte della quale si assiste successivamente a due linee di comportamento ben definite che nel 2021 riportano sui livelli prepandemici oppure accentuano gli elementi di difficoltà emersi nell'anno precedente.

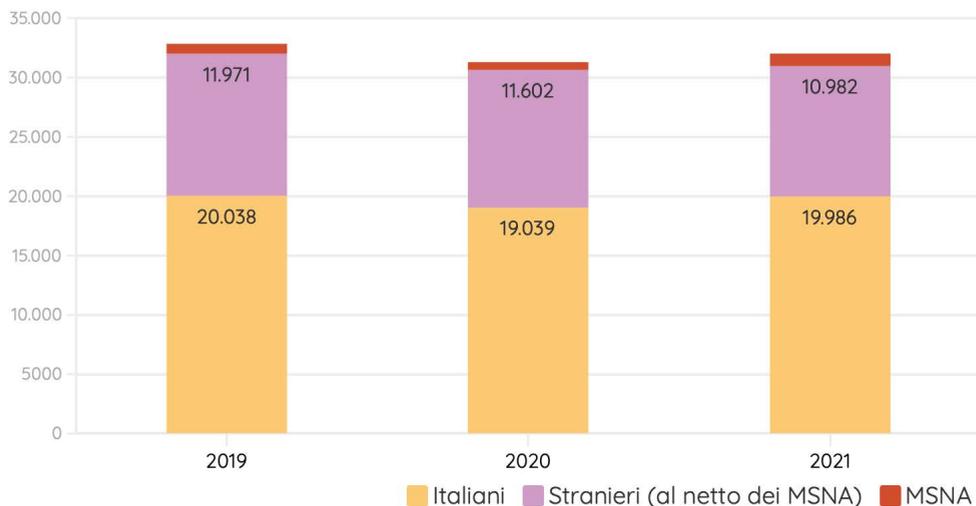
Le due dimensioni che più delle altre restituiscono la misura del bisogno alla quale rispondono i servizi sociali territoriali sono rappresentate dal numero di cartelle sociali aperte e dai relativi presi in carico. In Toscana a fine 2021 si contano 32.020 bambini/e e ragazzi/e sotto i 18 anni per i quali i servizi sociali hanno una cartella sociale aperta, +2% rispetto all'anno precedente e -2% rispetto al 2019. Questo minimo balzo in avanti segnato nell'ultimo anno è dovuto principalmente all'aumento della componente italiana (+5%) che incide sul totale delle cartelle aperte per il 62%. Sempre tra il 2019 e il 2021 diminuiscono invece gli stranieri al netto dei non accompagnati (-5%) e aumentano i minori stranieri non accompagnati (MSNA) che seppur incidendo sul totale dei casi per un marginale 3% fanno segnare tra i due anni un aumento significativo del 60% passando da 659 a 1.052.

**LA MISURA DEL  
BISOGNO E LE  
RISPOSTE DEI SERVIZI  
A FINE 2021:**

**32.020 MINORI CON  
CARTELLA SOCIALE  
APERTA,  
DI CUI 24.991 (78%)  
PRESI IN CARICO DAL  
SERVIZIO SOCIALE**



FIGURA 20: BAMBINI E RAGAZZI PER I QUALI RISULTA APERTA LA CARTELLA SOCIALE AL 31/12 DI OGNI ANNO. REGIONE TOSCANA, ANNI 2019 - 2021



Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Degli oltre 32mila bambini/e e ragazzi/e che al 31 dicembre 2021 hanno una cartella sociale aperta, sono 24.991 (78%) quelli per cui è seguita la presa in carico da parte del servizio sociale territoriale. Per questi l'andamento della dimensione quantitativa nel triennio 2019-2021 segna una lieve diminuzione che seppur minima (-4%) la pone comunque al di sotto della dimensione pre pandemica della presa in carico.

Tra i dati a disposizione del Centro regionale, che rilevano interventi di supporto a situazioni temporanee di inadeguatezza o inidoneità della famiglia o dei minori, trovano largo interesse quelli relativi agli interventi a carattere diurno: l'affidamento *part-time*, l'accoglienza in struttura semiresidenziale, gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico e gli interventi di sostegno socio-educativo territoriale.

Nel triennio 2019-2021 la dimensione quantitativa degli affidamenti *part-time*, sui quali non si riscontra un effetto pandemia, è rimasta intorno ai 250 bambini/e e ragazzi/e coinvolti alla fine di ogni anno. Tra questi, a fine 2021, il 54% interessavano maschi e il 46% femmine, il 90% erano affidamenti eterofamiliari, il 7% intrafamiliari e un residuale 3% eterofamiliari ma a parenti oltre il quarto grado di parentela.

Effetto pandemia che invece è molto evidente per le accoglienze nelle strutture semiresidenziali. A fronte di una diminuzione degli accolti avvenuta

**2020**  
**(EFFETTO COVID-19):**  
**CONTRAZIONE DEGLI**  
**INTERVENTI**  
**E CRESCITA DEI**  
**CONTRIBUTI**  
**ECONOMICI**

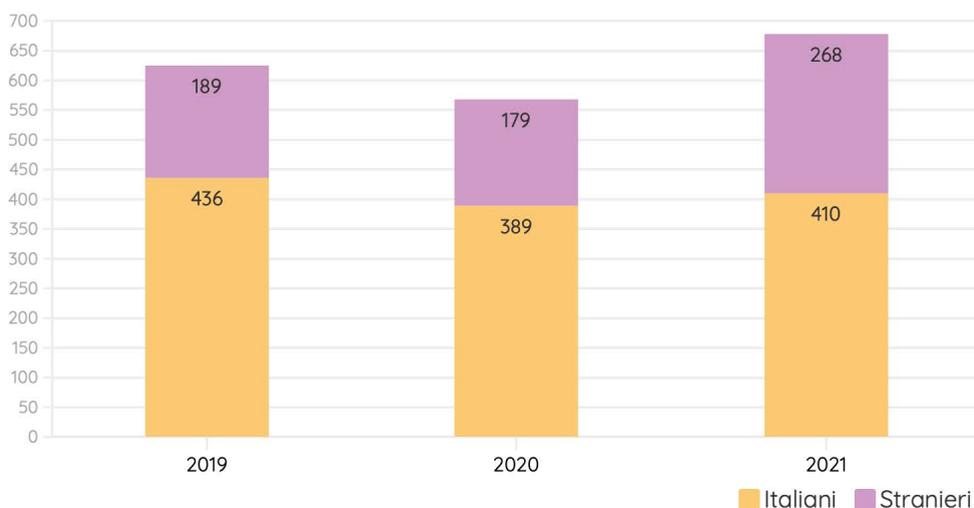
**2021:**  
**MANTENIMENTO**  
**DEI CONTRIBUTI**  
**ECONOMICI E**  
**DECISA RIPRESA**  
**DEL NUMERO DI**  
**INTERVENTI**





nel 2020, 568 contro i 625 dell'anno precedente (dati al 31 dicembre di ogni anno), nel 2021 il numero torna a salire, superando anche il dato 2019, fino a 678 accolti per un incremento rispetto al 2020 del 20%. È importante sottolineare che gran parte dell'aumento registrato è da attribuire alla componente straniera che aumenta del 50% passando da 179 a 268 accolti, contro un incremento decisamente più contenuto della componente italiana (+5%) che passa da 389 a 410 accolti.

FIGURA 21: BAMBINI E RAGAZZI ACCOLTI IN STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE E/O CENTRI DIURNI A CARATTERE SOCIO EDUCATIVO AL 31/12 DI OGNI ANNO. REGIONE TOSCANA, ANNI 2019 - 2021



Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

Tra gli interventi a carattere diurno, quelli che contano il maggior numero di bambini/e e ragazzi/e coinvolti sono il sostegno socio-educativo scolastico - inteso come intervento mirato a favorire il processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche dei minori, in particolare di quelli con problemi sociali - e il sostegno socio-educativo territoriale - inteso come intervento di sostegno destinato a soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale. Per questi due interventi si riscontra un progressivo aumento dell'offerta erogata sul territorio verosimilmente correlata ad un aumento proporzionale ai bisogni espressi dai bambini/e e ragazzi/e e dalle loro famiglie. Incremento che si manifesta in due diversi momenti, con una forte evidenza per l'educativa scolastica nel 2020 e spostato di un anno invece per l'educativa domiciliare. I minori per i quali sono stati attivati interventi di sostegno socio-educativo scolastico nel corso del 2021 sono 4.455, con gli



italiani al 76% di incidenza e gli stranieri al 24%. Rispetto all'anno precedente l'aumento dei casi è del solo 2% ma rispetto all'anno precedente la pandemia si registra un molto più consistente +39% ripartito proporzionalmente tra italiani e stranieri, quest'ultimi sono il 24% nel 2021. I minori invece interessati da sostegno socio-educativo domiciliare nel 2021 sono 2.683 per un +12% rispetto al 2020, anno in cui rispetto al 2019 la dimensione quantitativa era rimasta sostanzialmente invariata. Anche in questo caso gli stranieri che nel 2021 sono il 30% del totale, crescono in maniera proporzionale.

Per gli interventi che vedono le famiglie direttamente interessate, il 2020, primo anno di pandemia, è stato caratterizzato da due linee di comportamento: una forte contrazione del numero di interventi di contrasto e prevenzione e il contestuale aumento del numero di contributi economici erogati. Nel 2021 a fronte di una sostanziale tenuta sui livelli del 2020 dei contributi economici si registra una decisa ripresa del numero di interventi di contrasto e prevenzione che non solo tornano sui numeri prepandemici ma in alcuni casi vanno anche a superarli.

Nello specifico dai dati raccolti tra il 2019 e il 2021 è successo che:

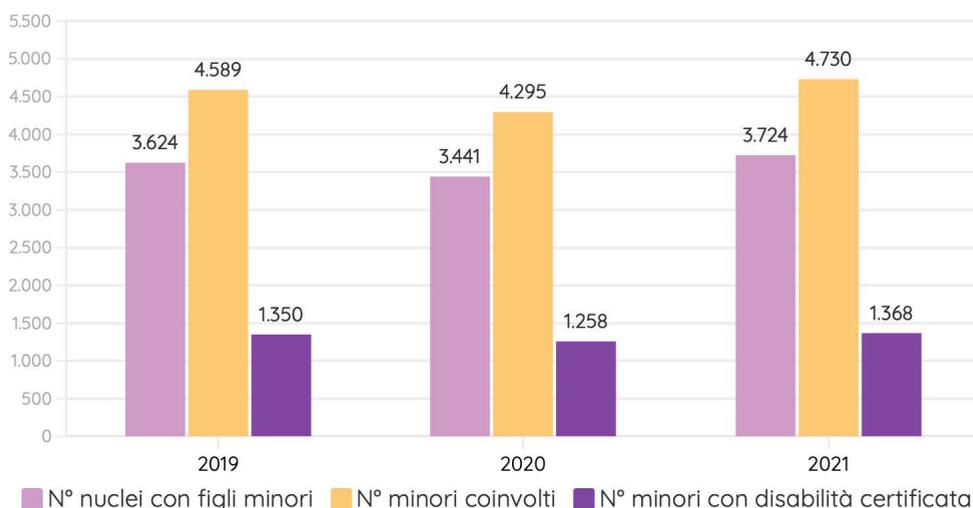
- la diffusione dell'attività di comunicazione/informazione strutturata per favorire l'accesso alla rete di servizi per la fase prenatale, la prima infanzia, l'adolescenza e le famiglie, quasi sparita nel 2020, torna nel 2021 a essere nuovamente presente con maggiore forza sul territorio. Nel 2019 erano 16 su 28 le zone distretto che avevano lavorato su questo aspetto. Nel 2020 l'attività è presente in solo 3 zone distretto e aumenta fino a 7 zone nel 2021;
- nel 2021 torna a salire anche la diffusione degli interventi di supporto ai minori e alle loro famiglie attraverso l'utilizzo di famiglie di appoggio, presente in 19 delle 28 zone distretto, tornando così anche per numero di soggetti coinvolti, ai valori dell'anno precedente la pandemia;
- nel 2021 è in forte aumento la presa in carico di *single* per la prevenzione di situazioni di disagio nel periodo prenatale. Si passa in un solo anno da 309 a 534 casi. Le coppie prese in carico per lo stesso motivo rimangono sotto le 100 unità;
- Aumentano gli interventi di sostegno nelle fasi successive alla nascita che nel triennio 2019-2021 passano da 389 del 2019, alle 362 del 2020 fino alle 468 del 2021 per un aumento nel periodo del 20%;





- Gli interventi di assistenza domiciliare socio assistenziale sono stati quelli che nel 2020, in maniera generalizzata su tutto il territorio regionale, più degli altri hanno risentono dell'effetto pandemia. Sono passati nel triennio 2018-2020 dai 590 nuclei con figli minori coinvolti a 337 per una diminuzione percentuale del 43% e i minori coinvolti sono diminuiti nello stesso periodo da 802 a 499 (-37,8%). Nel 2021 si torna sui livelli quantitativi del 2019 con 406 nuclei e 571 minori coinvolti e di questi 171 con disabilità certificata;
- Le assistenze economiche intese come trasferimenti in denaro e trasferimenti per attivazioni di servizi e integrazioni al reddito tengono nel numero confermando l'aumento già verificato nel 2020 quando in un anno i nuclei con figli minori coinvolti sono stati 9.675 per un totale di 15.910 minori e per una media di 1,6 minori per nucleo;
- Gli interventi di sostegno socio educativo domiciliare diminuiscono nel 2020 del 5% per poi risalire l'anno successivo del 8%. Sono 3.724 nel 2021 i nuclei familiari con figli minori coinvolti, 4.730 i minori di cui 1.368 con disabilità certificata.

FIGURA 22: BAMBINI E RAGAZZI E NUCLEI CHE HANNO USUFRUITO DI UN INTERVENTO DI SOSTEGNO SOCIO EDUCATIVO DOMICILIARE NEL CORSO DELL'ANNO. REGIONE TOSCANA, ANNI 2019 - 2021



Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza



A completare il quadro degli interventi riconducibili a situazioni di marginalità e povertà non si possono escludere dal contesto i minori che vivono fuori della famiglia di origine.

Almeno dal punto di vista meramente quantitativo in Toscana la pandemia non ha influito negativamente sugli affidamenti familiari. Al 31 dicembre 2021 i servizi sociali territoriali contano 1.029 affidamenti familiari in corso, qualche decina in più rispetto al 2020 quando erano mille esatti e il 6% in meno rispetto al 2019 quando se ne contavano 1.095. Quindi una tenuta nella dimensione quantitativa che si ritrova anche nelle singole poste degli italiani e degli stranieri al netto dei non accompagnati. Tuttavia si segnala che i MSNA aumentano da 77 a 92, rimanendo comunque una quota marginale di appena il 9% degli affidamenti.

A differenza da quanto osservato per gli affidamenti familiari, gli inserimenti in struttura residenziale sociale o socio-educativa – non necessariamente presente sul territorio regionale ma anche situata in altre regioni - nel periodo 2019-2021 registrano un aumento significativo e passano dai 759 del 2019 ai 757 del 2020 fino agli 847 del 2021 per un aumento nel periodo del 12%. Incremento che è tutto da imputare all'aumento del numero di minori stranieri non accompagnati che in questo contesto hanno un peso specifico decisamente più alto di quanto invece visto per gli affidamenti e nel 2021 supera di poco il 30%. E infatti, se tra il 2019 e il 2021 sia gli italiani che gli stranieri al netto dei non accompagnati rimangono quantitativamente invariati, i MSNA passano da 179 a 266 per un aumento percentuale del 56%.

Per completare il quadro quantitativo dell'accoglienza in struttura residenziale, devono essere considerati anche gli inserimenti in struttura ad "alta autonomia" che a fine 2021 hanno raggiunto le 276 unità. Su questa tipologia di intervento, fortemente condizionata dalla presenza dei MSNA che ad esempio nel 2021 incidono sull'85% del totale, risulta molto forte l'effetto pandemia. Tra il 2019 e il 2020 si passa infatti da 217 a 134 accolti per poi risalire fino ai 276 accolti del 2021. Andamento fortemente condizionato dal dato dei MSNA, 187 nel 2019, 134 nel 2020 e 236 nel 2021.

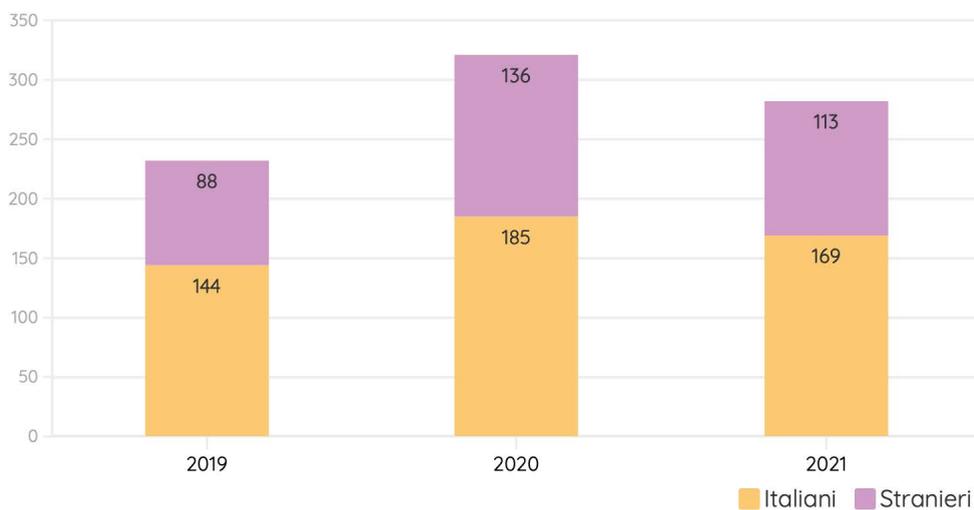
In definitiva i bambini/e o ragazzi/e presenti nelle strutture residenziali per minori e nelle strutture "alta autonomia" sono 1.123, di cui in maggioranza MSNA (502 pari al 45% del totale), seguiti dagli italiani (425 pari al 38%) e dagli stranieri al netto dei non accompagnati (196 pari al 17%).

Nella presentazione di questo contributo è stato fatto esplicito riferimento all'aumentata esposizione di bambini/e e ragazzi/e al rischio di devianza e di violenza in periodo pandemico. Ipotesi questa avvalorata dai dati del monitoraggio sui minori seguiti dai servizi in collaborazione con i servizi minorili del Ministero di Giustizia in materia penale e dai minori vittime di forme di violenza e maltrattamento.



Nel primo caso la dimensione quantitativa dei minori coinvolti non è certamente tra le più alte tra i molti interventi monitorati ma fornisce in maniera inequivocabile la situazione di disagio che soprattutto gli adolescenti hanno vissuto all'inizio della pandemia. Ai 232 ragazzi/e seguiti nel 2019, fanno seguito 321 casi nel 2020 per un aumento del 38% in appena un anno che rappresenta anche il valore più alto mai registrato da due decenni. Per i ragazzi stranieri si registra un aumento ancora più significativo, passano da 88 a 136 per una variazione del 54%, arrivando ad incidere su oltre il 40% dei casi. Nel 2021 il fenomeno diminuisce fino a 282 casi ponendosi comunque su livelli più alti di quelli pre-pandemia.

FIGURA 23: BAMBINI E RAGAZZI SEGUITI CON L'AUTORITÀ GIUDIZIARIA E CON I SERVIZI MINORILI DEL MINISTERO DI GIUSTIZIA (MATERIA PENALE) AL 31/12 DI OGNI ANNO. REGIONE TOSCANA, ANNI 2019 - 2021



Fonte: Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza

La dimensione quantitativa delle vittime di maltrattamenti in famiglia, nel triennio 2019-2021, non presenta una flessione nel 2020, se ne contano 3.438 in carico contro i 3.431 del 2019, ma aumenta in maniera significativa nel 2021 (+21%) arrivando alla quota massima mai registrata di 4.155 vittime. L'incidenza dei minori stranieri ha un peso significativo e se nel 2019 erano il 26% del totale, nel 2021 arrivano fino al 36% passando da 909 a 1.512. L'incidenza degli stranieri è particolarmente significativa se si considera che nel 2021 l'incidenza degli stranieri è più del doppio dell'incidenza degli stranieri



residenti nella popolazione minorile ad evidenziare che il fenomeno è molto diffuso tra la popolazione straniera e lo è diventato ancora di più durante e dopo la pandemia.

Effetto Covid-19 molto evidente per i bambini/e e i ragazzi/e segnalati e presi in carico dal servizio sociale territoriale come vittime di violenza assistita. Il 2019 aveva segnato in regione l'anno di maggiore espansione del fenomeno e con 2.130 casi segnalati e in carico a fine anno si raggiungeva il picco massimo dal momento dell'avvio del monitoraggio. Nel 2020 il numero di vittime segnalate per violenza assistita diminuisce fino a 1.944 casi per una contrazione percentuale del 9% rispetto all'anno precedente. Nel 2021 il fenomeno torna a crescere in maniera decisa e a fine anno i minori in carico per violenza assistita risultano 2.473 – nuovo picco massimo – per un aumento percentuale del 27% rispetto al 2020 e di un altrettanto significativo 16% rispetto al 2019. L'incidenza degli stranieri raggiunge il 39%, percentuale ancora più alta di quella vista per i maltrattamenti in famiglia.



# 6. MADRI DA DUEMILA GIORNI: POVERTÀ, LAVORO E CONCILIAZIONE DEI TEMPI

## 6.1. Introduzione

Tornare ad un anno di distanza su una pista di ricerca appena percorsa (“Madri da mille giorni. Dinamiche di impoverimento, risorse e strategie di resilienza dei nuclei familiari”, Regione Toscana 2021) presenta numerose insidie. I rischi principali sono quelli di non riuscire a fare troppi passi in avanti rispetto ai risultati conseguiti e, non meno importante, di adagiarsi sul progresso, seguendo pedissequamente un *format* che ha dato buoni frutti. Ma ha anche alcuni indiscutibili vantaggi.

Innanzitutto, quello di continuare un percorso di ricerca che, pur con i suoi inevitabili limiti, ha dimostrato di essere fertile, facendo emergere uno spaccato conoscitivo interessante e spesso poco valorizzato nelle ricerche sulla povertà in Italia. In secondo luogo, quello di fornire a chi segue ambiti nuovi di approfondimento o rimasti finora sottotraccia, facilitandone le scelte di campo.

In questo quadro, il gruppo di lavoro del Laboratorio sulle disuguaglianze sociali dell’Università di Siena - in stretta collaborazione con quello di Federsanità ANCI Toscana - ha progettato e realizzato il *focus* conoscitivo i cui principali risultati sono esposti nelle pagine che seguono.



Pur ereditando l'impostazione teorica dalla ricerca del 2021<sup>1</sup>, la scelta è stata quella di intervistare madri in condizione di povertà durante una diversa fase di vita (figli/figlie nei primi duemila giorni di vita), mettendo questa volta al centro dell'analisi la sfera lavorativa.

L'obiettivo è stato triplice: I. comprendere meglio il percorso di mobilità sociale, individuale e familiare, le esperienze di lavoro e l'eventuale reinserimento (avvenuto o in corso) occupazionale; II. tenere traccia dell'impatto e degli esiti delle misure e dei supporti offerti dai servizi territoriali; III. aprire una finestra sulle esperienze concrete di maternità nei primi anni di vita dell'ultimo nato, con una particolare attenzione alle necessità di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro.

Com'è noto, il lavoro rappresenta per le donne, soprattutto in Italia, un aspetto ancora assai problematico (Saraceno 2015; Pescarolo 2019). La letteratura ha evidenziato da tempo come alcune disuguaglianze strutturali presenti nella nostra società, a partire da quelle legate alla cosiddetta "triplice discriminazione", siano in grado di incidere non poco nei percorsi di inserimento lavorativo delle donne, finendo per penalizzarle anche durante la carriera. La situazione è decisamente più complessa per le donne con figli/figlie, di solito costrette a diventare *equilibriste*, data la generale scarsità di politiche di conciliazione e la carenza di servizi, tra la necessità della cura e la necessità di lavorare (Save the Children 2022).

In questa cornice di sfondo, le madri con figli/figlie nei primi duemila giorni - oggetto della ricerca - rappresentano un caso particolarmente fragile e di elevata vulnerabilità, dato che si tratta anche di persone a carico dei servizi sociali e talvolta beneficiarie di misure di contrasto alla povertà. Inoltre, in questi casi l'arte di arrangiarsi - come è emerso dalle interviste - si intreccia spesso alla presenza di episodi di violenza e di marginalità che aggravano una situazione esistenziale già critica.

I paragrafi che seguono daranno brevemente conto dell'impostazione della ricerca e poi entreranno nel merito dei risultati, lasciando quanto più possibile spazio ai racconti delle donne che hanno partecipato alla ricerca.

## 6.2. Disegno di ricerca e metodologia

Se il campo di indagine più generale è rimasto quello del rapporto tra dinamiche di impoverimento e maternità, con una particolare attenzione alle strategie attivate dalle donne per farvi fronte, la struttura della ricerca è stata invece organizzata intorno a un nuovo ambito di approfondimento: la condi-

<sup>1</sup> Per quanto concerne i riferimenti alla letteratura e ai principali atti normativi, rimandiamo il lettore alla introduzione del capitolo 4 nel Quinto rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale in Toscana.



zione di madre nei primi duemila giorni della vita dei/delle figli/figlie e il suo impatto nella sfera lavorativa.

Il filo rosso è stato pertanto il rapporto tra maternità e sfera lavorativa, con tutte le molteplici problematiche implicite ed esplicite, pregresse o conseguenti alla condizione acquisita di madre.

Le principali domande di ricerca si possono suddividere in due gruppi distinti: il primo maggiormente circoscritto alla dimensione della maternità (cosa succede a questo particolare *target* di donne nei primi duemila giorni di vita dei/delle figli/figlie? Quali ricadute e conseguenze ha la maternità sulla condizione pregressa di queste donne? Quali differenze ci sono tra madri che vivono all'interno di famiglie estese, spesso di cittadinanza straniera, e madri sole o con convivenze difficili?), il secondo più legato alla dimensione lavorativa (cosa succede alle donne nella sfera lavorativa nei primi duemila giorni di vita dei/delle loro figli/figlie? Quali sono gli aspetti più problematici di conciliazione? Quali aspetti distintivi ha il lavoro povero rispetto alle più note conoscenze che abbiamo rispetto al lavoro non povero? Cosa succede a coloro che diventano madri e stanno cercando un lavoro?).

Per cercare di rispondere nella maniera migliore a questi interrogativi di partenza l'intervista biografica (Bichi 2002) è stata ritenuta lo strumento metodologico in grado di restituire il vissuto delle protagoniste e, soprattutto, la narrazione di questo vissuto, nella maniera più efficace rispetto ai nostri fini conoscitivi.

La traccia dell'intervista è stata costruita sulla base di sei sezioni: I. Infanzia: relazioni familiari e interpersonali; II. Esperienze scolastiche e di formazione; III. Vita familiare attuale: nei suoi primi 2000 giorni; IV. Inserimento professionale, attività lavorativa, *ménage* familiare; V. Situazione economica, situazione abitativa, disagi principali e misure di contrasto attivate; VI. Bilanci, preoccupazioni, aspettative. Seguendo questa struttura, i/le tre intervistatori/intervistatrici hanno potuto muoversi con una certa libertà al suo interno, privilegiando i passaggi più significativi e lasciando sempre alle intervistate tempo e modo di raccontare le loro storie di vita. Al termine delle interviste, ciascun/a intervistatore/intervistatrice ha redatto una scheda di campo nella quale annotare situazioni o aspetti degni di rilievo.

In totale sono state effettuate 24 interviste biografiche, di cui 13 a donne di nazionalità italiana e 11 di nazionalità straniera, nel periodo compreso tra la fine di agosto e l'inizio di ottobre del 2022. Laddove necessario è stato utilizzato il supporto di mediatrici linguistico-culturali.

I territori nei quali sono state effettuate le interviste sono stati Livorno, Lucca, Pistoia e Grosseto, in quanto presenti anche nel progetto europeo "Reti-



ulate” (si veda più avanti il Focus n. 5). Al fine di garantire la privacy delle intervistate abbiamo ritenuto di non riportare il riferimento territoriale dopo ciascun brano pubblicato.

Cogliamo qui l'occasione per ringraziare formalmente dirigenti e assistenti sociali dei servizi sociali territoriali di Livorno, Lucca, Pistoia e Grosseto per la disponibilità e l'aiuto che ci hanno fornito a reperire e contattare le donne da intervistare, senza i quali sarebbe stato impossibile effettuare la ricerca.

TABELLA 12: QUADRO “ANAGRAFICO” DELLE INTERVISTATE

CONDIZIONE LAVORATIVA ATTUALE	CITTADINANZA	ETÀ	N. FIGLI/E	INTERRUZIONE SCOLASTICA	REDDITO DI CITTADINANZA	EDILIZIA RESIDENZIALE POPOLARE
Disoccupata	Italiana	30	1	sì	sì	sì
Disoccupata	Straniera	26	1	no	no	no
Occupata	Straniera	40	4	no	sì	sì
Disoccupata	Italiana	34	1	sì	sì	no
Disoccupata	Straniera	39	4	sì	sì	sì
Occupata	Straniera	25	1	si	no	no
Disoccupata	Italiana	38	2	sì	si	no
Disoccupata	Straniera	39	2	sì	no	si
Disoccupata	Italiana	27	1	no	sì	no
Occupata	Italiana e straniera	25	1	sì	si	no
Disoccupata	Straniera	29	2	sì	no	no
Disoccupata	Italiana	31	1	no	si	no
Occupata	Straniera	39	3	no	sì	no
Disoccupata	Italiana	48	4	sì	sì	no
Disoccupata	Straniera	37	3	sì	no	sì
Disoccupata	Italiana	36	5	sì	no	no
Disoccupata	Straniera	38	4	sì	sì	sì
Occupata	Italiana	40	1	sì	no	no
Disoccupata	Straniera	38	2	sì	no	no
Disoccupata	Italiana	39	5	sì	no	sì
Disoccupata	Straniera	46	3	sì	sì	no
Occupata	Italiana e straniera	43	3	no	no	sì
Occupata	Italiana	32	2	no	no	no
Disoccupata	Italiana	34	2	no	sì	sì



## 6.3. La condizione lavorativa tra formazione, conciliazione dei tempi e disuguaglianze di genere

### 6.3.1. Livello di istruzione e capitale culturale

Tra le variabili più importanti nel caratterizzare le biografie delle intervistate c'è senza dubbio il livello di istruzione e, più in generale, il possesso o meno di un buon capitale culturale.

La carriera scolastica è emersa come un ambito rilevante nelle narrazioni delle intervistate per un duplice motivo: si tratta di un aspetto importante per la definizione della propria identità e svolge un ruolo primario per ottenere condizioni lavorative in grado di garantire una maggiore stabilità economica. In relazione al primo aspetto il conseguimento di un titolo di studio più elevato rappresenta senza dubbio un obiettivo personale, che si ripercuote negativamente su coloro che hanno interrotto la propria carriera scolastica, soprattutto in termini psicologici.

*Io non sapevo niente e ho guadagnato i miei primi soldi... e ti senti di spaccare il mondo e ho detto chi me lo fa fare di tornare a scuola se quello che mi interessa adesso è mantenermi. Quindi ho fatto questa cavolata perché me ne sono pentita tanto, tanto.*

*D: Ti piaceva andare a scuola?*

*R: Sì [si commuove]... mi piaceva tantissimo, solo che come ho già detto... e tante volte me ne pento di aver lasciato...[piange]*

*D: Tornando indietro ti penti di questa scelta di non aver continuato gli studi?*

*R: Me ne pento amaramente, è quello che dico di continuo a mio figlio: non fare l'errore mio, non fare l'errore mio.*

Si consideri che 16 intervistate su 24 hanno sospeso gli studi prima di conseguire il diploma o una qualifica professionale di durata almeno triennale. Il fenomeno dell'abbandono scolastico, com'è noto, è molto diffuso in contesti di marginalità e spesso è la conseguenza di un *mix* tra povertà materiale e culturale dei nuclei familiari di appartenenza. Nel nostro caso specifico, inoltre, rileviamo anche una cospicua presenza di stereotipi di genere che orienta i percorsi formativi delle donne riproducendo le differenze strutturali presenti nel mercato del lavoro a sfavore delle madri, tema che approfondiremo nei prossimi paragrafi.



*Ho fatto solo la scuola elementare fino a 8 anni, non c'era la scuola là devi andare in un'altra campagna era difficile riuscire a pagare l'autobus. Ero femmina in una campagna, una mentalità un po'...*

*D: poi hai lasciato scuola?*

*R: Sì perché... mia mamma, non riesco ad andare avanti, non riesco a pagare la scuola...*

*D: Te avresti voluto continuare?*

*R: Sì mi piaceva scuola, riesco, piace, però che si fa, non avevo i soldi.*

Il riferimento al percorso scolastico è proposto invece con un'accezione positiva da coloro che non hanno sospeso la propria formazione, nonostante la presenza lungo il proprio cammino di numerose difficoltà. In questi casi il raggiungimento di diplomi e/o lauree è infatti motivo di orgoglio ed elemento importante nella definizione della propria identità individuale e sociale.

*Non l'ho fatta per lavoro l'università, l'ho fatta per hobby, mi piaceva da morire! Lavoro lo faccio, qualsiasi... posso spazzare per terra o posso stare a fare da mangiare, posso stare a questo tavolo a fare segretaria... qualsiasi! lo penso che potrei fare anche di più, sì, andare in ospedale a fare un altro tipo di quello che ho studiato... nel senso, sono capace. Ecco, questa è la parola, sono arrivata a avere fiducia in me stessa così forte che mi aiuta a superare tutte le cose... anche le mancanze!*

In generale, infatti, laddove sono stati conseguiti livelli di istruzione più elevati si riscontrano risorse personali di agency più marcate.

Il livello di istruzione diventa solitamente un importante fattore di protezione sociale, sia per una sua correlazione diretta con aspetti di *empowerment* individuale, sia perché contribuisce a una maggiore spendibilità del proprio *know how* sul mercato del lavoro. In alcuni racconti emerge un legame forte tra il titolo di studio e la condizione professionale, evidenziando come il successo scolastico, o l'aver intrapreso strade formative più in linea con l'offerta lavorativa, abbiano di fatto semplificato l'ingresso nel mercato del lavoro e potenziato la carriera professionale.

*Perché all'alberghiero fanno al terzo anno la qualifica e al quinto il diploma, che già uno con la qualifica può iniziare a lavorare [...] cioè ho pensato di andare sul professionale... perché comunque a me piace fare cose che mi permettono di stare a contatto con le persone [...] ho fatto l'autista [...] e poi*

**LA STRETTA  
CORRELAZIONE  
TRA LIVELLI  
DI ISTRUZIONE  
E CAPACITÀ  
DI AGENCY**





*ho fatto comunque sempre roba di catering, cameriera, aiuto cuoca... di tutto un po' [...] poi quello trovavo: pulizie, dogsitter... [...] Poi dopo io alla fine, appunto, mi sono messa a aprire questa pizzeria.*

Ciò nonostante, dalle interviste emerge anche come a un livello di istruzione più elevato non corrisponda automaticamente una condizione professionale migliore. Il livello di scolarizzazione non è infatti l'unico elemento che contribuisce a definire la situazione socio-economica di una persona ma la sua efficacia deve essere misurata nell'interazione con altri fattori che intervengono sui rischi di povertà, come lo spostamento dal territorio di origine, il possesso di una cittadinanza straniera, il numero elevato di figli/e o eventuali condizioni medico-sanitarie rilevanti.

### 6.3.2. Lavoro precario e lavoro povero

Se da un lato il lavoro riproduttivo è ancora considerato una prerogativa femminile<sup>2</sup>, con la conseguente attribuzione, spesso esclusiva, dei compiti di cura alle donne, dall'altro il mercato del lavoro risulta impostato su tempi, mansioni e richieste per lo più incompatibili con la gestione familiare.

Si tratta di un corto circuito che penalizza e discrimina enormemente le donne: “è fin troppo chiaro che la cultura del lavoro retribuito necessita di un totale ripensamento. Bisogna rendersi conto che le donne non sono i soggetti liberi da responsabilità di cura su cui è modellato il posto di lavoro tradizionale [...] La questione, in fondo, è molto semplice: nessuno di noi - neppure le aziende - può fare a meno dell'aiuto invisibile e non retribuito di chi si prende cura della famiglia; quindi, bisogna smettere di penalizzare chi lo offre. Al contrario: dobbiamo cominciare a riconoscere quell'aiuto, a valorizzarlo, e a riprogettare il lavoro retribuito in funzione del lavoro di cura” (Criado Perez 2020).

*Eh sì perché non è facile capito sei persone... pulire la casa, lavare, stirare... stanotte alle 2:30... ho addormentato la bimba, mi sono alzata, sono andata a pulire la cucina ho lavato per terra sono andata a preparare la lavatrice stendere i pan-*

<sup>2</sup> “Quello che infatti è e resta ancora per molte donne una condizione “normale” di lavoro, l'oblività rispetto al lavoro di riproduzione intesa come destino biologico, quindi lavoro non retribuito e non riconosciuto, escluso dal conteggio del Pil; condizione che, nell'attuale contesto, con un abbattimento sempre più drastico dello stato sociale, si configura sempre di più sotto forma di servitù e non più come lavoro di cura spontaneo e naturale e che ha raggiunto un grado di insopportabilità per le donne gli strati più deboli della società o è riversata senza regole né tutele sulle donne immigrate, è diventata modello dell'attuale condizione di lavoro per uomini e donne. La cultura patriarcale, fondata sulla subalternità femminile e sul disconoscimento del lavoro di cura e riproduzione, dà forma e sostanza alle nuove tipologie di contratti e alle condizioni di lavoro” (Corneli in Santilli, 2006, p.54).



*ni perché poi la mattina: prepara la bimba grande, prepara quell'altra, quegli altri due bene o male loro si alzano, fanno colazione, vanno a scuola*

La differenza tra il *padre lavoratore* e la *madre responsabile dell'ambiente domestico e familiare* è una disuguaglianza aggravata dalla differenza remunerativa del lavoro femminile rispetto a quello maschile, che non di rado costringe, pur laddove l'intenzione sia in linea con una distribuzione equa dei compiti nella coppia, a scelte di interruzione lavorativa per le madri che rischiano poi di stabilizzarsi nel tempo (Sartori 2009; Naldini, Saraceno 2011).

Queste disuguaglianze di genere si riscontrano in maniera frequente nelle storie delle intervistate, a partire dai tipi di lavori più ricorrenti, che risultano essere per lo più legati all'ambito della cura: *babysitter, colf* e addetta alle pulizie, OSS e OSA, badante.

Tutte le esperienze professionali delle intervistate rientrano nella categoria di lavoro povero, ovvero quella condizione occupazionale caratterizzata da precarietà, instabilità e un guadagno inadeguato a garantire la soddisfazione delle esigenze essenziali e tale da non permettere di superare economicamente la soglia di povertà. In sintesi, tutte quelle occupazioni che non garantiscono l'autosufficienza economica e non proteggono dal rischio di povertà e marginalità (Saraceno 2015).

*D: Te e tuo marito riuscite a fare fronte alle necessità economiche?*

*R: E ci proviamo così, così... [...] però un giorno non lo so come va lavoro, forse va bene, forse va male. Perché non è lavoro fisso.*

*Sì, sono a fare le pulizie in una cooperativa, ma non è che prendi quei grandissimi soldi da dire "vabbè ce la facciamo", questo mese qui ho preso 300 euro, che ci faccio?*

*Quello che si guadagna va per la maggior parte, quello che guadagno io che arrivo a 400-500 euro al mese lavorando di qua e lavorando di là, pago le babysitter. Si va avanti con lo stipendio di mio marito, ti ripeto, pagata l'assicurazione della sua macchina, fatta la spesa è finita.*

Sintomo di lavoro povero è senz'altro anche il frequente cambiamento delle posizioni lavorative di molte donne intervistate, ovvero l'esigenza di passare da un lavoro a un altro dovuto a un contesto di mercato caratterizzato da precarietà, condizioni di lavoro pesanti e contratti spesso a scadenza o inesistenti.

**LA STRETTOIA  
DEL LAVORO POVERO  
E DELLA PRECARIETÀ  
ESISTENZIALE**



*D: Come mai ti sei stancata della ristorazione?*

*R: Perché non ne potevo più... facevo tantissime ore, iniziavo la mattina alle 7 e mezzo e finivo all'1, le 2 di notte sempre, sempre.*

*Lavoro e non lavoro, a chiamata qualche signora mi fa fare le pulizie per 20 euro, 10 euro così, ma non tutti i giorni.*

*Bah sì, stipendio standard. Questa estate ho lavorato tutti i giorni, tutte le sere. Poi ora, quando è diminuito il lavoro, i giorni dal lunedì fino a giovedì, se ci sono pochi prenotati, io arrivo alle sei, fino alle otto, apparecchio, preparo la sala. Poi se non c'è nessuno, vado via. Perché ho un contratto di due ore al giorno. E poi se loro decidono di fare rimanere, poi me li pagano in nero.*

Si conferma, come nell'indagine dello scorso anno, una forte relazione tra il lavoro povero e l'economia sommersa, con la conseguente dualizzazione del mercato del lavoro.

*Lo stipendio era... quando ero assicurata, perché poi un periodo lavoravo a nero e un periodo ero assicurata. Il periodo che lavoravo come stagione giugno, luglio, agosto e settembre. A giugno prendevo 900 euro, facevo tipo 14 ore al giorno. Luglio prendevo 1200, agosto mi sembra 1500 se non sbaglia.*

*Avevo detto, tanto ora la mia mamma è a casa quindi potrei fare tipo anche due lavori. Nel senso, lavoro all'ospedale e poi sento se qualcuno ha bisogno di qualche sera cameriera, faccio di qua e di là, sento i posti dove sono stata a lavoro se hanno bisogno per fare un extra anche di poco, ma per farlo, di arrangiarmi in qualsiasi modo.*

Questo è accaduto non solo in periodi precedenti alla maternità ma anche dopo, quando, soprattutto in quelle situazioni di estrema solitudine dettate da una separazione o dall'assenza di *partner* per altre ragioni, il peggioramento della condizione economica ha costretto molte donne a svolgere più lavori contemporaneamente.

*Anzi ora io sto cercando di trovare una seconda occupazione perché io con quello che mi danno non riesco ad arrivare, ecco*

*Adesso ne ho uno fisso che mi permette di stare un po' più tranquilla perché è un lavoro serio, non è più notturno. Non sono più una mezza busta in nero ma è una busta completa con tutto però se serve, io sono sincera, sono da sola e se c'è*





*bisogno da altre parti lo faccio, senza contratto, ve lo dico a mio discapito, però tanto... [ride].*

Il lavoro povero e l'assenza di lavoro incidono marcatamente sulla qualità di vita, non solo per le difficoltà economiche che generano ma anche per l'assenza di prospettiva che impongono in termini di programmazione familiare e di vita personale, precarizzando le esistenze.

Inoltre, il lavoro rappresenta un aspetto importante per la definizione della propria identità e per dare un senso al proprio fare che, soprattutto laddove povero e precario, viene spesso meno.

*Ho proprio bisogno di andare a lavorare, ma a priori, indipendentemente dai soldi, via [...] mi è sempre piaciuto perché è anche uno stacco proprio tuo, primo personale [...] quando lavoravo alla [nomina un'azienda] ero più tranquilla, lavoravo, facevo le mie ore... era stancante perché poi tornavo a casa e avevo la bimba piccina, però era soddisfacente per tante cose, raccontavi la tua giornata... era tutto differente. Invece ora stando a casa la giornata è quella...*

### 6.3.3. Le carriere interrotte

Dai racconti delle intervistate è emerso come la maternità abbia spesso generato un cambiamento nell'orizzonte economico familiare, intervenendo sulla gestione delle spese e mettendo in discussione la situazione lavorativa della donna.

In alcuni casi la maternità ha generato la temporanea uscita volontaria dal lavoro da parte della donna, che ha preferito dedicarsi alla cura del/della nuovo/a nato/a; in altri casi, invece, la divisione dei ruoli culturalmente dominante è stata determinante per interrompere le carriere lavorative delle donne, sia per la volontà del marito sia per la struttura economico-lavorativa del mercato del lavoro che rende inconciliabile i due mondi (lavorativo e familiare).

*Poi stetti a casa perché [nomina l'ex marito] non voleva che io lavorassi, voleva che stessi a casa perché c'erano le bimbe [...] era sempre lui che decideva le cose in casa, io non decidevo mai. Quindi mi disse "Non ti conviene [iniziare un nuovo lavoro], lascia perdere!". Però invece a me sarebbe piaciuto.*

*Il primo compagno che avevo mi ha fatto smettere di andare a lavorare perché io avevo un lavoro indeterminato dove lavoravo quando l'ho conosciuta... [...] Poi è successo che persi il lavoro per il Covid-19 che chiusero tutto e c'è stato il calo*



*del lavoro però poi mi richiamarono ma io ero incinta. Rimasi incinta proprio in quel frangente lì, che io lavoravo e poi ho perso il lavoro. Poi mi hanno richiamato però con la gravidanza come fai a fare lavori pesanti? Non puoi.*

*E poi lì da lì è nato il primo bimbo sono rimasta incinta e poi ho lasciato il lavoro...*

*D: Per la gravidanza?*

*R: Sì, perché loro mi avevano messo in condizioni... prima cosa erano orari, che era la sera alle 5:00 fino alle 2:00, alle 3:00 la notte... in quel frangente lì il mio ex marito lavorava nella vigilanza e non c'era la possibilità chi guardava il bimbo a quell'orario lì, dalle 5:00 fino... Allora mi sono licenziata e ho preferito, ho detto cresco il bimbo e nel frattempo ho cercato sempre di arrangiarmi, di provar a fare qualche ora le pulizie, di andare a guardare qualche anziano che aveva bisogno... e niente poi dopo il primo bimbo è nato il secondo.*

Questa dinamica assume connotati più gravi nei nuclei monoparentali caratterizzati da separazioni o da situazioni più complesse e dolorose, come la presenza di casi di violenza o problemi giudiziari, laddove le madri restano la principale, se non unica, risorsa educativa ed economica per i figli.

*Anche perché lavorare tutto il giorno... [...] perché ti ripeto sto sola e devo gestire tutta la famiglia io*

*Fai conto te, l'anno scorso d'estate ho avuto un contratto di lavoro, era nelle pulizie. Però è un lavoro che io non posso fare, ho resistito perché avevo i miei genitori e diciamo che avevo [nomina l'ex marito] sempre in casa, finché non ho avuto la separazione.*

*E niente, praticamente era quello che mi ha fatto dire "lo chiudo oggi", oggi stesso, il fatto che ho visto che i bambini avevano paura di rimanere con il loro padre, quindi... [...] la famiglia è un motivo grande, grandissimo per quale ho smesso di fare questo lavoro*

Perciò, al di là delle difficoltà generate dalla situazione di crisi economica aggravata dal recente periodo pandemico, le intervistate hanno evidenziato come il motivo principale di uscita dal mondo del lavoro resti per lo più di tipo culturale, ovvero una contrapposizione spesso insanabile tra sfera lavorativa e familiare.



### 6.3.4. La conciliazione dei tempi di vita

Per questi motivi un'attenzione particolare è stata dedicata alla conciliazione dei tempi di vita, soprattutto per le donne che sono anche madri: educativo e di cura, domestico, di formazione e lavorativo, laddove presente. Ciò che emerge è un insieme di temporalità e di ambiti di vita che spesso si sovrappongono tra loro o rendono impossibile lavorare senza portarsi dietro il bambino/la bambina, aspetto che di fatto conduce alla perdita del lavoro.

**LA DIFFICOLTÀ  
DI CONCILIAZIONE  
TRA TEMPI DI LAVORO  
E TEMPI DI CURA**

*Ho lavorato anche in una pasticceria, lavoravo tutte le notti... poi mi avevano cambiato orario però non... come posso dire, quell'orario lì tornava bene perché non potevo più gestire il lavoro e gestire i bimbi perché prima di giorno stavo con i bimbi, [...] entravo all'una di notte fino alle 7:30 la mattina tutte le notti [...] gli stipendi anche quando lavoravo in pasticceria andavo a prendere una miseria. [...]*

*Più che altro è l'orario che... per esempio io anche ora è già un po' che guardo per trovare qualcosa da fare, no? [...] guardavo questi annunci, però tutti... sai, c'è chi la vuole alle 5:30, dalle 5:30 la mattina alle 8:00... e però io ho i bimbi, non ce la posso fare.*

*Ho provato a fare il serale quando il bimbo aveva 2-3 anni ma non è la stessa cosa, è la stessa cosa se sei da sola ma non è la stessa cosa portandoti dietro la carrozzina e una creatura.*

*Ora un po'... sono un po' ferma perché con la bimba, ho la bimba piccolissima, ora ha fatto 3 anni. [...] prima c'era un sacco di gente che mi chiamava quando non avevo la bimba.*

In questo quadro di difficile e continua ricerca di un equilibrio, la dimensione personale rischia pesantemente di essere messa da parte, con tutto ciò che questo significa in termini esistenziali: "si è sempre affrontato il tema della "conciliazione", parola ambigua e con significati spesso opposti, considerata una mera composizione di "tempi". In realtà il tema è molto più complesso e ha a che fare direttamente con le identità" (Bombelli 2009, p.68).

*D: E del tempo libero? Riesci a ritagliarti qualcosa per te o è un...?*

*R: Un rebus! È un puzzle, penso, sono dei pezzi di puzzle sparsi che non riesco a metterli insieme. Sì io la definirei proprio così*

*Sto imparando, sto imparando piano piano a ritagliarmi anche tempo PER ME, di prendermi cura DI ME, la cosa che per il resto della vita l'avevo messo da parte.*





Le difficoltà di conciliazione producono una divisione netta tra ruoli domestici e lavorativi, con l'esclusione dal mondo del lavoro delle donne o, più spesso, l'esigenza di farli coesistere nella figura della madre, la quale deve ricoprire il ruolo di lavoratrice come se non fosse anche madre e il ruolo di madre come se non fosse anche lavoratrice.

*Trovare un lavoro con dei bambini piccoli non era facile... [...] perché se vai alle agenzie a chiedere un lavoro e sentono dire già che hai tre bimbi, già ti scartano e entra una persona magari che non ha bimbi e che ha più possibilità di fare più ore. E sicché non sono mai riuscita diciamo a trovare un lavoro, ma non perché non volessi io*

*cioè io lasciavo bimba al nido, poi andavo a fare questi tirocini... il pomeriggio prendevo dall'asilo andavo da questo nonno dove lavoravo e lì la facevo dormire perché io per come... ero sempre sola con bimba dietro [...] dormiva il nonno e dormiva lei...*

*Diciamo inizialmente è stato complicato portarla avanti per il lavoro perché quando nasce, con i mesi di gravidanza ho fatto più che potevo, ho lavorato fino ad un paio di settimane prima di partorire, poi mi sono dovuta fermare. Quando aveva una mesata circa l'ho portata con me, facevo le pulizie dalla mamma di una mia amica.*

### **6.3.5. L'inserimento o il reinserimento nel mercato del lavoro**

Pertanto, a complicare l'inserimento o il reinserimento nel mondo del lavoro è proprio l'esigenza di conciliare i diversi ambiti di vita, richiedendo il mercato del lavoro per lo più profili con disponibilità di tempo prevedibile e continuativo, ovvero risorse generalmente "maschili". In alternativa, come già evidenziato, accanto alla sempre presente area di lavoro sommerso, il mercato sembra offrire lavori e contratti più flessibili, che quasi sempre corrispondono a situazioni di lavoro povero, in termini di guadagno, condizioni, e di costruzione di una prospettiva personale.

*E poi dopo è nata [la figlia] e non mi hanno più presa perché, insomma, è troppo impegnativo il lavoro del corriere perché esci la mattina e ritorni la sera.)*

Nelle storie sono presenti sporadici riferimenti alla partecipazione da parte delle intervistate a corsi di formazione finalizzati al reinserimento lavorativo. Laddove realizzati, sono stati per lo più proposti e sovvenzionati dal servizio



sociale o finanziati direttamente dalle beneficiarie. L'efficacia dei corsi talvolta si scontra con l'offerta del mercato del lavoro, sia per il loro svolgimento sia in termini di incisività sulla capacità di re-inserire persone disoccupate. Nella partita generale della formazione gioca - o almeno dovrebbe giocare - un ruolo importante anche il Centro per l'impiego, anche se nei racconti delle intervistate il suo contributo resta piuttosto marginale e, laddove menzionato, valutato in maniera insoddisfacente rispetto alle aspettative di coloro che vi si sono avvicinate. A fronte delle difficoltà evidenziate, ricoprono invece un ruolo interessante le risorse personali di *empowerment*, che, in alcune biografie, emergono come un espediente difensivo contro le spirali di marginalità e di supporto nelle situazioni di maggiore difficoltà.

Ciò detto, è necessario sottolineare come le sole risorse di *agency* non siano spesso sufficienti e necessitino di un contesto più generale favorevole. Conoscere episodi in cui l'intraprendenza e la risolutezza personali hanno assunto un ruolo di protezione può consentire di immaginare interventi volti a sostenere l'attivazione di eventuali capacità personali. Tuttavia, la marginalità e le difficoltà socio-economiche restano fenomeni strutturali su cui intervenire con pratiche e politiche *ad hoc*.

*La notte sì, l'ho fatto per diverso tempo, da quando è mancata mia mamma sempre mi sono arrangiata con qualche lavoretto ecc., perché poi sono rimasta da sola e io sono una tipa che non mi piace pesare sulle spalle di nessuno. [...] Come ti ho detto prima ho trovato una stanzina piccola, una casetta piccola, sono andata lì, ho lavorato alla sala Bingo anche lì sempre di notte. Sempre lavori così che mi permettevano comunque di raccattare quello che avevo bisogno, di prendere quello che avevo bisogno in quel tempo.*

*Quando poi apri la pizzeria e tutto quanto, perché lui forse ha anche capito che... sapeva benissimo che non andava e quindi che se io avevo fatto una cosa del genere era per avere un'indipendenza economica, per stare tranquilla sotto quel profilo... e quindi gli ho chiesto la separazione*

*Ho fatto la laurea quinquennale in matematica dopodiché sono arrivata in Italia[...] Qui ho scoperto che la mia laurea non ha nessun significato pratico, inoltre avendo un figlio non potevo rivolgermi tanto sul settore privato perché non sarei stata in grado di gestire gli orari e le responsabilità. Quindi dopo un periodo di barista, cameriera, ho ripreso a fare quel lavoro che mi aiutava a mantenermi durante l'università, facevo gli orecchini, facevo dei piccoli gioielli e ho cominciato a vendere sui mercatini. Lì l'attività è andata avanti fino al 2020, praticamente, crescendo!*

**INVESTIRE IN  
FORMAZIONE CON  
PROGETTI MIRATI  
PER POTENZIARE LA  
CAPACITÀ DI AGENCY**





## 6.4. Le dinamiche intergenerazionali di impoverimento

Come confermato anche dal recente rapporto Caritas (2022), in Italia le carriere di povertà si ripropongono verticalmente tra le generazioni di una stessa famiglia.

Se le condizioni economiche si ereditano *di padre in figlio*, emerge con forza che non sono soltanto le condizioni di accesso alla ricchezza ad essere simili tra madri e figlie ma anche alcuni fenomeni culturali, come l'abbandono scolastico, la socializzazione con lavori di cura e l'esposizione a relazioni disfunzionali e/o violente. Laddove nelle traiettorie di vita delle madri si evidenzia un cambiamento rispetto alla biografia dei genitori, soprattutto rispetto a quella della rispettiva madre, difficilmente si riscontrano cambiamenti migliorativi e perlopiù gli ambiti di vita restano tra loro alternativi: al migliorare di uno si assiste al peggioramento dell'altro, nonostante in taluni casi se ne abbia consapevolezza.

*Spezzare la catena! In primo luogo, questo, per tutti e tre. Spezzare la catena! Io ho fatto quello che ha fatto la mia mamma, che ha fatto quello che ha fatto la sua mamma. Io ho creato una relazione come nella casa in cui sono vissuta, vorrei che loro sappiano crearsi le relazioni sane, voglio che loro sappiano apprezzare sé stessi, rispettare se stessi, basta.*

Se la posizione economica di partenza e il contesto di origine condizionano le possibilità biografiche in modo consistente, essere madri amplifica enormemente questo effetto, sia per la difficoltà di conciliazione, sia per le caratteristiche del mercato del lavoro. Se poi a queste caratteristiche si sommano ulteriori fattori, quali ad esempio essere protagonisti/e di una migrazione, la possibilità che le vulnerabilità siano trasmesse generazionalmente si amplifica a dismisura.

Il rischio più evidente è quello della produzione di veri e propri processi nei quali le fragilità si cumulano tra loro fino a non poterle sostenere più: “a volte le dimensioni di difficoltà si uniscono: ad esempio, quando età, posizione socio-economica, gruppo etnico si intersecano, si creano cumuli di fragilità che diventano macigni. Queste madri avrebbero, più delle altre, bisogno di cambiamenti sia strutturali sia culturali che le proteggano” (Minello 2022). Con l'aggravante, spesso ingestibile, della presenza di casi di disabilità o non autosufficienza nel nucleo familiare, che aumentano il carico di lavoro di cura e peggiorano le possibilità lavorative delle intervistate.



*[il marito] non può camminare, non può fare nulla... sono io che faccio tutto... [...] Ha sempre male a queste gambe, se lui lavora o fa qualcosa forte, sempre male, sempre male*

*Vai a fare una domanda di lavoro, devi dare la disponibilità e non puoi dire "ho una bimba così" [con disabilità], cioè dice "Sì, ignora lei sta a casa a sto punto!" e allora devo cercare qualcosa di... un lavoro che mi mantiene libera, tipo quei lavori a chiamata capito?*

I fattori appena analizzati aumentano la necessità di risposte per la cura dei figli e delle figlie che spesso superano i confini del nucleo familiare e richiedono l'intervento di soggetti terzi appartenenti a reti di prossimità. Tuttavia, non sempre queste reti sono attivabili con facilità. Tra i principali e immediati soggetti di riferimento ci sono i nonni e le nonne, che talvolta sono ancora occupati/e o troppo lontani/e. Discorso simile per le reti di contesto, che spesso si misurano con casi di migrazione o con la necessità di contraccambiare l'aiuto con una qualche forma di pagamento.

Ciò che emerge dalle interviste è insomma una situazione più complessa, e per certi versi problematica, rispetto alla teoria forse un po' troppo ottimistica cui spesso si fa riferimento in letteratura, di un ricorso per certi versi scontato - in caso di bisogno - alle reti informali. Pur importanti, queste reti non sempre sono a disposizione delle persone con condizioni di disagio sociale grave e non sempre possono sostituire interventi istituzionali di protezione sociale.

*D: Rispetto ai tempi della tua vita quotidiana, chi si occupa del bambino?*

*R: Io io, e poi il suo babbo. E poi, quando viene, la mia mamma quando viene a darmi una mano, quando può venire perché anche la mia mamma lavora e poi abita a [in un'altra città]. Ora ce l'ho lasciato con la mia mamma, ma è dovuta partire da là, venire qua. Perché fino alle 8:00 non rientra a lavorare, ma quando rientra la mia mamma attacca la mattina alle 7:30 e finisce la sera alle 5:00, torna a casa alle 6:00. Non è che... ci sto io! Io 24 ore su 24. Non mi ci stacco mai. A parte il caso raro...*

*Quando sono andata al Centro per l'Impiego ho detto se riesco a trovare qualcosa la mattina che io sono sicura che ho la bimba lì, che anche da subito posso iniziare la mattina un part-time, anche perché io non ho nessuno che me la tiene, solo mia nonna, perché lavorano tutti. [...] lei abita al settimo piano e quando c'è la bimba è anche pericoloso, chiude tutte le finestre. Io ho sempre l'ansia ti dico la verità, la chiamo 500*

**AVERE O MENO  
RETI DI PROSSIMITÀ  
E AIUTI FAMILIARI  
PRODUCE NUOVE  
DISUGUAGLIANZE**





*volte. Poi non lavori bene, lavori con l'ansia, Tutto bene? Perché so che lei fisicamente purtroppo anche con tutta la buona volontà che ci mette per aiutarmi non ce la fa, non ce la fa.*

D'altronde, sappiamo come la scarsa presenza di risposte istituzionali attivi di fatto risposte informali, generando ulteriori disuguaglianze tra coloro che possono permettersi queste reti e coloro che, per vari motivi, non possono permetterselo: "tra le italiane occupate, poi, più della metà si affida ai nonni o ad altri parenti piuttosto che ricorrere ai servizi. [...] Proprio a fronte di un *welfare* poco presente, la necessità che i nonni sopperiscono all'assenza di servizi si manifesta in maniera più intensa che altrove. [...] come emerge dai dati ISTAT, infatti, nei nuclei in cui è presente una persona in pensione il rischio di povertà è inferiore, quasi dimezzato. Ma non solo: la probabilità delle madri di lavorare è del 30% più alta quando ad aiutare nella cura ci sono i nonni, con le solite distinzioni a cui ormai dovremmo esserci abituati: il contributo dei nonni per il lavoro femminile delle madri è forte specialmente tra le persone con basso livello di istruzione, quelle per cui un aiuto gratuito e senza orari è particolarmente importante per garantire l'opportunità di partecipare al lavoro retribuito." (Minello, 2022: 59-61).

Nella società contemporanea, dove i tassi di invecchiamento sono così elevati e quelli di natalità così bassi, i nonni e le nonne rappresentano figure decisive nella definizione della quotidianità e delle possibilità di vita delle coppie, con conseguenze dirette sulle scelte riproduttive. La loro presenza compensa l'assenza di interventi di *welfare* per il sostegno familiare e di misure correttive del mercato del lavoro, assenza che demanda alla sfera privata la gestione del nucleo familiare.

*Poi dopo quando poi ho iniziato a lavorare lì ti mandavano il programma di lavoro della mattina dopo e te dovevi essere disponibile... Però i bimbi erano a casa perché era estate, quindi dovevo gestirli perché lui fa i turni, dovevo dirlo ai miei genitori, non posso andare a chiamarli a mezzanotte... infatti una sera mi ci arrabbiai, li dissi "io domattina non ci posso essere, a me non me lo potete dire a mezzanotte, io devo avvertire i miei genitori, li chiamo all'una di notte?!" dissi alla responsabile "ma non scherzi!"*

*Mi faccio non in 4 ma in 10. Ti faccio un esempio di questa settimana. I miei partivano lunedì scorso per le ferie [...] lo veramente ero arrivata alla settimana scorsa veramente al limite. I miei sono tornati ieri sera e un piccolo sollievo ce l'ho perché tanto se vado a lavoro o mattina o sera ci sono loro, o la portano o la vanno a prendere loro.*





*Si tantissimo, tantissimo. Io dico che se non c'era la mia famiglia io sarei persa a livello di tutto perché io se non avevo loro quando la bimba era piccola davvero ero disastata, ero disperata davvero non avevo niente. Perdevo anche la casa perché poi non lavorando, non potendo comprare più niente, l'affitto non lo potevo pagare, condominio, bollette, luce, gas, acqua non potevo fare niente.*

La presenza di nonni e nonne consente inoltre, seppur involontariamente, di perpetuare nel tempo una sorta di resistenza culturale, piuttosto diffusa anche tra le madri in carico ai servizi, ad affidare i figli e le figlie a persone esterne rispetto alla famiglia.

*Non c'è nessuno, ho le amiche ma io sinceramente non mi fido a lasciare i miei figli a nessuno tranne a mia madre. Io non li lascerei a nessuno i miei bambini, non mi fido.*

*Perché non voglio che nessuno guardi i miei bimbi... li guardo io e mio marito...*

*Se [figlio maggiore] non lavora, se non va scuola, posso lasciarli a [figlio maggiore], però se io ho problemi non ho nessuno che me li può guardare... è questo che infatti cioè non è che ho una nonna, lo zio... la mia mamma e il mio babbo sono morti tutti e due... A chi li lasci? Le sorelle non sono qui...*

## 6.5. Le misure di contrasto

Una parte della ricerca è stata dedicata al rapporto attivato - o meno - da parte delle intervistate con i servizi sociali territoriali.

Se il primo contatto sembra avvenire per lo più per esigenze economiche - spesso connesse alla realtà familiare, per un aiuto nella gestione finanziaria - o sociali, per episodi di violenza domestica e per l'insorgenza di condizioni mediche rilevanti, le testimonianze delle intervistate hanno evidenziato alcune vulnerabilità trasversali, prevalentemente ascrivibili alla condizione abitativa e alla difficoltà di conciliazione tra le esigenze della famiglia e le proprie.

Queste difficoltà non sono mutuamente esclusive ma si ritrovano spesso insieme creando un effetto esponenziale di marginalità.

Provando a tenere i bisogni analiticamente distinti e concentrando l'attenzione sul primo punto è stato rilevato che le difficoltà di tipo economico sono quelle su cui si riscontra una maggiore capacità di risposta da parte dei servizi.

**LA NECESSITÀ  
DI POTENZIARE  
LE STRUTTURE  
DI ASSISTENZA  
ALL'INFANZIA**





Le misure di cui hanno beneficiato più frequentemente le intervistate sono infatti i contributi economici. In particolare, si confermano essenziali i contributi alla genitorialità erogati negli ultimi anni, come l'assegno di maternità dello Stato, l'assegno di natalità, il cosiddetto *bonus* Bebè e l'Assegno unico e universale per i figli a carico, o contributi *una tantum* di supporto alle spese ricorrenti nella gestione quotidiana, ad esempio quelle alimentari o dedicate all'affitto, alle bollette, ai testi e alle rette scolastiche, che registrano un'efficacia diversificata anche sulla base del Comune di residenza.

Un'attenzione particolare va riservata ovviamente al Reddito di Cittadinanza, percepito da circa la metà delle intervistate (13 su 24), il quale, insieme agli altri contributi economici, risulta essenziale per non inasprire ulteriormente le condizioni di marginalità ed è spesso affiancato anche dalla messa in atto di strategie di risparmio.

*D: Questo lavoro è sufficiente per soddisfare i vostri bisogni familiari?*

*R: A dire verità non tanto... non tanto. Meno male ci sono qualche aiuto come il reddito di cittadinanza... cosa c'è poi? Prodotti di infanzia, fino a 18 anni di bimbo [...] Proprio non arrivare, che non ce l'ho da mangiare o non riesco a pagare una bolletta no... però trovarmi un po' in difficoltà... perché io faccio così: prima pago le bollette e poi con il mangiare mi regolo in questo modo che tanto mi basterà. Si può inventare di tutto. Che sono rimasta senza mangiare o pagare una bolletta no... mai capitato. Trovavo sempre un'uscita di qualsiasi situazione. Però magari mangio un po' questo per questi giorni, questo non lo mangi. Per bimbi no, per bimbi non ho fatto mai mancare nulla.*

*Tantissimo, fanno comodo perché io tutti i mesi ci pago l'affitto. Appena mi arriva subito vado a pagare l'affitto, poi ci pago le bollette, poi da quando mi danno anche l'assegno unico io lo prendo a metà, perché metà lo prende il papà e metà lo prendo io. Quindi prendo poco di assegno unico, prendo mi sembra 60-70 euro però...*

Dal materiale raccolto emerge anche come per le donne con figli/e gran parte del risultato finale dipenda dal *timing* con il quale il processo di aiuto viene reso operativo. Prendere in carico tempestivamente le situazioni di vulnerabilità, infatti, consente di limitare il peggioramento delle condizioni di vita, che rischia altrimenti di generare spirali di marginalità sempre maggiori con conseguenze dirette per i/le figli/e.



Relativamente al secondo aspetto, emerge con forza come la casa rappresenti una risorsa essenziale di protezione sociale. Avere una casa sicura risulta infatti un discriminante importante sia materiale che immateriale, poiché impatta sulle stesse decisioni quotidiane, soprattutto permettendo di pianificare la quotidianità.

*Mediatrice: Ok ha detto perché qui l'ha vissuto come disagio anche per mezzi pubblici tipo ha... [...] Se ha un appuntamento, una visita, perché poi ha [il figlio] seguito dalla neuropsichiatria infantile e richiede tantissimi accessi anche tantissime visite, analisi e le occupa tanto tempo, quello sì, durante il mese due o tre volte lei deve fare una o delle cose per [il figlio] ha detto "Se ho l'appuntamento all'una devo partire alle 8:30 e rimanere in città"*

*D: e dormite tutte insieme?*

*R: quando c'è freddo, a settembre/novembre dormiamo qui [in cucina] perché qua c'è la muffa e io c'ho l'allergia e tutta la notte etciù etciù, non dormo più quando dormo qui [indicando l'altra stanza], faccio le coperte qui [indicando il divano e il pavimento], Emira dorme qui [indica il divano] e io con la bambina piccola qui [indica il pavimento]*

Una grande criticità emersa in merito a questo tema deriva dal difficile accesso all'Edilizia Residenziale Pubblica, di cui beneficiano 9 intervistate su 24, che si riscontra in molti racconti.

*Ho fatto anche il bando per la casa popolare, ma tanto comunque sono risultata 84esima, quindi a me non me la daranno mai*

Queste misure di sostegno rappresentano interventi di protezione contro la marginalità estrema ma rischiano di risultare insufficienti senza l'attivazione di percorsi proattivi per il rilancio delle competenze e delle possibilità lavorative delle madri. Infatti, solo l'occupazione consente di avviare percorsi di *agency* non solo rispetto alla condizione economica ma anche in relazione a scelte personali e genitoriali. In tal senso, le misure previste dal Reddito di Cittadinanza non sembrano avere prodotto tra le intervistate i risultati auspicati sulla carta.

Sempre a proposito di autonomia, le difficoltà di conciliazione restano senza dubbio l'ostacolo più significativo da superare. Tutti i servizi che dovrebbero facilitare la conciliazione - da quelli dedicati all'infanzia a quelli di supporto educativo e/o medico-assistenziale - sono stati infatti valutati dalle intervistate come carenti e inadeguati.



Un primo elemento di criticità evidenziato trasversalmente è la necessità di avere ore libere prevedibili, in modo da costruire un progetto caratterizzato da continuità e programmabilità. Un grande supporto, in questo senso, può essere offerto dal potenziamento e dal migliore funzionamento delle infrastrutture pubbliche di assistenza all'infanzia.

*D: Come hai fatto con il nido? Ti hanno inserito i servizi sociali?*

*R: Sì, a parte adesso ho un ISEE zero, niente, non percepisco niente. Poi i servizi sociali mi hanno fatto loro la domanda per farmela inserire e non pagare. Ora la mensa scolastica non la pago, altrimenti dovevo pagare 3 euro e qualcosa ogni giorno a pasto. Tramite i servizi sociali ci sono delle domande che loro ti fanno fare e ti aiutano anche per questo.*

*Cioè ma non esiste che io da mamma debba aspettare...cioè non posso entrare a lavorare perché non c'è il nido, perché c'è una lista d'attesa... mica tutti si possa permettere di pagare 540€ e il mio è quello più scemo eh... [...] non lo dovrei neanche pagare... cioè secondo me l'asilo non va pagato [...]*

Inoltre, laddove presenti, risultano molto impattanti i bisogni connessi a difficoltà medico-sociali, legate a episodi di violenza o a casi di disabilità, che richiedono interventi continuativi e personalizzati di presa in carico in grado di impedire l'aggravarsi delle situazioni già vulnerabili, considerato anche che influenzano notevolmente la conciliazione famiglia-lavoro.

*D: Quindi questo sostegno economico ti sarebbe servito o ti sarebbe servito più un sostegno sociale più ampio?*

*R: Più che economico, bene o male ci siamo riusciti. Sociale per il bene soprattutto di mio figlio non l'ho mai avuto.*

*[La figlia dell'intervistata si riferisce al servizio di supporto educativo] è bravissima, mi ha aiutata l'anno scorso con l'esame... son passata con l'8 infatti...*

*Mediatrice: era l'educatrice che il comune aveva messo a disposizione, educatrice professionale messa a disposizione [del figlio e della figlia] l'anno scorso... era un sostegno a casa per dare una mano [al figlio con disabilità] e però lo pagava il comune... sì, più per discorsi di scuola, studio... è un servizio erogato dal comune*



## 6.6. Brevi note finali

Rispetto al nesso maternità-lavoro - oggetto di questo *focus* su donne in carico ai servizi e madri nei primi duemila giorni di vita dei figli/delle figlie - il tema della conciliazione dei tempi è trasversalmente emerso come il più importante e sul quale è auspicabile un diverso e più significativo intervento pubblico.

Se la conciliazione dei tempi di vita non è supportata, come tutte le storie di vita raccolte hanno mostrato, il lavoro più accessibile, quando possibile (dato che spesso le donne altrimenti vi rinunciano), è quello povero e sommerso, e il rischio di entrare in situazioni di vulnerabilità ancora più gravi rispetto a quelle di partenza diventa quasi scontato.

Appare pertanto necessario rafforzare l'offerta di infrastrutture pubbliche per l'infanzia, aspetto essenziale per pianificare la propria esistenza senza dover ricorrere a continue e improvvisate "strategie di equilibrio" tra scarse risorse materiali a disposizione e scarse reti informali da attivare. Questi interventi - ad esempio una maggiore presenza di asili nido gratuiti o la creazione di servizi di *pronto babysitter* - sono altresì necessari per non sommare alle disuguaglianze di genere che interessano le donne nel mercato del lavoro ulteriori disuguaglianze, questa volta legate al possesso o meno delle reti di prossimità con le quali riuscire a bypassare l'assenza di servizi o i costi elevati degli stessi.

Per rafforzare la possibilità da parte delle madri di mantenere il lavoro occorre inoltre costruire percorsi di attivazione delle competenze personali (formazione professionale mirata sulle necessità e non generalista) in grado di rafforzare l'*agency* e di permettere loro scelte essenziali (cercare lavoro, interrompere relazioni disfunzionali, cambiare casa...). In tal senso, a monte della situazione di impoverimento, la correlazione tra carriera scolastica e lavorativa suggerisce anche la necessità di interventi contro l'abbandono scolastico precoce, un fattore assai negativo per i/le figli/e, per i/le quali si presenta sotto forma di disuguaglianza ereditaria.

Risulta inoltre necessario consolidare servizi e interventi di sostegno per le esigenze mediche, soprattutto per i casi di quelle malattie più rare e difficili da curare che necessitano interventi specialistici molto costosi. La presenza di figli/e con disabilità o persone non autosufficienti genera infatti una situazione di maggiore vulnerabilità non risolvibile con i soli - pur importanti - aiuti economici.



## Focus 4

# La Comunità di Pratica per l'inclusione sociale in Toscana tra produzione di conoscenza “*bottom up*” e costruzione di *policies* regionali

### IL PROGETTO

“Tutto ciò che facciamo e diciamo si riferisce a ciò che abbiamo detto e fatto in passato, eppure ricreiamo una nuova situazione, una nuova impressione, una nuova esperienza: produciamo dei significati che estendono, ri-orientano, contestano, reinterpretano, modificano o confermano - ossia negoziano da capo - le storie di significato di cui fanno parte” (Wenger 2006, p.65)

Nel quadro dell'Accordo di collaborazione tra Regione Toscana e ANCI Toscana, finalizzato allo svolgimento ed al coordinamento delle azioni previste nelle materie del sociale e sociosanitario, con particolare riguardo a quanto previsto nella linea 3) Reti territoriali per il contrasto alla povertà e per l'inclusione sociale, in collaborazione con IRS<sup>3</sup> è stato avviato nel 2020 un progetto di Comunità di Pratica sull'inclusione sociale, finalizzato all'aggiornamento e al rafforzamento delle competenze, rivolto agli operatori delle 28 Zone socio-sanitarie della Regione Toscana.

Il progetto ha un orizzonte triennale e si caratterizza quale *setting* di apprendimento collettivo partecipato, *peer to peer*, basato sullo scambio di esperienze, saperi, modalità operative e strumenti per l'inclusione sociale, tenuto conto dei diversi percorsi valutativi e programmatori in atto e degli interventi attivi sul territorio.

Un approccio *bottom up* che, a partire dalle pratiche e dalle competenze professionali dei partecipanti, si è da subito mosso in un orizzonte di ricomposizione delle Politiche territoriali per l'inclusione.

Il percorso ha come base i seguenti obiettivi specifici:

- informare ed aggiornare rispetto al quadro evolutivo delle politiche e della normativa di riferimento, anche attraverso la sistematizzazione delle numerose fonti, spesso disperse;
- alimentare un flusso permanente di dati ed informazioni dal livello nazionale a quello regionale e zonale;

<sup>3</sup> IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) svolge da oltre 25 anni attività di valutazione, ricerca ed assistenza tecnica in materia di inclusione sociale e sostegno alle vulnerabilità, a vari livelli istituzionali. Particolarmente attivo negli ultimi anni in accompagnamenti e supporti personalizzati ai territori per l'implementazione delle misure di contrasto alla povertà, coordina dal 2017 una specifica Comunità di Pratica che raccoglie 15/16 territori del nord e del centro Italia.



- favorire un periodico scambio di conoscenze e di esperienze tra gli operatori dei territori, anche finalizzato a consolidare la funzione identitaria dei servizi;
- condividere strumenti, procedure, modelli operativi e materiali utili, al fine di sostenere l'affermazione ed il consolidamento di modelli organizzativi omogenei;
- sostenere le professioni nella gestione delle misure e più in generale degli interventi di inclusione sociale, con un'attenzione ai singoli nuclei di competenza;
- accompagnare l'integrazione con le altre politiche/interventi nella prospettiva più ampia di una programmazione di sistema degli interventi di contrasto alla povertà, di inclusione sociale e di promozione del benessere delle famiglie;
- sostenere processi di dialogo e di scambio strutturati tra il livello regionale e il livello zonale;
- creare connessioni/raccordi anche con gli altri gruppi di Comunità di Pratica attivati, con particolare riferimento a quella sul tema della programmazione;
- contribuire all'osservazione del fenomeno in Regione Toscana attraverso la realizzazione di analisi, studi *ad hoc* ed approfondimento di tematiche emergenti relative all'inclusione sociale delle persone e delle famiglie con minori.

La Comunità di Pratica rappresenta anche un luogo privilegiato per il Tavolo regionale della rete per la protezione e l'inclusione sociale<sup>4</sup>, quale spazio di osservazione, raccolta e analisi, non solo di pratiche, ma anche di dati ed informazioni utili alle attività di monitoraggio e valutazione, nonché di restituzione e socializzazione dei risultati.

#### IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello prevede tre livelli:

1. livello didattico-formativo
2. livello informativo-documentale
3. livello dedicato a specifici 'seminari tematici'

<sup>4</sup> Previsto dal Dlgs 147/2017, è stato riorganizzato con DGR 917/21 prevedendo un'articolazione suddivisa tra funzioni specifiche di indirizzo/coordinamento (tavolo politico) e funzioni tecniche/operative (cabina di regia), in particolare attraverso il coinvolgimento di tutti gli ambiti territoriali toscani e la ricerca della più stretta collaborazione operativa tra i settori regionali competenti in sociale, sanità, lavoro, formazione, istruzione, politiche abitative.





Livello didattico-formativo - si realizza attraverso seminari in plenaria, rivolti a tutte le 28 Zone, di lancio e restituzione dei percorsi e laboratori operativi in materia di integrazione tra servizi: nei laboratori vengono presentate esperienze dei servizi territoriali e realizzate simulazioni, esercitazioni pratiche, lavori in sottogruppi in modo da favorire la reciproca conoscenza e lo scambio di buone pratiche;

Livello informativo-documentale - è basato su una piattaforma informatica ([www.faqfedersanitaancitoscana.it](http://www.faqfedersanitaancitoscana.it)), che consente la catalogazione di documenti, norme, esperienze zonali. La piattaforma, debitamente alimentata e animata dai diversi soggetti della CDP e dallo staff dei *partner* coinvolti, rappresenta un prezioso 'archivio' di materiali, pratiche, modelli utili al lavoro dei servizi, anche nel senso della promozione di una maggiore uniformità nelle modalità di gestione degli interventi all'interno della Regione ed un veicolo di diffusione di dati utili alla programmazione e alla progettazione. Un altro importante strumento di informazione e documentazione è costituito dalla *newsletter*: principalmente elaborata dal *partner* scientifico IRS, viene inviata con cadenza bimestrale ai partecipanti della Comunità di Pratica con lo scopo di fornire un periodico aggiornamento rispetto al quadro evolutivo della normativa di riferimento e dei principali dati a disposizione, veicolando contenuti nazionali ordinati e facilmente fruibili. Le segnalazioni sono suddivise in opportune sezioni (normativa nazionale, normativa regionale, dati ecc.).

Livello dedicato a specifici 'seminari tematici' - i temi da affrontare sono individuati sulla base delle esigenze che emergono dalla CDP anche rispetto ad innovazioni significative delle politiche nazionali e regionali che abbiano ricadute operative sui territori.

#### IL PERCORSO DI INTEGRAZIONE INTERSETTORIALE

L'orizzonte della CDP è insomma quello della costruzione di politiche territoriali inclusive e dell'approccio multidimensionale, che trova le sue fondamenta nella sensibilità al tema delle disuguaglianze, e al loro monitoraggio costante. Pur senza indulgere ad una condizione di perenne "lavori in corso", la CDP ha dunque adottato per la sua attività un approccio *snowball*, integrando le successive prospettive.

Sulla spinta della definizione come LEPS dei processi di presa in carico previsti dal Reddito di Cittadinanza, con uno sguardo eco-sistemico e attento al coinvolgimento anche di bambini e bambine, la CDP ha dunque progressivamente incluso la dimensione occupazionale-lavorativa promuovendo la partecipazione del "settore lavoro" e specificamente dell'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (A.R.T.I), proprio in relazione alla necessità di costruire pratiche integrate centrate sulla persona, ovvero percorsi interprofessionali e multidimensionali che orientassero alla realizzazione di micro *équipe* sociale-lavoro.



Come sappiamo l'integrazione tra i due settori è prevista dalle norme che hanno introdotto le misure nazionali di contrasto alla povertà (prima con il Reddito di Inclusione e poi con il Reddito di Cittadinanza) ma affonda le sue radici anche in pratiche precedenti, quali i tirocini di inclusione, il collocamento mirato delle persone con disabilità, il Programma Operativo Regionale ed il progetto regionale Giovanisì, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, per l'autonomia dei giovani.

L'integrazione tra operatori del sociale e del lavoro si è resa quindi sempre più necessaria ma l'effettiva collaborazione non è omogenea su tutto il territorio toscano: è quindi estremamente utile poter condividere gli strumenti e le modalità di lavoro che possono essere mutuati anche in luoghi diversi, con i necessari aggiustamenti.

Questa azione di sistema sul fronte delle Politiche Pubbliche ha potuto contare sulla sinergia fra l'Assessora Regionale al *Welfare* e l'Assessora Regionale al Lavoro che, con le rispettive Direzioni, non hanno mai fatto mancare il loro apporto, portando alla non scontata saldatura tra un processo generativo "costruito dal basso" e l'acquisizione di prospettive direttamente collegate alla programmazione regionale.

Il percorso di interazione tra servizi sociali e del lavoro all'interno della Comunità di Pratica ha preso avvio nella seconda metà del 2021 con l'attivazione di un'apposita *call* per la raccolta e lo scambio di buone pratiche, strumenti e modelli di lavoro tra territori a sostegno delle vulnerabilità.

Dopo un inquadramento della governance del sistema e dell'organizzazione dei servizi, attraverso un lavoro di mappatura delle principali esperienze in campo in Toscana, ci si è concentrati sulle esperienze più interessanti di integrazione interprofessionale. Perno intorno a cui ci si è mossi è stato il lavoro di *équipe*, quale luogo per eccellenza di ricomposizione tra professioni, servizi e risorse finanziarie.

Cronologicamente significativo risulta poi l'intreccio con il Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori – GOL: un'azione di riforma del sistema delle politiche attive del lavoro e della formazione professionale promossa nell'ambito della Missione 5 Componente 1 Riforma 1.1. del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finanziato con i fondi europei di *Next Generation EU* e attuato da Regione Toscana attraverso un Piano Attuativo Regionale (delibera 302 del 14 marzo 2022) approvato da ANPAL con nota 7395 del 6 giugno 2022.

Proprio lo sviluppo della riflessione sul Programma GOL ha dato impulso alla rilettura critica di un approccio tipico del settore lavoro: le procedure di profilazione e *clusterizzazione* della popolazione. Senza perdere la centralità del progetto personalizzato proprio di una cultura dell'intervento più tipica-



mente sociale, si è cercato di individuare i profili-tipo delle persone che si rivolgono ai servizi e mappare le possibili risposte con gli strumenti e le risorse disponibili tra sociale e lavoro: tutto ciò tenendo conto dei differenti profili di fragilità ed attivabilità, e dunque promuovendo un approccio di capacitazione complesso.

Il reinserimento lavorativo è infatti punto di partenza e terreno di incontro dove fare confrontare le diverse professionalità e trarre sintesi dagli stimoli provenienti dalle specifiche competenze. L'obiettivo è l'individuazione di strumenti multidimensionali e complessi centrati sulla necessità a) di conservare percorsi di capacitazione e b) di individuare e condividere con i destinatari di ciascun intervento traguardi concreti e negoziabili.

Sono emersi alcuni punti di snodo importanti:

- Necessità della definizione di un linguaggio comune
- Necessità di avere una visione sia di breve periodo (problemi urgenti) sia di lungo periodo (di progetto) che fa emergere la difficoltà di mettere a sistema e fare operare insieme le diverse competenze
- Presenza di differenze territoriali rilevanti (territori "privilegiati" vedono un'integrazione molto forte fra servizi sociali, Centri per l'Impiego e altre competenze, cooperazione tra enti pubblici e terzo settore e varietà dei servizi offerti o attivabili)
- Problemi di stereotipo nei confronti dei servizi che possono portare all'allontanamento da parte dell'utente o a reazioni avverse di rifiuto e sospensione dei rapporti con gli operatori
- Necessità di tempi e spazi di discussione di équipe: l'analisi comune tra operatori di diversi enti permette di affrontare meglio la complessità del bisogno economico/lavorativo, sociale e abitativo.
- Difficoltà di messa a punto di équipe operative e collaborative: differenti identità professionali e diverso prestigio professionale riconosciuto e/o percepito possono creare conflittualità.

L'ultimo tratto della comunità di pratica, nel secondo semestre del 2022, ha ulteriormente ampliato lo sguardo per ricomprendere anche i servizi connessi alle Dipendenze e alla Salute Mentale entrando dunque a pieno nello spazio della multidimensionalità e della *recovery*. Centrale il tema del funzionamento di *équipe* multi-professionali con un grado elevato di sistematicità, coerenza, omogeneità e diffusione territoriale.



Infine, la comunità di pratica funge da motore per un confronto costruttivo con la programmazione delle politiche di inclusione e lotta alle disuguaglianze. In questo senso costituisce un ambito di interlocuzione privilegiato il contesto predisposto dalla Regione Toscana attraverso il già citato Tavolo regionale della Rete per l'Inclusione e la Cabina di regia e, più in generale, la realizzazione del sistema territoriale di accesso e presa in carico integrata proposto dalle linee guida per il recepimento del DM 77/2022 in Toscana.

La realizzazione di Porte Unitarie di Accesso, di strutture quali i Centri Servizi previsti nella Missione 5 C2 del PNRR all'investimento 1.3.2, e la sperimentazione degli *One Stop Shop* in corso all'interno del progetto europeo *Reticulate* (vedi il successivo Focus n. 5) congiuntamente con il lavoro svolto all'interno del progetto *Tuscany Empowerment Action for Migrant System* (TEAMS - Fami 2014-2020) costituiscono un contesto di complessità e di opportunità. Accanto a questo, il crescente coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore nelle pratiche territoriali e nel quadro normativo toscano (LRT 65/2020) va a tracciare ulteriori sfidanti orizzonti per la CDP: innanzitutto chiamata a dare coerenza alle politiche di inclusione mediante il superamento delle asimmetrie di accesso e lo sviluppo di sistemi coerenti.



## Focus 5

# Il progetto *Reticulate: One Stop Shop* come sperimentazione in atto

### SINTESI DELLE AZIONI DI PROGETTO

Richiamandosi all'immagine botanica del *reticolo* degli apparati fogliari che tramite le loro venature trasportano il nutrimento dalle foglie in tutta la pianta, il Progetto *Reticulate* è stato disegnato per tessere - o là dove già esistente "rimagliare" - una rete di organizzazioni pubbliche e senza scopo di lucro supportandola nella condivisione di energie, relazioni e approcci di lavoro innovativi con la finalità di garantire alle persone vulnerabili una vita dignitosa e l'accesso a servizi integrati.

*Reticulate* è promosso e finanziato dall'*EU Programme for Employment and Social Innovation (EaSI)* nell'ambito dell'azione "*Establishing and testing integrated interventions aimed at supporting people in (the most) vulnerable situations*."

Il Progetto si rivolge a due nuovi *target* vulnerabili della popolazione impoverita: 1. I senzatetto, particolarmente difficili da raggiungere, 2. Le famiglie povere con figli che ricevono sostegno finanziario senza ulteriori misure di attivazione. Operativamente, *Reticulate* persegue l'obiettivo di sperimentare l'integrazione dei servizi e delle opportunità offerte dall'attuale sistema, riconoscendone e superandone la frammentarietà. Nei nuovi *One-Stop-Shop* (OSS) implementati in 4 aree della Regione Toscana, servizi, procedure e strumenti sono co-progettati da autorità pubbliche, ONG e gruppi vulnerabili.

Le dimensioni innovative del Progetto sono dunque molteplici: dal metodo di intervento alla definizione di una risposta integrata individualizzata e multidimensionale; dal *target* dei beneficiari alle modalità di governance a gestione condivisa, alla realizzazione di un flusso di finanziamento integrato tra risorse nazionali, regionali, municipali e dell'UE. Non ultima, l'analisi approfondita delle iniziative di successo in due paesi europei (Belgio, Grecia) per condividere modalità operative e modelli di governance.

I risultati positivi sono attesi sia a livello individuale (micro-impatto), sia a livello di fornitura di servizi (meso-impatto) sia livello sociale (macro-impatto) nella comunità, nel paese e nell'UE.

### IL PARTENARIATO RETICULATE

Il *Consorzio Reticulate* è coordinato dall'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) Toscana, e comprende i seguenti *partner*:



- Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) ente pubblico competente per la concessione e la gestione del reddito di cittadinanza;
- Agenzia Regionale della Toscana per il Lavoro (ARTI) per la gestione delle politiche attive del lavoro;
- 2 Comuni e 2 Aziende Sanitarie Pubbliche competenti per l'erogazione dei servizi sociali;
- Istituto di Ricerca Sociale (IRS) che vanta una lunga esperienza nell'analisi comparativa dell'UE;
- *European Social Network* (ESN), in qualità di rete di servizi sociali pubblici locali in Europa;
- Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora (fio.PSD) organizzazione che persegue finalità di solidarietà sociale nell'ambito della grave emarginazione adulta e delle persone senza dimora.

Sono *partner* associati:

- Regione Toscana, Settore *Welfare* e Innovazione sociale
- Action Aid International
- Caritas regionale Toscana

#### GLI OBIETTIVI SPECIFICI

L'obiettivo principale di *Reticulate* è quello di aumentare la coerenza e l'accessibilità per tutti gli utenti ad opportunità e servizi offerti sul territorio dai soggetti pubblici e privati. Tale sistema di supporti, ancora troppo frammentato e disarmonico, si compone di prestazioni in denaro, e di interventi, attività e percorsi proposti e guidati dai servizi sociali e dalle agenzie per l'inserimento lavorativo. Come sopra ricordato, il progetto si rivolge a due specifici *target*: le famiglie con bambini e le persone senza fissa dimora. La proposta mira a sperimentare l'integrazione dei suddetti servizi all'interno di *One-Stop-Shop* disegnati come unico punto di accesso ad una rete integrata di servizi con protocolli, procedure e strumenti co-progettati con la partecipazione di autorità pubbliche, ONG e soggetti vulnerabili gruppi selezionati.

A livello locale e nazionale, così come in diversi Paesi dell'UE, la risposta a problemi multidimensionali è caratterizzata da un sistema multilivello e burocratizzato di servizi di *welfare* e per l'impiego. La sperimentazione proposta, da sviluppare in quattro diversi ambiti della Regione Toscana e poi condivisa a livello comunitario, può essere sinteticamente così delineata:





- rafforzamento del funzionamento dei Servizi Sociali professionali dedicati alle misure di sostegno al reddito;
- consolidamento progressivo dei team multidisciplinari e potenziamento organizzativo delle Zone Sociali e Sanitarie.
- centralità delle Reti del Terzo Settore e *co-design* sociale a livello territoriale.
- progressiva centralità della governance zonale locale nella lotta alla povertà. In particolare, tale azione di contrasto alla povertà dovrà svolgersi in un contesto locale integrato, con un punto di ingresso centrale e unico per le diverse popolazioni *target*, che sarà basato su un modello di sportello unico e coordinato a livello regionale.

*Reticulate* adotta un approccio olistico per supportare le persone nelle situazioni più vulnerabili attraverso il raggiungimento degli obiettivi specifici:

1. Istituire un sistema integrato di presa in carico e relativi sostegni e servizi volto ad offrire un'adeguata erogazione di sostegno al reddito con l'attivazione di percorsi di nuovo o rinnovato accesso al mercato del lavoro e una fruizione effettiva a beni e servizi abilitanti attraverso la sistematizzazione di pratiche e procedure, in una cornice orientata al coordinamento di tutte le risorse, opportunità, competenze e ruoli professionali dispersi tra servizi e organizzazioni;
2. Rafforzare la cooperazione tra autorità pubbliche, organizzazioni del terzo settore e gruppi *target* selezionati mediante processi di *co-design* dei servizi sociali. Le comunità locali e le reti di relazioni possono infatti diventare veri e propri facilitatori tra i più fragili e marginali e i servizi ma solo se sono in grado di riconoscere l'estrema povertà;
3. Sensibilizzare e coinvolgere attivamente i gruppi *target* nella strutturazione dei servizi: sia attraverso fasi di ricerca (questionari, interviste, *focus group*) volte a fare emergere esperienze e desiderata delle famiglie più vulnerabili e dei senza dimora; sia tramite il coinvolgimento diretto di servizi dedicati e servizi di cura.
4. Creare spazi fisici in cui vengano offerte risposte integrate non stigmatizzanti sul modello dello OSS, progettati per essere attraenti e di facile accesso. Il sistema dello sportello unico – oltre all'integrazione dei servizi – implica l'attivazione di reti orizzontali di attori comunitari e un efficace dialogo interistituzionale a livello di sussidiarietà verticale; fondamento ed efficacia di tale sistema sono peraltro da individuare



nell'ambito del rafforzamento dei servizi, oggi definiti come un livello essenziale di prestazione (LEP).

5. Assicurare alle pubbliche amministrazioni uno scambio interistituzionale reciproco di opinioni a livello locale e comunitario per consentire una fruttuosa e molto concreta condivisione di conoscenze/esperienze.
6. Realizzare una sperimentazione a livello locale del modello integrato, focalizzata sui gruppi *target* selezionati.
7. Valutare i risultati della sperimentazione a livello locale al fine di ampliare l'iniziativa rendendola scalabile.
8. Diffondere le informazioni relative al potenziale delle sperimentazioni realizzate a livello locale per supportare l'accesso delle persone più vulnerabili ai servizi con un approccio integrato, garantendo l'accesso alle informazioni critiche sul modello a tutte le organizzazioni attuatrici, ai professionisti e ai volontari che lavorano in relazione servizi per tutte le parti interessate.

#### LA STRATEGIA OPERATIVA

*Reticulate* orienta le sue strategie operative allo sviluppo di comunità resilienti.

Il concetto di resilienza implica visioni *proattive* e *positive* e conferisce quindi una nuova dimensione strategica e attiva ad elementi potenzialmente critici.

È possibile individuare nelle seguenti 6 azioni gli elementi fondanti di un ecosistema resiliente: integrazione istituzionale (sussidiarietà orizzontale e verticale); integrazione delle risorse pubbliche e private in un contesto di co-programmazione e *partnership*; attivazione dei cittadini in condizioni di asimmetria/esclusione come risorse per il cambiamento del sistema; analisi del sistema dei servizi secondo un approccio diritti/uguaglianza; promozione del *program management* vs. *project management*; valutazione partecipata secondo il modello di ricerca-azione.

Per attivare questo ecosistema resiliente, *Reticulate* agisce su:

- a. Il coinvolgimento dei principali attori istituzionali con specifiche competenze (Comuni, Agenzia Regionale per il Lavoro, Settore Regionale *Welfare* e Innovazione Sociale, INPS);
- b. Il coinvolgimento degli enti competenti (fio.PSD, ActionAid) per raggiungere e attivare i *target* in condizioni di particolare esclusione;





- c. A partire dalle fasi di avvio delle attività di progetto, il coinvolgimento della *rete dei Servizi e della rete degli Enti del Terzo Settore* nell'analisi dei processi organizzativi di cura, al fine di rendere più efficace e mirata la costruzione di processi ad alta inclusività come chiave di attivazione del modello di comunità dello sportello unico.
- d. Nella costruzione del sistema dei servizi, l'utilizzo di modalità basate sul *co-design*, un procedimento di evidenza pubblica disciplinato dalle leggi nazionali e regionali come la creazione di partenariati pubblico-privato orientati alla condivisione di finalità e modalità di intervento.
- e. La costruzione di specifici collegamenti tra i livelli (europeo, nazionale, regionale e zonale) di sperimentazione garantiti dall'azione del *partner* della Rete Sociale Europea e del partenariato europeo come risorsa di *benchmarking* e trasferibilità.
- f. Un'attività di valutazione permanente garantita dall'Istituto di Ricerca Sociale, intesa anche come processo di costruzione delle capacità di conoscenza condivisa a livello dei territori e del sistema.





## **7. CURARE E CURARSI NELLA MARGINALITÀ. I RISULTATI DELL'INDAGINE SU SENZA DIMORA, SALUTE E ACCESSO ALLE CURE IN TOSCANA**

### **7.1. La scelta del tema e gli obiettivi della ricerca**

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

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

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

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

Quello della marginalità estrema è un problema di pochi, statisticamente poco rilevante. Ma che si conferma necessario indagare ed affrontare perché

tema ad alta complessità e fortemente interrelato con le molteplici sfere di vita e di “giustizia sociale” (Walzer 1983) e i relativi ambiti di intervento delle politiche.

In continuità con le attività di ricerca rivolte all' *Housing First*<sup>1</sup> nel 2021 e con l'attuale impegno in qualità di capofila nel progetto EASI 2020 *Reticulate* dedicato all'attivazione di *one-stop-shop* rivolti a intercettare i bisogni della grave marginalità (vedi Focus n. 5), anche per l'anno 2022 Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana attivando *ad hoc* o rinsaldando una ampia *partnership* nazionale e locale<sup>2</sup> hanno scelto di dedicare uno degli approfondimenti di ricerca ai senza dimora<sup>3</sup> e in particolare al tema della loro salute e dei percorsi – mancati o compiuti, desiderati o negati – di accesso alle cure.

Ci si è chiesti quanto e come le città siano in grado di aiutare; se la sanità sia davvero aperta; quanto gli operatori siano in grado di ascoltare e quanto siano tenuti ad imporre.

Guardando poi ai sempre più diffusi strumenti di presa in cura e di presa in carico sociosanitaria (cfr. *budget* di salute) con i previsti percorsi personalizzati riabilitativi, di intervento terapeutico su bisogni sanitari complessi, di vero e proprio reinserimento nell'ottica di pratiche di governance inclusive, ci si è interrogati in quale modo, con quali difficoltà e con quali margini di successo venissero proposti ai senza dimora.

L'obiettivo è stato quello di colmare almeno in parte un preciso bisogno conoscitivo su questa specifica fascia di popolazione, ovvero su chi anche entro i confini territoriali e nell'ambito sociale della Regione Toscana vive “all'estremo limite” (Gui 1996, Polin 2022): un limite di disagio, precarietà, abbandono, isolamento, sopportazione fisica, che riguarda sì numeri piccoli ma

**MARGINALITÀ  
ESTREMA:  
UN PROBLEMA  
PICCOLO IN NUMERI  
MA GRANDE  
IN TERMINI  
DI “GIUSTIZIA  
SOCIALE”**

<sup>1</sup> Si veda, in particolare il Quinto rapporto sulle povertà e sull'inclusione sociale, cap.8 La centralità dell'Abitare: *Housing first* in Toscana (AA.VV. 2021).

<sup>2</sup> I soggetti coinvolti nel partenariato che hanno attivamente partecipato al percorso di ricerca sono: Fondazione Caritas Firenze, fio.PSD Federazione Italiana degli Organismi per le Persone Senza Dimora, Società della Salute di Firenze, Società della Salute Pisana, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Associazione Niccolò Stenone ONLUS Firenze, Cooperativa Sociale Il Simbolo, Arnera Società Cooperativa Sociale Cooperativa Sociale Alzaia, Società San Vincenzo De Paoli di Pisa, Amici della Strada ODV. Si ringraziano per la disponibilità e la collaborazione la Direzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze.

<sup>3</sup> Secondo la definizione ISTAT (2015), ripresa anche da fio.PSD ([www.fiopsd.org](http://www.fiopsd.org)) e in linea con la classificazione ETHOS elaborata dall'Osservatorio Europeo sull'*Homelessness* ([www.feantsa.org/download/it\\_8942556517175588858.pdf](http://www.feantsa.org/download/it_8942556517175588858.pdf)), è considerata senza dimora la persona che versa in uno stato di povertà materiale e immateriale e connotato dal forte disagio abitativo, cioè dall'impossibilità e/o incapacità di provvedere autonomamente al reperimento e al mantenimento di un'abitazione in senso proprio. Anche nella presente ricerca, allo scopo di circoscrivere meglio il *target* cui ci si è rivolti, è stata utilizzata come riferimento la classificazione ETHOS contenuta nelle linee di indirizzo per la presa in carico della marginalità sociale adulta.



che pone enormi sfide sia come interlocutore/oggetto di ricerca tipicamente *hard-to-reach*<sup>4</sup> sia per la complessità e stratificazione delle problematiche espresse.

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

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

## 7.2. Il disegno della ricerca: luoghi, tempi e strumenti

La cornice tematica e gli obiettivi sopra delineati hanno imposto di definire rigorosamente la popolazione di riferimento, gli strumenti di rilevazione, e i luoghi e i tempi dell’indagine. Il disegno della ricerca che ha guidato l’*Inda-*

<sup>4</sup> Complessità e difficoltà confermate dall’ampia rassegna della letteratura compiuta nelle fasi preliminari del percorso di ricerca-azione che ha preso in esame le principali ricerche monografiche a partire dai primi studi condotti negli Stati Uniti e in Canada (Ensign e Gittelsohn 1998; Stergiopoulos e Herrmann 2003; Elliott 2013; Saddichha et al. 2014) fino ai più recenti approfondimenti anche a livello europeo ed italiano (AA. VV. 2019; Bracci 2017; Capello e Porcellana 2017; Fio.PSD 2018; Porcellana 2017; Cortese et al. 2020; Hertzberg e Boobis 2022).

gine preliminare su *Senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana* ha dunque previsto di rivolgersi a due diversi interlocutori: ai senza dimora nel particolare ruolo di curati o di richiedenti cure; e ai professionisti dell'ambito sanitario (medici, infermieri, operatori socio-sanitari) afferenti ai DEA ospedalieri (talvolta nella doppia veste di volontari in ambulatori sociali) nel ruolo di potenziali curanti di persone con problematiche complesse non solo sanitarie ma anche sociali. Selezionate per criteri di consistenza del fenomeno, criticità segnalate e buone pratiche attive le aree territoriali di Firenze e di Pisa, il lavoro sul campo si è dunque articolato in due distinte fasi di rilevazione, rivolte a interlocutori diversi e condotte con adeguati strumenti di rilevazione.

La prima fase è stata quella della rilevazione tramite questionario strutturato somministrato da operatori formati<sup>5</sup> a senza dimora segnalati dalle strutture a bassa soglia di loro abituale frequentazione: nell'area urbana di Firenze tra settembre e dicembre 2021 sono stati raccolti 84 questionari; nell'area urbana di Pisa tra gennaio e febbraio 2022 sono stati raccolti 35 questionari.

La seconda fase di rilevazione tramite interviste in profondità condotte da intervistatori qualificati ha visto partecipare 6 medici e 4 infermieri per il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Santa Maria Nuova (Azienda USL Toscana Centro, Firenze); e 5 medici, 7 infermieri e 3 OSS per il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana Cisanello, per un totale di 25 professionisti sanitari<sup>6</sup>.

Hanno completato il quadro delle interviste raccolte 14 colloqui a testimoni privilegiati attivi nelle istituzioni locali e nel terzo settore (6 per l'area fiorentina, 8 per quella pisana), che hanno aggiunto elementi preziosi e inediti sulle più recenti criticità, le buone pratiche in atto e i loro funzionamenti, le strategie di intervento attive a livello locale<sup>7</sup>.

## LE DUE FASI DELLA RICERCA:

**1) QUESTIONARI A 119 PERSONE SENZA DIMORA:**

**2) INTERVISTE IN PROFONDITÀ A 25 PROFESSIONISTI SANITARI E A 14 TESTIMONI PRIVILEGIATI**

<sup>5</sup> Vogliamo ringraziare tutti i collaboratori e le collaboratrici che con la loro preparazione e sensibilità hanno reso possibili le rilevazioni nelle sedi di Firenze e di Pisa: Aimad Acoudir, Elena Andreoni, Angela Giacobelli, Monica Tentoni.

<sup>6</sup> Se per l'area pisana la scelta dell'AQUP è stata una scelta obbligata rappresentando l'unico presidio ospedaliero nell'area comunale, la scelta dell'Ospedale di Santa Maria Nuova è stata dettata dalla volontà di rivolgersi ad una struttura gestita direttamente dalla ASL Centro e particolare per collocazione: situato nel centro storico fiorentino, l'Ospedale di Santa Maria Nuova presenta caratteristiche uniche per centralità e raggiungibilità, conformazione architettonica e storia, e non ultimo vicinanza ad altri luoghi strategici (in primis la stazione centrale di Santa Maria Novella, ma anche il Mercato di San Lorenzo e le logge della piazza Santissima Annunziata).

<sup>7</sup> Le informazioni estrapolate dai colloqui o i brani di intervista riportati testualmente nei seguenti paragrafi sono codificati indicando in sigla la città di riferimento (FI per Firenze, PI per Pisa) e la qualifica dell'intervistato (TP per Testimone Privilegiato; PS per i medici, gli infermieri e gli OSS operanti in Pronto Soccorso) seguita da un numero identificativo.



## 7.3. I risultati

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

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

Riguardo al percorso va sottolineato come le origini, le storie e le esperienze dei senza dimora siano estremamente varie e, se pure segnate da punti di svolta – o meglio di caduta<sup>8</sup> – talvolta non così dissimili, continuino a connotare in modo peculiare le loro stesse identità (Polin 2022, McCarthy 2013, Parsell 2018).

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

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

<sup>8</sup> Nelle sue rilevazioni del 2011 e del 2014 dedicate alla popolazione senza dimora ISTAT considera quali eventi di vita negativi da rilevare la malattia, la separazione dal coniuge e la perdita del lavoro stabile.

### 7.3.1. Il quadro nazionale, regionale e locale: numeri e misure

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

Tra il novembre e il dicembre 2014 ISTAT stimava una presenza di 50.724 persone senza dimora fruitrici di almeno un servizio di mensa o accoglienza notturna nei 158 comuni italiani monitorati. Rispetto al totale della popolazione (sempre pesato sul campione geografico considerato) i senza dimora rappresentavano il 2,43 per mille della popolazione regolarmente iscritta, dato in aumento rispetto al 2,31 di tre anni prima (47 mila 648 persone in totale).

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

I dati del 2014 confermano, con qualche significativa variazione che può essere letta come vero e proprio *trend*, quanto riscontrato nel 2011: la maggioranza dei senza dimora è di genere maschile<sup>9</sup> (85,7% pari a 43.467) se pure con un aumento delle donne che passano dal 13,1% al 14,3% (7.257). Guardando alla distribuzione per fasce di età, emerge una tendenza all'invecchiamento: se nel 2011 la fascia di età più rappresentata era quella dei 18-24 anni con 15.612 individui (32,8%) nel 2014 la stessa si riduce a 13.012 individui calando di 7 punti percentuali e la fascia di età più rappresentata diventa quella degli adulti maturi di 45-54 anni che salgono da 10.499 a 13.204, ovvero dal 22% al 26%.

<sup>9</sup> Da notare come le indagini ISTAT relative agli 2011 e 2014 contemplino solo due categorie definitorie per la variabile genere, rendendo di fatto invisibile la presenza di soggetti con identità non binaria e/o non rispettando la volontà di non esprimere una identità di genere.



Con riferimento all'età media, cresce quella degli stranieri che passa da 36,9 a 39,8 anni, e si mantiene stabile a 50,3 anni l'età media dei senza dimora gli italiani. Completa il quadro delle variabili ascritte la cittadinanza: i 29.533 senza dimora stranieri nel nostro Paese rappresentano la maggioranza ovvero il 58,2% del totale, a fronte di 21.259 italiani (41,9%).

L'aumento dell'età media tra gli stranieri si associa a quello della durata media della condizione di senza dimora (da 1,6 a 2,2 anni), mentre la componente italiana conferma una durata media stabile a 3,5 anni. "In particolare, tra gli stranieri raddoppiano quelli che sono senza dimora da almeno 2 anni (da 9,2% a 18,7% se la durata va da 2 a 4 anni, da 9,3% a 17,1% se supera i 4 anni); diminuiscono in maniera significativa del - 17% coloro che sono senza dimora da meno di 6 mesi e del - 9% di chi vi permane da meno di un mese, scendendo rispettivamente nel 2014 al 32,7% e al 8,8%" (ISTAT 2014: 5).

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

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

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

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

Il rapporto nazionale ISTAT traccia anche un profilo di salute, se pur non particolarmente approfondito. Nel 2014 poco più di un quarto dei senza dimora (25,4%) dichiara problemi di salute, il dato – nel complesso in calo rispetto al 2011, quando si attestava al 31% – registra una diminuzione soprattutto per la componente italiana che passa dal 41,7% del 2011 al 31,4% del 2014, mentre più stabili sembrano essere le condizioni di salute degli stranieri, dove a lamentare problemi nel 2014 sono il 20,8%, 2,9 punti percentuali in meno rispetto al 2011. Da notare come nonostante il più diffuso “benessere” dichiarato, il consumo di farmaci – o comunque la disponibilità – aumenti nel complesso di quasi 7 punti percentuali, passando dal 33,5% al 40,2%; in particolare l’accesso al servizio di distribuzione dei farmaci per gli stranieri vede un incremento dell’8,1%, crescendo dal 35,1 al 43,2, per gli italiani è comunque in crescita ma di un più modesto +4,3% passando dal 31,1% al 36,4%.

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

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

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



Pisa e nel 43% dei casi a Firenze, in situazioni di bisogno si fa ricorso all'intervento sanitario offerto dal Pronto Soccorso. Nel 29% dei casi sul territorio pisano e nel 16% dei casi sul territorio fiorentino gli intervistati dichiarano di essersi recati al Pronto Soccorso più di 6 volte nell'arco degli ultimi 5 anni.

### 7.3.2. Percezione del fenomeno nel territorio: specificità e risorse

Nonostante l'importanza di consolidare i dati relativi al fenomeno e non di meno quelli più specificamente relativi all'intervento locale di contrasto alla grave marginalità, non sarà qui possibile offrire una mappatura completa delle risorse e delle modalità di intervento pubbliche e private esplicitamente rivolte alla grave marginalità<sup>10</sup>. I servizi presenti nelle aree oggetto di approfondimento, Pisa e Firenze, saranno quindi ricostruiti non nelle loro caratteristiche più prettamente quantitative e strutturali ma per punti salienti dell'impatto sul fenomeno, per segnalate criticità da parte degli interlocutori privilegiati intervistati, e per specifiche dinamiche di funzionamento che solo l'esperienza diretta degli *insider* è in grado di fare chiaramente emergere. Di supporto a questo percorso di analisi sono la Figura 24 e la Figura 25 riportate più avanti nel capitolo, che ripropongono in forma sintetica e visuale le principali risposte offerte dai territori pisano e fiorentino ai bisogni sanitari o più propriamente sociosanitari espressi da soggetti adulti e in condizione di grave marginalità.

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

Nell'ambito della Società della Salute pisana i numeri indicati dai testimoni privilegiati riguardanti il fenomeno *homeless* sembrano essere piuttosto stabili e contenuti, sebbene l'indicazione sia quella di considerare tre distinti livelli (PI\_TP\_8A e PI\_TP\_8B). Primo, il flusso di utenti dei centri di prima accoglienza che aderiscono al Progetto *Homeless*<sup>11</sup> [si veda la lista riepilo-

<sup>10</sup> In particolare, si rimanda al capitolo 8 "La centralità dell'Abitare: *Housing first* in Toscana" della precedente edizione del rapporto (OSR 2021) e si invita altresì a seguire i successivi sviluppi di ricerca e sperimentazione condotti da Federsanità ANCI Toscana nell'ambito del progetto europeo *Reticulate* (vedi Focus n. 4).

<sup>11</sup> Con il nome Progetto *Homeless* si fa riferimento ad un sistema di interventi della Società della Salute della Zona Pisana che intende favorire la promozione del diritto di cittadinanza delle persone senza dimora. Nato nel 1996 su impulso della Caritas Diocesana di Pisa, ha da subito visto coinvolti sia soggetti istituzionali come il Comune di Pisa, la Fondazione Cassa di Risparmio di Pisa (che ha finanziato il progetto strutturale) e, successivamente, la Società della Salute della Zona Pisana (che ne garantisce la continuità di finanziamento); sia soggetti del privato sociale, come le cooperative sociali Il Simbolo, Arnera e Alzaia, che ne hanno attuato i diversi interventi, o come le associazioni di volontariato Società San Vincenzo de' Paoli, Amici della Strada e CISOM. Attualmente, la sede principale delle attività del progetto si trova in via Conte Fazio a Pisa, e



gativa degli enti aderenti ricostruita nel Box 2] coordinato dalla stessa SdS può essere stimato in una media di 900 persone all'anno prevalentemente composto da soggetti di passaggio in città, che utilizzano i servizi in modo occasionale e sporadico<sup>12</sup>.

BOX 2: IL PROGETTO HOMELESS PISANO - SCHEMA RIEPILOGATIVO DELLE 4 LINEE DI INTERVENTO COORDINATE DALLA SDS PISANA E DEGLI ENTI ADERENTI

---

### PROGETTO HOMELESS

#### Contratto di appalto, soggetto affidatario Cooperativa Sociale Il Simbolo

Centro di accoglienza notturno (24 posti ordinari; 4 posti per le emergenze sanitarie; 6 posti temporanei per i periodi di emergenza freddo/caldo);

Centro diurno (servizio lavanderia, docce, internet, socializzazione, informazione ed orientamento rispetto ai servizi del territorio)

Sportello di ascolto

Mediazione sociale e riduzione dei conflitti

### PROGRAMMA "HOUSING FIRST"

#### Attività svolta dalla Cooperativa Sociale Il Simbolo nell'ambito del progetto *Homeless*

Inserimento abitativo di persone senza dimora croniche secondo le modalità *housing led* e *housing first*

Animazione territoriale

Mediazione sociale e riduzione dei conflitti

### CENTRO DIURNO

#### Attività svolta dalla Cooperativa Sociale Il Simbolo nell'ambito del progetto *Homeless*, in collaborazione con la Società Cooperativa Sociale Arnera nell'ambito delle attività dell'UDS

Ascolto, informazione e invio ai servizi dedicati e non

Servizio doccia

Servizio lavatrice/asciugatrice

Spazio di socializzazione

Mediazione sociale e riduzione dei conflitti

---

ospita un asilo notturno, un centro diurno e uno sportello d'ascolto, l'Ambulatorio Etico. In particolare, l'asilo notturno è aperto 365 giorni l'anno e offre possibilità di pernottamento a 24 persone (30 nei periodi di emergenza freddo/caldo); a questi si aggiungono ulteriori 4 posti riservati ad emergenze sanitarie, assegnati sulla base di un protocollo di intesa con l'azienda ospedaliera. Per ulteriori informazioni si rimanda al sito istituzionale: [www.progettohomeless.it](http://www.progettohomeless.it)

<sup>12</sup> Secondo dati ufficiali prodotti dalla Caritas locale e risalenti al 2016, nel 2015 sono state 931 (302 italiani e 629 stranieri) le persone entrate in contatto con il centro di Porta a Mare gestito dalle cooperative sociali "Il Simbolo" e "Arnera" ([www.caritaspisa.com/wordpress/a-pisa-266-persone-senza-dimora-fenomeno-in-crescita-lunedì-sera-le-cena-degli-homeless](http://www.caritaspisa.com/wordpress/a-pisa-266-persone-senza-dimora-fenomeno-in-crescita-lunedì-sera-le-cena-degli-homeless)).





## PROGETTO STRADA FACENDO UNA CITTÀ CHE SI CURA UDS

**Convenzione con la Società Cooperativa Sociale Arnera discendente da Accordo regionale con CNCA sulla bassa soglia e collaborazione con Il Simbolo nell'ambito del progetto *Homeless***

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

Monitoraggio del territorio

Informazione ed orientamento rispetto ai servizi del territorio

Informazione ed orientamento rispetto ai servizi dedicati e non del territorio

Invio ed accompagnamento ai servizi

Distribuzione di beni di prima necessità

Distribuzione di pasti caldi in strada

Distribuzione di materiale informativo

Mediazione sociale e riduzione dei conflitti



Secondo, una presenza di 200-250 senza dimora che gravitano nell'area urbana pisana (dato presunto e di non diretta rilevazione della SdS)<sup>13</sup>. Terzo: per quanto riguarda l'accesso di senza dimora direttamente alle strutture ospedaliere in particolare attraverso i canali dell'emergenza e urgenza e il reparto di Pronto Soccorso, Pisa presenta numeri piccoli e una particolarità organizzativa di rilievo. La SdS pisana insiste su un territorio privo di fatto di ospedali ASL: la ASL gestisce infatti gli Ospedali di Comunità a Navacchio e a Cecina<sup>14</sup>, mentre il grande ospedale cittadino sito a Cisanello risponde all'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (AOUP). Al di là di questa peculiarità organizzativa, i numeri di accesso ai servizi di cura e la presa in carico sanitaria in emergenza riguardanti i senza dimora sono "davvero risibili" (FI\_TP\_05), il Pronto Soccorso di Cisanello – come si approfondirà a breve nel paragrafo dedicato – si conferma frequentato più come luogo di stazionamento che come punto di accesso di cure.

La speranza condivisa a livello dei vertici socio-sanitari locali è che il neo costituito Tavolo Zonale – articolazione della Consulta del Terzo Settore della Società della Salute Pisana – coinvolgendo numerosi enti del Terzo Settore di comprovata esperienza in materia di contrasto alla povertà (a partire dal-

<sup>13</sup> Sempre secondo la precedente indagine (cfr. nota 12) a Pisa nel 2015 si sarebbero contati 266 senza dimora (142 stranieri e 124 italiani), con un *trend* in costante aumento (+46% rispetto al 2008) e segnato da un incremento medio annuo rilevante del circa 2,6% rilevato a partire dal 2010.

<sup>14</sup> Cfr. [www.uslnordovest.toscana.it/guida-ai-servizi/107-ospedale-di-comunita](http://www.uslnordovest.toscana.it/guida-ai-servizi/107-ospedale-di-comunita)

le cooperative sociali Il Simbolo e Arnera<sup>15</sup>, il CISOM<sup>16</sup> fino alla Fondazione Caritas) possa favorire la condivisione dei dati già raccolti, nell'ottica di una sempre più solida e articolata attività di coprogrammazione, in particolare in tema di politiche di contrasto alla marginalità.

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

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

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

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

La seconda risorsa, dunque, come puntualmente descritto dalle dirette parole dei testimoni privilegiati, “nasce nel 1990 come Ambulatorio per gli extra-comunitari e successivamente si allarga ai senza dimora” (PI\_TP\_01). Le attività dell'Ambulatorio Etico si legittimano e organizzano a partire da un “protocollo gratuito di collaborazione tra la Società della Salute e il Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta” che permette l'utilizzo di una stanza all'interno della struttura di via Conte Fazio dedicata al Progetto *Homeless* (vedi sopra) e che in fase pandemica ha reso possibile trasferire le attività di cura direttamente presso la stazione di San Rossore, nell'ambito di Binario

<sup>15</sup> Per dettagli sulle attività delle due cooperative sociali pisane impegnate sul fronte della marginalità adulta si rimanda ai siti istituzionali: [www.ilsimbolo.it](http://www.ilsimbolo.it) e [www.arnera.org/cooperativa](http://www.arnera.org/cooperativa)

<sup>16</sup> Il Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (CISOM) è uno dei partner chiave delle attività dell'Ambulatorio Etico (Cfr. figura 24 e nota 11).

**TROVARE SOLUZIONI  
AL PROBLEMA  
COMPLESSO:  
IL RISCHIO  
DELL'EFFETTO  
PUSH-PULL**



Zero<sup>17</sup> “un progetto gestito dalla Cooperativa Arnera che prevede un piccolo diurno con l’accesso al servizio docce e alla lavatrice dietro prenotazione” (PI\_TP\_04). Ed è proprio il rinsaldarsi di questa rete di cooperazione tra CI-SOM, Caritas e le cooperative sociali Il Simbolo, Arnera e Alzaia, che, a partire dal 2018, ha permesso di aprire i servizi di cure ambulatoriali anche ai senza dimora.

Passando al caso Firenze iniziamo dai dati per poi ripercorrere i punti salienti dell’organizzazione dei servizi.

Con poco più di 1.900 senza dimora rilevati durante l’approfondimento tematico ISTAT relativo all’anno 2014, Firenze si colloca al quarto posto in Italia per numero di persone che vivono in povertà estrema, ospitando – se pure con la flessibilità e volubilità riconducibili ad una popolazione tanto difficilmente monitorabile – il 3,9% dei senza dimora a livello nazionale.

Considerati tutti i presidi ospedalieri presenti nell’area<sup>18</sup> dunque sia gli ospedali ASL che l’Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Careggi, gli accessi per tutte le cause e per tutti i quintili di popolazione calano da 205.484 nel 2019 a 154.703 nel 2021, anno di graduale piena ripresa del servizio in epoca post avvento Covid-19. Sul totale dell’utenza e considerando il flusso di dati a partire dal 2015, il quintile più deprivato si attesta stabilmente tra il 15 e il 16%, considerando che il 27% del campione risulta non collocabile per profilo socioeconomico.

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

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

<sup>17</sup> Per ulteriori dettagli: [www.arnera.org/aree/alta-marginalita-fragilita/binario-zero](http://www.arnera.org/aree/alta-marginalita-fragilita/binario-zero)

<sup>18</sup> I dati gentilmente forniti dal Dipartimento di Prevenzione della Azienda USL Toscana Centro riguardano i seguenti presidi ospedalieri: S. Maria Nuova, San Giovanni di Dio-Torregalli e il Complesso Ospedaliero Careggi-CTO.

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

Anche per quanto riguarda l’aspetto organizzativo il capoluogo toscano rappresenta un caso distinto rispetto a quello pisano e segnato da sue proprie peculiarità. Innanzitutto, la Società della Salute costituita sul territorio cittadino è composta non da una pluralità di comuni ma dal solo comune di Firenze e dalla Azienda USL Toscana Centro. Nel rispetto dalla Legge Regionale 40/2005 *Disciplina del servizio sanitario regionale relativa alle società della salute*, (Capo III bis; art. 71 bis, punti c e d)<sup>19</sup> il consorzio pubblico costituente la Società della Salute fiorentina ha a suo tempo optato per una gestione a geometrie variabili delle deleghe previste: alla ASL sono stati attribuiti *in toto* i compiti relativi alla presa in carico di non autosufficienti, disabilità, salute mentale e dipendenze, mentre marginalità e minori sono stati assegnati alla gestione diretta del Comune. I presidi di cura intermedi presenti su territorio comunale sono direttamente e autonomamente gestiti dall’Azienda USL Toscana Centro, in linea con il Piano Integrato di Salute (PIS) condiviso del consorzio.

La Società della Salute di Firenze ha l’obiettivo di fornire linee organizzative per “evitare gli attriti sanitari” e coordinare, o là dove necessario ridisegnare, priorità e *mission* (FI\_TP\_05). Un esempio che ben rappresenta questa linea di cooperazione è quello della vaccinazione di tutta la popolazione nell’ambito della lotta al Covid-19: “il Comune, la ASL, le associazioni insieme e con il coordinamento della Società della Salute hanno costituito una rete più salda e si sono poste l’obiettivo condiviso di non creare eventi spot ma dare continuità a interventi e servizi. Si è lavorato nella direzione di interventi non solo stile *open day* ma di consolidamento dei percorsi, di istituzione di contatti frequenti tra strutture e servizi e individui al fine di garantire continuità non solo nello specifico ambito della vaccinazione ma in un’ottica più ampia di supporto e presa in carico della persona/utente/paziente” (FI\_TP\_05). Entrando maggiormente nei dettagli organizzativi di questo intervento, grazie alle parole di un secondo interlocutore, si chiarisce come il Comune abbia gestito la parte logistica, indicando e/o predisponendo spazi adeguati anche e soprattutto in collaborazione con il volontariato: “i *Punti vaccini* sono stati alle-

<sup>19</sup> Art. 71 bis - Società della salute: finalità e funzioni (CFR. [www.raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2005-02-24;40&d\\_t=text/xml&d\\_a=y&d\\_l\\_id=&pr=idx,0;artic,0;articparziale,1&anc=tit5#not169](http://www.raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2005-02-24;40&d_t=text/xml&d_a=y&d_l_id=&pr=idx,0;artic,0;articparziale,1&anc=tit5#not169))



stiti presso Mense Caritas, Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), Camper itinerante e soprattutto presso il Centro Polifunzionale Diurno La Fenice<sup>20</sup>, che è poi stato mantenuto come luogo di riferimento date le sue caratteristiche di centro multiservizio già noto, facilmente accessibile e riconoscibile, dotato di spazi adeguati e operatori formati” (FI\_TP\_06). A fronte della grande sfida rappresentata dalla “poca costanza e dallo scarso rispetto dei tempi e degli appuntamenti che caratterizza questo particolare tipo di utenza” (FI\_TP\_06), un aspetto saliente della campagna vaccinale dedicata alla grave marginalità è stato senz'altro quello della sua potenziale portata di lungo periodo e il suo valore in termini di inclusione: “l'aggancio del vaccino è stato utilissimo per il rilascio di tesserini STP, là dove è possibile, e per l'attivazione di percorsi con il presidio di Santa Rosa<sup>21</sup>” (FI\_TP\_06).

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

Un secondo esempio è quello relativo al coordinamento sanitario congiunto da parte di Società della Salute e Azienda USL Toscana Centro delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale USCA (istituite con D.L. 17.03.2020 n.18), cui erano stati attribuiti compiti di verifica dei requisiti dei richiedenti vaccino, somministrazione delle dosi, e – là dove opportuno e possibile – di specifiche valutazioni delle problematiche di salute e di indirizzo verso i percorsi più idonei di cura. In particolare, nel caso di colloqui preliminari con i senza dimora e gli adulti in condizione di grave marginalità, l'ottica di intervento non è stata quella della sola urgenza bensì di un percorso di presa in carico attento alla prevenzione, con l'obiettivo prossimale della vaccinazione cui però sommare

<sup>20</sup> Per dettagli si rimanda alla pagina web di riferimento: [www.marginalitactm.it/content/centro-diurno-la-fenice](http://www.marginalitactm.it/content/centro-diurno-la-fenice)

<sup>21</sup> Per dettagli si rimanda alla pagina web di riferimento: [www.uslcentro.toscana.it/index.php/sedi-territoriali/581-sedi-territoriali-firenze/firenze-zona-centro/11069-firenze-quartiere-4-presidio-santa-rosa](http://www.uslcentro.toscana.it/index.php/sedi-territoriali/581-sedi-territoriali-firenze/firenze-zona-centro/11069-firenze-quartiere-4-presidio-santa-rosa)

un obiettivo distale di prevenzione del degrado estremo e dello strutturarsi di multiproblematicità. Con questa prospettiva le attività delle USCA sono state fin da subito organizzate e predisposte in rete con altri operatori al fine di selezionare il miglior percorso per ciascun paziente, stando attenti a non dare spazio a percezioni di ghettizzazione, favorendo una reale facilitazione all'accesso.

Nella riflessione di tutti i testimoni privilegiati emerge dunque come la pandemia abbia riaperto i riflettori sul nodo del territorio, se pure con esiti anche diametralmente opposti in termini di processi di integrazione e collaborazione tra enti.

L'esperienza pisana è quella di un *effetto pandemia da Covid-19* come *blocco*, come elemento di ulteriore difficoltà in un processo di integrazione di per sé faticoso, con tempi di realizzazione lunghi, linee di rinnovamento non perfettamente allineate e coordinate, difficoltà anche solo meramente informatiche (es. impossibilità di dialogo tra gestionali con conseguente impossibilità di scambio dati) ma non per questo meno onerose in termini di disfunzionalità.

Al contrario, l'esperienza fiorentina è quella di una fase *Covid-19 effetto booster*, di momento sì critico ma capace di suscitare reazioni positive e di favorire la collaborazione tra soggetti. Rara nota positiva tra le molte negative che hanno contraddistinto il biennio 2020-2021, questa consapevolezza porta tanto le figure apicali quanto gli operatori alla ferma volontà di strutturare le migliori procedure messe in piedi nell'emergenza Covid-19, di rendere permanenti quei percorsi ad alto grado di coinvolgimento e potenziamento dei rapporti tra persone con professionalità diverse e tra enti distinti.

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

Riguardo alla prima, allacciare un primo contatto con la persona in situazione di bisogno, indirizzarla "spiegando a voce quando e come raggiungere uno specifico servizio" (FI\_TP\_04), o predisporre un percorso si conferma un punto ad alto grado di delicatezza e ad alto tasso di insuccesso ma potenzialmente di svolta. Il bisogno sanitario e la relativa richiesta di cure possono essere il primo passo verso i servizi di secondo livello (FI\_TP\_06).

Ma resta un problema: il dare visibilità ai – se pur non numerosi ma comunque presenti in entrambe le aree urbane – presidi e ambulatori a bassissima soglia "bisogna ricostruire una rete di conoscenza sul territorio. C'è l'ambulatorio ma l'ambulatorio non diventa il punto di cura" (PI\_TP\_06).



Riguardo al secondo, la legge 833 del 1978, all'articolo 19 stabilisce che per ottenere un medico di medicina generale sia necessario disporre del requisito della residenza. Ancora oggi senza residenza – con l'eccezione recentissima dell'Emilia-Romagna<sup>22</sup> – si perdono diritti alla previdenza sociale, al *welfare* e, soprattutto, alla salute.

Senza tessera sanitaria non è possibile avere assegnato un medico di famiglia, e diventa estremamente difficile farsi assegnare controlli, visite specialistiche, ricette per farmaci. Per i medici di medicina generale si pone quindi un duplice problema.

Da un lato quello formale della gestione di pazienti che rischiano di scivolare nella categoria degli "esclusi": "nell'arco di un anno per 5 forse 10 casi si profila lo scenario concreto di non poterli più in nessun modo prendere in carico perché non ricompresi in nessuna delle categorie di pazienti previsti dall'ambulatorio" (FI\_TP\_03).

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

Tornando ai rapporti diretti medici-pazienti, si conferma come percorsi di bisogno concreti delle persone però non guardino le deleghe o le titolarità dei servizi.

Là dove si attesta una maggiore disponibilità e sensibilità alla complessità, grazie soprattutto al passaparola tra gli utenti già seguiti e gli aspiranti tali, si concentrano le richieste di intervento, si avanzano tentativi di richiesta di intervento e di cura, si cerca di "forzare" il sistema al fine di trovare risposta ai propri bisogni di salute.

Dal punto di vista burocratico-organizzativo, se per gli irregolari stranieri senza codice fiscale (tesserino sanitario STP<sup>23</sup>) e per gli irregolari comunitari dunque provenienti da altro stato membro dell'Unione Europea (tesserino

---

<sup>22</sup> Da dicembre 2021 per Provvedimento approvato dalla Giunta Regionale, in Emilia-Romagna anche per gli italiani senza dimora e rimasti privi di tessera sanitaria è possibile iscriversi all'anagrafe sanitaria per la scelta del medico di medicina generale e avere garantiti i livelli essenziali di assistenza (LEA).

<sup>23</sup> Ai cittadini non UE e non in regola con l'ingresso e il soggiorno in Italia, vengono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative mediante il rilascio di specifico tesserino sanitario per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), che garantisce l'accesso al Servizio Sanitario Regionale (cfr. [www2.immigrazione.regione.toscana.it/?q=node/2275](http://www2.immigrazione.regione.toscana.it/?q=node/2275)) e permette alcune attività di prevenzione come la mammografia.

sanitario ENI<sup>24</sup>) sono previsti ambulatori ASL dedicati<sup>25</sup> e/o la possibilità di avere un medico di base, è per i cittadini italiani privi di documenti, non residenti né domiciliati, senza dimora che risulta impossibile avere iscrizione sanitaria perché non iscritti all'anagrafe del Comune di ultima residenza e dunque viene a mancare qualsiasi tipo di supporto.

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

- *pazienti fidelizzati*: stranieri da tempo in Italia, che si rivolgono “con continuità” all’ambulatorio.
- *nuovi utenti*: nella maggior parte dei casi da poco in Italia ma prontamente indirizzati agli ambulatori dal gruppo di connazionali di riferimento. Questi pazienti possono contare su reti di comunità (in particolare etnica e religiosa) e solitamente presentano situazioni di marginalità meno critiche.
- *estremamente marginali*: soggetti con alta mobilità sul territorio, con nessuna risorsa per la prevenzione e/o la cura, non di rado analfabeti (anche di ritorno). L’accesso all’ambulatorio avviene grazie all’accompagnamento da parte delle associazioni di volontariato, come Medu, Anelli Mancanti, Caritas. Questo terzo gruppo rappresenta di fatto la fascia più discriminata: qui si concentrano i soggetti senza residenza, esclusi perché non agganciati a nessun territorio. E qui si concentrano problematiche di salute che oltre all’acuzie riguardano cronicità importanti (diabete, cirrosi, ipertensione) e doppie diagnosi di dipendenze e malattia psichiatrica (PI\_TP\_03).

Agli ostacoli formali e burocratici e alla necessità per i medici e gli altri operatori sanitari di dotarsi di competenze anche in ambito normativo e ter-

**I PAZIENTI  
PIÙ DEPRIVATI:  
FIDELIZZATI, NUOVI  
UTENTI E  
ESTREMAMENTE  
MARGINALI**

<sup>24</sup> I cittadini comunitari, non residenti sul territorio regionale, che non hanno i requisiti per l’iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Regionale e non sono assistiti dagli Stati di provenienza, hanno la possibilità, previa autocertificazione alla ASL, di avere il tesserino ENI. Con il tesserino ENI, analogamente a quanto riconosciuto e previsto con il tesserino STP, sono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative. Il tesserino può essere rilasciato al Pronto Soccorso o alla Azienda Sanitaria Locale (ASL) al momento della prima cura medica; essere richiesto dalla persona per iniziare un percorso di cure. Cure garantite dal tesserino ENI sono l’assistenza della gravidanza e della maternità; l’assistenza per la salute del minore; le vaccinazioni; la profilassi internazionale; la profilassi e cura delle malattie infettive; cura e riabilitazione in caso di tossicodipendenza.

<sup>25</sup> Questi ambulatori, dislocati presso le case della salute e i principali presidi di cura presenti nell’area urbana fiorentina, sono dedicati agli utenti con tesserino sanitario STP.



ritoriale al fine di poter interpretare nel modo più funzionale per l'obiettivo di cura la normativa vigente, si intreccia il tema della percezione individuale dello stato di salute e il problema della fiducia nei confronti di figure e istituzioni preposte alla cura.

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

“È ovvio che un problema di salute importante non può essere gestito sulla strada. È molto difficile parlare di salute quando si è sulla strada e quindi anche affrontare un problema di salute diventa una specie di pezza” (PI\_TP\_06). E ancora: “Molto spesso ci troviamo a gestire un problema sanitario, che è immerso in tanti altri problemi, di cui siamo investiti al punto di non riuscire a vedere il problema di salute vero. In ambulatorio talvolta è anche difficile capire quali sono i problemi dal punto di vista medico perché ce ne sono così tanti, lo stesso paziente non riesce a dare la priorità alla problematica principale. Non di rado noi siamo l'unico elemento di ascolto in una situazione in cui gli vengono chiuse tante porte in faccia; accedere all'ambulatorio vuole dire ritagliarsi un ambiente protetto” (PI\_TP\_06).

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

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

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

La complessità dei bisogni sanitari e sociali portati dalla particolare utenza in esame, le “maglie” ancora “larghe” quando non sfilacciate o assenti del sistema sociosanitario territoriale e, non ultimo, la visibilità maggiore di certi presidi rispetto ad altri portano ancora il Pronto Soccorso ad essere luogo di riferimento su cui convergere (vedi Figura 24 e Figura 25).



FIGURA 24: POSSIBILI PERCORSI DI ACCESSO ALLE CURE NELL'AREA URBANA PISANA

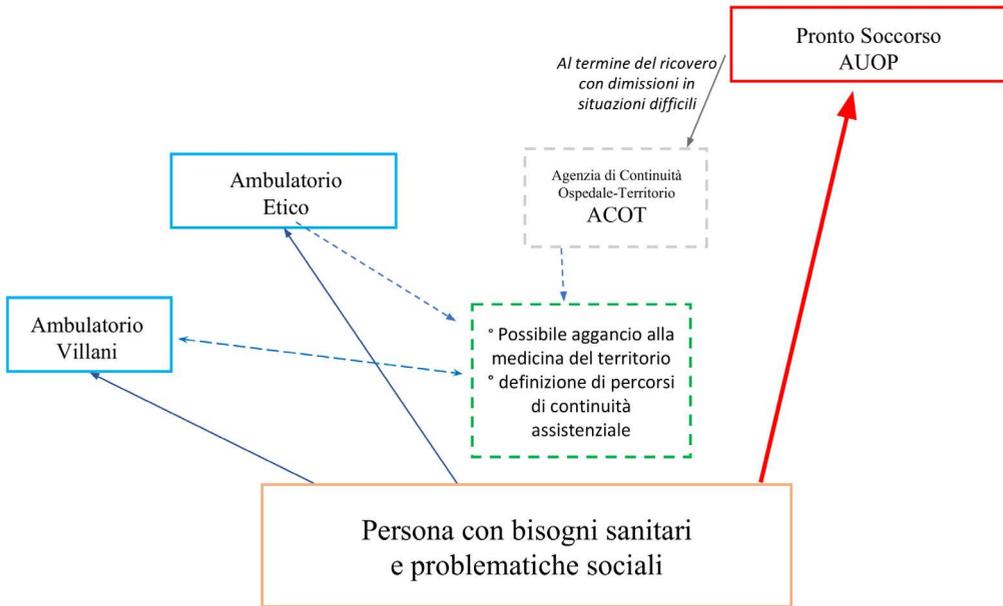
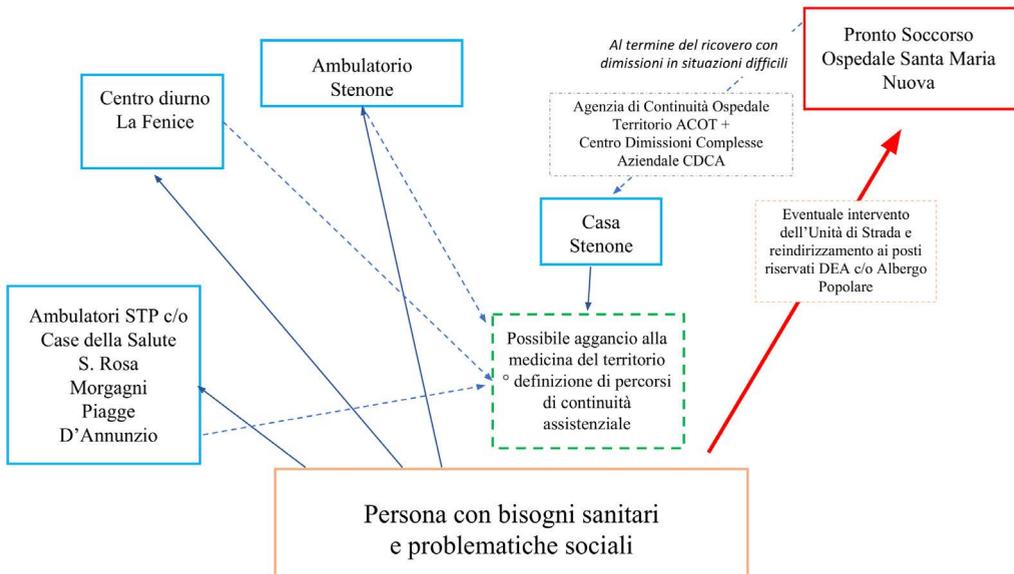


FIGURA 25: POSSIBILI PERCORSI DI ACCESSO ALLE CURE NELL'AREA URBANA FIORENTINA





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

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

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

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

Tornando al tipo di bisogno espresso e alle modalità di intervento e risorse attivate e/o attivabili, “il Pronto Soccorso opera in modalità dicotomica, la sua risposta è netta: o ricovero o dimissioni<sup>26</sup>” (FI\_PS\_01G). Se dunque il pro-

---

<sup>26</sup> Una delle rare risorse attivabili dai dipartimenti di emergenza e accettazione (D.E.A.) degli ospedali fiorentini per quei soggetti in situazione di grave marginalità ma le cui condizioni sanitarie non richiedano il ricovero, è il servizio di emergenza attivo presso l’Albergo Popolare ([www.servizi.comune.fi.it/servizi/scheda-servizio/albergo-popolare](http://www.servizi.comune.fi.it/servizi/scheda-servizio/albergo-popolare)) che riserva tre posti a questo specifico *target* di ospiti.

blema è prettamente sanitario “il percorso post-DEA è chiaramente definito” (FI\_PS\_01G), per tutti e secondo principi ancora pienamente universalistici.

Anche al termine del periodo di ricovero, se pure con non poche difficoltà e rigidità esiste la “risorsa scarsa” delle dimissioni protette coordinate dall’Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT)<sup>27</sup> che può garantire ai pazienti in uscita da un reparto ospedaliero ma ancora in condizioni di limitata autonomia e con fragilità la continuità terapeutica e assistenziale

“Tra ospedale e territorio non c’è quasi nulla. [...] Dovendo dimettere dall’ospedale un senza fissa dimora sul territorio l’unica interfaccia è quella dell’ACOT. [...] Questa è la nostra unica possibilità in questo senso” (PI\_TP\_06).

“Non abbiamo protocolli a parte l’ACOT, quando non possono riandare in strada ...ammesso che ci siano condizioni per ritornare in strada! Lo facciamo raramente, ma è possibile” (PI\_PS\_10A).

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

Analoghe evidenze hanno spinto la Società della Salute fiorentina ad “intensificare il rapporto con l’Unità di Strada - potenziata con un operatore di tipo sanitario [ndr] - estendendone l’azione dalla sola fascia oraria diurna a servizio di intervento almeno fino alla mezzanotte, soprattutto sui presidi ospedalieri di Santa Maria Nuova e di San Giovanni di Dio. Questo innanzitutto per limitare il problema dei bivacchi nelle aree antistanti l’accesso al Pronto Soccorso e per offrire un servizio di accoglienza mettendo la persona senza dimora nella possibilità di accedere ai posti DEA previsti presso l’Albergo Popolare<sup>28</sup>” (FI\_TP\_06).

<sup>27</sup> In seguito alla segnalazione effettuata - previo consenso dello stesso paziente o del suo fiduciario - dal medico e dall’infermiere di reparto all’ACOT, si attiva un team multidisciplinare cui prendono parte infermieri, medico di comunità e assistente sociale. Il team ACOT insieme al personale di Reparto e - ove presenti - al medico di medicina generale e ai familiari, definisce il percorso terapeutico, riabilitativo e/o di cure secondarie e assistenziali più appropriato per il paziente. L’analisi qui presentata, riferendosi a rilevazioni concluse nel giugno 2022, non tiene conto delle più recenti riforme e relative trasformazioni del servizio previste dal DM77/22 e dalla successiva linea guida elaborata da Regione Toscana.

<sup>28</sup> Presso il centro polivalente “La Fenice” l’accoglienza DEA del Pronto Soccorso ha a disposizio-



**GLI STRUMENTI DELLA MEDICINA D'URGENZA E I RITMI DEL PRONTO SOCCORSO SI CONFERMANO POCO ADATTI PER INTERVENIRE SUL BISOGNO SOCIO SANITARIO COMPLESSO**

## 7.4. Per tirare le fila: buone pratiche, aree critiche e possibili linee di intervento

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

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

Facendo sintesi di quanto emerso dalle 25 interviste a medici, infermieri e OSS di Pronto Soccorso e completandole con le 14 testimonianze degli osservatori privilegiati, è possibile individuare almeno tre fra esperienze e strutture che rappresentano la concreta "messa a terra" di buone pratiche e servizi inclusivi e toccano i temi della prevenzione, della diagnostica e della continuità assistenziale. E – a seguire e per concludere – quattro elementi chiave ricorrenti, restituibili in termini prospettive di intervento per le *policy*, dalla pratica quotidiana di presa in carico e di rapporto diretto con il paziente-utente ad una dimensione più ampia e di sistema.

---

ne 3 posti letto, generalmente riservati ad una utenza maschile.



## 7.4.1. Best practices e aree critiche

### PREVENZIONE: HUB VACCINALE CARITAS - FIRENZE

---

<b>STRUTTURA</b>
Hub vaccinale Caritas
<b>SEDE</b>
Via Corelli 91 e “Complesso Baracca” via Pietri 1, Firenze
<b>TARGET GROUP</b>
Immigrati, immigrati irregolari, richiedenti asilo e adulti in condizioni di grave marginalità
<b>POLICY AREA</b>
Ambito sanitario: prevenzione
<b>PROFESSIONALITÀ COINVOLTE</b>
Operatori Caritas Operatori ASL Centro
<b>UTENZA MEDIA/ANNO</b>
In riferimento al periodo di attività: 400 persone
<b>SERVIZI EROGATI</b>
Prima vaccinazione contro il virus SARS-CoV-2 e successivi richiami Profilazione sanitaria minima dell'utente

---

Dell'allestimento di una campagna vaccinale contro il virus SARS-CoV-2 dedicata alle fasce di popolazione cosiddette *out of reach* – in primis i soggetti privi di tessera sanitaria “standard” – si è iniziato a parlare nel febbraio 2021, quando l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha pubblicato una comunicazione nella quale venivano specificate le categorie aventi diritto all’accesso alla vaccinazione e come procedere alla vaccinazione dei soggetti in condizione di fragilità difficilmente raggiungibili e particolarmente esposti al contagio<sup>29</sup>.

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

<sup>29</sup> Per approfondimenti si rimanda ai link istituzionali [www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19](http://www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19) e [www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/irregolari-e-homeless-gli-invisibili-del-vaccino](http://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/irregolari-e-homeless-gli-invisibili-del-vaccino)





accedere al percorso di vaccinazione tramite una semplice autodichiarazione completa di un minimo riferimento di recapito per la tracciabilità del dato vaccinale. Oltre al valore preventivo e di tutela della salute individuale e collettiva l'*hub* vaccinale ha costituito una concreta occasione di contatto con gli operatori dell'area sanitaria e sociale e di eventuale aggancio a percorsi e servizi altri rispetto alla profilassi vaccinale.

#### DIAGNOSTICA: AMBULATORIO VILLANI - PISA

##### STRUTTURA

Ambulatorio Villani

##### SEDE

Via dei Cappuccini, 2 b, 56121 - Pisa

##### TARGET GROUP

Grave marginalità adulta

##### POLICY AREA

Ambito sanitario: diagnostica e terapia

##### PROFESSIONALITÀ COINVOLTE

2 operatori e 25 volontari inclusi 15 medici e altri professionisti della salute

##### UTENZA MEDIA/ANNO

240 (118 F; 122 M) - (5 ITA; 235 STRANIERI) - (10% Senza Dimora)

##### SERVIZI EROGATI

523 VISITE (di cui 132 a distanza)

Visite specialistiche e/o indagini medico strumentali (242)

Rilascio o rinnovo documenti sanitari (225)

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

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

A fronte delle positive *performance* di servizio pubblicamente riconosciute e della ormai lunga storia e consolidata esperienza che può vantare la struttura, due sembrano essere le principali criticità rilevate dai testimoni privilegiati. Il primo problema è quello delle convenzioni: l'Ambulatorio è "in rete" con le



strutture ospedaliere afferenti alla ASL Nord ovest, ma la necessità frequente sarebbe quella di indirizzare i pazienti all'ospedale di Cisanello gestito dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. Ciò permetterebbe di rendere più strutturati e meno rischiosi certi percorsi informali già ampiamente praticati: "Anche se in linea teorica i pazienti dell'Ambulatorio non possono accedere all'ospedale di Cisanello talvolta, a seconda di chi si trova, riescono ad utilizzare anche questi servizi. L'ospedale di Cisanello è la più grande struttura del territorio e per questo sarebbe importante che la convenzione potesse allargarsi anche a questo o ad altri servizi del territorio come lo stesso CNR. Nel futuro l'Ambulatorio dovrebbe puntare ad una maggiore integrazione con tutti i servizi del territorio" (PI\_TP\_04).

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

#### CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: CASA STENONE - FIRENZE



##### STRUTTURA

Casa Stenone - [www.fondazione-solidarietacaritas.it/cosa-facciamo/salute/residenze-per-persone-con-problemi-di-salute](http://www.fondazione-solidarietacaritas.it/cosa-facciamo/salute/residenze-per-persone-con-problemi-di-salute)

##### SEDE

Via Pullicciano 77, 50012 Bagno a Ripoli (FI)

##### TARGET GROUP

Pazienti ospedalieri dimissionari non autosufficienti e privi di un luogo adeguato al prosieguo della convalescenza

##### POLICY AREA

Ambito sociosanitario: continuità assistenziale e riabilitazione

##### PROFESSIONALITÀ COINVOLTE

Assistente sociale (coord. équipe), OSS, infermieri, medici volontari. Attivati all'occorrenza medici di varie aree specialistiche e mediatori culturali

##### UTENZA MEDIA/ANNO

25 pazienti/anno per 4.600 pernottamenti circa

##### SERVIZI EROGATI

Continuità assistenziale sanitaria e sociale post ricovero ospedaliero





“L’ospedale è incosciente rispetto a ciò che succede fuori dalle sue mura” (FI\_TP\_02) e una volta dimessa la persona si ritrova a dover fronteggiare le sue contingenti condizioni di salute con le risorse materiali e relazionali proprie.

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

Dalla sua nascita nel 2011, Casa Stenone risponde ai bisogni sociosanitari di quei ricoverati privi di residenza - e di conseguenza non in regola con l’iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ed esclusi dai percorsi di presa in carico dai servizi sociali - che al momento delle dimissioni necessitano di continuità assistenziale.

L’obiettivo principale della struttura è dunque quello di garantire il diritto alla continuità delle cure - sancito dalla Costituzione con gli articoli 3 e 32 - a quei pazienti che per storia, provenienza o condizione, non potrebbero usufruirne. Il servizio è rivolto ai dimissibili con necessità improrogabile di continuità assistenziale provenienti dai presidi Ospedalieri della Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF) e dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi (AOUC). Il numero massimo attuale di posti letto è 9, precedentemente si è arrivati alla copresenza di 12 ospiti. Nell’anno 2020 sono stati accolti 25 pazienti provenienti da 16 Paesi diversi, con un totale di 4.610 pernottamenti; nel secondo semestre del 2021 20 pazienti provenienti da 11 Paesi diversi, per un totale di 2.082 pernottamenti.

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

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

## 7.4.2. Quattro possibili linee di intervento

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

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



le modalità dell'intervento e della compartecipazione tra figure esperte per superare i principali ostacoli organizzativi e di pratica emersi: dalla burocratizzazione alla *compliance* del paziente più complesso alle cure; dai tempi dell'intervento e della presa in carico alla non adeguata dotazione di personale.

## Focus 6

# Sperimentazione di migliori pratiche sugli accessi ripetuti in Pronto Soccorso nella zona distretto Empolese-Valdarno-Valdelsa

La sperimentazione del Pronto Intervento Sociale (PIS) per il Servizio Sociale nella Zona Distretto Empolese Valdarno Valdelsa è in corso già dal 2011.

Il Pronto Intervento Sociale è la costituzione operativa di un livello essenziale dei servizi sociali previsto nella L. 328/2000 “Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi servizi sociali”, all’art. 22, comma 4, lettera b).

La gestione operativa del PIS si inserisce, nel 2018, nell’esperienza del progetto sperimentale Servizio Emergenza Urgenza Sociale come da Delibera USL TC 613 del 27.04.2018 e prosegue, ad oggi, con la sperimentazione del Sistema di Emergenza Urgenza Sociale Regionale (SEUS) come disciplinato dalla DRT 338/2019 e 1546/2020 (vedi Focus n. 3) ed è volto, tra le altre cose, a riconoscere e promuovere le migliori interconnessioni a livello operativo tra Sistemi Socio-Sanitari e Forze dell’Ordine.

Nel 2018, nel corso della sperimentazione operativa del PIS il Servizio Sociale della Zona Distretto Empolese Valdarno Valdelsa comincia a rilevare numerose attivazioni a carico delle stesse persone provenienti dal segnalante Pronto Soccorso (PS), in dimissione dallo stesso o che si presentavano nei loro locali con problematiche sia di ordine socio-assistenziale, sanitario e sia di ordine pubblico. Il servizio sociale preposto alla gestione d'emergenza degli interventi e il servizio sociale preposto alla gestione ordinaria degli interventi nel territorio nella Zona Distretto Empolese Valdarno Valdelsa - rispettivamente, uno per la presa in carico breve e l'altro per la presa in carico in continuità nel post-emergenza - cominciano ad evidenziare le stesse difficoltà, su fronti diversi, nella gestione di persone con “bisogni complessi” di natura non solo assistenziale, abitativa o economica, ma anche di natura sanitaria e infine di ordine pubblico che effettuavano ripetuti accessi (“loop”) al PS.

Riflettendo su una delle tante ed importanti frasi di Rita Levi Montalcini:

*“...è buona regola, quando ci si trova di fronte ad un problema da risolvere, chiarire prima di tutto i termini e in particolare, quando si tratta di un problema complesso, decidere quale strategia sia più adeguata alla soluzione”*

Lo sforzo è stato di pensare, proporre e condividere soluzioni innovative di percorsi di integrazione socio-sanitaria.

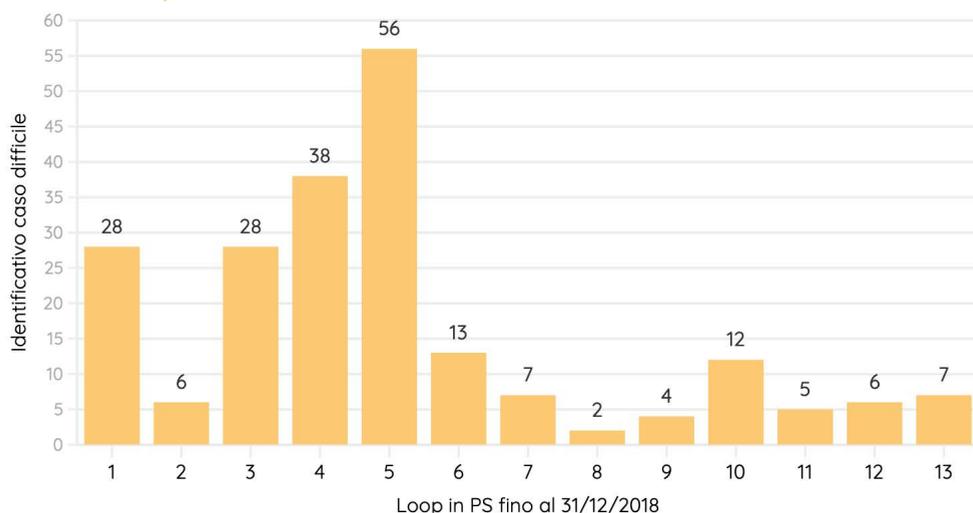


Per garantire raccordo e collaborazione operativa tra i Sistemi di Servizio Sociale (d'emergenza e d'ordinaria gestione) e i Sistemi Sanitari con le Forze dell'Ordine, a gennaio del 2019 si costituisce un tavolo multilivello (Tavolo presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Empoli "Casi difficili con accessi ripetuti al P.S.") che vede coinvolti ruoli e responsabilità specifiche per rispondere alle situazioni delle persone con bisogni socio-assistenziali e sanitari complessi e di ordine pubblico che nello specifico accedevano in Pronto Soccorso in un arco temporale ristretto con le stesse caratteristiche o modalità, ripetutamente, riconosciuti come "loop casi difficili".

Nel corso del 2019 e fino al 15.01.2020 sono stati effettuati cinque incontri, poi la sperimentazione si interrompe bruscamente per l'arrivo della dirompente emergenza sanitaria pandemica "Covid 19". Di seguito, attraverso l'aiuto di alcune immagini e analisi di dati verranno descritte la composizione, la procedura operativa e l'andamento dei lavori con i primi risultati del Tavolo "Casi difficili con accessi ripetuti al PS".

Nel grafico è evidenziato il numero di persone segnalate dal PS che hanno effettuato accessi ripetuti durante il 2018. Su un totale di 212 accessi, le persone segnalate sono state 13 e per ognuna di esse è riportato il numero degli accessi ripetuti effettuati nel corso del 2018, con una media di 16 accessi a persona.

FIGURA 26: NUMERO PERSONE SEGNALATE E NUMERO DI LOOP IN PS "CASI DIFFICILI" SEGNALATI DAL PS AL SERVIZIO SOCIALE ZONA DISTRETTO EMPOLESE VALDARNO VALDELSA - FINO AL 31.12.2018



Fonte: elaborazione dati interni



I dati evidenziano come nel corso del 2018 ci sia stato un numero importante di situazioni per cui gli accessi in PS sono stati numerosi e frequenti.

Sulla base del fenomeno sopra descritto è stato costituito un gruppo di lavoro a forte integrazione socio-sanitaria con la presenza anche delle FF-OO, così composto:

- Direzione Sanitaria:
  - UOC Direzione Ospedaliera - Dirigente Medico
  - UOC Pronto Soccorso - Infermiere coordinatore
- Dipartimento Salute Mentale e Serd:
  - Direttore UFC Salute Mentale Adulti Empoli
  - Direttore UFC Dipendenze Empoli
- Polizia di Stato - Commissario di Empoli
- Dipartimento Servizio Sociale – S.E.U.S.:
  - P.O. Emergenza Urgenza Sociale - Coordinatore tecnico-scientifico Servizio Emergenza Urgenza Sociale - Azienda USL Toscana Centro
  - RES Referente Emergenza Sociale SDS Zona Empolese Valdarno Valdelsa (EVV)
  - Coordinatore Tecnico COES (Centrale Operativa Emergenza Sociale) e UTES (Unità Territoriale Emergenza Sociale) Cooperativa la Pietra D'Angolo
  - CODICE ROSA - P.O. Codice Rosa, Consultorio, Continuità Ospedale Territorio ASL Toscana centro
  - SERVIZIO SOCIALE TERRITORIALE - U.F. Servizio Sociale Z/D Empolese Valdelsa
  - Responsabile Area Adulti e Contrasto alla Povertà

Si evince, quindi, come il Tavolo “Casi Difficili con accessi ripetuti al PS” istituito abbia una composizione multi-professionale e multi-dimensionale: Servizio Ospedaliero, Salute Mentale, SerD, FF.OO. e Servizio Sociale, insieme, per sottoporre ad un'attenta e accurata valutazione le situazioni con bisogni complessi.

La modalità operativa con cui i vari professionisti hanno portato avanti il tavolo “Casi Difficili con accessi ripetuti al PS” è descritta di seguito.

La Direzione Sanitaria, ricevute le segnalazioni dal Coordinatore Infermieri





del PS, procedeva a segnalare al Res i nominativi di coloro che avevano avuto al PS una frequenza negli accessi ripetuta negli ultimi mesi.

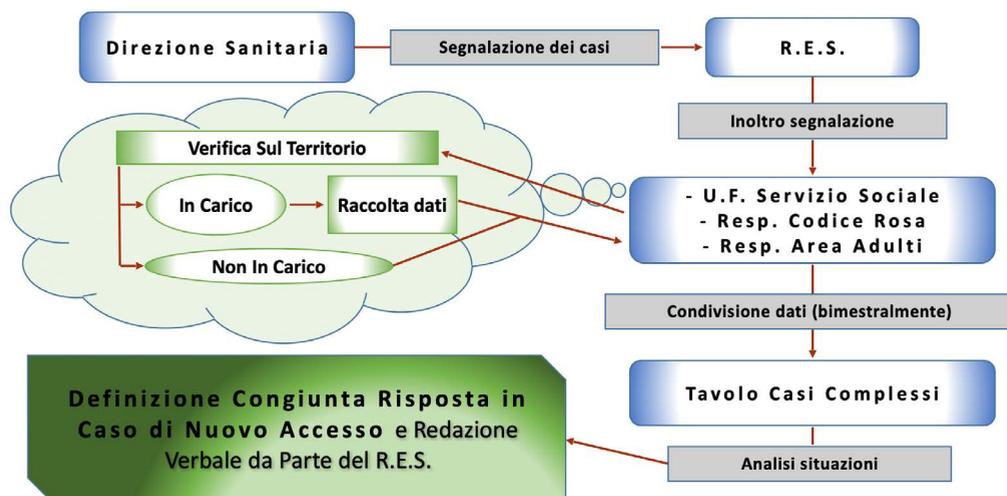
Successivamente il Res inoltrava la segnalazione ricevuta all'U.F. Servizio Sociale Territoriale EVV Coordinatore Socio Sanitario Zona EVV, al Referente Codice Rosa e alla Responsabile Area Adulti per effettuare le opportune verifiche sul territorio e raccogliere le opportune informazioni sui casi conosciuti ed in carico.

I dati e la conoscenza di alcune situazioni hanno avuto una loro importanza nel momento in cui si riuniva bimestralmente il Tavolo "Casi Difficili con accessi ripetuti al PS".

Quest'ultimo aveva come obiettivo di analizzare tutte le situazioni all'ordine del giorno, e a seguire quello di formulare una risposta al bisogno con una modalità condivisa e concordata nel caso in cui il cittadino avesse fatto un nuovo e ulteriore accesso in PS.

Nella seguente figura la rappresentazione della procedura operativa del Tavolo "Casi Difficili con accessi ripetuti al PS".

FIGURA 27: PROCEDURA OPERATIVA DEL TAVOLO "CASI DIFFICILI CON ACCESSI RIPETUTI AL PS"

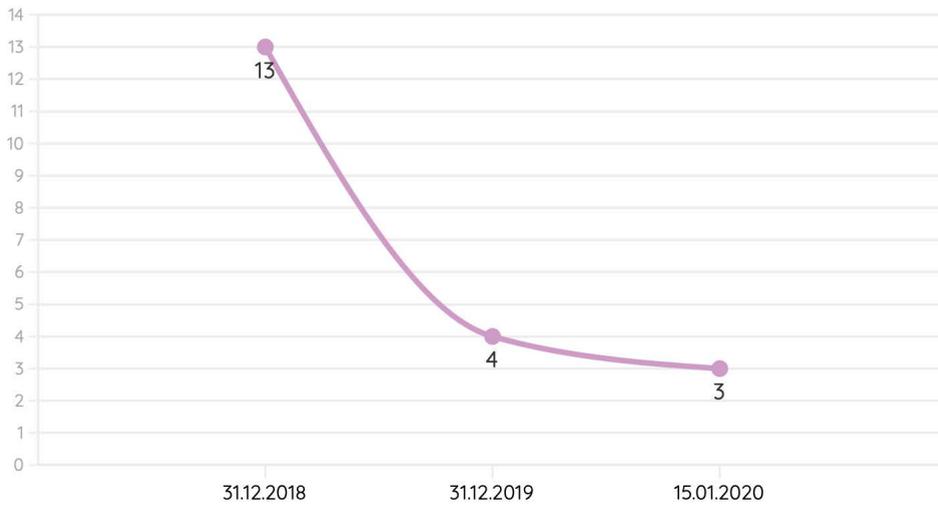




Nel corso delle riunioni che sono state svolte dal 2019 sono stati valutati ben 23 situazioni di persone definite “Casi Difficili con accessi ripetuti al PS”.

Nel grafico a seguire si evince che all’inizio del 2019 i “Casi Difficili con accessi ripetuti al PS” segnalati erano 13, già alla fine del 2019 si erano ridotti a 4 e agli inizi del 2020 erano ridotti a 3, confermando una sperimentazione virtuosa di confronto e integrazione tra sociale, sanitario e FFOO.

FIGURA 28: NUMERO “CASI DIFFICILI” SEGNALATI IN PARTENZA DI SPERIMENTAZIONE DEL TAVOLO (31/12/18 - 15/01/20)



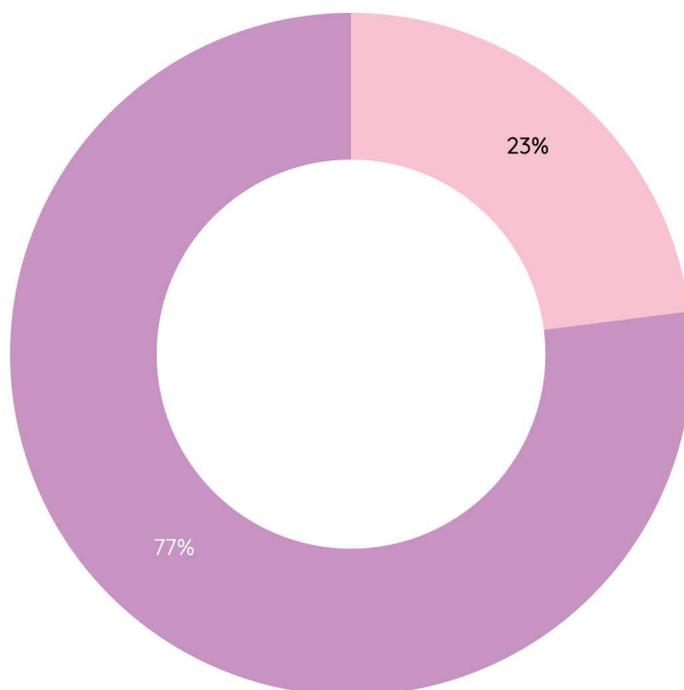
Fonte: elaborazione dati interni

Il rapporto è reso evidente dalle percentuali nel seguente grafico, dove si nota come solo il 23,08% dei “Casi Difficili con accessi ripetuti al PS” continuano ad effettuare accessi impropri.





FIGURA 29: "CASI DIFFICILI CON ACCESSI RIPETUTI AL PS" – ACCESSI IMPROPRI



- Effettuano ancora accessi Loop in PS ad inizio del 2020
- Non effettuano più accessi Loop in PS ad inizio del 2020

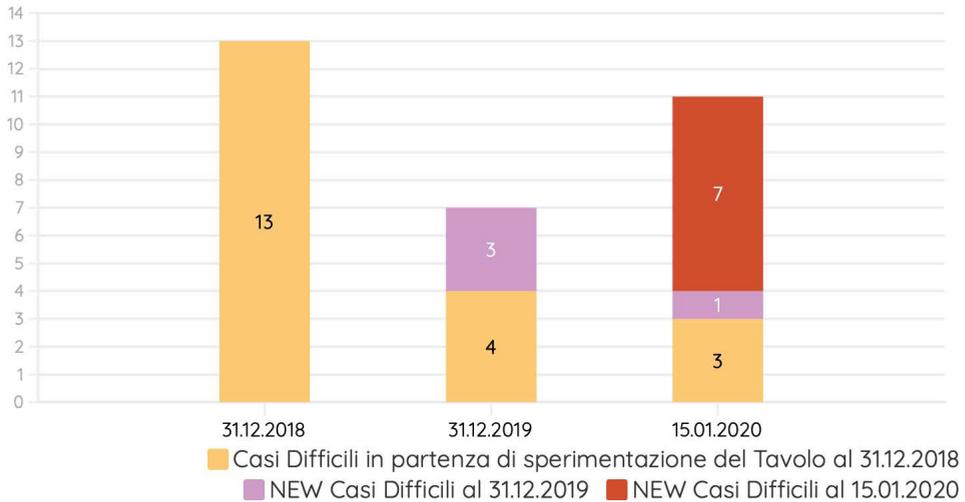
Fonte: elaborazione dati interni

Dall'analisi dell'ultimo grafico si evidenzia come alla fine del 2019 sono in 3 le nuove situazioni di persone classificate come "Casi Difficili con accessi ripetuti al PS", segnalate e discusse nel corso dell'anno, e già all'inizio del 2020 si assiste ad una riduzione di 2 su 3 di quest'ultime, confermando la buona sperimentazione in corso.

Agli inizi del 2020 si riparte con 7 nuove segnalazioni, a cui si aggiungono 3 della fine del 2018 e 1 della fine del 2019 per un totale di 11 situazioni su cui lavorare, poi l'arrivo dell'emergenza sanitaria che ferma la sperimentazione del Tavolo "Casi Difficili con accessi ripetuti al PS".



FIGURA 30: ANDAMENTO SPERIMENTAZIONE TAVOLO “CASI DIFFICILI” CON ACCESSI LOOP AL PS (31/12/18 - 15/01/20)



Per concludere, da questa sperimentazione del Tavolo “Casi Difficili con accessi ripetuti al PS” emerge la necessità di istituire un Tavolo Permanente che permetta la collaborazione strutturata tra le parti sperimentanti in cui ciascuno per quanto di propria competenza metta a disposizione il proprio sapere per rispondere ai bisogni complessi delle persone.





## Focus 7

# La risposta all'emergenza abitativa: un approfondimento su Lucca e Pistoia

In un contesto nazionale e regionale pesantemente impattato dagli strascichi della pandemia di Covid-19 e dalla successiva crisi energetica innescata dalla guerra in Ucraina, le condizioni abitative delle famiglie e dei singoli in Toscana si trovano sempre più al centro di processi di impoverimento, secondo traiettorie non sempre semplici da identificare. Qualche dato di sfondo ci restituisce un quadro complesso: le famiglie al di sotto della soglia ISEE individuata dalla Regione per l'accesso ai bandi di Edilizia residenziale pubblica (pari a 16.500 euro) sono 274.604 in tutta la Regione; le domande di accesso ai contributi per l'affitto, nel raffronto fra 2019 e 2020, sono aumentate del 21,7% per la fascia A – destinata a nuclei con minore capacità reddituale – e dell'80% per la fascia B<sup>30</sup>; i provvedimenti di sfratto emessi sono già tornati quasi ai livelli pre-pandemia, mentre le esecuzioni presentano per il 2021 un incremento di oltre il 130% rispetto all'anno precedente, con una previsione di ulteriori aumenti nel corso del 2022; l'incremento di alloggi di Edilizia residenziale pubblica è stato pari a 40 unità, a fronte di 16.148 domande ammesse in graduatoria ordinaria, e 1.009 nuove assegnazioni. Sintetizzando, si può ben argomentare che le dinamiche dell'abitare, e le difficoltà connesse al reperire e mantenere un alloggio si facciano particolarmente pressanti nel territorio regionale.

A fianco degli interventi tradizionali, legati all'edilizia residenziale pubblica e al sostegno a locazioni e inquilini morosi, se ne stanno sviluppando altri, maggiormente innovativi. Quest'anno abbiamo deciso di approfondire la situazione a partire da due territori specifici, Lucca e Pistoia. Sono entrambe province nelle quali sono presenti sacche di povertà e, giusto per citare un elemento, le erogazioni di Reddito di cittadinanza sono state superiori in entrambe le province rispetto alla media regionale: a Pistoia sono beneficiarie di RdC o Pensione di cittadinanza il 3,9% delle famiglie residenti, a Lucca sono il 3,7% (a fronte di una media regionale che si attesta al 3,2%). I nuclei familiari che hanno usufruito del contributo a sostegno della morosità incolpevole nazionale sono stati 8 a Lucca e 17 a Pistoia su un totale di 128 beneficiari per il 2021, con ulteriori 3 e 30 nuclei che hanno beneficiato del contributo regio-

<sup>30</sup> Per approfondimenti si rimanda ai link istituzionali [www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19](http://www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19) e [www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/irregolari-e-homeless-gli-invisibili-del-vaccino](http://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/irregolari-e-homeless-gli-invisibili-del-vaccino). Nel dettaglio, alla fascia A possono presentare domanda quei nuclei che abbiano valore ISE uguale o inferiore all'importo corrispondente a due pensioni minime INPS, mentre alla domanda per la fascia B si può accedere con ISE non superiore a 28.727,25 euro.

nale a sostegno della morosità incolpevole su un totale complessivo di 101 erogazioni. Gli interventi abitativi sono oggi prodotti contemporaneamente al livello nazionale e a quelli locali, e questi due territori non fanno eccezione. Questi interventi relativamente “più locali”, hanno finito per dar forma a quello che appare un settore “parallelo” di intervento, a lato tanto dell’Edilizia residenziale pubblica quanto dei trasferimenti economici a sostegno delle famiglie. In particolare, le differenze possono essere ritrovate nel *target* di intervento (spesso volto all’individuazione di gruppi sociali caratterizzati da specifici problemi), nell’importanza assunta da strumenti di governance che tendono a integrare soggetti pubblici e privati in una logica di coprogettazione, il ricorso a linee di finanziamento ibride o connesse a specifiche dotazioni di risorse allocate tramite bandi di livello nazionale.

Senza entrare eccessivamente nel dettaglio dei singoli progetti presi in esame nei due casi studio, questi riguardano principalmente interventi di sostegno alla locazione, coabitazioni, interventi a sostegno della grave marginalità. I sostegni alla locazione possono essere sia economici sia andare nella direzione della costituzione di agenzie sociali per la casa, ovvero di enti che tentano di migliorare il *matching* fra alloggi e inquilini, favorendo il superamento di una serie di ostacoli di ordine economico (caparre necessarie all’ingresso in un nuovo alloggio, costi di ammobiliamento, morosità che possono avere luogo in un secondo momento) o sociale (diffidenza da parte dei proprietari, monitoraggio e mediazione dei rapporti con altri inquilini e proprietà).

Questo permette, attraverso l’istituzione di un sistema di garanzie economiche e istituzionali, di rafforzare la possibilità che il mercato privato della locazione possa essere accessibile anche per soggetti a basso reddito e/o alta stigmatizzazione (ad esempio, persone migranti, adulti soli con figli a carico, neomaggiorenni in uscita da percorsi di comunità). Le coabitazioni sono invece uno strumento per offrire soluzioni – spesso temporanee – abitative, ma soprattutto per favorire la presa in carico multidimensionale di singoli e nuclei in difficoltà e marginalizzati.

Questo tipo di intervento è infatti volto soprattutto al “recupero dell’autonomia”, indicando con questa locuzione una logica di intervento che presuppone una incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie necessità come nodo sul quale focalizzare l’intervento, facendo così riferimento sia a una capacità reddituale che a una più sfumata dimensione dell’attivazione, ricomprendendo così le competenze trasversali, da quelle relazionali a quelle relative alla salute e alla gestione del bene casa, in una più ampia ottica di inclusione sociale. Esistono infine numerose sperimentazioni connesse al segmento della grave marginalità adulta, in particolare sperimentazioni *Housing first* o *Housing led*, in analogia a quanto rilevato lo scorso anno in queste pagine. Anche rispetto a questi progetti, si rileva una notevole variabilità nelle



modalità di intervento, con un forte interesse anche per le dimensioni maggiormente urbane, connesse alla rigenerazione e riqualificazione di fabbricati sui territori grazie a un *mix* di finanziamenti provenienti da vari livelli di governo e varie linee di intervento.

Per concludere, vale la pena sottolineare alcuni elementi di ordine più generale che aiutano a concettualizzare come interventi abitativi di questo genere possano svolgere un ruolo nel contrasto alla povertà. Innanzitutto, è evidente come la casa sia non solo un diritto in sé, ma anche una piattaforma a partire dalla quale numerosi altri diritti possono più facilmente venire riconosciuti, essere accessibili, diventare esercitati, anche alla luce della forte connessione fra diritti e residenza anagrafica, con particolare riferimento alle persone senza dimora. Inoltre, l'abitazione ha un ruolo centrale rispetto alla riproduzione di disuguaglianze sociali, e di converso, può configurarsi come un fattore fortemente equalizzante.

È infine presente una prospettiva che guarda all'interconnessione fra soluzioni abitative e autonomia delle persone beneficiarie, nell'ottica di una presa in carico delle povertà multidimensionali che può avvenire anche a partire dalle soluzioni abitative, soprattutto quando l'obiettivo è più ampio del mero raggiungimento di occupabilità. È però importante sottolineare ancora la natura spesso categoriale di questi interventi, e la frequente richiesta di cofinanziamento da parte del nucleo beneficiario. Questo rischia di far sì che gli interventi siano rivolti a una fascia di povertà "relativamente ricca", scatenando degli «effetti San Matteo» e demandando alla sola ERP e ai servizi sociali territoriali la gestione delle situazioni di povertà relativa e assoluta.





## 8. FRAGILITÀ DIVERSE ALLA STESSA TAVOLA. LE MENSE COME STRUMENTO DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ ALIMENTARE

### 8.1. La povertà alimentare come *proxy* dei processi d'impoverimento territoriali

Non è certo da oggi che povertà e insicurezza alimentare sono considerate *proxy* dei processi d'impoverimento nei territori. Già nel 1954 la prima inchiesta parlamentare sulla miseria utilizzò proprio l'indigenza alimentare per stimare le difficoltà delle famiglie italiane mostrando che il 50% di esse poteva consumare carne non più di due o tre volte al mese, gli zuccheri erano un prodotto pressoché sconosciuto e nelle campagne ci si alimentava con il solo “pane e cipolle” (Fiocco 2014). D'altronde già allora l'Italia si collocava nell'ambito di quelle società industriali (e oggi post industriali) in cui il cibo è soprattutto acquistato sul mercato e la povertà alimentare è principalmente l'effetto dei più generali processi d'impoverimento in corso nella società: le difficoltà di accesso a un'alimentazione sufficiente e adeguata dal punto di vista nutrizionale è determinata dalle possibilità limitate di spesa alimentare in conseguenza della ridotta capacità reddituale con cui far fronte ai molteplici impegni familiari (dalle spese di affitto o mutuo e utenze per la casa a quelle per l'educazione dei figli) (Caterino, Tomei, 2013).

Illuminanti al riguardo sono anche le indicazioni delle persone intervistate nell'indagine qualitativa realizzata nel Quinto Rapporto su “Le Povertà e l'inclusione sociale in Toscana”, tutte ospiti e frequentatrici dei servizi di aiuto

SERVIZI DI AIUTO  
ALIMENTARE  
COME FORMA  
D'INTEGRAZIONE  
INDIRETTA DEL  
REDDITO



alimentare delle Caritas diocesane della Toscana, da cui emerge chiaramente come gli intervistati considerino tali servizi come una forma indiretta d'integrazione al reddito familiare: la possibilità di fare la spesa gratuitamente all'emporio della solidarietà ma anche di usufruire dei buoni spesa o del pacco alimentare, infatti, consente di destinare ad altre necessità stringenti la parte del magro bilancio familiare che sarebbe stata destinata all'acquisto dei generi alimentari ricevuti gratuitamente dai servizi Caritas

*La Cittadella (Emporio NdA) è un complementare e così ci possono rimanere dei soldi anche per il bimbo e tutto il resto (Pisa 2, F)*

*Senti, io credo che sia magari (un servizio utile NdA) per uno che ha anche un poco di lavoro. Giustamente, quello che prende, lo aiuta. Ma non è che ti può bastare del tutto (...). Non è che tu puoi campare con quello (Livorno4, F).*

## 8.2. Le mense come strumento di contrasto alla povertà alimentare. L'indagine

L'indagine dedicata alle persone che frequentano le c.d. "mense per i poveri" delle Caritas è il naturale completamento della ricerca qualitativa sviluppata nel 2021, un percorso biennale promosso da un gruppo di lavoro composto dai ricercatori di Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena e dagli operatori e volontari delle Caritas diocesane coinvolte.

L'indagine qualitativa di un anno fa, infatti, si concentrò sui servizi di aiuto alimentare diretti principalmente a dare risposta a nuclei familiari della c.d. "fascia grigia" che, nel biennio pandemico, ha visto peggiorare in modo marcato le proprie condizioni socio-economiche al punto, spesso, dal ritrovarsi nella necessità di bussare alle porte dei servizi Caritas per la prima volta, o a farvi ritorno dopo molti anni dall'ultima occasione. Si tratta prevalentemente di famiglie giovani con figli, problematiche lavorative, accresciute nel biennio dell'emergenza sanitaria, e difficoltà legate al mantenimento dell'alloggio (ritardi nel pagamento dei canoni di locazione o delle rate del mutuo, mancato pagamento delle utenze, etc). Persone che hanno trovato una risposta, sia pure parziale, alle proprie impellenti necessità in servizi quali gli empori della solidarietà, i buoni spesa o i pacchi alimentari tramite i quali hanno potuto ricevere alimenti e generi di prima necessità da consumare e utilizzare a casa.

Molto diverso è, invece, il *target* delle persone che frequentano le mense, prevalentemente composto da persone con un presente e una storia di grave marginalità, molto spesso senza lavoro e casa e sovente con problematiche di tipo socio-sanitario (malattie ma anche dipendenze e disagio psichico). Da

**RACCOLTE  
222 INTERVISTE  
IN SEI DIVERSE  
MENSE CARITAS**





qui, appunto, la decisione di non includere questo *target* nella ricerca del 2021 ma di dedicarvi un'indagine *ad hoc* nel presente rapporto.

Tale scelta che assume un'ulteriore valenza anche alla luce dell'investimento 1.3 della seconda componente della Missione 5 ("Inclusione e Coesione") del PNRR che destina 450 milioni di euro a interventi di *housing* temporaneo e servizi integrati volti a promuovere l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone senza dimora: quest'ultimo è il caso in particolare delle c.d. "stazioni di posta" ovvero centri che offriranno, oltre a un'accoglienza notturna limitata, ulteriori servizi quali servizi sanitari, ristorazione, orientamento al lavoro e distribuzione di beni alimentari, prevedendo il coinvolgimento nelle attività delle associazioni di volontariato, specializzate nei servizi sociali, attraverso una stretta collaborazione con le pubbliche amministrazioni.

Obiettivo dell'indagine è stato quello di produrre un quadro conoscitivo, al tempo stesso inedito e originale e complementare a quello sviluppato nel Quinto Rapporto dando voce ad un campione di ospiti di cinque mense c.d. "dei poveri" delle Caritas diocesane (Firenze - via Baracca, Grosseto, Livorno, Lucca e Pistoia) e delle 7 mense c.d. "diffuse" della Caritas di Firenze<sup>1</sup>.

Proprio in considerazione delle condizioni di maggiore fragilità e marginalità delle persone che frequentano le mense rispetto agli altri servizi di aiuto alimentare, per quanto riguarda lo strumento di rilevazione il gruppo di lavoro ha optato per il questionario strutturato a risposta chiusa, considerato di più semplice utilizzo per il *target* dell'indagine.

Dopo averne costruito la traccia (che riportiamo in apposita appendice al presente rapporto), il gruppo di lavoro, lo ha discusso e modificato, alla luce del confronto con gli intervistatori messi a disposizione dalle Caritas diocesane coinvolte. Poi, nel mese di settembre 2022, si è proceduto alla somministrazione del questionario.

---

<sup>1</sup> Sono le sette mense, appunto diffuse sul territorio comunale, gestite dalla Fondazione Caritas Firenze (in collaborazione con alcune parrocchie) in convenzione con il Comune di Firenze e a cui accedono prevalentemente persone in carico ai servizi sociali. Sono quindi luoghi e servizi che si rivolgono ad un *target* leggermente diverso rispetto a quello che frequenta le c.d. "mense dei poveri", contraddistinto da condizioni di marginalità meno marcate per quanto non irrilevanti e spesso più spostate sulla dimensione psico-relazionale. Per questo, nelle elaborazioni che seguiranno nelle pagine seguenti, spesso i dati relativi al campione di intervistati che frequenta le "mense diffuse", sarà messo in evidenza in modo separato.



Complessivamente sono stati raccolti e analizzati 222 questionari distribuiti come da Tabella 13.

TABELLA 13: DISTRIBUZIONE DEGLI INTERVISTATI PER MENSA DIOCESANA

MENSA	V.A.
Firenze - Via Baracca	64
Firenze - mense diffuse	50
Grosseto	16
Livorno	32
Lucca	30
Pistoia	30
<b>Totale</b>	<b>222</b>

Il 60% degli intervistati è italiano e il 40% straniero<sup>2</sup>. Per quanto riguarda la distribuzione di genere prevale nettamente la componente maschile (81%) rispetto a quella femminile (18%), dato in linea con le tendenze di utilizzo dei servizi a bassa soglia rivolti alla marginalità grave di regola poco frequentati dalle donne.

### 8.3. Alle mense vissuti di marginalità grave e spesso prolungata

La prima parte del questionario era diretta soprattutto a tratteggiare il profilo socio-demografico delle persone che frequentano le mense Caritas. Ne emerge un quadro radicalmente diverso rispetto agli ospiti degli altri servizi di aiuto alimentare delle diocesi toscane e in linea con le aspettative: le mense, infatti, sono servizi con soglia d'accesso molto bassa dato che non è previsto quasi alcun requisito e per ricevere il pasto è sufficiente recarsi direttamente al servizio o, al massimo, è richiesto un previo colloquio da parte di un Centro d'Ascolto. Proprio per questo sono frequentati da persone con un presente di marginalità grave e molto grave se è vero che appena il 18% degli intervistati dice di vivere in una casa con regolare canone di locazione mentre il 14% coabita con amici o parenti come illustra la Figura 31. Oltre i due terzi (68%), invece, vive una situazione di marcata precarietà abitativa: il 37% al momento dell'intervista viveva in strutture d'accoglienza e asili notturni, l'8% dichiarava di vivere in sistemazioni di fortuna (quali ruderi abbandonati e case occupate) e il 20% sosteneva di vivere per strada.

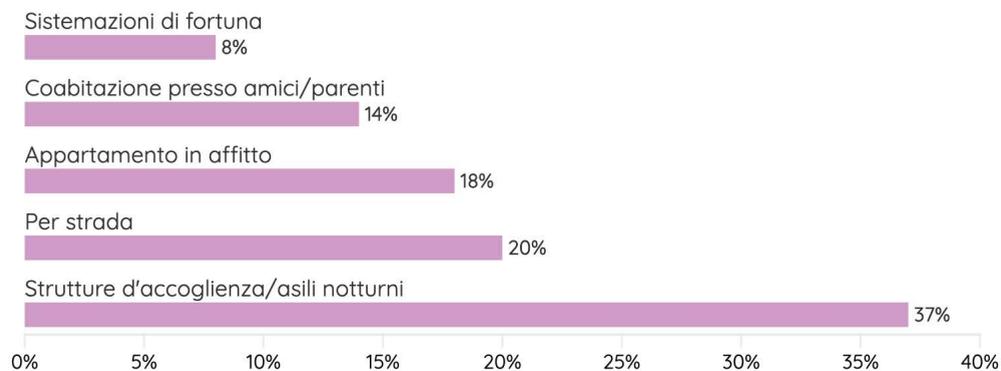
**IL 68%  
DEGLI INTERVISTATI  
VIVE IN CONDIZIONE  
DI MARCATO  
PRECARIETÀ  
ABITATIVA**

**IL 45%  
È SENZA DIMORA  
DA ALMENO  
TRE ANNI**

<sup>2</sup> Le comunità che frequentano maggiormente le mense indagate sono quella marocchina (16%), quella albanese (10%), quella nigeriana (9%), quella peruviana (8%) e quella romena (7%).



FIGURA 31: I LUOGHI IN CUI VIVONO GLI INTERVISTATI (%)



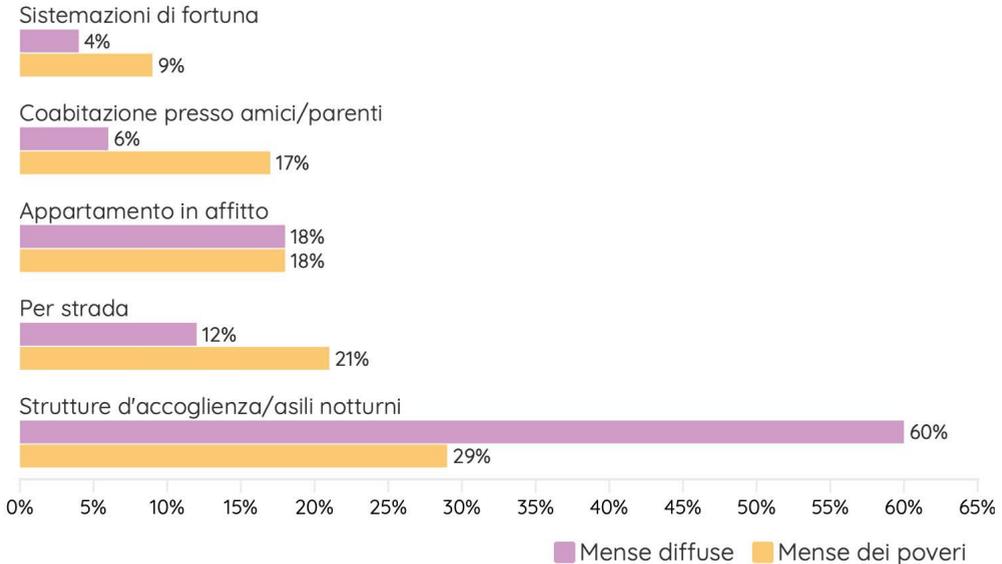
Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

La differenza fra gli intervistati che frequentano le “mense diffuse” fiorentine rispetto a coloro che frequentano le c.d. “mense dei poveri” sembra riconducibile ad una maggiore presa in carico da parte dei servizi sociali territoriali che non a una condizione di minor disagio abitativo: è vero, infatti, che fra gli ospiti delle “mense diffuse” la quota di coloro che hanno detto di vivere per strada è piuttosto bassa (12%) ma coloro che vivono in affitto si fermano al 18%, incidenza identica a quella che si verifica fra chi si rivolge alle “mense dei poveri”. Viceversa, invece, è notevolmente più elevata la quota di chi è ospite di strutture d'accoglienza e asili notturni: 60% contro il 29% delle mense Caritas ordinarie.





FIGURA 32: I LUOGHI IN CUI VIVONO GLI INTERVISTATI: CONFRONTO FRA MENSE DIFFUSE E C.D. MENSE DEI POVERI (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

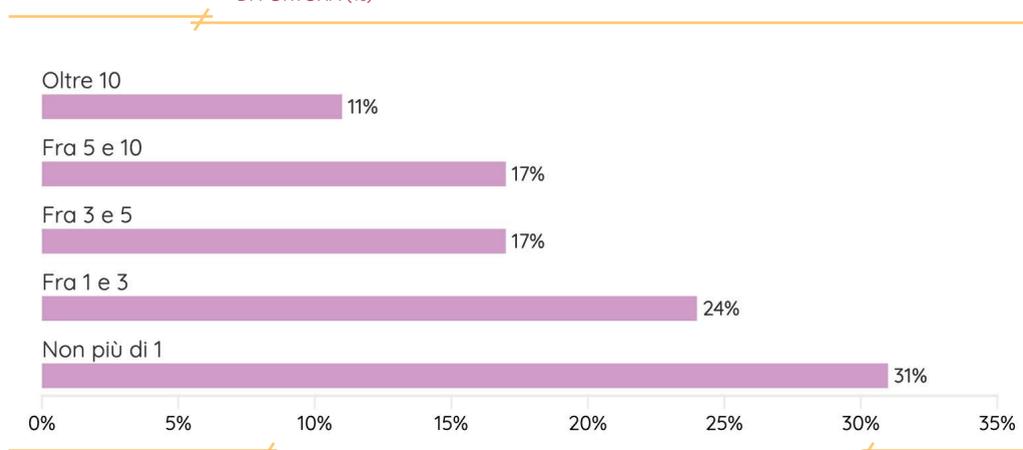
Si tratta di uomini (soprattutto) e donne di età abbastanza avanzata: oltre la metà di essi (52%) ha fra i 45 e i 65 anni e circa un quarto (26%) è ultrasessantacinquenne, in questo caso senza sostanziali differenze fra mense per i poveri e mense diffuse. Come detto, oltre due terzi di essi vive in strada o in una sistemazione di fortuna o ancora in un asilo notturno, tre modi diversi per definire una condizione di sostanziale senza dimora che, per molti è relativamente recente: la Figura 33 mostra come circa un terzo degli intervistati (31%) la viva da non più di un anno e il 55% da non più di tre.

Ben il 45%, però, vive in strada da più di tre anni, il 28% da almeno cinque e l'11% da più di dieci.





FIGURA 33: DA QUANTO TEMPO VIVI IN STRADA, STRUTTURA D'ACCOGLIENZA O SISTEMAZIONE DI FORTUNA (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

## 8.4. Il concetto di “pasto adeguato” nella percezione degli ospiti delle mense Caritas

L'unica domanda aperta del questionario ha riguardato la definizione di “pasto adeguato”. Si è ritenuto, infatti, che le definizioni più ricorrenti negli studi sulla povertà alimentare rimandassero a definizioni poco conosciute da parte degli intervistati o, comunque, difficili da declinare e riconoscere nella loro quotidianità, a cominciare da quella, molto utilizzata, di Eurostat (e ISTAT) in base alla quale una persona si considera povera dal punto di vista alimentare se non è in grado di mangiare un pasto con carne, pesce, pollo (o equivalenti vegetariani) per due giorni consecutivi.

Restava, però, la necessità di definire in qualche modo il concetto di “pasto adeguato” dato che tutta la prima parte della batteria delle domande era, in larga misura collegata all'analisi dell'adeguatezza dei pasti consumati rispetto alle esigenze nutrizionali, con riferimento in particolare alle possibilità e difficoltà di accesso.

Si è deciso, così, d'interrogare direttamente gli intervistati chiedendo loro che cosa intendessero per “pasto adeguato”. Non mancano, al riguardo, riferimenti espliciti alla salubrità dei cibi consumati e all'equilibrio dei componenti nutrizionali

*Cibo con poco sale, no carne di maiale o fritta. Sì pesce, verdura, pasta o riso (Firenze, mensa diffusa, M)*



*Un primo a base di carboidrati, un secondo proteico accompagnato da un contorno di verdure per vitamine e sali minerali.  
Un frutto per concludere il pasto (Pistoia, mensa dei poveri, M)*

Nella stragrande maggioranza dei casi, però, la definizione di “pasto adeguato” degli intervistati rimanda, sostanzialmente, alle portate di un pasto classico, composto da un primo e un secondo piatto, un contorno e la frutta, e verosimilmente è anche un riferimento implicito ad un tempo di “normalità”, spesso lontano ma ancora vivido nella memoria degli ospiti.

*Verdure, pasta, carne e frutta (Firenze, mensa dei poveri, F)*

*Primo, possibilmente spaghetti, hamburger e contorno (Firenze, mensa diffusa, M)*

*Un primo piatto, più un secondo piatto con verdure e la frutta (Firenze, mensa diffusa, M)*

*Un pasto completo con primo e secondo (...) completo di tutto; carne carboidrati e verdure (Lucca, mensa dei poveri, M)*

*Un primo, non più di 80 grammi. Poi il secondo di carne o pesce, il contorno, la frutta. Un bicchiere di vino. Classica dieta mediterranea (Livorno, mensa dei poveri M)*

L'analisi quantitativa delle parole più ricorrenti utilizzate dagli intervistati per definire un pasto adeguato merita, comunque, una sottolineatura, quanto meno per l'importanza che sembra essere attribuita alla frutta, richiamata ben 70 volte da chi ha risposto al questionario. È l'alimento menzionato nettamente più volte, seguito dalla carne (54), la pasta (50) e la verdura (48).

TABELLA 14: “COSA È UN PASTO ADEGUATO”: LE PAROLE PIÙ RICORRENTI

PAROLA	V.A.	PAROLA	V.A.
Primo	77	Pasto	22
Frutta	70	Pesce	21
Secondo	67	Dolce	14
Carne	54	Tutto	13
Pasta	50	Pollo	11
Verdura	48	Riso	11
Contorno	48	Pane	10

Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

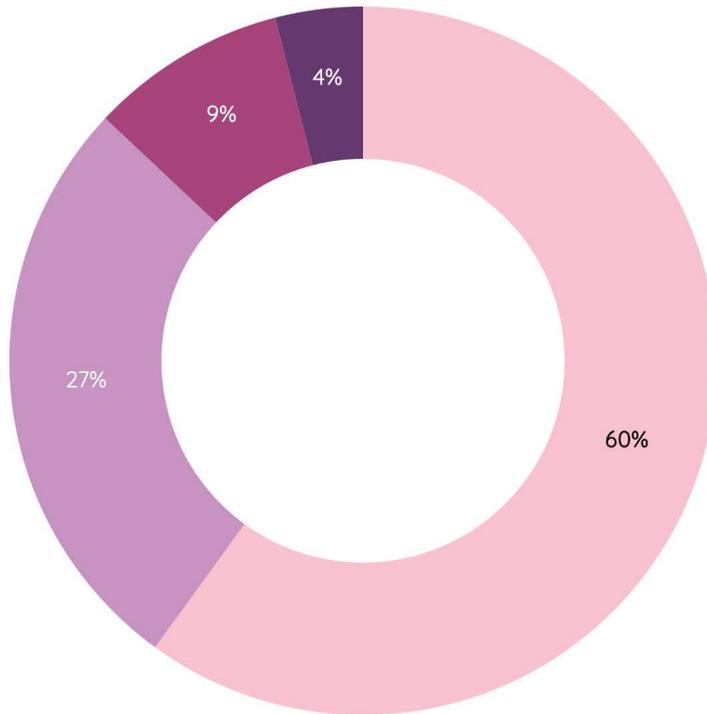
**DEFINIZIONE DI  
“PASTO ADEGUATO”:  
FRUTTA È L'ALIMENTO  
PIÙ RICORRENTE  
NELLE PAROLE DEGLI  
INTERVISTATI**



## 8.5. Le mense, nodo centrale della rete di aiuto alimentare per la marginalità grave

La stragrande maggioranza degli intervistati (87%) sostiene di avere garantito almeno un pasto adeguato al giorno (60%) o, comunque, di avere buone possibilità di procurarselo (27%).

FIGURA 34: POSSIBILITÀ DI ACCEDERE A UN PASTO ADEGUATO (%)



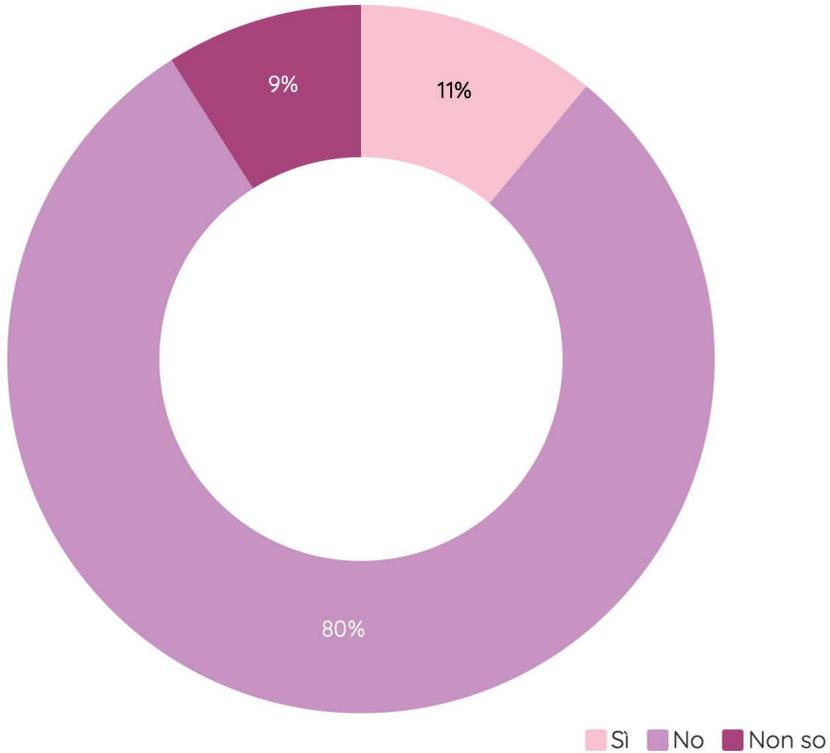
■ Garantito 
 ■ Buone possibilità 
 ■ Scarse possibilità 
 ■ Nessuna possibilità

Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

Coloro che, invece, faticano a procurarselo o che, addirittura, sostengono di non avere alcuna possibilità di riuscirci sono, complessivamente, una quota residuale (13%) e fra di essi non vi è, se non in misura molto marginale, quel 20% d'intervistati che afferma di avere necessità alimentari particolari dovute prevalentemente a motivi sanitari.



FIGURA 35: NECESSITÀ ALIMENTARI PARTICOLARI (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

Al riguardo la patologia più ricorrente che obbliga a modificare la dieta è il diabete (9 casi). Seguono l'ipertensione (3) e le allergie a diverse tipologie di alimenti (4 alla frutta secca, 2 alle proteine del latte e altrettante a quelle dell'uovo). Anch'essi, dunque, riescono, comunque, a procurarsi almeno un pasto adeguato al giorno.

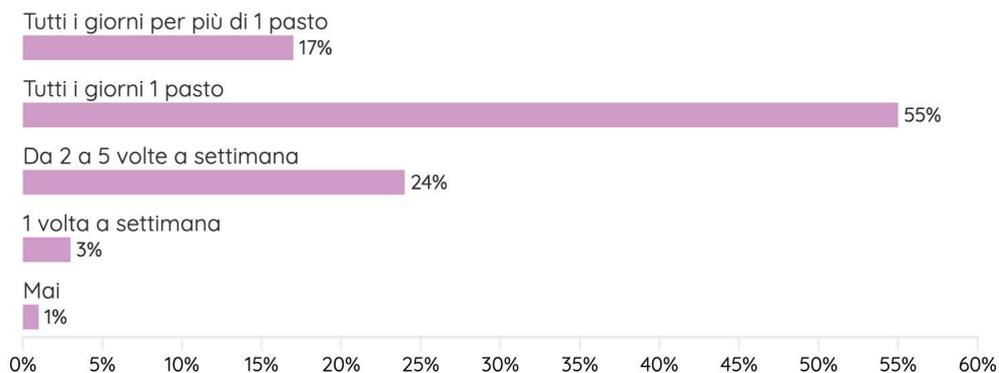
Sono proprio le mense Caritas il canale attraverso cui gli intervistati, spesso persone senza dimora con una prolungata storia di marginalità abitativa e relazionale, riescono a garantirsi almeno un pasto adeguato al giorno: nell'ultimo mese precedente all'intervista, oltre la metà di essi (55%) vi ha consumato almeno un pasto al giorno e il 17% anche più di uno, mentre il 24% vi si è recato fra le due e le cinque volte alla settimana.

**OLTRE LA METÀ  
DEGLI INTERVISTATI  
MANGIA ALLE  
MENSE CARITAS  
TUTTI I GIORNI,  
IL 58% DI ESSI  
SI RIVOLGE ALLA  
CARITAS PER I  
BISOGNI ALIMENTARI  
IMMEDIATI E URGENTI**





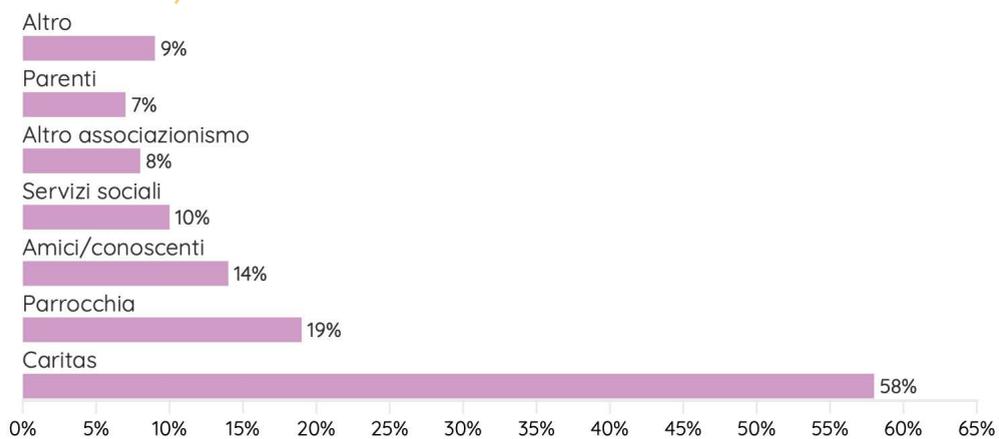
FIGURA 36: PRESENZE ALLA MENSA NELL'ULTIMO MESE (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

La Caritas (58% dei casi), d'altronde, è anche di gran lunga il nodo delle reti territoriali di aiuto alimentare cui gli intervistati si rivolgono in caso di un'urgente necessità di generi alimentari e di prima necessità. Seguono le parrocchie (19%) e le reti informali di amici e conoscenti (14%), Assai meno frequente il ricorso ai servizi sociali cui ha detto di rivolgersi per necessità immediate di aiuto alimentare solo il 10% degli intervistati (quota che sale al 16% con riferimento alle mense diffuse).

FIGURA 37: A CHI SI RIVOLGE IN CASO DI NECESSITÀ E URGENZA ALIMENTARE\* (%)



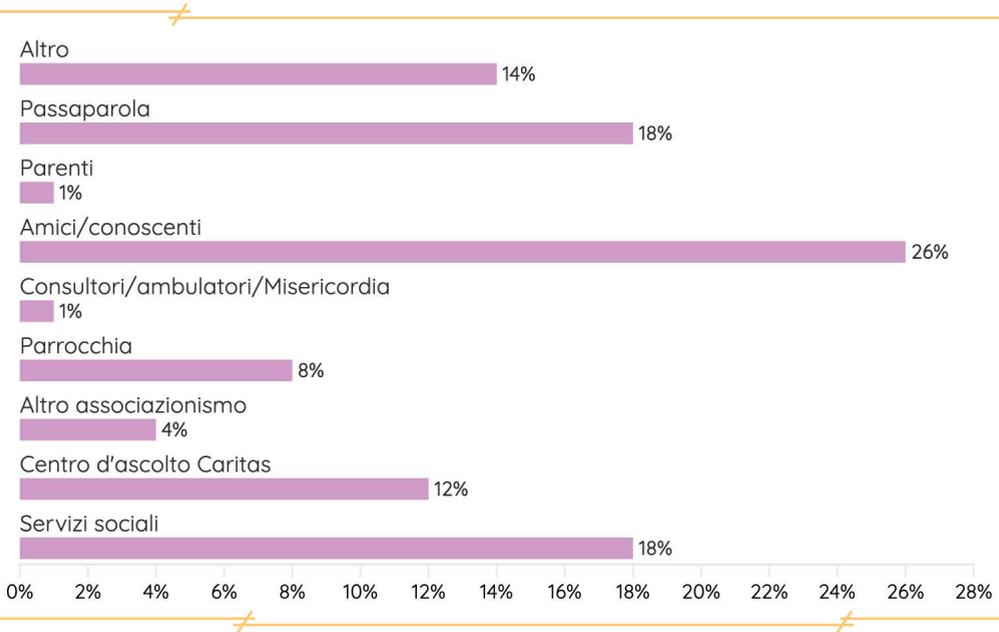
\*Domanda a risposta multipla

Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena



Non è, però, attraverso la Caritas che si arriva alle mense. Solo il 12% degli intervistati, infatti, ha affermato di averle conosciute attraverso i Centri d'Ascolto, la principale porta d'accesso ai servizi degli uffici per la pastorale della carità delle diocesi toscane. L'orientamento verso questa tipologia di servizi di aiuto alimentare di bassissima soglia è prevalentemente delegato all'informalità: oltre un quarto degli intervistati (26%) ha conosciuto la mensa attraverso amici e conoscenti e il 18% tramite il passaparola. L'unica parziale eccezione è costituita proprio dai servizi sociali territoriali che, nella percezione dei frequentatori delle mense sono considerati forse non troppo tempestivi quando si tratta di dare risposte immediate urgenti a necessità di tipo alimentare, ma anche soggetti credibili e attendibili quando si tratta di essere orientati verso i servizi di bassa soglia presenti sul territorio: il 18% degli intervistati, infatti, ha detto di aver conosciuto le mense proprio attraverso di essi (il 28% nelle mense diffuse), una quota significativamente superiore a quella degli stessi centri d'ascolto, ma anche delle parrocchie (8%) e dell'associazionismo impegnato sul territorio nel contrasto alla povertà (4%).

FIGURA 38: COME HAI CONOSCIUTO LA MENSA CARITAS DI RIFERIMENTO (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

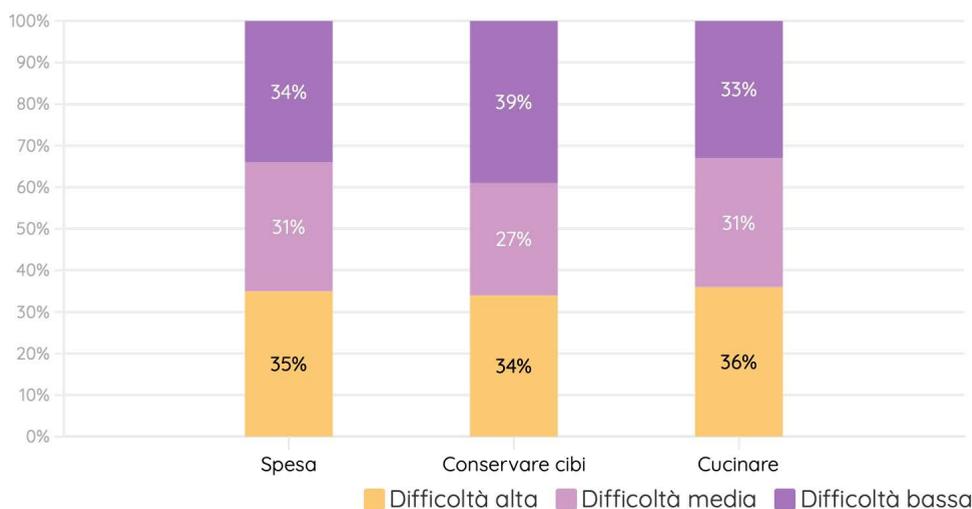
In un quadro come quello vissuto dagli intervistati, contraddistinto da condizioni di marcata marginalità, può apparire quasi sorprendente che “solo” un terzo degli intervistati dichiarò di avere notevoli difficoltà a fare la spesa (35%)





o la possibilità di conservare i cibi (34%) o di cucinare (36%) specie se si considera che un'incidenza analoga riguarda coloro che, invece, sostengono di avere poche o nessuna difficoltà a soddisfare tali esigenze (rispettivamente 34%, 39% e 33%). Al riguardo è verosimile ritenere che un ruolo rilevante sia giocato proprio dalle reti, informali e formali, entro cui essi sono inseriti e nelle quali riescano a trovare risposta a queste necessità, nel caso si presentino: chiedendo a un amico o a un conoscente piuttosto che al parroco, a un volontario o agli stessi operatori della Caritas.

FIGURA 39: DIFFICOLTÀ A FARE LA SPESA E POSSIBILITÀ DI CUCINARE E CONSERVARE CIBI (V.A.)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

**IMPOSSIBILE  
STARE PEGGIO PER  
CHI VIVE IN STRADA**

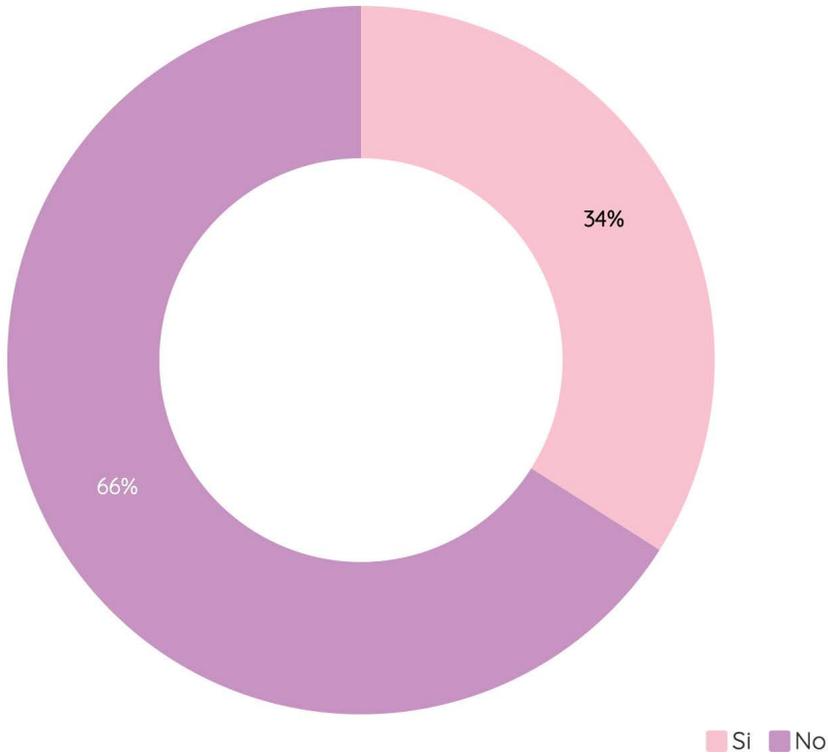
**PER IL 66% DEGLI  
INTERVISTATI LA  
PANDEMIA NON  
HA PEGGIORATO LA  
PROPRIA CONDIZIONE  
DI POVERTÀ  
ALIMENTARE**

Per chi è da tempo senza lavoro e casa e dorme e vive in strada, inserito in trame relazionali fragili e anch'esse marginali, scivolare più in basso è praticamente impossibile. Ecco perché, la maggioranza degli intervistati, nei due anni di emergenza sanitaria da Covid-19, non ha visto aggravarsi la propria condizione di povertà alimentare: per i due terzi degli intervistati (66%), infatti, la pandemia non ha significato maggiori difficoltà nel far fronte alle esigenze alimentari, percentuale che scende leggermente per le mense diffuse (58%) pur rimanendo ampiamente maggioritaria.





FIGURA 40: MAGGIORI DIFFICOLTÀ A FAR FRONTE ALLE ESIGENZE ALIMENTARI A CAUSA DELL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

## 8.6. Il servizio delle mense Caritas dalla prospettiva degli ospiti

Le mense Caritas sono il principale, e in molti territori anche l'unico, servizio di aiuto alimentare per chi è senza dimora o, comunque, vive una situazione di grave e spesso prolungata situazione di marginalità sociale. Esse, dunque, costituiscono una risposta al bisogno e al diritto essenziale di poter accedere a un'alimentazione adeguata, ma giocano un ruolo importante nelle fragili reti sociali delle persone più vulnerabili: se, infatti, il cibo è anche un catalizzatore di processi di socializzazione, è evidente che i luoghi in cui esso si consuma, assumono una valenza relazionale particolarmente significativa, specie per chi è inserito in reti sociali fragili e marginali.

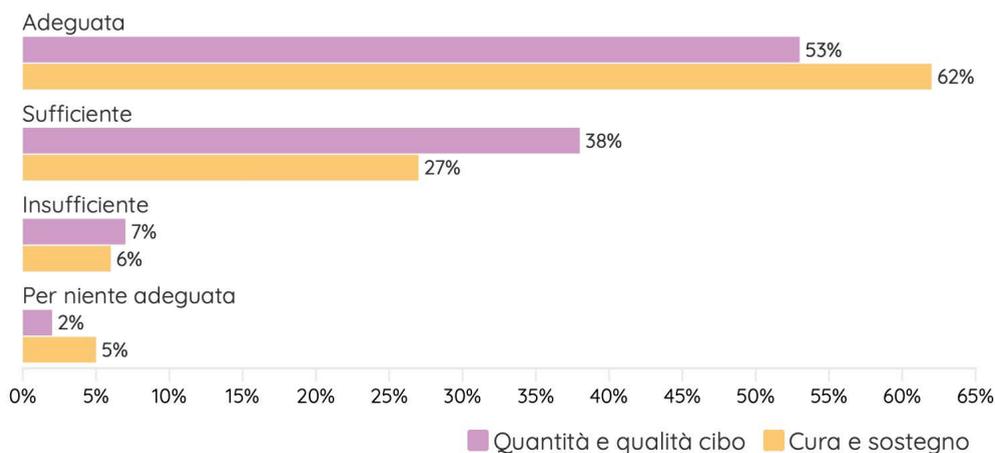




### CIBO ADEGUATO, CURE E SOSTEGNO ALL'ALTEZZA PER IL 90% DELLE PERSONE INTERVISTATE

Dal primo punto di vista, quello della capacità di rispondere al bisogno di un'alimentazione adeguata, il giudizio degli intervistati è largamente positivo: il 91% di essi ha affermato di ricevere alla mensa frequentata una quantità e qualità di cibo adeguata (53%) o comunque sufficiente (38%) rispetto alle proprie necessità alimentari. Stesso discorso per quanto riguarda la cura e il sostegno ricevuti durante il servizio, percepito come adeguato o sufficiente dall'89% delle persone che hanno risposto al questionario.

FIGURA 41: QUANTITÀ E QUALITÀ CIBO E CURA E SOSTEGNO RICEVUTI (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

Auto e altri mezzi di trasporto privati sono una vera e propria rarità fra chi vive una situazione di grave marginalità. I nostri intervistati, ad esempio, nella metà dei casi (50%) raggiungono la mensa a piedi o con i mezzi pubblici (45%). I più "agiati" possono contare su una bicicletta (14%). In una situazione come questa di ridotte possibilità di mobilità anche la collocazione della mensa, e la facilità nel raggiungerla, assume una rilevanza centrale per valutare l'efficienza e l'efficacia del servizio e pure da questo punto di vista il giudizio degli intervistati è oltremodo positivo dato che ben il 94% di essi ritiene che la mensa frequentata sia facilmente raggiungibile. Discorso simile per gli orari del servizio, considerati "del tutto compatibili" o, comunque, "compatibili" con i propri ritmi di vita nel 91% dei casi. Vero che per entrare, o comunque, per ricevere il pasto sovente c'è da mettersi in coda, ma i tempi di attesa sono ridotti: il 93% degli intervistati ha detto che i tempi di attesa sono contenuti in meno di mezzora e il 46% in meno di 15 minuti. In media, comunque, si aspetta circa 18 minuti prima di essere serviti.





TABELLA 15: LOGISTICA E ORGANIZZAZIONE DELLE MENSE NELLA PERCEZIONE DEGLI INTERVISTATI (%)

MEZZI UTILIZZATI PER RAGGIUNGERE LA MENSA*	
Piedi	50%
Mezzi pubblici	45%
Mezzi privati (bicicletta)	14%
RAGGIUNGIBILITÀ DELLA MENSA	
Facilmente raggiungibile	94%
COMPATIBILITÀ ORARIO MENSA CON RITMI DI VITA OSPITI	
Del tutto compatibili	62%
Compatibili	33%
Poco compatibili	5%
TEMPI D'ATTESA PRIMA DI RICEVERE IL PASTO	
0-15 min	46%
16-30 min	47%
31-45 min	2%
46 - 60 min	5%

\*Domanda a risposta multipla

Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

Spesso le mense Caritas sono accolte in strutture o stanze riadattate per l'occasione e non certo pensate per la somministrazione di pasti. Nonostante ciò, il servizio sembra davvero percepito come orientato e mirato al soddisfacimento degli ospiti. Anche dal punto di vista infrastrutturale – se è vero che per il 91% degli intervistati l'areazione dei locali è "adeguata" o "del tutto adeguata" e lo stesso dicasi per le temperature dei locali, sia d'inverno (82%) che in estate (80,2%) – che dei c.d. "servizi accessori" dato che tutte le strutture prese in considerazione in queste indagini assicurano la possibilità di ricaricare il telefono cellulare, esigenza primaria per chi vive in strada e non sempre facile da soddisfare, anche se non tutti gli ospiti ne sono al corrente visto che il 25% ha detto che non vi è tale possibilità nella mensa frequentata.

Fra le domande relative alla dimensione logistica e organizzativa del servizio di somministrazione dei pasti, le uniche risposte negative riguardano la presenza di spazi per l'accoglienza di bambini, assenti in tutte le mense indagate per il semplice fatto che nella stragrande maggioranza delle mense Caritas (non solo di quelle indagate) non è previsto l'accesso ai minori: le famiglie con bambini sono prevalentemente sostenute con gli altri servizi di aiuto alimentare. Così alla fine l'unico elemento di possibile criticità è l'acces-

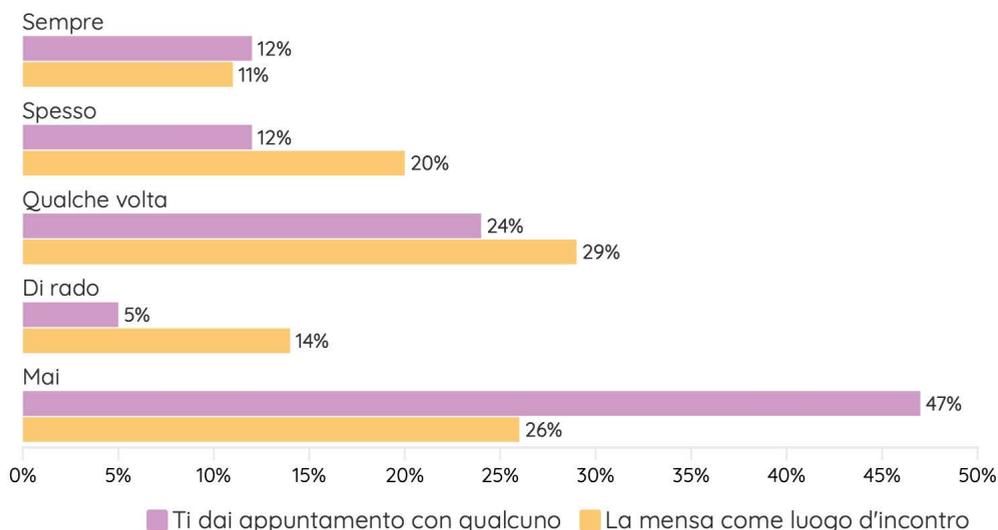


**PER IL 60%  
LA MENSA È  
ANCHE OCCASIONE  
D'INCONTRO E  
RELAZIONE**

so alla rete *wi-fi*, assente in tutte le strutture, un servizio non strettamente necessario ma certo utile per chi vive una condizione di forte marginalità anche economica e che avrebbe la possibilità di collegarsi ad internet e magari controllare la posta elettronica e i messaggi senza il pagamento di alcuna tariffa.

La commensalità, in cui il cibo funge da elemento di unione e convivialità, però, rimane un valore anche per le persone che frequentano le mense Caritas: emerge con chiarezza anche dalle risposte degli intervistati. Per il 60% di essi la mensa è stata occasione d'incontro e offerto l'opportunità di fare nuove conoscenze e per quasi la metà (48%) è consuetudine abbastanza diffusa quella di darsi appuntamento con amici e conoscenti per raggiungere la struttura e consumare il pasto in compagnia.

FIGURA 42: LA MENSA COME LUOGO DI RELAZIONI (%)

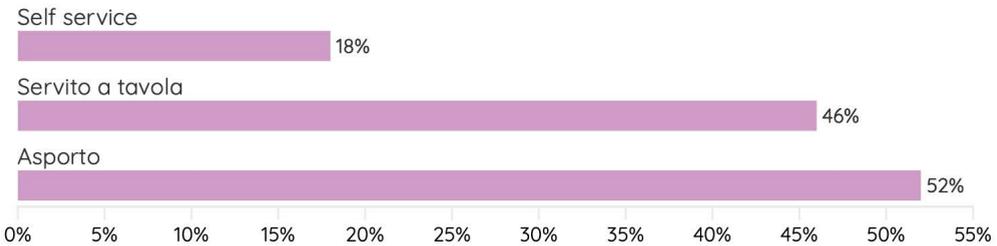


Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

Da questo punto di vista l'onda lunga delle restrizioni originatesi nel biennio dell'emergenza sanitaria e, in parte, non ancora rimosse, è un condizionamento non irrilevante della capacità di costruire e curare relazioni all'interno della struttura: sia fra gli ospiti che fra questi e i volontari e gli operatori. È un aspetto che è già emerso in molte delle analisi sviluppate nei mesi scorsi e centrate sul punto di vista proprio di operatori e volontari e che sembra trovare una conferma, sia pure indiretta, anche nelle risposte degli intervistati se è vero che, circa il 52% di essi continua a fruire di cestini con pasti da asporto, non consumati quindi ai tavoli della mensa.



FIGURA 43: LA MODALITÀ DI FRUIZIONE DEL PASTO\* (%)

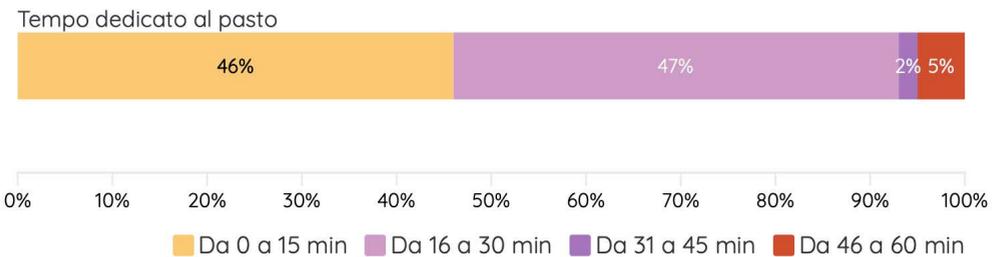


\*Domanda a risposta multipla

Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

Forse è anche per questo che i tempi dedicati al pasto sono piuttosto contenuti: in media meno di 18 minuti che salgono a 21 alle mense diffuse dove è possibile sedersi a tavola. Il 93% degli intervistati consuma il pasto in meno di mezzora.

FIGURA 44: TEMPO DEDICATO AL PASTO (%)



Fonte: elaborazioni Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena

In tal senso potrebbe essere d'aiuto e d'incentivo, laddove possibile, prevedere luoghi dedicati proprio alla cura delle relazioni, quali spazi esterni fruibili o anche interni dedicati ad attività ricreative. I primi sono presenti solo in tre delle sei mense indagate, in una delle quali però sono utilizzati spesso per il consumo dei pasti da asporto; i secondi in solo una.





## 8.7. Mense Caritas, il rischio isolamento e le prospettive di lavoro per il futuro

L'indagine dedicata alle mense Caritas come strumento di contrasto alla povertà alimentare aiuta soprattutto a riaccendere la luce sulla marginalità grave, quella di coloro che non hanno un lavoro, né una casa e per i quali le mense sono, spesso, l'unica possibilità di consumare almeno un pasto completo al giorno.

La povertà grave non è scomparsa: è sempre lì dov'era prima del biennio dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Con gli stessi aspetti di complessa mutiprobematicità in cui alla deprivazione economica e materiale, si sommano la fragilità relazionale e condizioni di salute spesso precarie. L'ondata multipla di crisi economiche e sociali, che pure in Toscana sta ampliando in misura crescente i processi d'impoverimento arrivando ad inglobare famiglie e persone che finora ne erano state escluse, rischia di lasciare nell'ombra e nella solitudine coloro che ai margini vivono da tempo.

Almeno per quanto riguarda la povertà alimentare, l'indagine ci racconta che la loro condizione non è peggiorata con la pandemia: il 66% degli intervistati ha detto che nei due anni dell'emergenza sanitaria la loro situazione d'insicurezza alimentare non si è acuita. Difficile scivolare più in basso per chi, già prima della pandemia, non aveva lavoro e casa e viveva in strada. Mangiavano alle mense e dormivano dove capitava: quando andava bene in qualche asilo notturno, altrimenti in una casa occupata o in una sistemazione di fortuna. Era così prima della pandemia, lo è stato durante e funziona nello stesso modo pure adesso.

Le mense, quasi sempre gestite dalle Caritas diocesane, non sono solo fra le pochissime possibilità di garantire loro un pasto quotidiano. Sono anche e soprattutto un servizio che funziona: lo hanno confermato gli stessi frequentatori. Offrono un pasto completo ma anche cura e sostegno, non richiedono quasi alcun criterio d'accesso e sono facilmente raggiungibili anche per chi non ha altro mezzo di locomozione che le proprie gambe.

Ma proprio questa parvenza illusoria di autosufficienza è il rischio maggiore che grava sulle mense e su chi le frequenta: la capacità di rispondere in modo tempestivo e adeguato ai bisogni alimentari dei più vulnerabili, infatti, sembra quasi finire con l'innescare una pericolosa spirale di isolamento, in cui questi servizi rischiano di rimanere ai margini della rete dei servizi sociali di contrasto della povertà grave. Esclusi con gli esclusi. Emblematiche al riguardo le modalità con cui gli ospiti sono venuti a conoscenza dell'esistenza delle mense: non attraverso i servizi di segretariato e di orientamento, ma tramite il passaparola e le reti di amici e conoscenti.

**UN PARADOSSO:  
PROPRIO LA  
CAPACITÀ DI  
RISPONDERE IN MODO  
TEMPESTIVO AI  
BISOGNI ALIMENTARI  
DEI PIÙ VULNERABILI  
RISCHIA  
DI INNESCARE  
UNA SPIRALE DI  
ISOLAMENTO DI TALI  
SERVIZI DALLA RETE  
DEI SERVIZI SOCIALI**



Il PNRR e i 450 milioni destinati al finanziamento, al riguardo, costituiscono un'opportunità da non sprecare per riportare questi servizi al centro delle reti di contrasto dell'alta marginalità. Perché accada, però, è fondamentale che i nuovi progetti che stanno nascendo si integrino e rafforzino quelli già esistenti, a cominciare dalle mense.

La sfida vera è questa e passa anche da qui quella richiesta implicita di maggiore attenzione alla dimensione relazionale che sembra emergere alle risposte degli intervistati e che è stata messa a dura prova dalle restrizioni del biennio di emergenza sanitaria che, in molti casi, si prolungano fino al presente con i pasti da asporto che, in diverse strutture Caritas, hanno preso il posto della possibilità pranzare o cenare seduti attorno a una tavola. La commensalità legata al cibo, infatti, rimane un valore anche per chi vive in strada: per molti proprio la mensa è stato luogo d'incontri e nuove conoscenze e tale potrebbe continuare ancora ad essere. Non è la capacità di stare in relazione con i più fragili, infatti, che fa difetto agli operatori e ai volontari Caritas: pure in questo caso lo confermano gli stessi frequentatori dei servizi. Mancano, spesso, gli spazi in cui coltivarla: ad esempio sale più grandi in cui poter accogliere tutti attorno ad un tavolo, spazi esterni fruibili o locali in cui organizzare attività ricreative quale occasione per tessere nuovi legami.



# PRINCIPALI EVIDENZE DEL RAPPORTO

L'edizione 2022 del rapporto continua a proporre, come negli anni precedenti, analisi territoriali, approfondimenti e *focus* specifici per mettere in luce sia le criticità sia le eccellenze.

I dati raccontano di una situazione nella quale PIL, occupazione e reddito disponibile sono quasi tornati ai livelli pre-pandemici ma con rischi ancora forti per le persone che vivono situazioni di disagio (l'inflazione incide in particolare sul potere d'acquisto delle famiglie più povere).

Dall'indagine sulla vulnerabilità curata da IRPET e Università di Siena emerge che:

- il 10% delle famiglie toscane arriva con grande difficoltà alla fine del mese mentre il 14% dei toscani descrive la propria situazione economica come "povera";
- il 14% delle famiglie ha difficoltà a mangiare carne o pesce in modo regolare, il 21% non può permettersi di riscaldare adeguatamente la propria casa, il 18% fa fatica con il pagamento delle spese di trasporto;
- la povertà relativa colpisce il 15,1% delle famiglie toscane ed è maggiore nelle famiglie con figli, soprattutto se con un solo genitore (25,3%): la maggiore fragilità delle famiglie con figli soprattutto se minori era già stata evidenziata nelle passate edizioni e viene nuovamente confermata dalle analisi.

Gli studi che si occupano di analizzare la natura multidimensionale della povertà pongono particolare attenzione a come sintetizzare in un unico indicatore le diverse dimensioni considerate: nel rapporto è stato elaborato un indicatore di povertà sintetico multidimensionale, che mostra un livello di deprivazione particolarmente accentuato per le famiglie con figli, soprattutto minori e se con un solo genitore presente. La deprivazione è elevata anche per le famiglie *single* in cui il capofamiglia ha meno di 65 anni.

In questo quadro generale, che ruolo hanno avuto le misure di contrasto alla povertà ed in particolare il Reddito di cittadinanza? Nel 2021 i nuclei beneficiari di RdC in Toscana sono stati 53.438, in leggera diminuzione rispetto al 2020. Nel dibattito politico e scientifico che ha fatto seguito all'introduzione del Reddito di cittadinanza molta attenzione è stata data al problema dei possibili effetti disincentivanti sull'offerta di lavoro mentre meno indagato è stato il percorso di inclusione sociale riservato ai beneficiari indirizzati ai Comuni per la stipula del Patto per l'inclusione sociale. I dati forniti dal Ministero ci restituiscono un quadro differenziato nei vari territori toscani; in generale, emerge che il 42% dei nuclei destinati al percorso di inclusione sociale è stato preso in carico da parte dei Servizi Sociali mentre nelle fasi successive per l'83% dei nuclei presi in carico è stata completata l'analisi preliminare e il 40% ha effettivamente firmato il Patto per l'inclusione sociale alla fine del percorso.

Attualmente la misura RdC è in corso di revisione ed alcune modifiche sono già state introdotte: in Toscana, sarebbero interessati dal taglio del numero di mensilità previsto dalla legge di bilancio 14mila famiglie, il 26% del totale.

Collegate al Reddito di cittadinanza sono anche le risorse del Fondo povertà per il quale la programmazione nazionale individua azioni e interventi prioritari nella lotta alla povertà, per la definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Con Deliberazione di Giunta regionale n. 557 del 16/05/2022 Regione Toscana ha approvato il nuovo Atto regionale di contrasto alla povertà per il triennio 2021-2023 (48,8 milioni € per servizi e 2,3 milioni € per interventi a favore dei senza dimora) individuando servizi e interventi da attuare ed i relativi obiettivi, richiamati in più parti del rapporto. Tra di essi rientra il Pronto Intervento Sociale, che vede anche quote di risorse specificamente dedicate all'interno del Fondo.

In Toscana da qualche anno è attiva la sperimentazione del Servizio di Emergenza Urgenza Sociale regionale (SEUS), attualmente presente in 14 zone ed in progressiva estensione ad altre. Il 40% dei casi presi in carico riguarda problematiche di povertà, in gran parte riferiti a persone di nazionalità straniera, soprattutto minori stranieri non accompagnati e persone senza dimora.



Minori, madri con figli piccoli, senza dimora che sono anche quest'anno individuati come *focus* di alcuni degli approfondimenti della seconda parte del rapporto.

In particolare, a fine 2021 si rilevano 32.020 minori con cartella sociale aperta, di cui 24.991 (78%) presi in carico dal servizio sociale. Nel 2020 a causa della pandemia si era avuta una contrazione degli interventi e una crescita dei contributi economici; nel 2021 a fronte di un sostanziale mantenimento dei contributi economici, si è avuta anche una decisa ripresa del numero di interventi.

Il rapporto tra dinamiche di impoverimento e maternità nei primi 1000 giorni di vita del bambino e della bambina era stato indagato anche nella passata edizione: quest'anno ci si è concentrati sull'impatto nella sfera lavorativa delle donne "madri da 2000 giorni" già in condizioni di vulnerabilità. La ricerca ha evidenziato la correlazione tra lavoro povero e precarietà esistenziale, con la difficoltà di conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di cura: avere o meno reti di prossimità e aiuti familiari produce infatti nuove disuguaglianze.

La mancanza e l'indebolimento delle reti di prossimità si ritrova anche tra le cause dello scivolamento nella marginalità grave. E vivere in strada, come è noto, implica aspettative di vita peggiori e importanti problemi di salute. Per questo è stata dedicata un'indagine *ad hoc* all'aspetto della cura della salute delle persone senza dimora. Mancata prevenzione, cronicizzazione di patologie altrimenti curabili o comunque monitorabili vanno ad impattare su un uso improprio della risorsa della medicina d'urgenza, utilizzata per problemi, appunto, di cronicità ma anche per necessità tipicamente sociali. In questo quadro, però, l'indagine ha permesso di evidenziare buone pratiche e servizi inclusivi nei territori, che toccano i temi della prevenzione, della diagnostica e della continuità assistenziale e che possono costituire paradigmi anche nel quadro delle linee guida per il recepimento del DM 77/2022 in Toscana in dialogo con i futuri centri servizi che verranno posti in essere nell'ambito del PNRR missione 5 C2 investimento 1.3.2.

Infine, sempre nel contesto della marginalità, il rapporto propone un'indagine sugli utenti delle mense Caritas, che rileva queste caratteristiche prevalenti:

- il 68% degli intervistati vive in una condizione di marcata precarietà abitativa;
- il 45% è senza dimora da almeno tre anni;
- oltre la metà degli intervistati mangia alle mense Caritas tutti i giorni.



Da quanto emerge dalle analisi, per la grande maggioranza delle persone intervistate logistica, organizzazione, infrastrutturazione delle mense sono in linea con i bisogni di chi le frequenta, anche con offerta di servizi accessori. Questo, paradossalmente, rischia di innescare una spirale di isolamento: per questo è molto importante dare più attenzione alla dimensione relazionale ed è fondamentale che i progetti che stanno nascendo (vedi buone pratiche per la presa in carico integrata, progetti *one-stop-shop*, supporti per l'emergenza abitativa) si integrino e rafforzino quelli già esistenti, a cominciare dalle mense.

Un insieme di situazioni, strumenti e opportunità che vanno integrati e messi a sistema, evitando la frammentazione di interventi ed azioni.

Progetti e articolazioni come la Comunità di pratica per l'inclusione sociale, *Reticulate* (sperimentazione *One Stop Shop*), GOL, il Tavolo regionale della rete per la protezione e l'inclusione sociale hanno aperto il percorso da seguire, che porta verso una sempre più stretta interazione coniugando strumenti di profilazione dei gruppi di popolazione *target* con la centralità ed unicità delle persone, nel rispetto delle loro fragilità, senza etichette e stigmatizzazioni.



# APPENDICE

## IL QUESTIONARIO DELL'INDAGINE SULLA POVERTÀ ALIMENTARE IN TOSCANA 2022



Nelle prossime pagine il questionario utilizzato da Caritas Toscana, Federsanità ANCI Toscana e Università di Siena per l'Indagine sulla Povertà Alimentare in Toscana 2022, i cui risultati sono riportati nel Capitolo 8 "Fragilità diverse alla stessa tavola. Le mense come strumento di contrasto alla povertà alimentare".



<b>Data:</b>	<b>Luogo di rilevazione:</b>
<b>Nazionalità dell'intervistato/a</b> _____	<b>Anno di nascita:</b> _____
: _____	: _____
<b>Genere dell'intervistato/a</b> <input type="checkbox"/> F	<b>Età dell'intervistato/a</b> <input type="checkbox"/> under 30
: <input type="checkbox"/> M	: <input type="checkbox"/> 30-45
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> 46-65
	<input type="checkbox"/> over 65

**DOMANDA PRELIMINARE<sup>1</sup>** Di recente e in contesti Caritas, ti hanno già fatto domande sulla tua situazione di povertà alimentare?

**Dove vivi?**  
 Appartamento di proprietà  Appartamento in affitto  Appartamento in subaffitto  Coabitazione temporanea presso parenti/amici  Dormitori notturni /Strutture di accoglienza  Per strada  In sistemazioni di fortuna  Altro

**Da quanto tempo vivi in questa situazione?** \_\_\_\_\_ [numero anni]

Pensando alle possibilità di soddisfare le tue necessità alimentari oggi, nel **fare la spesa**, quale **livello di difficoltà** indicheresti: [0 = nessuna difficoltà; 10 molta difficoltà]

\_\_\_\_\_

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

E riguardo alla possibilità di **cucinare** autonomamente i tuoi pasti, quale livello di difficoltà indicheresti: [0 = nessuna difficoltà; 10 molta difficoltà]

\_\_\_\_\_

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

<sup>1</sup> Da porre all'intervistato nel caso in cui la rilevazione sia condotta in mensa, ma anche in sede al momento dell'erogazione dei buoni mensa, al fine di evitare doppie rilevazioni di uno stesso utente

Infine, riguardo alla possibilità di **conservare i cibi** in modo adeguato, quale livello di difficoltà indicheresti: [0 = nessuna difficoltà; 10 molta difficoltà]

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Che cosa è per te un “pasto adeguato”? Aiutaci a capire come si compone:**

---

---

---

**Quali sono oggi le tue possibilità di avere almeno un pasto adeguato al giorno?**  nessuna possibilità  scarsa possibilità  buona possibilità  possibilità garantita

**Da quando è iniziata l'epidemia Covid-19, è stato più difficile fare fronte alle esigenze alimentari del tuo nucleo familiare?**  sì  no  
**Potresti brevemente spiegare perché?**

---

---

---

**Hai necessità alimentari particolari (allergie e /o regimi alimentari specifici) da rispettare?**  sì  no

**Se sì, quali?**

Celiachia  Allergia alle proteine del latte  Allergia alle proteine dell'uovo  Allergia alla frutta secca (noci, arachidi, nocciole, ...)  Allergia alle proteine del latte  Diabete  Ipertensione

**Se sì, da quanto tempo:** \_\_\_\_\_ [numero di anni]

**Se sì, riesci a soddisfare questa necessità?**  sì  no

**In caso di necessità e urgenza di reperire generi alimentari, a chi ti rivolgi [segnare tutte le risposte pertinenti]:**

servizi sociali  CARITAS  altro associazionismo  parrocchia  amici/conoscenti  parenti  altro

**Come hai conosciuto la mensa Caritas di riferimento?**

servizi sociali  centro di ascolto CARITAS  altro associazionismo   
parrocchia  consultori/ambulatori/misericordia  amici/conoscenti   
parenti  passaparola  altro

**Nell'ultimo mese, quante volte hai avuto accesso a servizi di mensa per ricevere un pasto?**

mai  1 volta a settimana  da 2 a 5 volte a settimana  tutti i giorni  
per 1 pasto  tutti i giorni per più di 1 pasto

**Hai ricevuto la quantità e la qualità di cibo per te necessari:**

Sì, del tutto adeguati  Sì, sufficienti  Sì, ma insufficienti  No, per niente

**E puoi dirci anche se hai ricevuto l'attenzione, la cura e il sostegno per te necessari:**

No, per niente  Sì, ma insufficienti  Sì, sufficienti  Sì, del tutto adeguati

**Pensando all'ambiente della mensa che frequenti, e concentrandoti sulla sua accessibilità e livello di comfort:**

- **Risulta facilmente accessibile con mezzi privati?**  sì  no
- **Risulta facilmente accessibile con mezzi pubblici?**  sì  no
- **Risulta facilmente accessibile a piedi?**  sì  no
- **Presenta spazi adeguati in termini di dimensioni?**  sì  no
- **Solitamente, i tempi di attesa in coda sono:** \_\_\_\_\_ minuti (*Indicare il numero di minuti medio*)
- **Quanto tempo in media, dedichi al tuo pasto, una volta seduto a tavola:** \_\_\_\_\_ minuti (*Indicare il numero di minuti medio*)
- **Come valuti la qualità della luce naturale nei locali della mensa?**   
Del tutto adeguata  Adeguata  Scarsa  Del tutto insufficiente
- **E come valuti la qualità della luce artificiale?**  Del tutto adeguata   
Adeguata  Scarsa  Del tutto insufficiente
- **Come valuti la qualità dell'aria nei locali della mensa?**  
 Del tutto adeguata  Adeguata  Scarsa  Del tutto insufficiente
- **In inverno la temperatura nei locali dove consumi tuoi pasti è adeguata?**  sì  no **E in estate**  sì  no

---

- Sono presenti di elementi decorativi e/o artistici e/o piante?  sì  no  
Se sì, ti fa piacere?  sì  no

- Se previsto l'accesso anche con bambini, sono presenti spazi e/o arredi a loro dedicati e a misura?  sì  no  non è prevista la presenza di bambini

**Pensando all'atmosfera della mensa che frequenti, e concentrandoci sul suo livello di accoglienza:**

- Gli orari della mensa sono compatibili con i tuoi ritmi di vita e le tue necessità?

Del tutto compatibili  Compatibili  Poco compatibili  Raramente compatibili

- Ti dai appuntamento con amici o conoscenti per mangiare insieme:  mai  di rado  qualche volta  spesso  sempre

La mensa ti ha offerto occasioni di incontro (nuove conoscenze, nuovi amici, connazionali)?  mai  di rado  qualche volta  spesso  sempre

- Sono presenti spazi esterni fruibili  sì  no

- Sono presenti spazi dedicati ad attività ricreative come angoli per lettura o stanza televisione  sì  no

- È possibile accedere a corrente elettrica per ricaricare il cellulare?  sì  no

- È possibile accedere alla rete Wi-Fi?  sì  no

---



# ATTRIBUZIONI

Le attività di ricerca sono state realizzate sotto la supervisione di Alessandro Salvi, Dirigente del Settore *Welfare* e Innovazione sociale della Regione Toscana e Responsabile dell'Osservatorio Sociale Regionale.

Il testo è opera congiunta del gruppo di ricerca coordinato da Cristina Corezzi, coordinatrice del gruppo di lavoro Esclusione sociale e povertà dell'Osservatorio Sociale regionale. Tuttavia, in termini formali, si segnalano le seguenti attribuzioni:

- Introduzione: Cristina Corezzi (Regione Toscana – Osservatorio Sociale regionale)
- Capitoli 1 e 2: Maria Luisa Maitino, Letizia Ravagli, Nicola Sciclone (IRPET)
- Capitolo 3: Maria Luisa Maitino, Letizia Ravagli, Nicola Sciclone (IRPET) e Andrea Bilotti (Banca Mondiale)
- Focus n. 1: Cristina Corezzi (Regione Toscana – Osservatorio Sociale regionale)
- Focus n. 2: Federica Santillo (Federsanità ANCI Toscana) e Cristina Corezzi (Osservatorio Sociale Regionale)
- Focus n. 3: Cristina Corezzi (Regione Toscana – Osservatorio Sociale regionale)



- Capitolo 4: Marco Zelano (Istituto degli Innocenti)
- Capitolo 5: Roberto Ricciotti (Istituto degli Innocenti)
- Capitolo 6: Elena Andreoni, Chiara Davoli, Riccardo Franchini, Andrea Valzania (Università di Siena - Laboratorio sulle Disuguaglianze del Dipartimento di Scienze sociali, politiche e cognitive)
- Focus n. 4: Andrea De Conno (Federsanità ANCI Toscana) e Cristina Corezzi (Regione Toscana – Osservatorio Sociale regionale)
- Focus n. 5: Andrea De Conno (Federsanità ANCI Toscana)
- Capitolo 7: Giulia Mascagni e Marzio Mori (Federsanità ANCI Toscana)
- Focus n. 6: Barbara Biagini e Maria Teresi (Azienda USL Toscana Centro)
- Focus n. 7: Tommaso Frangioni (Federsanità ANCI Toscana)
- Capitolo 8: Francesco Paletti (Caritas Toscana)
- Principali evidenze del Rapporto: Cristina Corezzi (Regione Toscana – Osservatorio Sociale regionale)

Si ringraziano le persone intervistate da IRPET, Federsanità ANCI Toscana, Università di Siena e Caritas Toscana per aver partecipato con le loro testimonianze alla realizzazione di questa pubblicazione.



# RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

## **AA. VV. (2019)**

Practical Approaches to working with Homeless People with Mental Health Problems, Lisbon [[www.smes-europa.org/Erasmus+\\_Dignity-&-Well-Being\\_en.pdf](http://www.smes-europa.org/Erasmus+_Dignity-&-Well-Being_en.pdf)].

## **AA.VV. (2021)**

Quinto Rapporto OSR Le povertà e l'inclusione sociale in Toscana, Firenze: Regione Toscana.

## **Abraham R. (1998)**

Emotional Dissonance in Organizations: A Conceptualization of Consequences, Mediators and Moderators, in "Leadership & Organization Development Journal", Vol. 19, n 3 pp. 137-146.

## **ANPAL (2021)**

Reddito di cittadinanza, Collana Focus ANPAL, Nota 4/2021.

## **Atkinson, A. B. (2003)**

Multidimensional deprivation: contrasting social welfare and counting approaches. The Journal of Economic Inequality, 1(1), 51-65.

## **Bichi R. (2002)**

L'intervista biografica. Una proposta metodologica, Vita & pensiero, Milano.

**Bombelli M.C. (2009)**

Alice in business land. Diventare leader rimanendo donne, Guerrini & Associati, Milano.

**Bracci F. (2017)**

European exchange and inter-vision project on homeless pathways and interventions with homeless and mentally ill people, SMES-Europa, in collaboration with Fondazione Andrea Devoto, 2017 [[www.smes-europa.org/REPORT%20PROFILES%20D-&-WB\\_SMES.pdf](http://www.smes-europa.org/REPORT%20PROFILES%20D-&-WB_SMES.pdf)].

**Capello C., Porcellana V. (2017)**

Per un'antropologia della povertà. Osservazioni etnografiche a Torino, in "Spazio Filosofico", 20/dicembre, pp. 287-296.

**Caritas (2021)**

6° Rapporto sulle Politiche contro la povertà, con un monitoraggio sul Reddito di Cittadinanza - Caritas.

**Caritas (2022)**

L'anello debole. Rapporto 2022 su povertà ed esclusione sociale in Italia, Roma.

**Cesareo V. (2017, a cura di)**

Welfare responsabile, Milano: Vita e pensiero.

**Cornell R. (2006)**

Femminilizzazione come metafora dell'attuale organizzazione del lavoro, in: L. Santilli (a cura di), Stai vivendo un equilibrio precario. La precarietà nella vita e nel lavoro delle donne. Atti del III Campeggio di Scuola di Politica del Forum delle donne Palermo, 3-8 settembre 2005, Edizioni Punto Rosso, Milano.

**Cortese C. et al. (2020)**

L'impatto della pandemia sui servizi per le persone senza dimora. Instant report, Roma: IREF [[www.smes-europa.org/Instant\\_report\\_2020.pdf](http://www.smes-europa.org/Instant_report_2020.pdf)].

**Criado Perez, C. (2020)**

Invisibili. Come il nostro mondo ignora le donne in ogni campo. Dati alla mano, Einaudi, Torino.

**Elliott A.S. (2013)**

Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. Meeting the health care needs of street-involved youth, in "Paediatr Child Health", 2013/Jun, 18(6):317-26.

**Ensign J., Gittelsohn J. (1998)**

Health and access to care: perspectives of homeless youth in Baltimore City, U.S.A., in "Soc Sci Med.", 1998/Dec, 47(12):2087-99.

**Fio.PSD (2018)**

Report Homelessness in Italy, in "Homelessness Monitoring in Europe" [[www.fiopsd.org/homelessness-italy](http://www.fiopsd.org/homelessness-italy)].

**Geddes Da Fillicaia M. (2013)**

Cliente, paziente, persona Il senso delle parole in sanità, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

**Gui L. (1996, a cura di)**

L'utente che non c'è. Emarginazione grave, persone senza dimora e servizi sociali, Milano: Franco Angeli

**Hertzberg D., Boobis S. (2022, eds)**

The Unhealthy State of Homelessness 2022. Findings from the Homeless Health Needs Audit, London, Homeless Link

**ISTAT (2015)**

Le persone senza dimora. Anno 2014, Roma: ISTAT.

**Maitino, M., Mariani, M., Patacchini, V., Ravagli, L., Sciclone, N. (2022)**

Employment effects of Reddito di cittadinanza, before and during the Covid-19 pandemic. IRPET Working Papers 6/2022.

**McCarthy L. (2013)**

Homelessness and Identity: A Critical Review of the Literature and Theory", in "People, Place and Policy", 7(1), pp. 46-58;

**Minello A. (2022)**

Non è un paese per madri, Laterza, Bari-Roma.

**Naldini C., Saraceno C. (2011)**

Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni, Il Mulino, Bologna.

**Parsell C. (2018)**

The Homeless Person in Contemporary Society, London: Routledge

**Pescarolo A. (2019)**

Il lavoro delle donne nell'Italia contemporanea, Viella, Roma.

**Polin V. (2022)**

Homeless, città, identità: un mix utile per esplorare l'invisibile?, in "Menabò di Etica ed Economia", n. 165/2022 (31.01.2022), Link: [archivio.eticaeconomia.it](http://archivio.eticaeconomia.it)

**Polin V., Bertani M. (2020)**

Homeless e città. Una relazione identitaria da esplorare, Torino: Giappichelli.

**Porcellana V. (2017)**

Dall'osservazione all'azione: Etnografia dei e nei servizi per persone senza dimora, in "ANUAC." VOL. 6, N° 2, Dicembre: 175-195.

**Saddichha S., Linden I., Krausz M. R. (2014)**

Physical and mental health issues among homeless youth in British Columbia, Canada: Are they different from older homeless adults?, in "Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry / Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", 23(3): 200-206.

**Saraceno G. (2015)**

Il lavoro non basta. La povertà in Europa negli anni della crisi, Il mulino, Bologna.

**Sartori F. (2009)**

Differenze e disuguaglianze di genere, Il Mulino, Milano.

**Save the Children (2022)**

Le equilibriste. La maternità in Italia nel 2022, Roma.

**Stergiopoulos V., Herrmann N. (2003)**

Old and homeless: A review and survey of older adults who use shelters in an urban setting, in "The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie", 48(6): 374-380.

**Walzer M. (1983)**

Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality, New York: Basic Books.

**Wenger E. (2006)**

Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità, Milano, Corina.

































Le povertà e l'inclusione sociale in Toscana  
Sesto rapporto - 2022

[regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale](https://regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale)