

Povertà e Percorsi di Innovazione Sociale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Giuseppina Tumminelli

Margini di cura

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

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

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

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

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

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

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

Indice

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

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

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

Introduzione

di *Giuseppina Tumminelli*

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

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

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

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

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

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

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

di *Giuseppina Tumminelli*

1.1. Premessa

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

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

1.2. Welfare State

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

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

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

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

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

¹ Si rimanda alla letteratura sul tema per ulteriori approfondimenti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Welfare Responsabile

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

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

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

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

Come evidenzia Cesareo,

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

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

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

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

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

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

Pertanto, il welfare responsabile

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La centralità della persona e la responsabilità individuale e collettiva sono stati, e continuano ad essere, il filo conduttore del processo avviato in seno al progetto "Re-Care: ricostruire cura e salute"².

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

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

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

² Il progetto "Re-Care: ricostruire cura e salute" (PRJ-0808) è stato finanziato da Fondazione con il Sud in risposta al bando Socio-sanitario 2020.

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

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

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

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

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

1.5. Il processo: valore aggiunto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

Gli Autori e le Autrici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questo LIBRO



ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:

www.francoangeli.it/opinione



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



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

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



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

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

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